TERAPIA OCUPACIONAL Y OCUPACIÓN: DE LA DEFINICIÓN A LA PRAXIS PROFESIONAL

Sonia Montes Bernardo

Coordinadora

Jesús M. Reboredo Rodríguez

Marta Blanco Pereira

Martina Novoa Fente

Compiladores

Promueve y Coordina:

Revista de Terapia Ocupacional Galicia Revista TOG
www.revistatog.com

Editado:

Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO)

TERAPIA OCUPACIONAL Y OCUPACIÓN: DE LA DEFINICIÓN A LA PRAXIS PROFESIONAL

Como citar esta monografía en sucesivas ocasiones

Reboredo Rodríguez J, Novoa Fente M, Blanco Pereira M. (compiladores). Montes Bernardo S. (coordinadora). Terapia Ocupacional y ocupación: de la definición a la praxis profesional. [Monografía en Internet]. TOG (A Coruña); 2015 [citado fecha mes y año]. Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num7/mono7.pdf

Publicado en www.revistatog.com
ISSN 1885-527X
Octubre 2015

TERAPIA OCUPACIONAL Y OCUPACIÓN: DE LA DEFINICIÓN A LA PRAXIS PROFESIONAL

Compiladores de la edición

D. Jesús M. Reboredo Rodríguez
Terapeuta Ocupacional
Equipo de Valoración de la Ley de Dependencia de Vigo.
Consellería de Traballo e Benestar

Dña. Martina Novoa Fente
Terapeuta Ocupacional
Equipo de Valoración de la Ley de Dependencia de Vigo.
Consellería de Traballo e Benestar

Dña. Marta Blanco Pereira
Terapeuta Ocupacional
Comunidad Terapéutica Julio Portela, ACLAD Coruña

Coordinadora de la edición

Dña. Sonia Montes Bernardo
Terapeuta Ocupacional, Magíster en Terapia Ocupacional en Salud Mental, Universidad de Castilla La Mancha.

Promueve y Coordina:

Revista de Terapia Ocupacional Galicia
Revista TOG
www.revistatog.com

Editado:

Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO)

Índice de autores_

Dña. Inda Zango Martín
[inmayla@yahoo.es]
Terapeuta ocupacional. Licenciada en Humanidades. Doctoranda en Ciencias Sociales en la UCLM. Profesora Asociada Jönköping University (Suecia). Coordinadora de formación intercultural de Terapia Ocupacional en Burkina Faso OCUPACCIÓN.

D. Rubén González-Rodríguez
[rgonzalez@euts.es]
Doctor por la Universidad de Santiago de Compostela. Profesor Adjunto, Escuela Universitaria de Trabajo Social, Universidad de Santiago de Compostela (USC), A Coruña, España.
Terapeuta ocupacional, Servicio de dependencia y autonomía personal, Jefatura Territorial de la Consellería de Traballo e Benestar, Xunta de Galicia, Ourense, España.

Dña. Esther Domínguez Vega
[estherdominguezvega@gmail.com]
Diplomada en Terapia Ocupacional por la Universidad de Extremadura. Experto Universitario en Ortopedia y Ayudas Técnicas por la Universidad Complutense de Madrid. Especialista Universitario en Cooperación Internacional por la UEX.
Con una experiencia laboral de más de 12 años, ocho de los cuales en los siguientes sectores: asesoramiento, diseño y venta de productos ortoprotésicos y productos de apoyo. Formadora Ocupacional. Terapeuta ocupacional en ASPACE Cáceres y Valoradora en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.
En 2011 me traslado a Guinea Ecuatorial donde colaboré como voluntaria en un centro de acogida para niños en situación de calle (SOS Aldeas Infantiles). En 2012 comienzo a trabajar como consultora externa para Hándicap Internacional en varios proyectos durante 2 años. Actualmente, finalizando una sesión formativa como docente en Extremadura y en proceso de planificación de una consultoría para Hándicap Internacional en Senegal.

D. Alvar Jones Sánchez
[alvar.js@hotmail.com]
Licenciado en Antropología Social y Cultural en la Universidad de Lyon. Francia.
Finaliza el DEA en la Universidad de Castilla la Mancha. "Contenidos y contornos de una identidad renovada. Estudio etnográfico entre las congregaciones gitano-pentecostales toledanas".
Actualmente Doctorando en Antropología de la Salud y la Enfermedad en Guinea Ecuatorial. Universidad de Castilla la Mancha.
En 2005 inicia su andadura profesional en el ámbito de la cooperación internacional al desarrollo. Como delegado de Cruz Roja Española ha trabajado en Senegal, Guinea Ecuatorial, Mali o Cabo Verde. Más de 10 años de experiencia en la coordinación y gestión de proyectos, alternando con periodos dedicados la investigación antropológica.

Dña. Garbiñe Guerra Begoña
[togarbi@gmail.com]
Terapeuta ocupacional del Departamento de Educación del Gobierno Vasco, Centros de apoyo para la atención e innovación educativa.

Dña. Carmen Gloria de las Heras de Pablo
[carmengloria.delasheras@gmail.com]
Terapeuta ocupacional, MS, OTR. Consultora Internacional Independiente, Autoridad Educativa del Modelo de Ocupación Humana en Latinoamérica.

Dña. Marta Pérez de Heredia Torres
[marta.perezdeheredia@urjc.es]
Terapeuta ocupacional, Profesor Titular de Universidad, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos. Presidenta de la Conferencia Nacional de Decanos de Terapia Ocupacional CNDEUTO.

D. Salvador Simó Algado
[salvador.simo@uvic.cat]
Profesor de la UVic-UCC. Doctor en Educación Inclusiva. Máster en dirección de empresas. Terapeuta Ocupacional. Investigador del grupo Salud Mental e Innovación Social. Director del Máster Internacional de Emprendedoría Social. Profesor de Máster en la Sorbona de París.

Dña. Thais Pousada García
[tpousada@udc.es]
Doctora en Ciencias de la Salud, Terapeuta Ocupacional. Profesora colaboradora en Facultade Ciencias da Saúde. Universidade da Coruña

Dña. Mª Pilar Blázquez Ballesteros
[pilar.blazquez.ballesteros@gmail.com]
Directora y Fundadora del Centro de Terapia Ocupacional Os Bambáns (Vigo). Diplomada en Terapia Ocupacional (Universidad Complutense de Madrid). Certificada en Integración Sensorial nº 3673 WPS/USC. Máster en Patología Neurológica Universidad Rey Juan Carlos. Máster en Dirección y Gestión de centros Universidad de Vigo.

Dña. Laila Mahmoud-Saleh Ucedo
[laila.msu@gmail.com]
Terapeuta ocupacional en CTOP Os Bambáns (Vigo). Diplomada en Terapia Ocupacional (Universidad Rey Juan Carlos) y experta en atención temprana (UCJC). Formada en Integración Sensorial por la WPS/USC.

Dña. Lorena Guerra Redondo
[lorenaguerraredondo1@gmail.com]
Terapeuta ocupacional en CTOP Os Bambáns (Vigo). Grado en Terapia Ocupacional Universidad de A Coruña. Diplomada en Logopedia Universidad de Valladolid. Experto en Intervención logopédica y cognitiva en daño cerebral Universidad de A Coruña. Formada en integración sensorial por la WPS/USC.

Dña. Irene Budiño Vieira
[irene.budino.vieira@sergas.es]
Terapeuta ocupacional. Servizo de rehabilitación psiquiátrica. Hospital Rebullón. Estructura de Organización e Xestión Integrada de Vigo. Servizo Galego de Saúde.

Catalogación_

Reboredo Rodríguez J, Novoa Fente M, Blanco Pereira M. (compiladores). Montes Bernardo S. (coordinadora). Terapia Ocupacional y ocupación: de la definición a la praxis profesional. [Monografía en Internet]. TOG (A Coruña); 2015. [citado fecha mes y año]. Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num7/mono7.pdf

Páginas 179

Incluye Bibliografías e Índice, portada y contraportada
Versión electrónica, imprimible

ISSN 1885-527X

Título Original:

Terapia Ocupacional y ocupación: de la definición a la praxis profesional
Occupational Therapy and occupation: from the definition to the professional practice

Esta primera edición fue publicada en el mes de Octubre de 2015

REVISTA TOG

www.revistatog.com

CONTACTO CON REVISTA TOG
Visite nuestra página www.revistatog.com

ESPAÑA
Email: miguelrevistatog@yahoo.es
revista_tog@yahoo.es

ISSN 1885-527X

La Terapia Ocupacional es una ciencia en constate cambio. Según avanza las nuevas investigaciones y la experiencia teórica y clínica nuestro conocimiento crece. Los compiladores de la obra y los autores de los capítulos han verificado toda la información con fuentes fidedignas, para asegurarse que sea completa y acorde con los estándares aceptados en el momento de la publicación. Aún así, por posible error en la trascripción o en la recogida de datos, se recomienda al lector confirmarlas con otras fuentes. Los compiladores y autores, han realizado todo el esfuerzo posible para localizar a los titulares del copyright del material utilizado. Si por error u omisión no se ha citado algún titular, se subsanará en nota que www.revistatog.com editará en su página web una vez localizado.

Gracias por acceder a www.revistatog.com. Este libro es resultado del esfuerzo de sus compiladores y autores, así como del compromiso de la APGTO, Revista TOG.

Para usar el material que se ofrece con este libro es necesaria la confirmación de Revista TOG por medio del email miguelrevistatog@yahoo.es y la referencia obligada del libro y de Revista TOG.

Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO)

Componentes de la Junta directiva de APGTO

Presidenta

Andrea Alonso Cadavid

Vicepresidenta

Sabela Gómez Villar

Secretaria

Paula Parga Amado

Vicesecretaria y Tesorera

Tania Romeu Ces

Vocales

Sonsoles Mosteiro Sigüenza

Iria Abad Rivera

Bibiana Ramón López

César Bouzón Seoane

Laura Nieto Riveiro

Revista de Terapia Ocupacional Galicia
Revista TOG
www.revistatog.com

Componentes de Revista TOG
www.revistatog.com

Director de TOG
D. Miguel Ángel Talavera Valverde.

Secretaria
Dña. Ana Isabel Souto Gómez.
D. Jesús Manuel Reboredo Rodríguez.

Comité Redactor
Dña. Uxia Gutiérrez Couto.
D. Pedro Moruno Miralles.
Dña. Adriana Reyes Torres.
Dña. Ana Isabel Souto Gómez.

Comité Asesor
Dña. Azucena Blanco Pérez.
Dña. Ana Calvo Ferrer.
Dña. Beatriz Casal Acción.

Comité de Estilo
Dña. Teresa Mejuto Martí.

Comité de Monográficos y Suplementos
Dña. Cristina Esmerode Iglesias.
Dña. Sonia Montes Bernardo.
Dña. Cecilia Touceda Rey.

Comité de Difusión de TOG
Dña. María Jesús Anta Arquelladas.
Dña. Vanesa Alcántara Porcuna
Dña. Sara Colom Visa.
Dña. Nuria Expósito de Haro.
D. Roberto Gil Martín.
D. Pedro Loarte Fernández (coord)
Dña. Vicenta Madrid Serrano.
Dña. Tania Romeu Ces
Dña. Desiré Traver Edo.

Web Master.
D. Eladio Fernández Barrigüete.

Equipo de Traducción Grupo 2
Dña. María Pais Abeijón (coord).
Dña. Tamara Ferrer Basanta.
Dña. Verónica Varela Domínguez.

Equipo revisor de bibliografías Grupo 1
Dña. Yoanna Corral (coord.)
Dña. Silvia Eiroa Santos.
Dña. Tania Muiño Vila.
Dña. Miriam Soliño Barros.

Equipo revisor de bibliografias Grupo 2
Dña. Lydia Abad Itoiz (coord).
Dña. Eva Alba Miranda.
Dña. Shere Couce Loureiro.
Dña. Silvia Gerpe López.
Dña. Mara José Hermida Magariños.
Dña. Alba Mayán Carballa.

Comité de Recursos Informáticos
Dña. Laura Nieto (coord).
Dña. Sonia Reboredo.

Comité de Honor Nacional
Dña. Mercedes Abella.
Dña. Alicia Chapinal.
Dña. Ana Fons.
Dña. María José Román.

Comité de Honor Internacional
Dña. M. Carolym Baum.
Dña. Christine Chaparro.
Dña. Carmen Forn de Cita.
D. Gary Kielhofner (†).
Dña. Suzanne Peloquin.
Dña. Isabelle Pibarot.
Dña. Judye RanKa.
Dña. Kit Sinclair.
Dña. Hanneke Van Bruggen.
Dña. Ann A Wilcok.

Comité Científico Nacional
Dña. Adriana Ávila Álvarez.
D. José Ramón Bellido Mainar.
Dña. Azucena Blanco.
D. Luis María Berrueta Maeztu.
Dña. Inés Calvo Torres.
Dña. Ingrid Carrasco Rojo.
D. Pablo A. Cantero Garlito.
Dña. Ana Isabel Corregidor Sánchez.
D. Iván de Rosende Celeiro
Dña. Carmen Díaz Mor.
Dña. Ana María García García.
Dña. Pilar García Margallo.
D. José Antonio Garrido.
Dña. Rebeca Huerta Mareca.
Dña. Almudena Lamigueiro Pena.
Dña. María Jesús Laguna Canadilla.
Dña. Bárbara Mansilla Barreiro.
D. Francisco José Mazorra Freire.
Dña. Alba María Mouzo Filgueiras.
D. Javier Oltra.
Dña. Paloma Peña Pérez.
Dña. María Carmen Rodríguez.
Dña. Ana Ruiz Sancho.
Dña. Montserrat Santamaría Vázquez.
D. Salvador Simo Algado.
Dña. Dulce Romero Ayuso.
Dña. Alba Mª Vázquez Otero.
Dña. Inés Viana Moldes.
D. Francisco Javier Vidal.

Comité Científico Internacional
D. Lucivaldo Araujo.
Dña. Johana Vanesa Benavides.
Dña. Lía del Pilar Camacho Pinzón.
Dña Eva Beatriz Carbone.
D. Enrique Henrey.
Dña. Gladis Martínez Sosa.
D. Glussman Mendez.
D. Hilario Ortiz
Dña. Andrea Monzón .
Dña. Claudia Marcela Rozo Reyes.
Dña. Shirley Milena Soñett de la Hoz.
Dña. Diana Sofía Bravo Serrano.
Dña. Eunice Yarce Pinzón.

TERAPIA OCUPACIONAL Y OCUPACIÓN: DE LA DEFINICIÓN A LA PRAXIS PROFESIONAL

Promueve y Coordina:

Revista de Terapia Ocupacional Galicia
Revista TOG
www.revistatog.com

Editado:

Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO)

Agradecimientos_

No hagas lo que sinceramente no quieres hacer. Nunca confundas movimiento con acción.

(E.Hemingway)

Cuándo se nos propuso realizar este proyecto, inicialmente se nos indicó que debía ser una actualización del monográfico de los compañeros *Cantero Garlito PA, Solano Martínez O (compiladores) Hacia una definición de la terapia ocupacional en España [monografía en Internet]. TOG (A Coruña); 2011 [citado fecha mes y año]. Disponible en:* http://www.revistatog.com/mono/num4/mono4.pdf.

Durante los primeros días le dimos vuelta a esta idea, ¿éramos las personas adecuadas para llevar a cabo un monográfico sobre la definición de nuestra profesión?, nos hacía mucha ilusión hacer nuestra aportación a los lectores de la Revista TOG pero queríamos ir un paso más allá, no nos interesaba únicamente proponer a diferentes autores que escribieran sobre la definición de la Terapia Ocupacional, nos atraía la idea de proponer que reflexionaran sobre si aquello que hemos estudiado en los manuales, esos conceptos que todos manejamos de memoria, están después presentes en nuestra praxis profesional.

Creemos que es en nuestro trabajo diario con los usuarios dónde se aplica lo que cada uno de nosotros entiende que es o debe ser nuestra profesión. ¿Qué aspectos teóricos son importantes para nosotros?, ¿cómo los aplicamos en el día a día?, ¿qué nos hace diferentes de otras profesiones?, etc. Estas preguntas nos rondaban la cabeza, está muy bien lo que ponen los libros, las definiciones quedan bonitas en el papel, pero, ¿las hemos entendido?, ¿hemos asumido los conceptos sin más? o realmente, ¿hay una línea común que independientemente del ámbito dónde trabajemos permite identificar claramente a un terapeuta ocupacional?

Estas son algunas de las cuestiones que queríamos quedaran reflejadas en el monográfico. Esperemos que el resultado os guste, que sirva para identificar

claramente lo que nos define independientemente de donde trabajemos y para abrir nuevas preguntas.

A todos los autores muchas gracias por vuestra colaboración, por atreveros a escribir, por vuestra valentía y por compartir el saber.

Agradecer a Sonia, Cecilia, Cristina y Miguel la oportunidad de realizar este proyecto, por permitirnos hacer nuestra pequeña aportación y por el apoyo mostrado durante todo el proceso.

"Cada ser humano, de modo distinto y único, construye a través del engranaje de aprendizajes, conocimientos, experiencias, realidades, curiosidades, sueños y metas. Pero es la energía, fruto de responder a la necesidad de crecimiento y mejora de uno mismo y del mundo que nos rodea, la que nos pone en funcionamiento"

Martina Novoa Fente
Jesús M. Reboredo Rodríguez
Marta Blanco Pereira

Entidades Promotoras, Editoras, Patrocinadoras y Colaboradoras_

Terapia Ocupacional y ocupación: de la definición a la praxis profesional

Los compiladores y coordinadora de este monográfico, Don Jesús M. Reboredo Rodríguez, Dña. Martina Novoa Fente, Dña. Marta Blanco Pereira y Dña. Sonia Montes Bernardo, así como los miembros del Comité de Gestión de Monográficos y Suplementos de la Revista TOG, Dña. Cecilia Touceda Rey, Dña. Cristina Esmerode Iglesias y, D. Miguel Ángel Talavera Valverde, como Director de Revista TOG, quieren agradecer el esfuerzo de las Asociaciones Profesionales de Terapia Ocupacional, los Colegios Profesionales de Terapia Ocupacional, las entidades de promoción de la Terapia Ocupacional y las Universidades donde se desarrollan los estudios de Terapia Ocupacional, así como a todos aquellos que han prestado su colaboración y apoyo a este proyecto.

TERAPIA OCUPACIONAL Y OCUPACIÓN: DE LA DEFINICIÓN A LA PRAXIS PROFESIONAL

Promueve y Coordina:

Revista de Terapia Ocupacional Galicia
Revista TOG
www.revistatog.com

Editado:

Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO)

Índice_

Índice de autores 04

Agradecimientos
[Jesús Reboredo Rodríguez // Martina Novoa Fente// Marta Blanco Pereira] 11

Entidades colaboradoras 13

Índice de contenidos 14

Prólogo
Acrobacias entre la teoría y la práctica de la ocupación 17
[Inda Zango Martín]

Prefacio
El reto de definir Terapia Ocupacional 22
[Sonia Montes Bernardo]

1. Una Terapia Ocupacional desde un paradigma crítico 25
[Salvador Simó Algado]

2. La terapeuta descontextualizada y la reconstrucción significativa de los saberes aprendidos 41
[Esther Domíngez Vega // Alvar Jones Sánchez]

3. El análisis de la actividad en el proceso de valoración de la situación de dependencia 66
[Rubén González-Rodríguez]

4. Acerca del quehacer cotidiano del terapeuta ocupacional en salud mental 87
[Irene Budiño Vieira]

5. Terapia Ocupacional pediátrica: algo más que un juego 100
[Pilar Blázquez Ballesteros // Laila Mahmoud-Saleh Ucedo // Lorena Guerra Redondo]

6. Terapia Ocupacional en la escuela: de la teoría a la práctica **115**
[Garbiñe Guerra Begoña]

7. Significado de la Terapia Ocupacional: implicaciones para la mejor práctica **127**
[Carmen Gloria de las Heras de Pablo]

8. Praxis desde la teoría, ¿es posible la transferencia desde la universidad a la realidad? **146**
[Thais Pousada García]

9. ¿De dónde venimos y hacia dónde vamos? **167**
[Marta Pérez de Heredia Torres]

Contenidos_

ACROBACIAS ENTRE LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA DE LA OCUPACION

ACROBATICS BETWEEN THEORY AND PRACTICE OF OCCUPATION

DECS: Terapia Ocupacional

Palabras Clave del Autor: Terapia Ocupacional, teoría, práctica, práctica reflexiva.

MESH: Occupational Therapy.

KEY WORDS: Occupational Therapy, theory, practice, reflexive practice.

Dña. Inda Zango Martín

Terapeuta ocupacional. Licenciada en Humanidades. Doctoranda en Ciencias Sociales en la UCLM. Profesora Asociada Jönköping University (Suecia). Coordinadora de formación intercultural de Terapia Ocupacional en Burkina Faso OCUPACCIÓN.

Como citar este artículo en sucesivas ocasiones:
Zango I. Acrobacias entre la teoría y la práctica de la ocupación. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2015. [-fecha de la consulta-]; monog. 7: [17-21]. Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num7/prologo.pdf

Prólogo_

"Aquella teoría que no encuentre aplicación práctica en la vida, es una acrobacia del pensamiento."
SwamiVivekananda

La acrobacia implica equilibrio, agilidad y coordinación. El presente documento, a través de diversas propuestas teóricas y praxis, es una invitación para ver cómo la disciplina de Terapia Ocupacional- como acróbata en la vida y no en el pensamiento- realiza el "salto" de la teoría a la práctica.

Esto nos permitirá, tal y como nos proponía Miguel Ángel Talavera en el monográfico anterior sobre la definición de Terapia Ocupacional, indagar sobre la esencia perdida de la realidad de nuestra disciplina[1]. Así bien, prepárense, póngase cómodos y abran bien los ojos porque en este número asistirán a nueve acrobacias que asumen el riesgo de no dejarles indiferentes invitándoles a liberarse del miedo para dar el "gran salto".

RESUMEN

El presente documento, a través de diversas propuestas teóricas y praxis, es una invitación para ver cómo la disciplina de terapia ocupacional articula la teoría y la práctica de forma coherente para dar respuesta a la complejidad de los retos ocupacionales del mundo actual. Par ello, se propone por un lado la práctica reflexiva de terapia ocupacional que favorece el desarrollo profesional ofreciendo respuestas a la complejidad del mundo. Sin embargo, esta práctica reflexiva requiere que los/as profesionales sean conscientes de: el impacto de las intervenciones, aprendan de la experiencia, examinen el conocimiento, reflexionen sobre los contextos de intervención, analicen las principales asunciones teóricas en la práctica, tomen conciencia de las teorías y desarrollen la práctica. Además, se propone un plan para el desarrollo formativo.

SUMMARY

This document, through various theoretical and praxis proposals, is an invitation to see how the discipline of occupational therapy combines theory and practice consistently to respond to the complexity of the occupational challenges of today's world. Therefore it is proposed a reflective occupational therapy practice that promotes professional development by providing answers to the world's complexity. However, this reflective practice requires professionals aware of: the impact of interventions, learn from the experience, knowledge examination, reflect on the contexts of intervention, discuss the main theoretical assumptions in practice, take awareness of theories and develop practice. In addition, it is proposed an educational development is proposed.

La práctica reflexiva de Terapia Ocupacional favorece el desarrollo profesional ofreciendo respuestas a la complejidad del mundo.

Sin embargo, esta práctica reflexiva requiere que los/as profesionales sean conscientes de: el impacto de las intervenciones, aprendan de la experiencia, examinen el conocimiento, reflexionen sobre los contextos de intervención, analicen las principales asunciones teóricas en la práctica, tomen conciencia de las teorías y desarrollen la práctica[2].

Esto implica establecer un vínculo continuo entre la reflexión y la acción del mismo modo que los movimientos de sístole y diástole del corazón[3]. A través de estos movimientos el corazón es el motor que da vida al ser humano en un proceso que requiere una constante acrobacia de la sangre. Del mismo modo, el vínculo entre la teoría y la praxis debe articularse como motor de desarrollo profesional de la terapia ocupacional favoreciendo las posibilidades ocupacionales en la vida de las personas, grupos o comunidades[4].

Así bien, del mismo modo que el latido de un corazón no tiene sentido sin la sangre, la Terapia Ocupacional no tiene sentido sin las personas implicadas en la intervención terapéutica.Por ello, tanto en la construcción teórica como en el desarrollo de la praxis es fundamental favorecer una reflexión compartida con los diversos actores implicados en la intervención ocupacional.

Esto permitirá por un lado, arrojar luz sobre cómo la teoría puede encontrar aplicación práctica en la vida dando respuesta a los complejos desafíos ocupacionales del mundo actual[5]. Por otro lado, es relevante para orientar la dirección de la disciplina de Terapia Ocupacional con la coherencia necesaria-entre la teoría y la praxis- para que lo que está dentro de nuestra profesión sea lo que se manifieste fuera[6].

Sin embargo, en esta acrobacia uno de los trampolines principales debe ser la universidad como máxima responsable de la formación, no sólo académica sino también humana[6]. De acuerdo con lo que plantea Yerxa[7], el desarrollo de la Terapia Ocupacional requiere un modelo integrado por la práctica, las ideas, la investigación y la educación. Un buen planteamiento para ello, propuesto por el compañero D. J. Ramón Bellido, es incluir en la formación académica de Terapia Ocupacional un sistema educativo que considere, de acuerdo con la pirámide de Miller, cuatro niveles en la formación: el primer nivel es saber- que incluye conocimientos en abstracto-, el segundo nivel es saber cómo-requiere comprender el conocimiento e integrarlo-, el tercer nivel es demostrar cómo-mediante habilidades en un contexto no real- y el cuarto nivel es hacer-desarrollar los conocimientos en la práctica real-[8].

Les dejo para que puedan disfrutar estas nueve acrobacias. En cada una de ellas, realizadas con libertad, precisión, audacia, agilidad, fuerza y dominio, podrán apreciar matices de lo expuesto. Todos/as los/as autores/as, asumiendo el riesgo, proponen respuestas y asumen el derecho y el deber que tiene toda disciplina científica de plantear un análisis crítico, sobre la teoría y la práctica de la Terapia Ocupacional en diversos ámbitos de actuación.

Para finalizar, no podría terminar este prólogo sin agradecer a los/as compañeros/as, Dña. Marta Blanco, D. Jesús Reboredo y Dña. Martina Novoa, por hacerme partícipe de este proyecto contagiándome de la ilusión, el esfuerzo y la dedicación que han puesto en este monográfico para que sea una acrobacia inspiradora en la disciplina de Terapia Ocupacional. Prepárense, llega el gran salto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Talavera Valverde MA. La realidad de la terapia ocupacional. La esencia perdida. TOG (A Coruña) [revista en internet] 2011. [acceso 3 de agosto de 2015]; monog. 4: 11-13 Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num4/mono4.pdf.

2. Kinsella EA. Reflections on reflective practice. Canadian Journal of Occupational Therapy. 2001; 68(3): p. 195-198.

3. Simó Algado S, Townsend E. Eco-social occupational therapy. British Journal of Occupational Therapy. 2015; 78(3): p. 182-186.

4. Zango I, Ulla S. La vida diaria de las mujeres con VIH/sida en Burkina Faso Alcalá la Real (Jaén): Alcalá Grupo Editorial; 2009.

5. Zango Martín I, Flores Martos JA, Moruno Millares P, Björklund A. Occupational Therapy culture though the multifocal lens of fieldwork in diverse rural areas. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2015;(22):p. 82-94.

6. Zango Martín I. Reflexiones sobre la comunidad de los/las terapeutas ocupacionales: Lo que está dentro es lo que se manifiesta fuera. Pendiente de Publicación; 2015; Comunicación oral CENTO Valencia. p. 25.

7. Yerxa J. In search of good ideas for occupational therapy. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2014; 21: p. 11-19.

8. Bellido JR, Simó S, Berrueta L. Transitando del conocimiento a la sabiduría. José Ramón Bellido: la excelencia humana y científica al servicio de las personas y la profesión. TOG (A Coruña) [revista en internet] 2015. [acceso 3 de agosto de 2015]; 12(1): p. 35. Disponible en: http://www.revistatog.com/num21/pdfs/maestros.pdf

EL RETO DE DEFINIR TERAPIA OCUPACIONAL

DEFINING THE CHALLENGER OF OCCUPATIONAL THERAPY

DECS: Terapia Ocupacional
MESH: Occupational Therapy.

Dña. Sonia Montes Bernardo
Terapeuta Ocupacional, Magíster en Terapia Ocupacional en Salud Mental, Universidad de Castilla La Mancha.

Como citar este artículo en sucesivas ocasiones:
Montes Bernardo S. El reto de definir Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2015 [-fecha de la consulta-]; monog. 7: [22-24]. Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num7/prefacio.pdf

Prefacio_

"El amplio y enorme abismo que existe entre la complejidad de la enfermedad y la sencillez de nuestras herramientas de tratamiento es, y siempre será, el orgullo y la angustia de nuestra profesión"

Mary Reilly

Ya nuestra predecesora reivindicaba que la velocidad del cambio social no debe ir unida a un cambio en la disciplina que implique una ruptura con las bases que la fundamentaron, sino a una asimilación de los cambios que dé respuesta a la sociedad en la que vivimos con la finalidad de cubrir las necesidades vitales que debemos atender[1].

Hace 4 años de la publicación del Monográfico "Hacia una definición de la Terapia Ocupacional en España" de las manos de nuestros compañeros Cantero Garlito PA y Solano Martínez O (compiladores).

Desde la Revista TOG nos aventuramos a realizar una actualización de dicho documento,

RESUMEN

Este prefacio tiene como objetivo presentar un conjunto de artículos que buscan unir la definición de Terapia Ocupacional con nuestra praxis profesional.

SUMMARY

This foreword aims to present a set of articles seeking join the definition of Occupational Therapy with our professional practice.

donde recoger y observar los posibles cambios a nivel de la praxis profesional en nuestra disciplina, unidos a esta sociedad cambiante, manteniendo nuestras bases teóricas originales.

En esta ocasión, las personas elegidas para dicha aventura son Jesús M. Reboredo Rodríguez, Marta Blanco Pereira y Martina Novoa Fente, frente al Monográfico "Terapia Ocupacional y ocupación: de la definición a la praxis profesional". Gracias por aceptar el reto y la inmensa dedicación, respeto y delicadeza que aportasteis en cada paso dado juntos.

A continuación os presentamos, pues, nueve artículos donde se recorren diferentes ámbitos de actuación; esperando contribuir al crecimiento de la Terapia Ocupacional con otro pequeño granito de arena.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanz Valer P, Sierra Canals B. En busca de nuestra esencia olvidada. Rescatando la ocupación como aportación a la medicina y a la humanidad. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2010 [23-09-2015]; 7(11): [10p.]. Disponible en: http://www.revistatog.com/num11/pdfs/historia1.pdf

UNA TERAPIA OCUPACIONAL DESDE UN PARADIGMA CRÍTICO

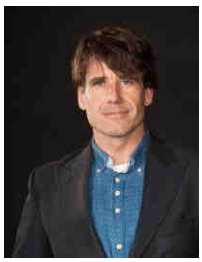
AN OCCUPATIONAL THERAPY FROM A CRITICAL PARADIGM

DECS: Terapia Ocupacional, Ocupación

Palabras Clave del Autor: Definición, Terapia Ocupacional, Paradigma crítico

MESH: Paradigm, Occupational Therapy

KEY WORDS: Definition, Occupational Therapy



Dr. Salvador Simó Algado.

Profesor de la UVic-UCC. Doctor en Educación Inclusiva. Máster en dirección de empresas. Terapeuta Ocupacional. Investigador del grupo Salud Mental e Innovación Social. Director del Máster Internacional de Emprendedoría Social. Profesor de Máster en la Sorbona de París.

Como citar este artículo en sucesivas ocasiones:

Simó Algado S. Una Terapia Ocupacional desde un paradigma crítico. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2015. [-fecha de la consulta-]; monog. 7: [25-40]. Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num7/critico.pdf

Introducción

La metodología del presente artículo se basa en una revisión de definiciones de Terapia Ocupacional relevantes, como son las planteadas por la Asociación Mundial de Terapia Ocupacional (WFOT)[1], la Red Europea de Terapia Ocupacional en Educación Superior (ENOTHE)[2], la Asociación Española de Terapia Ocupacional (APETO)[3], así como las planteadas por Williard y Spackman[4] o por el Modelo Canadiense el Desempeño y la Participación Ocupacional (CMOP-E)[5].

En segundo lugar revisa el paradigma actual de la Terapia Ocupacional. A partir de este paradigma, con la finalidad de crear una profesión relevante para la sociedad, se adentra en un paradigma crítico, basado en la creencia en la dignidad humana y en nuestra capacidad de mejorar la realidad actual.

RESUMEN

El siguiente artículo presenta una definición de Terapia Ocupacional. La metodología empleada para su construcción ha sido hacer una revisión de definiciones contemporáneas de la Terapia Ocupacional. En segundo lugar reflexiona sobre el paradigma actual de la Terapia Ocupacional. Para poder dar respuesta a las necesidades ocupacionales de la sociedad plantea la necesidad de adentrarse en un paradigma crítico, reflexionando sobre el contexto actual. Así define la terapia ocupacional, en su versión breve, como "el arte y la ciencia de capacitar a las personas (grupos, comunidades) para que puedan desarrollar un proyecto de vida pleno a partir del desarrollo de ocupaciones significativas. Su finalidad última es crear comunidades saludables, inclusivas y sostenibles, donde toda persona participe como ciudadano de pleno derecho experimentando bienestar". En el apartado final reflexiona sobre cómo poder llevar esta definición de la Terapia Ocupacional a la praxis para construir una profesión relevante que de respuesta a los principales retos ocupacionales de la sociedad.

SUMMARY

This article presents a definition of Occupational Therapy. The methodology used for its construction has been a review of contemporary definitions of occupational therapy. Secondly it reflects on the current paradigm of Occupational Therapy. In order to meet the occupational needs of society it raises the need to develop a critical paradigm, reflecting on the contemporary context and its challenges. It defines occupational therapy, in its brief version, as "the art and science of empowering people (groups, communities) so that they can develop a fruitful life project through the development of meaningful occupations. Its ultimate goal is to create healthy, inclusive and sustainable communities where everyone participates as a full citizen experiencing welfare". In the final section considers how develop this vision of occupational therapy in order to develop a relevant profession able to give answer to the major societal occupational challenges.

Desde este paradigma crítico reflexiona sobre el contexto en el que se inserta la profesión.

A partir de estos conocimientos plantea una definición contextualizada para nuestra profesión, que pretende ser relevante ante los problemas de la sociedad actual.

Resultados

Definiciones actuales de Terapia Ocupacional

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales[1] define a la Terapia Ocupacional como una profesión que se ocupa de la promoción de la salud y del bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la Terapia Ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria. Los terapeutas ocupacionales logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán

su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación. Los terapeutas ocupacionales poseen una formación extensa que les proporciona las habilidades y los conocimientos para trabajar con aquellos individuos o grupos de población que sufren la afectación de una estructura corporal o función, debida a algún cambio de salud, y que por tanto hace que experimenten limitaciones en su participación. De esta definición destacaría la importancia que le da a la capacitación de las personas, y a su participación ocupacional. Es algo restrictiva en su planteamiento al centrarse más en problemas de salud. En este sentido es muy interesante el desarrollo que ha tenido la profesión en Brasil, donde se ha creado un ámbito propio de intervención que es la Terapia Ocupacional Social[6], así como una praxis educativo-cultural desligada de la problemática médica.

Según la Red Europea de Terapia Ocupacional en Educación Superior[2], ésta utiliza el enfoque centrado en el cliente a través del médium de la actividad para capacitar el desempeño ocupacional y promover el bienestar dentro del entorno para poder incrementar la calidad de la vida.

En esta definición se enfatiza el enfoque centrado en el cliente que bien puede ser una persona, grupo o comunidad. Así como la importancia de la capacitación, propia de un modelo de empoderamiento.

Para la Asociación Profesional Española de Terapia Ocupacional (APETO)[3] se trata de una profesión socio-sanitaria que a través de la valoración de las capacidades y problemas físicos, psíquicos, sensoriales y sociales del individuo pretende, con un adecuado tratamiento, capacitarle para alcanzar el mayor grado de independencia posible en su vida diaria, contribuyendo a la recuperación de su enfermedad y/o facilitando la adaptación a su discapacidad.

Esta definición, si bien sitúa a la profesión en el ámbito socio-sanitario, se centra en la recuperación de la enfermedad y en la adaptación a la

discapacidad. Introduce matices interesantes como el tener en cuenta las capacidades de la persona y su capacitación. Habla de la importancia de la independencia pero olvida la importancia de la interdependencia, ya que como nos recuerda el filósofo McIntyre[7] somos seres racionales y dependientes.

Para Williard y Spackman[4] la Terapia Ocupacional es el arte y la ciencia de ayudar a las personas a realizar las actividades de la vida diaria que sean importantes para su salud y su bienestar a través de la participación en ocupaciones valiosas. La Terapia Ocupacional se refiere a todas las actividades que ocupan el tiempo de las personas y que dan significado a sus vidas. La ocupación abarca las actividades cotidianas que permiten a las personas mantenerse, contribuir a la vida de su familia y participar en la sociedad.

De esta definición destaco en primer lugar que entendemos la profesión como una simbiosis de arte y ciencia. El arte queda reflejado en nuestra filosofía de intervención. La ciencia se expresa en nuestros modelos teóricos y labor de investigación. Enfatiza la importancia de la participación, así como el hecho de que todas las personas pueden contribuir a su comunidad. La ocupación juega un rol central para darle significado a la vida de las personas.

Los terapeutas ocupacionales canadienses[5] definen Terapia Ocupacional como el arte y la ciencia de capacitar (habilitar) a que las personas (grupos, comunidades) que se involucren en su vida diaria través de la ocupación; de capacitar (habilitar) a las personas a que desarrollen sus ocupaciones para promover salud y bienestar; y de habilitar una sociedad más justa e inclusiva para que todas las personas puedan participar según sus potencialidades en las ocupaciones de la vida diaria.

De esta definición me interesa en especial la segunda parte: habilitar una sociedad más justa e inclusiva. Creo que este es nuestro mayor desafío como profesión, ya que muchas veces la sociedad es más discapacitante que la propia problemática física o psicológica. Townsend[5] afirma que el tremendo potencial

de la profesión radica en desarrollar una visión de justicia social a través de capacitar a las personas para que puedan participar como valiosos miembros de sus comunidades a pesar de un distinto o limitado potencial ocupacional. Es una terapia más enfocada a la capacitación que al tratamiento.

El paradigma actual de la Terapia Ocupacional

Como indica Khun[8], el paradigma es la visión común compartida que tienen los profesionales sobre su propia disciplina, es el alma o corazón cultural de la profesión[9]. Entendemos que el terapeuta ocupacional es el profesional que interviene siempre que exista un riesgo y/o una disfunción ocupacional. Esta puede ser debida a aspectos físicos, psicológicos, sociales o medioambientales. Partimos de una visión filosófica de la profesión que se erige sobre los principios de:

Una visión humanista del ser humano: Esta visión humanista se traduce en una praxis centrada en la persona/comunidad. En este sentido podemos destacar la aportación de los terapeutas ocupacionales canadienses, no en vano el actual Modelo Canadiense del Desempeño y la Participación Ocupacional[5] nació de la reflexión en los años 80 de cómo se podía desarrollar una praxis centrada en la persona. Pasamos así de un modelo del déficit, basado en la disfunción y el tratamiento; a un modelo de empoderamiento de la persona/comunidad, donde siempre abordaremos las dificultades ocupacionales desde las potencialidades y los recursos de la persona/comunidad.

Una visión holista: Entendemos la persona como ser bio-psico-social, de esencia espiritual, inmersa en su medio ambiente. Esta dimensión espiritual está reflejada en el modelo canadiense[5], asimismo lo está en el modelo australiano[10], y en el modelo Kawa[11]. La espiritualidad está directamente relacionada con las dimensiones de sentido, motivación y fuerza para vivir; y de conexión, con uno mismo y con los demás. No podemos separar a la persona

de su medio ambiente ya que muchas veces determina directamente su desempeño y su participación ocupacional.

La ocupación significativa como alma de intervención: Una ocupación que tiene en cuenta las necesidades, los potenciales y la espiritualidad de la persona[12]. Esta Terapia Ocupacional es transcultural. No sólo reconoce la belleza inherente a todas las culturas sino que busca e introduce ocupaciones culturalmente significativas en la intervención.

Hacia un paradigma crítico

Si queremos crear una Terapia Ocupacional relevante ante la sociedad debemos reflexionar sobre la realidad actual. Sousa Santos[13] afirma que el sufrimiento humano y la opresión que lo habitan se convertirán en un comentario cruel sobre el tiempo presente, inadmisible porque aun sucede y porque la iniciativa del ser humano pudo evitarlo. Bauman[14] nos pregunta: ¿Qué hacemos con nuestro conocimiento del sufrimiento de los otros? La negación es la respuesta frente a la información que es demasiado perturbadora. En este planeta, todos dependemos el uno del otro, nada de lo que hagamos o dejemos de hacer es ajeno al destino de los demás. La responsabilidad está ahí, debido a nuestra interdependencia global. La globalización es un desafío ético.

El sufrimiento forma parte de la existencia humana, es una realidad de la que no podemos escapar. Heidegger[15] tenía razón al afirmar que el ser humano es un *ser-para-la-muerte.* Pero más allá de este sufrimiento irreductible se extiende un vasto campo de sufrimiento evitable, basado en las condiciones sociopolíticas que organizan nuestra existencia, que anteponen los intereses económicos y del poder a los intereses del ser humano. Como afirma Dussel[16] la negación de la vida humana expresada en el sufrimiento de las víctimas es el punto de arranque fuerte, decisivo, de toda la crítica, que anuncia la acción transformadora. No podemos desligar la ciencia de la ética desde un malentendido relativismo moral. La génesis de conocimiento científico debe dar respuesta a las necesidades más acuciantes de la sociedad.

Debemos desarrollar una visión crítica sobre el mundo contemporáneo. Sousa Santos[13] apunta las grandes promesas de la modernidad no cumplidas. La promesa de la igualdad: en el siglo XX murieron de hambre más personas que en cualquier otro siglo. La promesa de la libertad: las violaciones de derechos humanos están alcanzando proporciones alarmantes. La promesa de la paz perpetua: entre los siglos XVIII y XX la población se multiplicó por 3,6 mientras que las bajas en combate se multiplicaron por 22,4. La promesa de la dominación de la naturaleza: hoy en día vivimos una grave la crisis ecológica.

Debemos pensar cuál debe ser el rol de la Terapia Ocupacional en el contexto actual. Vivimos según Bauman[14] en una modernidad líquida. Este concepto hace referencia a que paradójicamente lo único constante en la actualidad es el propio cambio. Debemos ser conscientes de esta realidad, para ser capaces de adaptarnos a los cambios y a las demandas de la sociedad. De esto dependerá la supervivencia de la profesión.

La situación de la infancia refleja la situación de la Humanidad. Monestier[17] explica como los niños se han convertido en una parte integrante del conflicto bélico. Están perdidos, abandonados, convertidos en huérfanos, torturados, abusados sexualmente, secuestrados, muriéndose de hambre, obligados a convertirse en soldados, o a vivir por millares en campamentos de refugiados en compañía de memorias traumáticas. Una de cada dos víctimas de los conflictos recientes es un niño. Algunas minas están diseñadas especialmente para dañarlos. Las consecuencias de la guerra, el hambre y la desaparición de los servicios médicos, ocasionan 20 veces más víctimas que la propia guerra. El número de muertos en conflictos armados desde 1990 es de más de 6 millones. UNICEF confirma que cada día mueren entre 35.000 y 40.000 niños a causa de la no satisfacción de sus necesidades básicas.

A nivel social se produce una escandalosa proliferación de la pobreza. Si bien la mayoría de definiciones de Terapia ocupacional ponen su acento en la

importancia de la participación, un segmento cada vez mayor de la población es considerado como desechable en el nuevo marco económico[18]. El paro y la precariedad laboral afectan a la población. Beck[19] habla de la brasileñización del mercado laboral europeo, debido a la pérdida de seguridades y derechos laborales. Al mismo tiempo que se destruye el estado del bienestar se produce un proceso de individualización[20] y atomismo social que descompone las estructuras comunitarias.

A nivel cultural Davis[21] expone como alrededor de 300 millones de personas mantienen una fuerte identidad como miembros de una cultura indígena. No hay una mayor medida que refleje esta crisis cultural que la pérdida de lenguas. De las 10.000 que han existido, hoy 6.000 todavía se hablan, pero sólo 600 lenguas son consideradas estables. Desde un punto de vista económico su pérdida parece superflua, por ello el autor nos recuerda el valor y la belleza que estamos sacrificando en el altar del progreso. Una lengua es un reflejo del espíritu humano, el filtro a través del cual el alma de cada cultura particular se relaciona con el mundo. En peligro se encuentra la expresión espiritual, intelectual y artística con toda la complejidad y la diversidad de la experiencia humana. Davis se pregunta (2001:15): "¿Cuál es el valor de los vínculos familiares que mitigan la pobreza y protegen a las personas de la soledad? ¿Cuál es el valor de las diversas instituciones sobre el cosmos, los senderos del espíritu, el significado de la práctica de fe? ¿Cuál es el valor de una práctica ritual que protege un río o un bosque?".

A nivel ecológico Suzuki[22] afirma que reunidos los seres humanos, la tecnología, el consumo y la globalización se han constituido en una nueva fuerza destructora de la naturaleza. En nuestra evolución pasada nuestra huella era menor que la capacidad de la tierra de autoregenerarse. Pero actualmente el 0.5% de las especies se extinguen cada año, más de 50.000, 137 cada día, 6 cada hora. Si continúa esta explotación, al menos un 20% de las especies habrán desaparecido en 30 años. Desde la llegada de la Humanidad, ya se han extinguido del 10 al 20% de las especies. El mayor problema es nuestra

ignorancia y falta de preocupación, la creencia tradicional de que todas estas pérdidas, si bien son lamentables, son inevitables en el contexto del progreso humano. Un progreso basado en la idea irracional de la posibilidad de un crecimiento ilimitado en un mundo con recursos limitados. No es cierto que el progreso humano y tecnológico nos libere de la dependencia de la naturaleza y sus recursos. Es básico cobrar consciencia del concepto de límite, ser consciente de la finitud del hogar de la humanidad en el universo. Otro concepto clave es el de indeterminación, que resulta de la relación de dos sistemas complejos autoorganizadores como son la sociedad y la biosfera. Lovelock[23] nos propone la idea de Gaia, de comprender el planeta tierra como un ser vivo. Así entendemos que la capacidad de regeneración de la tierra, un ser enfermo, es menor y es un ser mucho más vulnerable a la acción humana.

Una definición contextualizada para una profesión relevante

"La Terapia Ocupacional es el arte y la ciencia de capacitar a las personas (grupos, comunidades) para que puedan desarrollar un proyecto de vida pleno a partir del desarrollo de ocupaciones significativas. Su finalidad última es crear comunidades saludables, inclusivas y sostenibles, donde toda persona participe como ciudadano de pleno derecho experimentando bienestar".

Esta definición se puede ampliar con algunos matices:

"La Terapia Ocupacional es el arte y la ciencia, al integrar la filosofía humanista y holista con la excelencia científica y la investigación, de capacitar y empoderar a las personas (grupos, comunidades) para que puedan desarrollar un proyecto de vida pleno a partir del desarrollo de ocupaciones significativas, que potencien tanto su independencia como interdependencia, aportando sentido a sus vidas. Su finalidad última es crear comunidades saludables, inclusivas y sostenibles, donde toda persona pueda desarrollar plenamente su potencial humano, experimentando bienestar físico, psicológico y social; y participar

como un ciudadano cosmopolita de pleno derecho desde el respeto a los derechos humanos".

Esta definición contempla a la profesión como un arte y una ciencia. Debemos ser fieles a nuestros principios filosóficos: la visión humanista, holista y la ocupación significativa como el alma de la intervención. Pero no debemos olvidar el desarrollo teórico de la misma. En este aspecto es fundamental desarrollar una importante labor de investigación. Personalmente recomiendo estrategias como la Investigación Acción Participativa[24], cuya finalidad es el cambio social. Esta estrategia parte del empoderamiento de las personas como sujetos, que no objetos, de la investigación.

Al ayudar a las personas desde procesos de empoderamiento desde una ciencia de la capacitación para que puedan desarrollar un proyecto de vida significativo, estamos abordando directamente la situación de pobreza según la definición de Sen[25], la pobreza como incapacidad de controlar la propia vida debido a la penuria de capacidades.

Este proyecto de vida pleno se construye a partir de ocupaciones significativas, entendidas como el cruce de caminos ocupacional entre las necesidades, las potencialidades y los valores de las personas. Es muy importante reflexionar sobre cuál es el origen de dicho significado. Si realmente responde a la propia persona o simplemente son valores impuestos por la sociedad. Un ejemplo es la imposición del consumismo en el marco de la sociedad capitalista a través de la poderosa industria del marketing. Por ello debemos realizar una arqueología del significado, explorando con la persona cuáles son sus verdaderas ocupaciones significativas. Nos convertimos en guardianes del significado. Al capacitar a las personas para encontrar significado en sus vidas, desarrollamos una labor de prevención ante algunas de las principales problemáticas contemporáneas, como son la depresión y el suicidio, la adicción y la agresión, siguiendo las enseñanzas de Frankl[26], quien afirmaba que éstas son las tres consecuencias de la falta de sentido. Esto nos convierte sin duda en una profesión relevante.

Trabajamos desde la visión de crear comunidades saludables; entendemos la salud como experiencia de pleno bienestar[27], teniendo en cuenta documentos de la OMS, como los determinantes sociales de la salud[28], y las declaraciones de Ottawa[29], Yakarta[30] y Helsinky[31]. Esta comunidad debe garantizar la inclusión y la justicia social por lo que debemos abordar de forma decidida problemáticas como el paro y la precariedad laboral. Debemos potenciar las intervenciones comunitarias, ya que son el escenario natural de las personas. Las enseñanzas de la Rehabilitación Basada en la Comunidad nos serán de gran utilidad en este cometido, como nos enseñan Solángel García[32] y Silvia Sanz[33]. Debemos hacerlo desde una praxis culturalmente segura[34], basada en el respeto y reconocimiento al valor innato de las culturas. Conscientes de que la Terapia Ocupacional ha sido una profesión de dominio anglosajón, debemos evitar prolongar el colonialismo teórico.

Ante la crisis ecológica se plantea la necesidad de crear comunidades sostenibles, reconociendo como la ocupación humana ha sido clave en el proceso de deterioro ecológico y por lo tanto lo debe hacer en su restauración. Está en sintonía con el desarrollo de una Terapia Ocupacional eco-social basada en la ecología ocupacional[35]. La ecología ocupacional parte de la concienciación de la situación ecológica del planeta, que pone en peligro su viabilidad (Momento de reflexión); para desarrollar patrones ocupacionales (en las áreas de productividad, auto mantenimiento y ocio) que restauren el equilibrio con el medio natural (Momento de acción). Una ecología ocupacional que recientemente el primer autor junto a Liz Townsend han definido como un trabajo interdisciplinario que facilite desarrollos socio-económicos, culturales y políticos para permitir ocupaciones económica y ambientalmente sostenibles para todos los seres humanos, en todas partes[36].

Ante el ocaso de la ciudadanía y la violación de los derechos humanos planteamos que todas las personas deben poder participar como lo que son, ciudadanos cosmopolitas[37] de pleno derecho, conscientes del destino común de la Humanidad, desde una solidaridad intra e intergeneracional. Desarrollamos

una visión de la Terapia Ocupacional basada en los derechos humanos[38] como apunta Alejandro Guajardo.

Discusión: Del dicho al hecho

Un aspecto fundamental es el de pasar desde las grandes declaraciones, definiciones y conceptos a proyectos donde se materialicen las mismas, para que la Terapia Ocupacional sea verdaderamente relevante para la sociedad.

Si realmente queremos ser expertos en la comprensión del humano como ser ocupacional, debemos entender cómo los condicionantes sociales políticos, económicos y ecológicos determinan el bienestar ocupacional de las personas. La justicia ocupacional[36] se define como la promoción de un cambio social y económico que permita a las personas acceder a ocupaciones significativas. De nada sirve repetir esta definición si no la entendemos. Al hablar de cambio económico debemos comprender el sistema económico neoliberal y ser capaces de plantear alternativas. En este sentido podemos hablar de estrategias como la economía del bien común o el crecimiento sereno, junto a estrategias como el emprendimiento social[39], que busca soluciones innovadoras ante los principales retos sociales, de salud, y ecológicos.

Si bien nos adherimos a un paradigma crítico debemos ser conscientes de que estamos sumidos en un paradigma económico capitalista marcado por una gran competitividad. Es fundamental que los terapeutas ocupacionales desarrollen competencias como: Buscar financiación y recursos económicos; Marketing y creación de marca (branding); Crear una política de comunicación, etc. Una de las asignaturas pendientes es la creación de la marca (branding) Terapia Ocupacional. Debemos ser capaces de transmitir una idea clara de qué es la Terapia Ocupacional a la sociedad y sobre cuál es su valor añadido.

En España uno de los grandes ámbitos de expansión es el desarrollo de proyectos comunitarios. Debemos pues formar a nuestros estudiantes en

competencias como: Comprender el marco global para poder intervenir a nivel local; Identificar los protagonistas de las comunidades; Desarrollar alianzas estratégicas con la sociedad civil, el sector público y privado; Desarrollar alianzas con otros profesionales; Desarrollar diagnósticos participativos comunitarios; Diseñar, implementar y evaluar proyectos desde un enfoque basado con y desde la comunidad; Ser emprendedores sociales, etc.

Entiendo que la única estrategia que nos puede llevar a buen puerto es desarrollar proyectos ocupacionales basados en la evidencia científica que respondan a las necesidades reales las comunidades, desarrollando una importante labor de investigación y de evaluación de dichos proyectos y dar a conocer los resultados a la comunidad. Por ejemplo, nuestra profesión puede hacer una valiosa aportación a la reflexión teórica e intervención práctica ante el problema del desempleo y de la precariedad laboral, ya que no sólo afecta directamente a la dimensión productiva sino que repercute de forma drástica en las dimensiones de ocio y auto mantenimiento. Para ello debemos incrementar las competencias de: Desarrollar de una praxis basada en la evidencia; Diseñar e implementar proyectos de investigación; Comunicar los resultados de las investigaciones; Trabajar en equipos interprofesionales, más allá de los profesionales de la salud, etc.

El objetivo final no puede ser otro que crear una profesión que dé respuesta a los acuciantes retos ocupacionales que enfrenta la humanidad, ya estén originados por causas físicas, sociales, psicológicas o bien medioambientales. Es tiempo de protagonizar un nuevo Renacimiento, como el que se inició en Italia en el siglo XV y que sacó a Europa de una época oscura, iluminándola desde su humanismo con el arte y la ciencia. Una profesión relevante, consciente de que como nos dijo el poeta Miquel Martí i Pol[40]: todo está por hacer, pero todo es posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. WFOT. Definición de la terapia ocupacional. 2012. [15 de enero de 2015].Disponible en: http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx

2. ENOTHE. Definición de la terapia ocupacional. 2012. [10 de enero de 2013]. Disponible en: http://www.enothe.eu/index.php

3. APETO. ¿Qué es la Terapia ocupacional? 2012. [15 de enero de 2015]. Disponible en: http://www.apeto.com/index.php?option=com_content&view=article&id=66&Itemid=79

4. Williard and Spackman. Occupational therapy. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, cop; 2009.

5. Townsend E, Polajatko H. Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation. Toronto: CAOT Publications; 2007.

6. Galheigo S, Simó Algado S. Maestras de la terapia ocupacional. Sandra Galheigo: la poderosa emergencia de la terapia ocupacional social. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2012 [15 de enero de 2015]; 9(15): [41 p.]. Disponible en: http://www.revistatog.com/num15.htm

7. MacIntyre A. Animales racionales y dependientes. Barcelona: Paidós Ibérica; 2001.

8. Kuhn T. ¿Qué son las revoluciones científicas? Barcelona: Paidós; 1989.

9. Kielhofner G. Conceptos fundamentales de la terapia ocupacional. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2006.

10. Chapparo C, Ranka J. Hacia un modelo de desempeño ocupacional: Desarrollo del Modelo. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [15 de enero de 2015]; volumen 5 (num 1): [44 p.]. Disponible en: http://www.revistatog.com/num7/pdfs/modelos_1.pdf

11. Iwama MK, Simó Algado S. El Modelo Kawa (Rio). TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [15 de enero de 2015]; 5(8): [24 p.]. Disponible en: http://www.revistatog.com/num8/pdfs/modelo2.pdf

12. Simó Algado S, Burgman I. Intervención mediante terapia ocupacional con niños supervivientes de conflicto bélico. En Kronenberg, Simó Algado y Pollard: "Terapia Ocupacional sin Fronteras: Aprendiendo del espíritu de supervivientes". Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2006.

13. Sousa Santos B. El milenio huérfano. Ensayos para una nueva cultura política. Madrid: Editorial Trotta; 2005.

14. Bauman Z. Tiempos líquidos. Vivir en una época de incertidumbre. Barcelona: Tusquets; 2005.

15. Heidegger M. Ser y Tiempo. Santiago de Chile: Universitaria; 1998.

16. Dussel E. Ética de la liberación en la sociedad de la globalización y la exclusión. Madrid: Editorial Trotta; 2006.

17. Monestier M. Los niños esclavos: Un infierno diario de trescientos millones de niños. Madrid: Alianza editorial; 1999.

18. Bauman Z. Vidas desperdiciadas. La modernidad y sus parias. Barcelona: Paidós; 2005.

19. Beck U. Un nuevo mundo feliz. La precariedad del trabajo en la era de la globalización. Barcelona. Paidós; 2000.

20. Beck U, Beck-Gernsheim E. La individualización. Barcelona: Paidós; 2003.

21. Davis W. Light at the edge of the world. Toronto: Douglas McIntyre; 2001.

22. Suzuki D. The sacred balance. Toronto: Greystone Books; 2002.

23. Lovelock J. La vengança de la terra. Barcelona: Columna; 2007.

24. Cockburn L, Trentham B. Investigación acción participativa: creando conocimientos y oportunidades para la involucración ocupacional. En Kronenberg, Simó Algado y Pollard, "Terapia Ocupacional sin Fronteras: aprendiendo del espíritu de supervivientes". Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2006.

25. Sen A. Desarrollo y libertad. Barcelona: Planeta; 2000.

26. Frankl V. El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder; 1964.

27. Organización Mundial de la Salud OMS. Definición de salud. 1946. [15 de enero de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/about/definition/en/print.html

28. CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: OMS; 2008.

29. Organización Mundial de la Salud OMS. Carta de Ottawa. Ginebra: OMS; 1986.

30. Organización Mundial de la Salud OMS. Declaración de Yakarta. 1997. [15 de enero de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf

31. Organización Mundial de la Salud OMS. Declaración de Helsinki. 2005. [15 de enero de 2015]. Disponible en: http://www.feafes.com/NR/rdonlyres/79F5EFFA-ED90-438F-9F7D-EC7046FB11EF/11999/DeclaracionHelsinki.pdf

32. Simó Algado S. Terapia Ocupacional eco-social: hacia una ecología ocupacional. Cadernos de terapia ocupacional. 2012, 20(1). [15 de enero de 2015]. Disponible en: http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/543

33. Cortina A. Ciudadanos del mundo. Madrid: Alianza editorial; 2005.

34. Guajardo A, Simó Algado S. Una terapia ocupacional basada en los derechos humanos. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2010 [15 de enero de 2015]; 7(12): [25p]. Disponible en: http://www.revistatog.com/num12/pdfs/maestros.pdf

35. Simó Algado S, García Ruiz S. Diseñando políticas comunitarias para la felicidad. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2011 [15 de enero de 2015]; 8(13): [23p]. Disponible en: http://www.revistatog.com/num13pdfs/maestros.pdf

36. Simó Algado S, Townsend E. Eco-social occupational therapy. "British Journal of Occupational Therapy"; 78(3), 182- 186. 2015.

37. Sanz Victoria S. Reflexiones y aprendizajes en torno a la rehabilitación basada en la comunidad. TOG (A Coruña) [revista en Internet].2012 [15 de enero de 2015]; monog. 5:[206-226].Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num5/comunidad.pdf

38. Iwama MK, Simó Algado S. Aspectos de significado, cultura e inclusión en Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [15 de enero de 2015]; 5(8): [23p.]. Disponible en: http://www.revistatog.com/num8/pdfs/modelo1.pdf

39. Simó Algado S, Oller J. Terapia ocupacional y emprendedoria social: un diálogo necesario. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2013 [15 de enero de 2015]; 10(17): [32p.]. Disponible en: http://www.revistatog.com/num17pdfs/maestros.pdf

40. Martí i Pol M. Antología Poética a càrrec de Pere Farres. Barcelona: Edicions 62, 1999.

LA TERAPEUTA DESCONTEXTUALIZADA Y LA RECONSTRUCCIÓN SIGNIFICATIVA DE LOS SABERES APRENDIDOS

THE DECONTEXTUALIZED THERAPIST AND THE SIGNIFICANT RECONSTRUCTION OF THE LEARNT KNOWLEDGE

DECS: Terapia Ocupacional, Participación, Identidad.

MESH: Occupational Therapy, Context, Participation, Identity.

PALABRAS CLAVE DEL AUTOR: Terapia Ocupacional, Contexto, Participación, Identidad.

KEY WORDS: Occupational Therapy, Context, Participation, Identity.

Dña. Esther Domínguez Vega.

Terapeuta Ocupacional.

D. Alvar Jones Sánchez.

Antropólogo y Cooperante.

Como citar este artículo en sucesivas ocasiones:

Domínguez Vega E, Jones Sánchez A. La terapeuta descontextualizada y la reconstrucción de los saberes aprendidos. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2015. [-fecha de la consulta-]; monog. 7: [41-65]. Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num7/saberes.pdf

Introducción

Viajamos para cambiar, no de lugar, sino de ideas.

Hippolyte Taine.

Los marcos institucionales de la deformación biomédica.

Hablar de la profesión que uno ejerce, implica ineludiblemente hablar de uno mismo. Más aún cuando el fin del discurso consiste en definirla a partir de la propia experiencia. Este ejercicio de introspección supone volver a transitar el camino que nos trajo hasta aquí, al momento en el que nos proponemos exponer, con infinita prudencia, que es hoy para nosotros la Terapia Ocupacional, y recordando que el camino continua; que se hace, como dijo el poeta, al andar. A finales de los noventa, tras la reciente implantación de la disciplina en la Universidad de Extremadura, adquirí las primeras herramientas para el desempeño de mi praxis profesional en la que vino a ser la

RESUMEN

La inmersión del terapeuta ocupacional en un entorno físico y sociocultural que le es ajeno, conlleva un ejercicio de introspección que invita no solo a adaptar el enfoque, sino a la deconstrucción y transformación de su práctica profesional.
La intervención en proyectos de educación inclusiva en África Central y del Oeste supuso una catarsis, un viaje de ida y vuelta, para la refundación de mi rol como terapeuta ocupacional. Dieron pié a cuestionar la deformación biomédica inducida por los marcos académicos e institucionales en el que se aprende y ejerce nuestra labor en España, de la que las anheladas y frustradas expectativas frente al Sistema de Promoción y Atención a la Dependencia, no son más que una ilustración. También indujeron a la rehabilitación de conceptos manidos en el proceso teórico, y olvidados en la práctica diaria, como participación, cultura, contexto e identidad. Estas nociones, relegadas a un segundo plano, en beneficio de otros más cercanas a los saberes biomédicos, como deficiencia, patología o individuo, resultan en realidad el nexo de unión entre la tecnicidad del saber científico y la humanidad de los saberes sociales. Permiten desarrollar el potencial de la disciplina, como una herramienta al servicio de las personas que viven procesos limitantes de la participación dentro de su comunidad.
Estas preocupaciones, el itinerario profesional que las vieron aflorar, y algunas de las respuestas aportadas, constituyen el objeto de las siguientes líneas.

SUMMARY

Introducing an occupational therapist in an alien physical and sociocultural environment leads to an introspection exercise that invites them not only to adapt their approach, but also to deconstruct and transform their professional practice. My participation in inclusive education projects in central and western Africa was a catharsis, a round trip, in refounding my role as an occupational therapist. It made me question the bio-medical distortion induced by the academic and instructional frameworks in which we learn and practice our profession in Spain. Indeed, the desired and frustrated expectations of this practice towards the Promotion System and Dependant Care are just an illustration.
It also led to the rehabilitation of hackneyed concepts in the theoretical process, forgotten in daily practice, such as participation, culture, context, and identity. These notions have been pushed into the background to leave place for those closer to bio-medical knowledge: deficiency, pathology, or individual. In reality, these notions are the connecting link between the tenacity of scientific knowledge and the humanity of social knowledge. They allow for the development of the discipline's potential as a tool at the service of those who live in situations of limited participation within their community.
These concerns, the professional trail that saw them flourish, and some of the proposed answers represent the purpose of the following text.

Escuela Universitaria de Enfermería y Terapia Ocupacional. El cuadro docente se caracterizaba por la escasa presencia de Terapeutas Ocupacionales[a]. Estos cargos docentes, principalmente detentados por otras profesiones sanitarias (principalmente enfermeras, fisioterapeutas y doctoras en medicina) impregnaban el recorrido académico de un carácter explícitamente biomédico.

Debuté mi itinerario profesional en un servicio de rehabilitación y habilitación física institucional[2].
A principio de los años dos mil, la Terapia Ocupacional era una profesión con escasa presencia en los servicios sociales y sanitarios extremeños. Esta circunstancia, suponía el desconocimiento de la disciplina por parte de profesionales y usuarios.

[a]La Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, en un estudio de 2005, también recalca la escasez de terapeutas ocupacionales en las universidades españolas como profesores titulares de escuela universitaria o profesores asociados. El mismo informe señala la importancia de "la presencia del terapeuta ocupacional para transmitir el conocimiento teórico y práctico específico de la disciplina y favorecer la identidad del alumnado con su futuro rol profesional"[1].

Muchos Terapeutas Ocupacionales nóveles asumimos, como una presión añadida, la responsabilidad de demostrar la pertinencia de nuestras intervenciones, no solo con el fin de poner en valor al profesional, sino también a la profesión. La figura del Terapeuta Ocupacional se insertaba entonces, en una jerarquía sanitaria explícitamente delimitada, y aún vigente, donde la intervención estaba supeditada a los criterios del médico, como prescripto y garante de los servicios puestos a disposición.

La cultura institucional[3], y la influencia ejercida por los marcos de referencia aplicados en el campo de la rehabilitación física, orientarían mi perfil profesional hacia prácticas centradas esencialmente en la patología[4]. El hecho de trabajar exclusivamente en un ambiente institucional, sin la posibilidad de conocer "in situ" el entorno donde el usuario desempeña sus ocupaciones, condicionaba una mirada hacia la persona centrada en el trastorno. En este contexto, el diagnóstico ocupacional tiende a centrarse en las deficiencias, considerándolas como el origen de la situación de discapacidad.

A medida que el Terapeuta Ocupacional acumula experiencias clínicas, desarrolla "una imagen arquetípica del sujeto"[3]. Si bien esta práctica facilita un proceso de evaluación cada vez más preciso, también promueve un prototipo de intervención que elude ciertos planteamientos. Al compartir referencias sociales y culturales con el paciente, el Terapeuta Ocupacional tiende a dar por sentadas las premisas de partida. Esto no supone la elusión sistemática y deliberada de los valores e intereses ligados a los patrones ocupacionales definidos por las características del individuo y su entorno, pero sí facilita una imagen arquetípica de estos aspectos.

Los marcos de referencia utilizados en la rehabilitación física, tienden a establecer una jerarquización en la consecución de la autonomía, partiendo de las actividades básicas de la vida diaria, seguidas de las instrumentales hasta llegar a las avanzadas[3]. La ordenación cronológica de estas actividades,

pueden favorecer el establecimiento de los objetivos del tratamiento en función de la experiencia clínica del Terapeuta Ocupacional, alejándolos de los intereses y perfil ocupacional priorizado o esperado por el usuario.

Bajo el sesgo de la experiencia, esta modalidad de intervención, puede llevar a planificar tratamientos prácticamente idénticos, con individuos cuya única característica común son las alteraciones en sus funciones orgánicas. La idea mecanicista inherente a ese proceso, presupone que tras la restauración o mejora de las destrezas de ocupación, el individuo portador de discapacidad alcanzaría "ipso facto" la realización ocupacional. Bajo este paradigma de intervención, "los programas de Terapia Ocupacional se convierten en un "laboratorio" en el cual se crea el clima idóneo en el que poder explorar, ensayar y corregir, a través de la experimentación directa, las necesidades básicas para la vida comunitaria"[3] . Eso sí, siempre lejos de la comunidad, el entorno cultural y social del individuo en el que se da significado a las ocupaciones, y mediante las cuales la persona se relaciona, se expresa, se identifica y es definida.

A tiempo pasado es fácil adivinar que mi orientación profesional, respondía al anhelo de delimitar el área de intervención sobre aspectos cuantificables y medibles dentro del ambiente institucional, apremiada por la pretensión de demostrar bajo parámetros exclusivamente biomédicos, el valor de la disciplina. Esta deformación biomédica del profesional, inducida tanto por el recorrido académico y por los marcos institucionales en los que el Terapeuta Ocupacional desempeña su labor, supone desestimar la perspectiva holística que, al menos en el plano teórico, define las intervenciones del Terapeuta Ocupacional.

Algunos años más tarde, surgieron serios cuestionamientos sobre la pérdida de mi identidad como Terapeuta Ocupacional. En primer lugar, por la incomodidad que suponía estar encasillada en intervenciones formuladas bajo ciencias exactas y exentas de variables humanísticas. Por otra parte, el acicate de

numerosas lecturas que cuestionaban "la parcialidad paradigmática y ahistórica de la TO dominante"[5] resultaron también determinantes.

Incidían en **el carácter ineludible del análisis del contexto político, cultural, social y económico para comprender la complejidad de los procesos que generan situaciones de pérdida o no-adquisición de los patrones ocupacionales significativos en los individuos, y la consecuente restricción de la participación.**

1. La Ley de Dependencia. La promoción de un derecho fallido.

El malestar que supuso para mí la distancia entre mi praxis diaria y mi sentir de la disciplina, se vio intensificado durante el inicio de la crisis económica en España. Trabajaba entonces como valoradora en la conocida como "*Ley de Dependencia*". El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), impulsado en 2007, entiende la dependencia a partir de un modelo biomédico. La concepción de la discapacidad y dependencia obvia el entorno social y familiar como un factor influyente en la situación de dependencia de los individuos. Son objeto de valoración las situaciones originadas por las condiciones de salud de la persona dependiente. Los criterios que determinan el requerimiento de asistencia para el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria, se fundamentan exclusivamente en la existencia de deficiencias diagnosticadas en el informe de salud.

La aplicación del baremo se realiza en el entorno habitual del usuario, lo que no significa en ningún caso que considere las variables culturales o sociales como factores facilitadores o barreras en el desempeño de las actividades a valorar[b]. El único factor considerado en el entorno es la existencia o no de productos de apoyo y la falta de accesibilidad física. Aspectos como los roles asignados tradicionalmente al género, las demandas de actividad condicionadas culturalmente, ambientes sobreprotectores o privadores de

[b] Aunque el baremo de valoración de la situación de dependencia ofrece la posibilidad de recoger estas variables, estas no imputan en el cálculo del grado y nivel de dependencia.

estímulos, la falta de acceso a recursos de rehabilitación funcional, no justifican en este marco la necesidad de ayuda para la realización de una actividad. La vulnerabilidad, el aislamiento social, situaciones de precariedad económica, la falta de recursos y habilidades para asegurar la asistencia o cuidados tampoco son contemplados como factores que puedan incidir sobre la situación de dependencia. Así mismo, la promulgación de este marco legislativo, excluyó las circunstancias socioculturales agravantes de la situación de dependencia en contextos de vulnerabilidad (habitantes de zonas rurales, familias con bajos ingresos, migrantes, minorías étnicas, etc.). Tampoco se contempló la intervención sobre estos factores como promotores de la autonomía personal.

El enfoque de la ley estaba orientado esencialmente a la atención a la dependencia y no tanto a la promoción de la autonomía personal. La falta de financiación y compromiso político para la creación de recursos destinados a la promoción de la autonomía personal trasformó el SAAD en un sistema de gestión y adjudicación de los recursos de asistencia ya existentes.

En 2011, los cambios en las políticas sociales y sanitarias llevaron a que la población más castigada por la crisis, perdiera, o no pudiera acceder a los servicios que sin duda influían en su estado de salud y de autonomía personal. Se endureció la entrada al sistema mediante cambios que implicaban una aplicación más restrictiva del baremo de valoración de la dependencia, se redujo la intensidad de las ayudas y se aumentó el porcentaje de copago. Por otra parte, se retrasó la entrada en el SAAD de los ciudadanos en situación de dependencia moderada.

Los Terapeutas Ocupacionales, nos presentamos como observadores privilegiados para el análisis de las variables que limitan la realización de las actividades de la vida diaria, y pretendemos enarbolar la bandera de la defensa y promoción de la autonomía personal. No obstante, frente a estas políticas, mostramos un escaso compromiso ético y político con "La Justicia

Ocupacional"[6]. La falta de cohesión del colectivo y la incertidumbre generada por las políticas de recortes y la reducción del funcionariado podrían justificar este silencio. Quizás algunos de nosotros también, amparándose en una moral según la cual "algo es mejor que nada", se conformasen con lo dispuesto, ya que la ley constituía, respecto a la situación anterior, un avance en el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad.

2. De la frustración a la búsqueda de nuevos horizontes.

En 2011 decidí abandonar mi trabajo y buscar nuevos horizontes, más propicios quizás, para la reconciliación. Emprendí un viaje que me llevaría a trabajar en distintos países africanos. Atrás dejé más de ocho años de experiencia laboral en España. Por delante, la experiencia del migrante y la posibilidad de descubrir otras formas de experimentar la Terapia Ocupacional.
Cuando un individuo se desplaza de una zona geográfica a otra, se enfrenta a un proceso de readaptación al nuevo contexto. Durante este tránsito uno descubre y se descubre, se cuestiona y cuestiona, se sorprende y sorprende y finalmente se adapta pero también se trasforma. La inmersión en un nuevo entorno físico y social, supuso un ejercicio de deconstrucción de mi práctica profesional. **Existen planteamientos básicos que fundamentan nuestra disciplina. La identificación de los procesos generadores de situaciones de privación ocupacional que impactan sobre el estado de salud y/o bienestar de los individuos, y la implementación de mecanismos que promuevan el desempeño ocupacional, la participación social y la transformación inclusiva de los ambientes, constituyen a nuestro entender, el núcleo central de la Terapia Ocupacional.**

No obstante, más allá de estas premisas, o precisamente en base a las mismas, la profesión y sus intervenciones han de sustentarse en un diálogo permanente con las características contextuales en el que se desarrollan. Considerar como un axioma, los marcos de referencia y modelos de práctica utilizados en otros

contextos, podría llevar a la deslocalización de abordajes y prácticas a otras realidades, transformando nuestras intervenciones en un instrumento de colononización, aportando "nuestras soluciones a lo que consideramos sus problemas"[7].

Fruto de mi recorrido profesional asumí con incertidumbre diseñar, en contextos a priori desconocidos, intervenciones sin un modelo que aportase respuestas exactas y preestablecidas para definir de antemano el recorrido del proceso y las metas a alcanzar. Considerar que las dinámicas generadoras de restricción de la participación difieren de un contexto a otro, conlleva implícito la asunción de que las estrategias aportadas deben ser diferentes. Esto no solo invita a adaptar o a acomodar el enfoque, sino a la deconstrucción y transformación de la práctica profesional.

He tenido la oportunidad de ejercer como Terapeuta Ocupacional en Guinea Ecuatorial y en Senegal, dos países muy diferentes en cuanto al entorno físico, las pautas socioculturales, los marcos políticos y los patrones de ocupación de sus habitantes. No obstante, ambos contextos comparten, con otros países de África Central y del Oeste, la ausencia de una oferta formativa vinculada a la Terapia Ocupacional[8]. Esto conlleva la presencia anecdótica e intermitente de Terapeutas Ocupacionales, vinculados a la estancia de personal expatriado y a proyectos de cooperación internacional[c]. Estas circunstancias, me brindaron la posibilidad de integrarme en proyectos financiados desde la cooperación internacional, pero cuyos equipos de trabajo se constituían fundamentalmente de personal local.

Contrariamente a otras experiencias pasadas, el desconocimiento del perfil del Terapeuta Ocupacional, no constituyó una dificultad añadida. La ausencia de precedentes que determinaran una línea de intervención predefinida, y la confianza depositada en una figura profesional a priori desconocida, me

[c] En 2011 Guinea Ecuatorial, contaba con la presencia de 3 Terapeutas Ocupacionales nacionales formados en Mozambique. En Senegal ejercía una sola Terapeuta Ocupacional extranjera de manera regular.

otorgaban una gran libertad a la hora de plantear líneas de intervención. Las dudas y reservas manifestadas por mis compañeros, no radicaban en la disposición de saberes técnicos, sino en la capacidad del expatriado occidental para entender las especificidades culturales del contexto. Uno de los primeros ejes consistiría por lo tanto en trasladar al equipo de trabajo el imperativo de la toma en consideración de las características socioculturales para el diseño de la intervención, y en consecuencia, recalcar la importancia de su papel pedagógico para con la Terapeuta Ocupacional en relación a estos aspectos.

3. El estudio del entorno como fuente de significados.

Previo al proceso de recogida de información referente a las características del usuario, las intervenciones partían de un análisis general del contexto. Analizar las características sociales, culturales y materiales de la comunidad y de la familia del individuo, se tornaba imprescindible para considerar, comprender y alentar los valores e intereses de las personas a la hora de plantear y priorizar nuestras intervenciones. Por otro lado, manejar los servicios y recursos puestos a disposición dentro de sus comunidades nos marcaría las pautas para establecer estrategias e intervenciones sostenibles, que pudieran perdurar una vez finalizados los proyectos, y con ellos, los aportes económicos, materiales y humanos externos.

a. Patrón Ocupacional y Participación Social.

El objetivo de esta recogida de información partía de la necesidad de conocer las ocupaciones que de manera general se consideraban más significativas dentro de la comunidad, y el impacto que podría tener su realización en la participación. La significación y priorización de estas actividades están supeditadas a la pertenencia social, étnica y religiosa, el lugar de residencia, las especificidades del núcleo familiar y por supuesto las características personales del individuo (género, edad, estado civil, ocupación laboral). En Senegal, por ejemplo, participar en eventos religiosos o realizar el rezo varias veces al día

puede suponer una actividad altamente significativa para algunos individuos, por lo que conocer y facilitar la realización de esta actividad podría constituir una de las expectativas ocupacionales fundamentales para muchas personas. Otro hecho a destacar es el predominio del desempeño de las actividades básicas de la vida de diaria fuera del domicilio familiar: uso de letrinas comunitarias, la realización del aseo en los aledaños de un río, la realización de las tareas domésticas en patios comunitarios, etc. Estas actividades adquieren de inmediato una dimensión pública. Facilitar la realización de las mismas no puede llevarse a cabo al margen de las modalidades culturales reconocidas por la comunidad. Involucrar a miembros de las comunidades en estos procesos es por lo tanto imprescindible para reducir la estigmatización asociada a la realización de las actividades fuera de estos parámetros normados.

El carácter comunitario de las principales actividades de la vida diaria, supedita el desempeño individual a la mejora del bienestar colectivo. En contextos marcados por la falta de sistemas de canalización, todas las actividades vinculadas a la gestión del agua (cocinar, lavar, fregar, el uso de la letrina, el aseo personal, etc.) adquieren de inmediato una dimensión colectiva. Su recogida, traslado y almacenamiento moviliza esencialmente a mujeres y jóvenes de ambos sexos. Así mismo, la realización de las tareas domésticas más pesadas, recaen generalmente sobre varias mujeres, involucrando también a los niños. Estos aspectos relativizan necesariamente la acepción de la independencia y autonomía personal. **La interdependencia ocupacional, precisa desanclar una perspectiva centrada en el individuo, para fijar la intervención en un marco más amplio, enfocado a la familia y a la comunidad.** En este sentido, el logro del individuo se transforma en una herramienta para la mejora de la situación colectiva.

Los roles familiares llevan asociados una serie de derechos y privilegios pero también de responsabilidades y deberes que no solo dependen del género y la edad, sino también del lugar ostentado en la línea de descendencia, o de los roles asignados a la primera o segunda mujer en contextos polígamos. El

reparto de las tareas sigue patrones establecidos en base a estos roles, que marcan las expectativas ocupacionales que recaen sobre cada miembro de la familia. Expectativas que la intervención no puede en ningún caso desdeñar.

b. Demandas de Actividad y Participación Social.

Otros aspectos a tener en cuenta son las demandas de actividad que determinan el desempeño adecuado de las ocupaciones. Los alimentos y los utensilios utilizados para comer, las prendas de vestir, la modalidad de aseo personal, están definidos por el entorno social y cultural, que condiciona la forma en la que deben de ser realizadas las actividades.

La realización de estas actividades alejada de las demandas sociales, podría generar una situación de privación ocupacional, en determinados contextos**.** Tomemos como ejemplo la alimentación. En Senegal, de manera general, el acto de comer es una actividad colectiva. Tanto en ambientes formales como familiares, los comensales se colocan alrededor de un solo recipiente del que todos comen. El desempeño de esta tarea se realiza exclusivamente con la mano derecha, mediante el uso o no de una cuchara. La asignación de la mano derecha para la realización de actividades, se extiende a otras destacadas actividades como escribir o saludar. Por el contrario, el uso de la mano izquierda está asociado al aseo íntimo tras la micción o la defecación. Las demandas sociales para la realización de estas actividades serán más o menos restrictivas dependiendo de factores culturales, como la etnia o la religión. Mientras ciertos contextos aceptan el cambio de dominancia ante la pérdida de destrezas motoras en el miembro superior derecho, otros privan al individuo de la participación en eventos colectivos, (comer en el comedor escolar, en celebraciones o actos públicos). La estigmatización asociada al desempeño de la actividad fuera de los parámetro culturales, supone en algunos contextos su realización exclusiva en el domicilio y separado del resto de familiares.

Los factores personales relativos a la situación de las funciones y estructuras corporales y las destrezas de ejecución requeridas para el desempeño de las

actividades, sin ser aplicados a un contexto, actividad o patrón ocupacional, carecen "per se" de información para el diseño de la intervención en Terapia Ocupacional.

A la luz de estos procesos generadores de situaciones de privación ocupacional, se hace imprescindible el análisis de las variables sociales y culturales donde participa el individuo, para conocer el impacto de una discapacidad en la participación social.

c. Las características de los servicios sanitarios. Una variable más del entorno.

En Senegal, los servicios de rehabilitación funcional y ortopedia son el único recurso puesto a disposición por el Estado para mejorar el desempeño ocupacional de las personas con discapacidad física[d]. El equipo multidisciplinar suele estar integrado por el médico traumatólogo, fisioterapeutas, enfermeros, técnicos ortoprótesicos y artesanos. Ubicados en los Centros Hospitalarios, se encuentran centralizados en las grandes urbes. El personal sanitario de las estructuras de proximidad (centros de salud y puestos de salud,) no solo carece de aptitudes técnicas para la intervención en este ámbito, sino que, en muchos casos, desconoce las competencias del equipo de rehabilitación funcional de los hospitales.

La falta de proximidad, conlleva la realización de largos desplazamientos hasta las ciudades, mediante una pésima red de trasporte público. Asimismo, la movilización del paciente supone la implicación de al menos un acompañante, con el fin de paliar las barreras físicas del transporte. Estos desplazamientos suponen un desembolso importante para las familias, al que hay que sumar el coste de los servicios sanitarios. Como en la mayor parte del continente africano, si bien estos servicios son públicos, las prestaciones sanitarias no son gratuitas.

[d] En Guinea Ecuatorial son prácticamente inexistentes.

Estas características de los servicios sanitarios, suponen una importante barrera de acceso para una población que, de manera generalizada, dispone de bajos recursos económicos. Propician la exclusión de las personas con menos recursos económicos, especialmente de aquellas que viven en zonas rurales, incrementando el círculo vicioso que vincula pobreza y discapacidad. Este conjunto de factores explican que la mayor parte de población con discapacidad no cuente con un diagnóstico médico.

d. ¿Falta de adherencia o resistencia? El impacto del contexto sobre los recursos importados.

Existen también otros factores vinculados a la calidad del servicio[e], que llevan a desestimar los servicios de rehabilitación funcional como una alternativa a las limitaciones en el desempeño ocupacional. En el seno de la organización donde trabajaba, cuatro compañeros presentaban parálisis flácida y pérdida de masa muscular en miembros inferiores como secuela de poliomielitis. Solo uno de ellos disponía de un bitutor para facilitar la marcha. Los tres restantes, para conseguir cierta estabilidad bloqueaban durante la marcha la articulación de la rodilla con un miembro superior. Si bien disponían de información privilegiada respecto a los recursos existentes, cercanía geográfica de los mismos, y de recursos económicos suficientes, habían descartado el uso de ortesis como dispositivo para facilitar sus desplazamientos. Las pocas garantías que ofrecía el uso de este dispositivo con respecto al tipo de desplazamiento realizado en el contexto (largas distancias por superficies irregulares), los convertían en peatones muy vulnerables. Consideraban no obstante, que la inversión en dinero, tiempo y esfuerzo que requería la fabricación y adaptación del dispositivo, no compensaba, ya que su utilización mejoraría exclusivamente los desplazamientos en el interior de inmuebles. Por el contrario el uso de sillas de ruedas realizadas localmente o la trasformación de motocicletas en vehículos

[e]Entendemos calidad en su acepción amplia: consideración de aspectos socioculturales y físicos del entorno en la elección de los tratamientos prescritos por los servicios de rehabilitación, los recursos humanos y materiales, los protocolos de actuación, especialmente los relativos al seguimiento de los pacientes, la acogida y trato a los usuarios etc.

de tres ruedas, les ofrecía la posibilidad de realizar largos desplazamientos con seguridad y permitía el traslado de pequeñas mercancías.

La percepción de la eficacia de los servicios existentes, depende de la perspectiva mantenida por los usuarios, frente a la posibilidad de que se produzca un cambio significativo en su desempeño ocupacional en adecuación al contexto.

Estos aspectos no solo condicionan su adopción, sino también el cumplimiento de los tratamientos prescritos. El porcentaje de abandono observado de los productos ortoprótesicos, ilustra precisamente el desencuentro entre las expectativas de los usuarios y los beneficios aportados por estos mecanismos de respuesta. A lo largo de los dos años que trabajé en Senegal, ninguno de los pacientes atendidos que se habían beneficiado en proyectos anteriores de productos ortoprotésicos, los seguía manteniendo en uso. La incomodidad, el calor, el fracaso de las expectativas puestas en ellos, la falta de información con respecto al uso y mantenimiento, motivaron su abandono.

Algo similar ocurría con los productos de apoyo enviados desde los países del "norte" a los países del "sur". Pude comprobar la existencia de numerosos dispositivos en desuso en hospitales, asociaciones e incluso en algunos hogares. El envío desde Europa de sillas de ruedas, muletas, incluso dispositivos ortoprótésicos realizados a medida, es una práctica frecuente y extendida. Fruto de una perspectiva asistencialista de la ayuda, se revela a menudo poco efectiva. Estos dispositivos, que difícilmente pueden ser adaptados a las características de un nuevo usuario, terminan a menudo abandonados. Por otra parte, si llegan a ser utilizados, disponen de una escasa vida útil en la medida en la que las características del entorno poco tienen que ver con aquellas para el que fueron diseñados, y la escasa disponibilidad de piezas de recambio.

Estas dinámicas que pretenden solventar las limitaciones funcionales de las personas con discapacidad, se enmarcan en una aprehensión mecanicista y

materialista de la ayuda. Bajo esta misma lógica, la instalación de rampas como única medida para favorecer el acceso a los servicios de base, parece señalar el acceso como única barrera relevante en cuanto al acceso a los mismos. La exportación de estrategias exógenas sin atender a parámetros contextuales, no solo no genera un verdadero impacto en la participación, si no que reitera una percepción de fracaso ante las intervenciones orientadas a mejorar o ampliar los patrones ocupacionales de las personas en situación de discapacidad.

Un abordaje centrado en la mejora de las destrezas de ejecución, no conlleva, necesariamente, un cambio sustancial en la realización de una actividad y menos aún en la participación. La eficacia de los tratamientos no sólo depende de lo apropiado de los mismos bajo parámetros biomédicos, y de la calidad del seguimiento, a menudo deficiente en estos contextos. También depende del grado en el que los pacientes se involucren en la elección del mismo. El cumplimiento del tratamiento rehabilitador radica en la conformidad del "paciente" con respecto a las exigencias de involucración requeridas[9], a los cambios impuestos en el desempeño de las actividades y en el mantenimiento de unas expectativas ajustadas a la realidad en la que se desenvuelven.

e. De la exclusión a la impotencia pasando por la incertidumbre. Un itinerario de injusticia ocupacional.

La exclusión de la mayor parte de población de los servicios especializados, incrementa la incertidumbre con la que se afronta en el seno familiar, la presencia de una persona con discapacidad. La ausencia de un diagnóstico médico, conlleva el desconocimiento de la etiología, el pronóstico y las expectativas ocupacionales asociadas. Con frecuencia, se recurre a otras alternativas terapéuticas a su alcance ya sea en la llamada "medicina tradicional" o prácticas de carácter religioso. Por otro lado, la falta de información, participa de la percepción que en algunos contextos se mantiene sobre la discapacidad, asociando su presencia al quebrantamiento de ciertas

normas sociales, lo que aumenta la estigmatización, el ostracismo y su gestión en el plano doméstico.

La ausencia de respuestas capaces de generar una mejoría, lleva finalmente a asumir la discapacidad no como una situación, sino como un estado permanente condicionado exclusivamente por la deficiencia física ante el que poco o nada pueden hacer. En este sentido, la percepción de la discapacidad desarrollada por las familias, se asemeja curiosamente en estos aspectos a los abordajes sanitarios mencionados con anterioridad. Es enfocada desde la individualidad, y no tanto en función del ambiente más o menos inclusivo[f].

f. Identidades de una participación ficticia.

Colaboré en Casamance (al sur de Senegal) en la implementación de un proyecto de educación inclusiva. Mi labor consistía en facilitar el desempeño de las actividades escolares al alumnado con discapacidad física, mediante la realización de adaptaciones ergonómicas y el diseño de productos apoyo. Guardo con espacial cariño el recorrido de Awa, una niña de 11 años que accedió a la escuela tras proceder a la adaptación del mobiliario escolar y proporcionarle una silla de ruedas. Antes de acceder a la escuela, su identidad se definía en torno a las limitaciones en el desempeño de las ocupaciones propias del ambiente social y familiar[g]. Al finalizar el primer año escolar, y

[f] Varios casos observados ilustran esta tendencia. Frente a un niño con una alteración de la marcha que imposibilita su desplazamiento hasta el colegio, el entorno tiende a argumentar la desescolarización del niño por sus problemas motores, en vez de atender a las variables contextuales, como la ausencia de un transporte adaptado, la lejanía del centro educativo, o la indisponibilidad de dispositivos de ayuda. En otro caso, ante la imposibilidad funcional de un niño para comer con la mano derecha, la lógica esgrimida por su entorno tiende a destacar que no puede alimentarse a consecuencia del estado de su mano derecha. El enfoque elude que el problema que padece para alimentarse, radica en que su entorno come exclusivamente con la mano derecha, y que se muestra especialmente restrictivo al respecto.

[g] En algunos contextos, esencialmente en occidente, la escolarización supone a menudo la primera experiencia de socialización para la infancia fuera de la tutela de sus familias. En países como Senegal sin embargo, los espacios de participación y socialización de la infancia, alejados del ambiente familiar, se extienden con frecuencia mucho más allá del ámbito educativo. Las tareas domésticas en espacios públicos, las actividades generadoras de ingreso o el juego colectivo en la calle, participan de la definición de la identidad de los menores desde edades muy tempranas.

siendo la alumna que obtuvo mejores calificaciones, pasó a ser un miembro reconocido dentro de su comunidad. Esta nueva situación generaba en Awa un sentimiento de orgullo, competencia y bienestar.

En contraposición, relataré brevemente el proceso de escolarización de Ibrahima, un niño de 10 años de edad con un trastorno de desarrollo psicomotor. Antes de su acceso a la escuela, su perfil ocupacional se establecía en torno a su participación en la realización de ciertas tareas domésticas, actividades agrícolas y en los espacios de juego compartido con sus iguales. Su selección como beneficiario de un proyecto de cooperación internacional, supondría su ingreso en una escuela, pero paradójicamente, su situación vendría a degradarse. La escasez de recursos y herramientas técnicas con las que contaba el personal educativo no permitió que se generasen dinámicas integradoras en el seno escolar. Al no modular el contenido académico al ritmo de aprendizaje de Ibrahima, el cuerpo docente lo excluía de las dinámicas escolares. Sumido en la inactividad y el aburrimiento, Ibrahima, solicitaba en permanencia la atención de sus compañeros. El profesorado lo relegó al fondo de la clase para que no interactuara con los demás niños. Así mismo el tiempo pasado en la escuela le alejaba del desempeño ocupacional en el seno familiar. Lejos de los logros alcanzados por Awa, la falta de competencia para el desempeño ocupacional generaba en Ibrahima un sentimiento de frustración y malestar. La escuela se erigía para él como un nuevo espacio de privación ocupacional, poniendo de manifiesto una inclusión ficticia.

La competencia en el desempeño ocupacional, permite a los individuos satisfacer las demandas sociales del contexto y alcanzar una participación activa dentro de un entorno físico y social. El desempeño de estas ocupaciones conforma una identidad positiva, aportando coherencia comunitaria y bienestar personal. En este sentido, la ocupación es un medio para el desarrollo y la manifestación de la identidad de las personas en un entorno físico y social determinado[10].

En el caso de Ibrahima el acceso a este recurso, si bien sitúa el niño en el aula escolar, no supone ninguna mejora en su desarrollo y calidad de vida. Estos fracasos en la inclusión, redundan en la imagen estereotipada del niño con discapacidad, como aquel que "no puede" o "no sabe". Dan pie a la reproducción de actitudes y disposiciones de carácter caritativo que no contemplan la integración efectiva, al considerarla inalcanzable. Estos mecanismos de respuesta, alteran por completo el significado de los mensajes de sensibilización que promueven la inclusión de la infancia con discapacidad en la escuela como un derecho y una estrategia para la mejora de su desarrollo y su calidad de vida. En este sentido, estas experiencias no solo condicionan la identidad de cada uno de los niños. También conforman y asignan una identidad colectiva invariable y estereotipada a los niños con discapacidad.

4. Una praxis renovada.

Desarrollar todas la fases de la intervención en el seno de la comunidad, supone una expansión de la perspectiva sobre la que analizar las situaciones que limitan la participación de los individuos. Fuera del ambiente institucional, "los abordajes sintómaticos"[3], que parten de lógicas mecanicistas centradas en la patología, tan habituales en los procesos rehabilitación física, se antojaban inoperantes para abarcar las situaciones de privación ocupacional.

En los contextos detallados más arriba, las intervenciones que diseñábamos se proponían partir de las situaciones en las que los individuos veían limitada su participación en la comunidad. Posteriormente, se trataba de analizar de manera pormenorizada los factores personales y contextuales causantes de la restricción ocupacional. Esta forma de proceder establecía, por lo tanto, una conexión directa entre las intervenciones que abordaban estos factores y la mejora en la calidad de vida y participación social[3]. A través de este proceso de diagnóstico ocupacional, se evidenciaba con claridad el objetivo de nuestra intervención; **acompañar a las personas y sus comunidades en el**

proceso de transformación de los contextos limitantes de la participación en contextos inclusivos, facilitando el desempeño ocupacional, la participación en la vida familiar y comunitaria y la mejora calidad de vida.

La figura del Terapeuta Ocupacional por la que abogamos se aleja de la imagen del sanitario cuya misión es la mejora de las funciones y estructuras anatómicas del individuo. Orienta más bien la práctica hacia las necesidades, problemáticas y potencialidades del entorno. Abordar aspectos del entorno físico y social, desactiva la responsabilidad de la situación generalmente vinculada, por la persona y su entorno, a la presencia de alteraciones físicas. La labor consistía en trasladar, tanto el problema como la solución, a la comunidad. Desde esta perspectiva, se generaban nuevas dinámicas para aquellos que habían asumido la situación de discapacidad como un estado inalterable, proponiendo otras alternativas de participación. La mejora de los factores contextuales, respondía a una estrategia orientada a generar dinámicas comunitarias comprometidas con la Justicia Ocupacional.

a. Patrón Ocupacional.

El diagnóstico ocupacional partía de la exploración del patrón ocupacional desempeñado, esperado y/o anhelado por los individuos y su entorno social. El compromiso con estos quehaceres, se establece a través de rutinas organizadas, integradas y condicionadas por el entorno cultural y físico en los contextos donde estas se desarrollan. No obstante, la significación inherente a su desempeño, otorgada por la persona que la ejecuta, se vivencia de una manera única, individual y subjetiva.

Una vez identificadas las ocupaciones cuyo desempeño estaba limitado, analizábamos el impacto que estas ejercían sobre la participación familiar y comunitaria. En este recorrido, era imprescindible para la Terapeuta Ocupacional conocer a través del discurso como la identidad personal y

colectiva estaba condicionada por la ausencia o el desempeño inadecuado de estas ocupaciones.

A través de la inmersión en el contexto, acompañábamos a las personas en el proceso de identificación de aquellas ocupaciones que consideraban más significativas, ante las que surgía un fuerte compromiso para la búsqueda de alternativas que facilitasen su desempeño. De esta manera se establecía la priorización sobre la que construir la intervención.

b. Demandas de actividad.

Posteriormente se realizó el análisis de la actividad con el fin de conocer los requerimientos exigidos para participar en esa ocupación. La exploración de las demandas de la actividad se realizaba siempre en el contexto real donde la actividad se lleva a cabo e incluía los siguientes aspectos: los utensilios que la facilitan, las características del entorno físico, los gestos normados social y culturalmente, las habilidades requeridas, las funciones y estructuras corporales solicitadas para su correcto desempeño. En este proceso participaban todas las personas involucradas de alguna manera en el desempeño de la actividad, con el fin de identificar las variaciones de la actividad que pudieran ocasionar cierto rechazo o estigmatización.

Una vez identificados los factores ambientales y personales que impedían el desempeño ocupacional, se estudiaban las soluciones que la comunidad había aportado hasta ese momento y aquellas que consideraban como ideales. Analizamos los recursos y potencialidades presentes en la comunidad y aquellos que podrían ser integrados, con el fin de generar dinámicas sostenibles.

Orientada la intervención, se analizaban las demandas requeridas; posibles cambios en las rutinas y hábitos familiares, adaptación de los utensilios o creación de dispositivos de apoyo, adaptaciones en el entorno físico, adaptación

de gestos y utilización de nuevas habilidades, reeducación de destrezas de ejecución. Se consideraba como un factor determinante para la pertinencia de la intervención, el impacto sobre la identidad personal y colectiva que pudiera ocasionar las adaptaciones ambientales y de la ocupación.

Uno de los aspectos claves de la intervención es la necesidad de involucrar activamente a todos los actores. Se trata de que asignen a su participación un significado relevante, para que asuman el protagonismo y la responsabilidad del cambio producido en la comunidad a la que pertenecen.

5. Un viaje de ida y vuelta.

En un artículo reciente, R. Morrison escribía lo siguiente: "Si no hemos tenido la experiencia de pensar la Terapia Ocupacional en otros contextos de acción o intervención, es difícil que nos imaginemos su alcance"[11]. A lo largo del viaje que me trajo hasta aquí, y que me brindó la posibilidad de ejercer nuestro oficio en realidades dispares, se despertaron conceptos aletargados, anestesiados en el desempeño de una práctica profesional sistematizada y encorsetada por parámetros exclusivamente biomédicos.

El predominio de este enfoque en la mayor parte de los marcos de actuaciones de los Terapeutas Ocupacionales que conozco en España, responde desde mi punto de vista a causas varias: Se fragua en el andamiaje académico que asienta las bases para la construcción de la práctica profesional; se consolida en el marco institucional en el que se desenvuelve el Terapeuta Ocupacional, un marco en el que impera el lenguaje biomédico, y al que se somete en busca de legitimidad y reconocimiento ante otros profesionales; y se conforma bajo la seguridad que otorgan las lógicas mecanicistas biomédicas, desembarazadas de la subjetividad, flexibilidad y movilidad de los procesos psicosociales. Respondiendo a procesos objetivables, delimitan protocolos exactos en base a patologías circunscritas desde el ámbito médico.

Desde mi punto de vista, el grado de relevancia que alcanzan los aspectos contextuales (no tan solo físicos sino también ideológicos,) en una intervención determinada, están directamente ligados a los objetivos de la intervención. Al desestimar las variables del entorno, el propósito rehabilitador, tiende en ocasiones a desatender aquellos objetivos ligados a la ocupación y a la actividad. Estas consideraciones no solo son relevantes en contextos lejanos. He podido observar por ejemplo, orientaciones de un Terapeuta Ocupacional con respecto a la adquisición de un andador, centrándose exclusivamente en la armonización del patrón de la marcha, desatendiendo el tipo de desplazamiento que había que facilitar, las características del entorno en el que la niña vivía, los hábitos familiares etc.

Una visión mecanicista plantea la necesidad de mejorar las destrezas manipulativas como proceso facilitador de una actividad concreta. **Una visión más holística plantea la necesidad de una reflexión sistemática en torno a la relevancia de esta actividad dentro de un contexto concreto, y al impacto asociado a la no realización de esta actividad dentro de los parámetros normados en un contexto determinado**. El abordaje aquí defendido, es obviamente el segundo.

Recientemente, en un centro residencial para personas que viven con discapacidad intelectual, observaba como una Terapeuta Ocupacional realizaba una sesión con un adulto de 60 años. El objetivo de la misma era facilitar la asociación de los colores con el funcionamiento de un semáforo. El adulto en cuestión, que carece de las destrezas cognitivas para realizar desplazamientos independientes, por reglamentos internos nunca se desplaza solo. Por otra parte, en la población en la que reside, no hay semáforos… En el mismo centro, otra compañera, trabajaba el valor del dinero con otro residente. También mayor, es probable que nunca tenga la ocasión de realizar ningún tipo de compra.

Estos ejemplos ilustran que la ocupación, fuera del entorno donde se desempeña pierde su naturaleza significativa. La labor del Terapeuta Ocupacional no ha de ceñirse a la ejecución de una ocupación determinada. Ha de involucrar necesariamente una reflexión en torno a la significación de la misma. La ocupación, la discapacidad, la participación o la identidad, son conceptos en constante movimiento, sujetos a contextos dinámicos. No pueden ser asumidos como variables fijas de una ecuación. (El reconocimiento de los colores de los semáforos, imprescindible en contexto urbano y para una persona con relativa autonomía, carece de sentido en un contexto sin dichos mecanismos de regulación del tráfico y para una persona cuyos desplazamientos siempre están acompañados).

El Terapeuta Ocupacional no solo trabaja con actividades sino con los significados movilizados por las mismas. En este sentido, no debe ser una profesión mecanicista, sino un oficio reflexivo. Dar por sentado el significado de las ocupaciones, eludiendo el análisis del sentido que vehiculan para los agentes sociales con respecto a la participación o a la identidad que promueven, orienta la intervención exclusivamente hacia el desempeño de una ocupación, no siempre en adecuación con el contexto en el que se desarrolla.

Solamente a través del contexto se puede comprender el significado de las ocupaciones, su impacto en la participación social y en la identidad colectiva y personal de las personas que sufren situaciones de privación ocupacional. Solo conociendo el contexto se pueden generar dinámicas destinadas a la trasformación inclusiva del mismo. Solo conociendo el contexto podemos comprometernos por la Justicia Ocupacional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Informe de la Comisión de Evaluación del diseño de Título de Grado en Terapia Ocupacional. Agencia Nacional de Evaluación de Calidad y de la Acreditación. 2005

2. Sanz Victoria S. Reflexiones y aprendizajes en torno a la rehabilitación basada en la comunidad. TOG (A Coruña) [revista en Internet] 2012. [consultado el 30 de Mayo de 2015]; monog. 5: [206-226]. Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num5/comunidad.pdf

3. Moruno Miralles P, Romero Ayuso D. Terapia Ocupacional. Teoría y Técnicas. Barcelona: Editorial Masson. 2003.

4. Galheigo SM. Perspectiva crítica y compleja de Terapia Ocupacional: Actividad, cotidiano, diversidad, justicia social y compromiso ético-político.TOG (A Coruña) [revista en Internet] 2012. [consultado el 30 de Mayo de 2015]; mong. 5: [18-29]. 2012. Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num5/compromiso.pdf

5. Guajardo Córdova A. Enfoque y praxis en Terapia Ocupacional. Reflexiones desde una perspectiva de la Terapia Ocupacional crítica. TOG (A Coruña) [revista en Internet] 2012. [consultado el 30 de Mayo de 2015]; monog. 5: [176-187]. Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num5/compromiso.pdf

6. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da edición. [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [consultado el 30de Mayo de 2015]; [85p] .Disponible en: www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf Traducido de: American Occupational Therapy Asociation (2008). Occupaional therapy practice framewok: Domain and process (2da edición).

7. Iwama M. Ubicación en el contexto: cultura, inclusión y Terapia Ocupacional. En Kronenberg F, Simó Algado S. Pollard N. Terapia Ocupacional sin Fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2006.

8. Bonokro R. Situation de l'ergothérapie en Afrique ou plutôt Occupational Therapy in Afrique car en Afrique les ergothérapeutes pralent plus souvent anglais que français. ErgOThérapies. Nº 46 Junio 2012.

9. García-Manzanares MD, Tornero D, Sunyer M, Plou MP, Limón R. Factores psicosociales y calidad de vida en la rehabilitación física. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación 2006 [consultado el 31 de Mayo de 2015]; 18: [11-17]. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2006/mf061c.pdf

10. Romero Ayuso D. El sentido de la Ocupación. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2010 [consultado el 31 de Mayo de 2015]; Vol (7), Supl. 6: [59-77]. Disponible en: http://www.revistatog.com/suple/num6/romero.pdf

11. Morrison R. Pragmatismo: Una antigua epistemología para el actual paradigma social de la ocupación. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2014 [consultado el 30 de Mayo de 2015]; 12 (21): [26p.]. Disponible en : http://www.revistatog.com/num21/pdfs/colab1.pdf

EL ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD EN EL PROCESO DE VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

THE ANALYSIS OF THE ACTIVITY IN THE PROCESS OF ASSESSMENT OF DEPENDENCE

DeCS: Evaluación de la discapacidad, Actividades cotidianas, Terapia Ocupacional.

MeSH: Disability evaluation, Activities of daily living, Occupational Therapy.

D. Rubén González-Rodríguez

Doctor por la Universidad de Santiago de Compostela. Profesor Adjunto, Escuela Universitaria de Trabajo Social, Universidad de Santiago de Compostela (USC), A Coruña, España.
Terapeuta ocupacional, Servicio de dependencia y autonomía personal, Jefatura Territorial de la Consellería de Traballo e Benestar, Xunta de Galicia, Ourense, España.

Como citar este artículo en sucesivas ocasiones:

González-Rodríguez R. El análisis de la actividad en el proceso de valoración de la situación de dependencia. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2015. [-fecha de la consulta-]; monog 7: [66-86]. Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num7/analisis.pdf

Introducción

Cuando se me propuso la realización de este trabajo, se me encomendaba recoger algún aspecto propio a nuestra disciplina que se vinculase directamente con el campo profesional donde desarrollo actualmente parte de mi actividad laboral, un Equipo de valoración de la situación de dependencia.

He de reconocer que la propuesta me pareció un reto personal, puesto que conllevaba un espacio de reflexión individual para desmenuzar la actividad diaria que llevo a cabo y sintetizar aquellos aspectos que considero más significativos.

Muchas definiciones se han dado de la Terapia Ocupacional (unas más acertadas que otras) y están a nuestra disposición, para poder acceder a ellas, en las diferentes bases bibliográficas. A pesar de ello, todos sabemos las dificultades que nos encontramos

RESUMEN

La creación en España de un nuevo sistema de protección social para la atención específica de las personas en situación de dependencia ha supuesto un nuevo e importante nicho de empleo para los/as profesionales de la Terapia Ocupacional. En el presente trabajo queremos distinguir y destacar el proceso del análisis de la actividad como unos de los aspectos definitorios de nuestra profesión que se vinculan al proceso de valoración de la situación de dependencia y, por lo tanto, entendemos contribuye a nuestra praxis diaria.

SUMMARY

The creation in Spain of a new system of social protection for the specific care of persons in situation of dependence has led to a new and important niche for the professionals of Occupational Therapy. In this paper we distinguish and highlight the process of analyzing activity as one of the defining aspects of our profession that are linked to the process of assessing the situation of dependency and , therefore , we understand that this fact contributes to our daily praxis.

a menudo para definir nuestro trabajo. Probablemente suceda lo mismo a otros colectivos profesionales de diferentes áreas del saber, aunque en el nuestro carguemos con la culpa de pensar que somos los "únicos". Sin embargo, nosotros siempre hemos tenido la voluntad (y la necesidad) de explicar, transmitir, comunicar,..., todo aquello que nos caracteriza y nos diferencia.

Definir es: 1) establecer de manera precisa los límites de una cosa, pero también 2) determinar su naturaleza mediante el *análisis de sus componentes* [1].

En relación a la primera cuestión parece clara la importancia de distinguirnos como disciplina científica de otras con la misma *finalidad*, pero también precisar lo que somos y lo que hacemos. En definitiva, concretar los *medios* que utilizamos para conseguir nuestros objetivos.

En el mundo académico, seguimos estando relegados a solaparnos con otras especialidades. Sin duda, carecer de área de conocimiento propia conlleva que nos sigan vinculando con disciplinas como la Fisioterapia, la Psicología o el área de Radiología y Medicina Física, departamentos a los que muchos/as terapeutas ocupacionales están vinculados puesto que son profesiones con las que podemos compartir propósitos generales; pero no los objetivos ni los medios terapéuticos.

He querido enfatizar, en cursiva, la segunda acepción del verbo *definir* puesto que es una da las capacidades que, en nuestra formación académica, los terapeutas ocupacionales hemos aprendido y desarrollado. Todos podemos recordar como, a la par que se nos instruía sobre conceptos de Anatomía, Fisiología, Biomecánica, Psicología, Sociología, etc., realizábamos un aprendizaje (un verdadero adiestramiento) sobre como analizar meticulosamente las actividades que desarrolla el ser humano y a desmenuzar concienzudamente todos los componentes que forman parte de las mismas.

He aquí por tanto, el concepto que propongo como uno de los aspectos definitorios de nuestra disciplina científica: la Actividad (y el análisis de sus componentes).

En primer lugar expondremos la contextualización del trabajo del terapeuta ocupacional en el ámbito del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (en adelante, SAAD) para posteriormente vincularlo al aspecto definitorio que este autor propone tener en cuenta en la conceptualización de nuestra profesión.

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

En nuestro país, no ha existido un sistema de protección social específico para atender las situaciones de dependencia hasta el año 2007. Previamente, la atención a personas con discapacidad y las personas mayores, era soportada de forma compartida (en función del marco competencial correspondiente) por el conjunto de las Administraciones Públicas. Por una parte, el Sistema de Seguridad Social competencia del Estado, y por otra el Sistema de Servicios Sociales y el Sistema Nacional de Salud, con competencias compartidas entre el Estado, las Comunidades Autónomas y las diferentes Administraciones Locales.
A través de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia[2] (en adelante, LAPAD), se garantiza el derecho subjetivo de la ciudadanía a ser atendidos

cuando se reconozca, por el organismo competente, una situación de dependencia (entre otros requisitos). Por lo tanto, a efectos de la titularidad de derechos de protección de la dependencia, este reconocimiento actúa como requisito *sine qua non*, sea cual sea el origen de la dependencia, la edad del titular, su situación familiar o sus recursos económicos[3].

El instrumento para llevar a cabo el desarrollo de este derecho es el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que se configura como una red de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios, tanto públicos como privados.

Muchas definiciones se han dado del concepto de dependencia. Sin embargo, los investigadores de este ámbito acostumbran tomar como punto de partida la que establece en su Resolución (98)9 el Consejo de Europa y en la que define la dependencia como un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen la necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de forma particular, los referentes al cuidado personal[4].

En su art. 2 la LAPAD[2] define la situación de dependencia como el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

De las múltiples definiciones aportadas sobre el concepto de dependencia, es importante indicar que, si bien aquí solo hemos recogido dos, en todas ellas nos encontramos con tres factores concurrentes que determinan la esencia de la

misma y que, como señala Sánchez-Urán[5] ya ponen de relieve desde hace una década organismos internacionales y europeos y que son: 1) la existencia de discapacidad física, psíquica o intelectual (en la LAPAP se diferencia también la discapacidad de tipo sensorial); 2) la incapacidad de la persona para realizar por si misma las Actividades de la Vida Diaria (AVD); y 3) la necesidad de asistencia o cuidados por parte de otra persona. El conocimiento y análisis que de estos tres factores tienen los terapeutas ocupacionales fundamentarán, como veremos en la segunda parte de este trabajo, la importancia de nuestra profesión en los procesos de valoración de la situación de dependencia.

Para poder realizar una valoración (en este caso de la situación dependencia) es preciso contar con un instrumento para efectuar la medida. El Libro Blanco de la dependencia en España[6] ya recogía de forma precisa la heterogeneidad de herramientas existentes en todo el Estado para la valoración de las situaciones de dependencia. Esgrimía como causa principal de esta variabilidad, la gran diversidad de profesionales de diferentes ámbitos que efectuaban las valoraciones (no siempre con perfil demasiado adecuado). A ello se añadía el condicionante de que normalmente estas valoraciones se efectuaban para acceder a diferentes equipamientos de servicios sociales y/o de tipo sociosanitario, o para tener derecho a determinadas prestaciones bien de carácter económico, bien en forma de servicios.

De entre estos baremos ya existentes, y a los que tradicionalmente se ha recurrido, queremos destacar los más usados y/o reconocidos para cada área como son el índice de Barthel, el índice de Katz, el índice de Lawton y Brody, la escala de Norton, el cuestionario Mini Mental, ...etc[6,7]. Algunos de ellos, como es el caso de los índices de Barthel y de Katz, siguen siendo dos de las escalas de valoración más utilizadas (no solo en España) en el ámbito de la geriatría y no es previsible que se abandone su uso a corto plazo[8]. Ninguno de estos instrumentos nos es ajeno; es más, en relación a los instrumentos de valoración del desempeño al respecto de las AVD, el profesional de la Terapia Ocupacional es, con frecuencia, el técnico al que se le encomienda su aplicación en

dispositivos tales como los Centros de atención residencial, los Centros de estancias diurnas y otros equipamientos y servicios.

Sin embargo, para medir y poder objetivar la situación de dependencia (y, por consiguiente, acceder al recientemente creado SAAD) se construyó *ex profeso* un instrumento de valoración específico del que a día de hoy ya existen dos versiones. Desde el 22 de abril de 2007 al 17 de febrero de 2012, la puerta de entrada al SAAD la constituía el baremo de valoración recogido en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril[9]. A partir del 18 de febrero de 2012, el instrumento al que se acaba de hacer referencia fue sustituido por el baremo recogido en el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero[10], por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido en la Ley 39/2006, que deroga expresamente el Real Decreto 504/2007.

Es preciso matizar, que en los dos reales decretos anteriormente señalados, se incluyen dos instrumentos de medida: el Baremo de valoración de dependencia (BVD) aplicable en el caso de personas de edad igual o superior a tres años, y la Escala de valoración específica (EVE) que se utilizará en personas menores de tres años. Ambos instrumentos tienen como referencia la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)[11] adoptada por la Organización Mundial de la Salud en el año 2001.

La graduación de la situación de dependencia se estableció en tres categorías en función de su gravedad. El baremo de valoración recoge la clasificación de la situación de dependencia en tres grados de severidad en función de la autonomía de la persona, así como de la intensidad de apoyo que requiere y que son: (en orden decreciente) la gran dependencia (o grado III), la dependencia severa (o grado II) y la dependencia moderada (o grado I). Al igual que el modelo alemán o francés[12], el baremo de valoración español, tiene en cuenta el grado de apoyo que la persona en situación de dependencia necesita por parte de una persona cuidadora y la intensidad de los apoyos que dicha persona le presta.

En relación a los nuevos instrumentos de valoración se reguló, por los organismos públicos competentes, los profesionales con facultad para aplicarlos. Inicialmente se establecía únicamente, y de modo genérico, que debían ser profesionales del área social y/o sanitaria[13]. Esto dio lugar a que, en algunas Comunidades Autónomas, los técnicos de valoración no se vincularan directamente con profesiones del espectro puramente sociosanitario y, por lo tanto, en muchos casos desconocían la metodología necesaria y las técnicas propias del proceso de valoración así como las características más importantes de los procesos de salud que afectan a los grupos de personas con mayores índices de dependencia.

Vistas las experiencias iniciales, con posterioridad se han regulado una serie de requisitos exigibles al personal técnico para la mejora en la calidad de los procesos de valoración, de los que quiero destacar los siguientes: 1) el conocimiento suficiente sobre las características funcionales de los grupos de personas con dependencia, especialmente en caso de menores, discapacidad intelectual, enfermedad mental y personas mayores con deterioro cognitivo; y 2) manejo adecuado de las diferentes técnicas metodológicas como son la revisión de fuentes documentales, entrevista personal y observación directa. Del mismo modo, se relacionaron nominalmente las categorías profesionales con acceso preferente para realizar las funciones de valoración y que serían las personas en posesión de la titulación de Medicina, Psicología, Terapia Ocupacional, Enfermería, Fisioterapia y Trabajo Social[14].

En el marco de las competencias atribuidas en la Constitución Española, la Comunidad Autónoma de Galicia, como el resto de Comunidades Autónomas, ha legislado la normativa de desarrollo de la LAPAD. En ella, se ha establecido que uno de los profesionales de los Órganos de valoración y asesoramiento de la dependencia en esta Comunidad Autónoma, sean (seamos) los terapeutas ocupacionales[15]. De igual modo, analizando las relaciones de puestos de trabajo de los Servicios de Dependencia y Autonomía Personal de la actual Consellería

de Traballo e Benestar observamos que el perfil preferente y mayoritario que conforma actualmente el Equipo técnico de valoración y que realiza la mayor parte de las valoraciones (especialmente las realizadas en el propio entorno de la persona usuaria) son los profesionales de la Terapia Ocupacional. Nuestro colectivo profesional trabaja conjuntamente con otros técnicos como médicos/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales y, de forma más residual, fisioterapeutas; de todos los que acabamos de hacer referencia, únicamente los trabajadores/as sociales no aplican el instrumento de valoración.

Al igual que Galicia, también otras muchas Comunidades Autónomas han considerado al terapeuta ocupacional como uno de los pilares técnicos fundamentales en la construcción del nuevo sistema de protección social. Aunque el profesional de la Terapia Ocupacional desempeñe otras funciones diferentes, y de igual relevancia en el marco del SAAD, seguidamente intentaremos motivar por qué nuestra profesión es (o debería ser) referente en todo este proceso y qué fundamentos propios ayudan a que el proceso se realice con mayor calidad y eficacia.

La Actividad

Los procedimientos que se realizan en base a los fundamentos teóricos y metodológicos de la Terapia Ocupacional, siempre han estado muy vinculados a la situación de diversidad funcional de la persona.

Así, Miangolarra Page ya apuntaba que la capacidad para provocar un impacto decisivo en el devenir de los acontecimientos de la vida de una persona con discapacidad, posiblemente ha sido suficiente para crear un cometido profesional específico; el del terapeuta ocupacional[16].

En la propuesta actual de conceptualización de la Organización Mundial de la Salud a través de la CIF se contempla la discapacidad, entendida globalmente como una interacción multidireccional entre la persona y el contexto

socioambiental en el que se desarrolla, es decir, entre las funciones y estructuras alteradas del cuerpo, la capacidad para realizar diversas actividades como persona, su participación y desempeño real de las mismas, y las interacciones con los factores tanto personales como ambientales que pueden actuar como barreras o ayudas[6]. Podemos agrupar los componentes y englobarlos en tres grandes bloques: 1. Estructura y funciones del cuerpo (deficiencias); 2. Actividades que realiza la persona (limitaciones y restricciones); y 3. Contexto con el que interactúa (ayudas personales o técnicas y barreras).

Brea Rivero[17] ya señalaba la importancia del término discapacidad y su vinculación directa con nuestra profesión; no en vano recogía que entre los países miembros de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales WFOT (siglas en inglés) poseedores de una definición propia de la Terapia Ocupacional, el 83% han modificado o revisado su definición con posterioridad a la aparición de la CIF.

Si bien establecer esta conexión nos parece procedente, el cometido de este trabajo no es desarrollar ni discernir sobre el concepto de discapacidad, por lo que re-focalizaremos nuestra atención en la idea de actividad que se propone como determinativa de nuestra profesión. Para ello, relacionamos una serie de definiciones que posibiliten situarnos en el estado de la cuestión.

Definimos *actividad* como el conjunto de operaciones o tareas propias de una persona o entidad, y también cada una de esas operaciones y tareas[1]. Pierce considera que el término actividad describe una clase general de acciones humanas dirigidas a una meta[18]. Reed & Sanderson definen actividad como una acción específica, función o esfera de acción que implica aprender o hacer por experiencia directa[19].

Querejeta define las Actividades de la vida diaria como aquellas que ejecuta una persona con frecuencia habitual, las cuales le permiten vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social[7].

En el marco de la CIF[11], la *actividad* es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo. Junto a la *participación* (acto de involucrarse en una situación vital) constituye uno de los dos componentes que describen el Funcionamiento y la Discapacidad de la persona, tanto desde una perspectiva individual como social.

Los dominios para el componente Actividades y Participación aparecen en una única lista que abarca todas las áreas vitales (tareas y acciones) y serían los siguientes: D1) Aprendizaje y aplicación de conocimientos; D2) Tareas y demandas generales; D3) Comunicación; D4) Movilidad; D5) Autocuidado; D6) Vida doméstica; D7) Interacciones y relaciones interpersonales; D8) Áreas principales de la vida; y D9) Vida comunitaria, cívica y social.

Los calificadores que la CIF establece para los dominios señalados previamente son: la *capacidad*, que describe la aptitud de un individuo para realizar una tarea o acción y el *desempeño*, que describe lo que la persona hace en su contexto/entorno vital actual. Esto es, en el entorno ambiental de la comunidad en la que desarrolla su vida y que está condicionado por factores físicos, sociales y actitudinales.

En muchas ocasiones tienden a considerarse sinónimos los conceptos ocupación y actividad y muchos profesionales de la Terapia Ocupacional utilizan (utilizamos) indistintamente ambos términos para describir la participación en los propósitos de la vida diaria[20]. Sin embargo, la ocupación constituye un dominio coherente de conducta que comprende el juego y ocio, las actividades de la vida cotidiana y el trabajo[21]. No podemos olvidar que la ciencia que la estudia, la Ciencia de la Ocupación, tiende a crear cambios en el modo en que los terapeutas perciben y enfocan su trabajo[22].

En la literatura específica sobre Terapia Ocupacional se consideraron tradicionalmente tres áreas de ocupación a las que como acabamos de ver hacía referencia Kielhofner: tareas de la vida diaria, trabajo y ocio y juego[23]. En la actualidad, la Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales AOTA (siglas en inglés) relaciona ocho áreas de ejecución ocupacional perfectamente definidas en el Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional[20], y que son: 1) Actividades de la vida diaria (básicas y personales); 2) Actividades instrumentales de la vida diaria; 3) Descanso y sueño; 4) Educación; 5) Trabajo; 6) Juego; 7) Ocio y tiempo libre; y 8) Participación social.

Si bien se ha producido un cambio en la consideración del número total de áreas de ocupación, el término AVD se ha utilizado indistintamente para referirse a todas ellas. Gran número de autores han clasificado a las AVD en Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD), siendo estas últimas aquellas que tienen que ver con las destrezas para la integración social y comunitaria[24].

Martorell y Romero señalan que las ABVD tienen características de universalización y gran especificidad, poco influenciables socioculturalmente. Por el contrario, las AIVD requieren la toma de decisiones e interacciones difíciles con el medio o resolución de problemas que capacitan al individuo para alcanzar la autonomía personal, pudiendo verse influidas por el sexo, la educación, la cultura, la sociedad y la edad[24].

Al inicio de este trabajo recogíamos la descripción de definir, como determinar la naturaleza de una cosa a través del análisis de sus componentes. Una vez que hemos hecho una pequeña aproximación al concepto de actividad, queremos señalar como se analiza y la importancia para nuestra profesión.

Desde siempre, la Terapia Ocupacional ha trabajado y posibilitado el estudio científico de las actividades (propositivas). García-Margallo señala que este trabajo investigador se ha realizado con dos fines concretos; primeramente para estudiar la naturaleza de las actividades y posteriormente, para determinar el modo en el que estas actividades podían ser estudiadas para facilitar la *evaluación* y la *intervención*. Concluye la autora que no se puede entender o utilizar la actividad como herramienta terapéutica a menos que se conozcan sus propiedades inherentes[25].

El análisis de la actividad es un proceso lógico y simplificador, a través del cual el terapeuta ocupacional determina las múltiples demandas requeridas para ejecutarla y alcanzar el desempeño competente de la misma[26].

Los profesionales de Terapia Ocupacional analizamos las actividades para comprender lo que se requiere del cliente y determinar la relación de los requisitos de la actividad para participar en la ocupación. Se definen las *demandas de actividad* como las características específicas de una actividad que influyen en el tipo y cantidad de esfuerzo requerido para realizar la misma[20].

Para la realización de las actividades, la persona necesita de unas determinadas destrezas para conseguir un desempeño positivo. Las *destrezas de ejecución* son las habilidades que demuestran los clientes en las acciones que llevan a cabo. Están catalogadas en diferentes categorías interrelacionadas entre sí y que son: 1) destrezas motoras y praxis; 2) destrezas sensoriales-perceptuales; 3) destrezas de regulación emocional; 4) destrezas cognitivas; y 5) destrezas de comunicación y sociales[20].

El Baremo de valoración de dependencia

Una vez expuestos los argumentos previos, en este apartado del trabajo pasamos a relacionarlos con el contenido del BVD[10]. No pretendemos hacer una relación exhaustiva del fondo del mismo, dado que es un baremo complejo con

numerosos criterios de aplicabilidad que exceden el cometido de este estudio. Por el contrario, sí nos parece oportuno resaltar aquellos aspectos que entendemos son imprescindibles conocer puesto que consideramos son la premisa necesaria para efectuar una evaluación de dependencia precisa y acertada; como podrá observarse, la concordancia es altamente significativa.

La valoración para acceder al SAAD (cuando el instrumento utilizado es el BVD) se realiza respecto del grado de desempeño en la realización de las *actividades de la vida diaria* que se consideran esenciales para el individuo, así como de las tareas que cada una de las actividades comprende. De acuerdo con la CIF, en el BVD se consideran las actividades de *autocuidado* (D5), *movilidad* (D4) y *tareas domésticas* (D6), tres de los nueve dominios previamente referenciados. Del mismo modo, para las personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental u otras situaciones en las que la persona tenga alterada su capacidad perceptivo-cognitiva se valorará su *toma de decisiones* (en la CIF dentro del dominio D1 Aprendizaje y aplicación de conocimientos).

El BVD vigente en la actualidad[10], recoge 11 actividades subdivididas en 59 tareas que se valoran de forma individual y de acuerdo a los criterios de aplicación del mismo. En todo caso, el personal técnico valorador deberá evaluar respecto de cada una de las tareas recogidas en la tabla: 1) el *nivel de desempeño* que el usuario presenta respecto de la tarea concreta que se evalúa; 2) el *problema en el desempeño* de la propia tarea; y 3) los apoyos personales por parte de otra persona que el usuario necesita si no es capaz de llevar a cabo la tarea. Para considerar este último aspecto, el técnico debe considerar, a su vez, dos variables: el *tipo de apoyo* que la persona necesita, y la *frecuencia* en la que necesita ese apoyo por parte de terceros.

Efectuada la evaluación del sujeto el instrumento dictamina, teniendo en cuenta la valoración de cada una de las tareas, la severidad de la dependencia. El BVD determina, con una puntuación que oscila de cero a cien puntos, la capacidad de la persona para realizar las AVD representando cero puntos una situación de

autonomía/independencia y cien puntos una situación de dependencia máxima. Para que se reconozca a efectos administrativos una situación de dependencia, la persona valorada deberá alcanzar una puntuación igual o superior a 25 puntos. La puntuación final obtenida podrá tener carácter provisional o permanente según lo fije el órgano de valoración competente.

Al respecto de la variable *Nivel de desempeño*, las categorías de la misma serán: Positivo (P1), Negativo por dependencia (N1), Negativo por otras causas (N2) y No aplicable (NA). Al respecto del desempeño negativo queremos resaltar aquel que viene motivado por otras causas; por ello es preciso matizar que, "las otras situaciones de desempeño negativo, que a efectos de valoración oficial no son dependencia, incluyen factores determinantes de índole cultural, social, familiar, de sobreprotección o cualesquiera otras relacionadas con condiciones de salud que tengan posibilidades razonables de restitución o de mejoría, o bien cuando los apoyos en las tareas no sean imprescindibles en la mayoría de las veces o siempre en las que éstas tengan lugar".

En relación a la variable *Problema de desempeño*, ha de determinarse (en coherencia con el informe de salud) si la problemática que interfiere en el desempeño de cada una de las 59 tareas es de tipo físico, mental o ambos.

El técnico, en relación al *Tipo de apoyo*, ha de considerar si el apoyo que la persona valorada necesita de terceros es de índole: Supervisión, que comprende la estimulación verbal o gestual de la persona valorada y la orientación en la toma de decisiones; ayuda Física Parcial, que supone la colaboración física con la persona valorada y/o la preparación de los elementos necesarios para la ejecución de la tarea; Sustitución máxima, cuando la persona valorada no puede ejecutar por si misma la tarea de ningún modo; y Apoyo especial cuando, prestándose cualquier apoyo de los anteriormente descritos, existe una interferencia significativa por condiciones excepcionales de salud de la persona valorada.

A las tres variables citadas, se añade una cuarta variable denominada *Frecuencia de apoyo* (variable que, al igual que la categoría N1 del nivel de desempeño, el RD 504/2007 no contemplaba). En ella se identificará el número de ocasiones en que la persona valorada necesita apoyos personales cuando ésta deba realizar una tarea concreta. La graduación se determinará del siguiente modo, de acuerdo con los intervalos que propone la escala genérica de la CIF[11]: Casi nunca (0), Algunas veces (1), Bastantes veces (2), Mayoría de las veces (3) y Siempre (4).

Según lo que venimos de exponer, cada una de las tareas que componen el BVD sólo van a condicionar la puntuación final del instrumento siempre y cuando se valore un Nivel de desempeño por dependencia del tipo N1; se determine un Grado de apoyo personal; y la Frecuencia del apoyo sea Mayoría de las veces (3) o Siempre (4). Por lo tanto, para determinar la severidad de la situación de dependencia se desprecian frecuencias de apoyo inferiores a 3.

Es necesario añadir que el BVD recoge unos criterios generales de aplicación extensos entre los que queremos destacar: 1) se valora el desempeño de cada una de las tareas con el empleo de los productos de apoyo prescritos; 2) han de considerarse siempre las barreras y facilitadores del entorno físico; y) la valoración global de las diferentes tareas ha de realizarse teniendo en cuenta el proyecto vital de la persona valorada.

Conclusión

Parece fundamental que para evaluar, "medir" y poder objetivar las situaciones de discapacidad y dependencia es preciso partir de los déficits que la persona presenta, pero es imprescindible saber determinar y evaluar el desempeño de las AVD considerando además el contexto en el que éstas se desarrollan.

El conocer y saber analizar las demandas de las diferentes actividades, así como las destrezas para su ejecución serán sumamente importantes para

efectuar una correcta valoración. Sin embargo, no podemos obviar el ambiente en que éstas se llevan a cabo.

Recordemos que el BVD precisa que es necesario tener en cuenta las barreras y facilitadores del entorno físico. Sin apartarnos del contenido de la CIF, que es el marco normativo a nivel internacional, esta clasificación ya consideraba la importancia del entorno y el contexto vital de la persona y para ello diferenciaba la capacidad del desempeño.

Como ya señalábamos al inicio de este trabajo, una característica que nos diferencia de otras profesiones y que creemos fundamental resaltar, es nuestra visión global de la persona en su contexto vital. Cada vez en mayor medida, la Terapia Ocupacional está más vinculada al ámbito comunitario. Sin duda nuestro aprendizaje en diferentes áreas básicas del saber (también en lo social) son el punto de partida, pero sin duda nuestra formación en las actividades y las ocupaciones marcan nuestra principal valía.

La Red Europea de Estudios Universitarios de Terapia Ocupacional ENOTHE (siglas en inglés) ya identificaba como una de las competencias específicas de nuestra profesión (dentro del proceso de Terapia Ocupacional y razonamiento profesional) el emplear el potencial terapéutico de la ocupación a través del uso de la síntesis y análisis de la ocupación y de la actividad[27].

Este conocimiento propio de nuestra disciplina científica, supone una importante contribución de los profesionales de la Terapia Ocupacional dentro de los equipos de valoración de dependencia (hecho que también debería darse en los equipos de valoración de la discapacidad así como en otros equipos del ámbito sociosanitario cuya función sea la valoración y/o intervención).

Nuestra formación académica nos prepara para: 1) conocer los diferentes déficits en relación a las condiciones de salud de la persona; 2) analizar y evaluar el desempeño, positivo o negativo, de las diferentes actividades; y 3) a

evaluar los contextos y entornos, teniendo en consideración las barreras (de todo tipo, no solo físicas) así como los diferentes productos de apoyo necesarios.

La profesión de Terapia Ocupacional usa el término de ocupación para capturar la esencia y significado de "**actividad** diaria". La Terapia Ocupacional está basada en el conocimiento de que comprometerse con las ocupaciones organiza la vida diaria y contribuye al bienestar[20].

Tal importancia ha tenido la actividad para la Terapia Ocupacional que incluso ha dado lugar al nacimiento de modelos propios para guiar nuestra práctica profesional[28]. Por ello, no podemos finalizar este trabajo sin citar el Modelo de las actividades de salud de Cynkin y Robinson. Como su nombre indica resalta la importancia de la actividad sobre la persona y, lo que es más significativo, la conexión entre actividades y salud. A este respecto Cynkin y Robinson concluyen que la participación del individuo en las actividades puede producir un cambio desde la disfunción hacia la función[29].

A la vista de todo lo expuesto, entendemos que la Actividad, y también el proceso de análisis de la misma, es claramente un aspecto definitorio de nuestra profesión prácticamente inherente a nuestra praxis profesional en todos los campos de actuación (recordemos las vertientes que señalaba García-Margallo[25]).

Respecto al espacio de reflexión iniciado con este trabajo consideramos que en el ámbito de la valoración de la dependencia dicha capacidad y destreza profesional supone una mejor calidad en el desempeño de nuestro trabajo, a la par que justifica (así lo entendemos) nuestra presencia en los equipos técnicos interprofesionales de las diferentes administraciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diccionario da Real Academia Galega. A Coruña. Consulta realizada 14/02/2015. Disponible en: www.realacademiagalega.org

2. Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Ley 39/2006 de 14 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 299, (15 de diciembre de 2006).

3. Charro P. Titulares del derecho. En Sempere AV, director. Comentario sistemático a la Ley de la dependencia. Navarra: Thomson-Aranzadi; 2008. p. 181-94.

4. Consejo de Europa. Recomendación nº R (98)9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativos a la dependencia. Estrasburgo: Consejo de Europa; 1998.

5. Sánchez-Urán Y. La nueva protección de la dependencia: naturaleza. En Roqueta R, coordinador. La situación de dependencia: Régimen jurídico aplicable tras el desarrollo estatal y autonómico de la Ley de Dependencia. Valencia: Tirant lo Blanch; 2009. p. 29-57.

6. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2005.

7. Querejeta M. Discapacidad/ Dependencia: unificación de criterios de valoración y clasificación. Madrid: IMSERSO; 2004.

8. González JI, Alarcón T. Calidad de los instrumentos de valoración funcional en geriatría: del invento de la rueda a la era electrónica. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008; 43(5): 265-7.

9. Real Decreto por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Real Decreto 504/2007 de 20 de abril. Boletín Oficial del Estado, nº 96, (21 de abril de 2007).

10. Real Decreto por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Real Decreto 174/2011 de 11 de febrero.

Boletín Oficial del Estado, nº 42, (18 de febrero de 2011).

11. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: IMSERSO; 2001.

12. Albarrán I, Alonso P, Bolancé C. Comparación de los baremos español, francés y alemán para medir la dependencia de las personas con discapacidad y sus prestaciones. Rev Esp Salud Pública. 2009; 83: 379-92.

13. Resolución del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se publica el acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se establecen los acuerdos en materia de valoración de la situación de dependencia. Resolución de 23 de mayo de 2007. Boletín Oficial del Estado, nº 136, (7 de junio de 2007).

14. Resolución de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en materia de órganos de valoración de la situación de dependencia. Resolución de 4 de febrero de 2010. Boletín Oficial del Estado, nº 62, (12 de marzo de 2010).

15. Orden de 2 de enero de 2012 de desarrollo del Decreto 15/2010, de 4 de febrero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, el procedimiento para la elaboración del programa individual de atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes. Diario Oficial de Galicia, nº 9, (13 de enero de 2012).

16. Miangolarra Page JC. Prólogo. En: Polonio B, Durante P, Noya B. Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. Madrid: Médica Panamericana; 2001. XVII-XIX.

17. Brea Rivero M. ¿Redefiniendo la terapia ocupacional o la búsqueda del consenso?. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2011 [acceso 16 de marzo de 2015]; monog. 4: 28-38 Disponible en: http://revistatog.com/mono/num4/mono4.pdf.

18. Pierce D. Untangling occupation and activity. Am J Occup Ther. 2001; 55: 138-46.

19. Reed K, Sanderson S. Concepts of occupational therapy, 3ª ed. Baltimore: Lippincott-Williams & Wilkins; 1992.

20. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. 2ª ed. [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [acceso 13 de abril de 2015]; [85p.] Disponible en: https://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf. Traducido de: American Occupational Therapy Asociation (2008). Ocupacional therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).

21. Kielhofner G. Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional. 3ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006.

22. Zemke R, Clark F. Occupational science: the evolving discipline. Philadelphia: FA Davis; 1996.

23. Durante P. Conceptos básicos de terapia ocupacional. En: Polonio B, Durante P, Noya B. Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. Madrid: Médica Panamericana; 2001. p. 13-24.

24. Martorell MC, Romero DM. Actividades básicas de la vida diaria o cuidado personal. En Romero D, Moruno P. Terapia ocupacional, teoría y técnicas. Barcelona: Masson; 2003. p. 319-58.

25. García-Margallo P. Antecedentes y relación de la actividad con la vida cotidiana. En Garcia-Margallo P, San Juan M, Jorquera S, Navas I. El análisis y la adaptación de la actividad en terapia ocupacional. Madrid: Aytona; 2005. p. 8-23.

26. Polonio B. Destrezas y habilidades profesionales del terapeuta ocupacional. En: Polonio B, Durante P, Noya B. Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. Madrid: Médica Panamericana; 2001. p. 133-51.

27. European Network of Occupational Therapy in Higher Education. Competencias de terapia ocupacional [Internet]*. [acceso 13 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.enothe.eu/tch/tq/docs/specific_competencies_spanish.pdf

28. Polonio B, Durante P, Noya B. Modelos propios de Terapia Ocupacional. En: Polonio B, Durante P, Noya B. Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. Madrid: Médica Panamericana; 2001. p. 99-122.

29. Cynkin S, Robinson AM. Occupational therapy and activities health: toward health through activities. Boston: Little, Brown & Company; 1990.

ACERCA DEL QUEHACER COTIDIANO DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL.

ABOUT THE TASK OF OCCUPATIONAL THERAPIST IN MENTAL HEALTH.

DECS: Terapia ocupacional, salud mental.

Palabras clave del autor: Modelo de Relación Intencional.

MESH: Occupational therapy, mental health.

Key words: Intentional relationship model.

Dña. Irene Budiño Vieira
Terapeuta ocupacional. Servizo de rehabilitación psiquiátrica. Hospital Rebullón. Estructura de Organización e Xestión Integrada de Vigo. Servizo Galego de Saúde.

Como citar este artículo en sucesivas ocasiones: Budiño Vieira I. Acerca del quehacer cotidiano del terapeuta ocupacional en salud mental. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2015. [-fecha de la consulta-]; monog. 7: [87-99]. Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num7/quehacer.pdf

Introducción

El fin de este artículo es tratar de definir la Terapia Ocupacional desde mi experiencia profesional y personal, y reflexionar en voz alta sobre si los aspectos que considero esenciales de nuestra profesión están presentes en mi práctica diaria con los usuarios del recurso donde trabajo. Resulta complicado hablar del trabajo del terapeuta ocupacional en el contexto laboral de una unidad de rehabilitación psiquiátrica[1] (en adelante UHRP), de un hospital público general. No porque la labor profesional que desempeñamos en estos recursos entrañe en modo alguno mayor grado de complejidad que en otros, sino por las circunstancias que impregnan estos servicios, en mayor o menor medida, y que se heredan, como la familia de cada cual. Dejaré a parte la cotidianidad de los aspectos relacionales en este tipo de servicios hospitalarios, para

RESUMEN

Los fundamentos de toda disciplina son las raíces a través de las cuales ésta se nutre. Existen unos aspectos troncales en Terapia Ocupacional que son comunes en la profesión y sin los cuales no podríamos hablar de la Terapia Ocupacional como tal. ¿Pero son los mismos aspectos los que definen la práctica cotidiana de los terapeutas ocupacionales en los diversos recursos existentes en los que trabajan? ¿Hay matices que diferencian nuestra labor dependiendo de con qué poblaciones estemos cooperando? En este escrito resumiré los aspectos teóricos y fundamentos metodológicos que definen y perfilan la práctica clínica diaria del terapeuta ocupacional en un Servicio hospitalario de Rehabilitación de Psiquiatría cualquiera, pongamos por ejemplo el servicio de la Estructura Organizativa de Xestión Integrada de Vigo, situado hasta la actualidad en el Hospital de Rebullón, para finalizar aportando mi definición de la disciplina.

SUMMARY

The foundations of any discipline are the roots through which it thrives. There are some core aspects in occupational therapy that are common in the profession and without which we could not talk about occupational therapy as such. But are the same issues that define the daily practice of occupational therapists in the various existing resources where they work? Are there nuances that differentiate our work depending on what we are cooperating populations? In this paper I will summarize the theoretical aspects and methodological foundations that define and outline the daily practice of the occupational therapist in a hospital Rehabilitation Service of Psychiatry any , say the service of the Estructura Organizativa de Xestión Integrada de Vigo, located until today Hospital Rebullón, finally bringing my definition of the discipline.

evitar perderme en vueltas y más vueltas con final en la misma salida, y centrarme en el cometido de este escrito. Para ello, me ha parecido adecuado responder primero a las siguientes preguntas: ¿Qué es lo que más necesita una persona que llega al servicio de rehabilitación de psiquiatría? ¿Le puedo ayudar a conseguir aquello que tanto necesita? ¿De qué manera puedo ayudarle con los recursos que tenemos en el servicio?

El contexto

Antes de responder la primera pregunta, tal vez sea conveniente hacer un pequeño repaso de las circunstancias que rodean la inmensa mayoría de los ingresos en la UHRP, por aquello que tanto nos gusta a los terapeutas ocupacionales de analizar el contexto, y ver como modela el entorno el desempeño ocupacional de las personas[2]. Cuando el equipo multidisciplinar se reúne para valorar las solicitudes de ingreso recibidas para rehabilitación de salud mental, se encuentra en la inmensa mayoría de los casos con informes médicos y/o sociales que reflejan una realidadpersonal dura, y que relatan de forma breve que la persona a la que se deriva ha perdido los hábitos en sus actividades de la vida diaria, en adelante AVD[2], en más del 80% de los casos, que apenas tiene relación con otras personas, es decir, que vive de forma aislada de la vida

en su comunidad, y/o que había abandonado los dispositivos socio-sanitarios a los que acudió en algún tiempo pasado.

No nos olvidemos de que la gran mayoría de personas que se derivan también a la UHRP no presentan conciencia de enfermedad o insight en ese momento, por lo cual se muestran reacios a priori a cualquier intervención terapéutica. Entre un 50% y un 80% de estas personas creen no estar enfermos o sufren algún tipo de déficit de conciencia, ya sea de su enfermedad, de sus propios síntomas o de la necesidad de tratamiento[3]. Esta situación se puede agravar en ingresos de carácter involuntario, ordenados por un juez.

Es sencillo que la mente nos lleve a pensar, tras leer entre líneas, que muchas veces los apoyos que estas personas tenían para vivir en la comunidad empiezan a fallar, por falta de herramientas para seguir mano a mano, o por agotamiento y queme. En ocasiones lo podemos corroborar en las primeras fuentes de información indirecta que disponemos. La "silla" en la cual se sentaban "cojea" por desgaste, porque ya ha trabajado mucho y aguantado mucho peso, y necesita un descanso y una reparación para poder volver a realizar su función con seguridad y eficacia. Otras veces, estos apoyos deciden que no desean serlo por más tiempo en sus vidas, o que no son capaces de seguir haciéndolo ya que no disponen de herramientas para ello.

Así, las personas que ingresan en nuestro servicio lo hacen en un grado elevado de vulnerabilidad vital, con tintes de emergencia social en muchos de los casos. En otros casos más afortunados, la red de apoyo familiar y/o comunitario siempre ha estado ahí y continúa presente. A pesar de ello, el progreso de los trastornos mentales severos, en adelante TMS, es evidente y limita gravemente la participación en la comunidad de la persona, por lo que el ingreso se hace necesario e inevitable.

Fundamentos que sustentan la práctica de Terapia Ocupacional

No es posible trabajar en este servicio sin iniciar y mantener diariamente una relación directa con la otra persona, el usuario o paciente, y del modo en que esto ocurre dependerá en gran parte que el proceso y la intervención terapéutica se desenvuelva con fluidez. A pesar de la poca relevancia que se le suele dar en los manuales o textos de Terapia Ocupacional a la **relación terapéutica**, en adelante RT, es a mi entender, un pilar fundamental en el que se basa toda intervención, y por lo tanto incide directamente en la adherencia al tratamiento, en la evolución que está por llegar, y en la consecución de los logros terapéuticos.

He tenido la enorme suerte como terapeuta ocupacional de explorar varios entornos laborales, muy diversos entre sí. Desde un servicio de rehabilitación y medicina física, un servicio de atención temprana, una unidad de hospitalización breve de salud mental, y actualmente un servicio de rehabilitación de psiquiatría. Siempre he comenzado cada nueva etapa ilusionada, con muchas ganas de mejorar para ofrecer a los usuarios lo mejor de mi misma a través del trabajo.

Ha sido tras llegar a trabajar en el ámbito de salud mental desde este dispositivo, cuando he comprendido que sin una RT adecuada será más complicado que el usuario desee y consienta que participemos de su proceso terapéutico, y el camino por recorrer se vuelve más empedrado. Como señala Renee R.Taylor[4], una adecuada RT se considera altamente importante para los resultados del trabajo en Terapia Ocupacional, en particular en los casos en los que el cliente tiene problemas de salud mental, u otros problemas que impactan las relaciones del cliente a los demás[4.]

En principio, no haría falta definir la RT, pero tal vez podemos considerar los aspectos fundamentales que la conforman.

Generalmente se ha definido como el "uso intencionado del self", desde la práctica centrada en el cliente, y según resumen Bellido y Berrueta[5] para que se desarrolle son necesarias las habilidades: autoconocimiento, manejo de la autorrevelación, proximidad del terapeuta ocupacional, coherencia, flexibilidad, empatía, escucha activa, la comunicación verbal y no verbal, el liderazgo, el manejo de la transferencia y la contratransferencia.

El Modelo de la Relación Intencional, en adelante IRM, que introduce y describe Taylor en 2008, conceptualiza los aspectos relacionales de importancia para la práctica de Terapia Ocupacional, y va más allá organizando todo el proceso de Terapia Ocupacional basándolo en la RT, y considerándolo un complemento a otros modelos propios, como por ejemplo, el Biomecánico, el de Integración Sensorial, el de Ocupación Humana, Canadiense, etc. En el IRM, se describen los aspectos relevantes que componen las relaciones terapéuticas[5]:

- El usuario
- Los acontecimientos interpersonales que ocurren durante el proceso de Terapia Ocupacional
- El terapeuta ocupacional
- La ocupación

Alcanzar un estilo interpersonal multimodal, para adaptarse a las necesidades de los usuarios del servicio, requiere de un gran conocimiento de las propias habilidades interpersonales del terapeuta ocupacional, y de un esfuerzo consciente que fortalezca la RT, y la repare en las ocasiones que acontecimientos interpersonales inevitables puedan amenazarla[4].

En el servicio en el cual estoy centrando este escrito, los usuarios tienen diagnósticos clínicos que se incluyen en los TMS. Es fundamental conocer la sintomatología negativa de estos procesos, y comprender como afecta tanto al desempeño ocupacional como también a la capacidad que tienen para relacionarse con los demás. Es habitual en el campo laboral de la salud mental

o la psiquiatría, que aparezcan los conflictos y cambios empáticos a causa de las características propias e intrínsecas de los TMS. Saber cómo resolverlos es determinante para que la RT no se convierta en una relación disfuncional, que limite o dañe todo el proceso terapéutico.

Por poner algunos ejemplos comunes en el campo de la salud mental, un usuario puede mostrarse resistente a participar en alguna actividad, en otras ocasiones pueden interpretar cualquier comunicación verbal o no verbal como un daño o perjuicio a ellos mismos mostrándose muy referencial hacia el terapeuta ocupacional, también pueden incluir al terapeuta ocupacional en su delirio y su realidad y actividad psicótica, etc.

Estos sencillos ejemplos son acontecimientos interpersonales de la Terapia Ocupacional, que los terapeutas ocupacionales debemos poder resolver para que la RT se fortalezca, y así seguir colaborando con los usuarios en sus procesos de rehabilitación.

Desde la perspectiva presente, considero necesario que los estudiantes de Terapia Ocupacional reciban más formación y herramientas relacionadas con la RT durante la etapa académica. Aquellos docentes que promuevan y faciliten el desarrollo de las habilidades adaptativas de sus estudiantes, los estarán preparando para trabajar con los usuarios en el futuro.

Acerca del trabajo cotidiano. Pinceladas de Terapia Ocupacional.

El servicio de rehabilitación de psiquiatría en el cual trabajo está compuesto por cuatro unidades terapéuticas[1]:

- 1 unidad de cuidados de rehabilitación
- 1 unidad de cuidados especiales
- 2 unidades de cuidados residenciales

Como terapeutas ocupacionales empezamos nuestro proceso de evaluación ocupacional identificando las áreas de desempeño que presentan limitaciones de participación, y la causa que subyace tras estas limitaciones. También es importante reflejar las áreas de desempeño ocupacional en las que el usuario no muestra alteraciones, y preserva sin dificultad la capacidad para llevarlas a cabo. Es tan importante tener presentes en cada instante tanto las fortalezas como los puntos débiles del usuario, así como los propios. Cuando hablo de fortalezas, incluyo también los elementos del entorno familiar y social que sostienen al usuario y le tienden un puente durante su proceso de recuperación.

Es cierto que los terapeutas ocupacionales siempre hacemos hincapié en que la evaluación nos da información más real, en tanto que se realice en el entorno habitual del usuario. Esto es un hándicap que existe en los servicios hospitalarios. La evaluación se realiza en un entorno y contexto a priori nuevo para el usuario, algunos ya lo conocen de ingresos anteriores en el tiempo, así también son novedosas las relaciones interpersonales que inicia con los demás usuarios de la UHRP. Es preciso prestar máxima atención durante el proceso de evaluación ocupacional inicial para evitar el sesgo que pueda provocar el nuevo entorno.

En el equipo terapéutico nos damos unos días de plazo para reunirnos y poner en común nuestras aportaciones a la evaluación global del usuario. Unos tiempos para observar, evaluar y describir las habilidades adaptativas que presenta la persona que ingresa. Unos días en los que se inicia la RT intencional, y en los que ir perfilando los datos de la evaluación ocupacional antes de ponerlos en común, y establecer los objetivos iniciales a corto, medio y largo plazo. Como servicio "de larga estancia", el tiempo medio de ingreso es bastante amplio en un porcentaje elevado de los casos, así que a priori hay tiempo por delante para con trabajo y esfuerzo lograr los objetivos marcados.

Retomando la primera pregunta que me hacía en la introducción de este texto:

¿Qué es lo que más necesita una persona que llega al servicio de rehabilitación?

Puedo responder que a largo plazo, necesita creer en sí misma, y a corto plazo es imprescindible que creamos en ella. La confianza en su capacidad de relacionarse en la comunidad a través del mantenimiento de sus habilidades, y de ocupaciones y actividades cotidianas, es una piedra angular en el proceso rehabilitador. Es parte de nuestro trabajo generar las situaciones posibles para que los usuarios ganen confianza en el desempeño de sus ocupaciones, de las actividades que comprenden y confíen nuevamente en ellos mismos.

Este aspecto es fundamental tenerlo presente mientras planificamos nuestra intervención terapéutica. No debemos olvidar que somos personas que percibimos, intuimos, sentimos. Debemos como terapeutas ocupacionales, trasmitirles nuestra confianza en sus capacidades, y alentar su voluntad de ver hacia el futuro con sentimiento de esperanza.

La segunda pregunta que me hago es:

¿Le puedo ayudar a conseguir aquello que tanto necesita?

Nieztsche[6], filósofo alemán que vivió entre 1844 y 1900, comentó en alguna ocasión que cuando uno tiene su propio por qué de la vida, se aviene a casi cualquier cómo. Dejando a un lado el resto de la ideología y personalidad de Nieztsche, esa frase aplicada en personas con TMS ilustra con simpleza que las personas necesitan dotar de sentido su vida para vivirla pese a las circunstancias adversas.

Los terapeutas ocupacionales tenemos una oportunidad de oro para colaborar con los usuarios a que encuentren ese propio porqué de su vida. Darle la oportunidad de volver a crear, de ser nuevamente. En mi modesta opinión, el objetivo final del trabajo del terapeuta ocupacional debería ser acompañar al

usuario en la búsqueda de sentido vital a través de un rol adaptativo y de una ocupación con significación vital para el individuo. Es un reto, pero nuestro deber al menos es intentarlo, y poner en ello todo nuestro esfuerzo, nuestras capacidades, nuestras ilusiones incluso.

Es básico en el campo de la salud mental que realicemos una exhaustiva evaluación ocupacional, y que identifiquemos los intereses de los usuarios. Indagar en las actividades que han producido satisfacción personal en el pasado, nos sirve como punto de partida en el trabajo cotidiano. Son la piedra angular que sirva de motor para mantenerse durante la carrera de fondo que implica recuperar y afianzar habilidades, hábitos, y competencia en el desempeño ocupacional, así como funcionamiento en el entorno comunitario y/o familiar.

¿De qué manera puedo ayudarle con los recursos que tenemos en el servicio?

Hay lunes en los que llegar al trabajo es un auténtico placer. Usuarios que mano a mano trabajando juntos me digan que se encuentran mejor trabajando conmigo, que durante el fin de semana, durante el cual dejan pasar las horas sentados en los jardines del hospital o escuchando música. Y lo expliquen con la simpleza absoluta "es que haciendo ésto (restaurábamos un antiguo mueble de la unidad) distraigo mis pensamientos, mi mente se relaja y yo me encuentro mucho mejor". En usuarios de las unidades residenciales, es un verdadero logro terapéutico que verbalicen su sentir de esta manera, cuando apenas ya tienen posibilidades de alcanzar un alta hospitalaria para reintegrarse en la comunidad a causa de múltiples factores.

En un mundo ideal, lleno de finales felices comiendo perdices, no existirían las unidades de rehabilitación de cuidados residenciales, porque estas personas vivirían integradas en la comunidad, con sus familias, o en recursos socio-

sanitarios como los pisos protegidos. A nuestra sociedad mucho le queda por recorrer para adjetivarla de "ideal".

Queda mucho por hacer para favorecer la integración de las personas con TMS. No quiero repetir los discursos de luchar contra la lacra del estigma, o quejarnos ante la sangrante falta de recursos para que alcancen un trabajo, aunque sea protegido. Hay situaciones que son inverosímiles, como que un usuario tras lograr los objetivos finales en su proceso rehabilitador, permanezca 10 meses más ingresado en la unidad de cuidados de rehabilitación, porque no hay disponible plaza en el piso protegido en el que se le ha admitido. Mejor ni pensemos en el coste económico que supone prolongar un ingreso todo este tiempo. Pero este tipo de situaciones no son aisladas. La falta de recursos en las zonas rurales pertenecientes al área sanitaria de Vigo es mucho más desalentadora. Son muchos los usuarios que necesitan recursos cercanos a sus domicilios, para poder regresar a ellos tras el alta hospitalaria con las mínimas ayudas y garantías de cuidados y asistencia para ellos y sus familias.

Tras planificar la intervención, esta se implementa teniendo en cuenta los recursos del servicio. Siempre había escuchado que la psiquiatría es "la hermana pobre de la medicina". No quiero ahondar demasiado en este tema, pero he de señalar que en los últimos años los recortes que hemos sufrido en sanidad pública han sido porcentualmente más elevados en salud mental que en otras especialidades.

Los terapeutas ocupacionales tenemos un gen especial que nos permite ver aquello que nos rodea con otra mirada, con unas gafas de terapeuta ocupacional, y rápidamente aprovechamos y reciclamos tanto materiales como espacios, siempre que sea factible.

No es el propósito de este texto realizar un organigrama de las técnicas, programas y actividades que se desarrollan en el servicio, ya que esta

información la podréis encontrar más desarrollada en las múltiples guías de atención a la persona con TMS que existen publicadas actualmente.

En el servicio de rehabilitación de salud mental se llevan a cabo programas que van destinados a favorecer el desempeño y la participación en las áreas de las actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, actividades de ocio y tiempo libre, y área de participación social[2].

La gran mayoría de los programas se ponen en marcha en un contexto grupal, aunque algunas actividades sean de carácter individual. El grupo y las dinámicas que lo gobiernan además de ser un refuerzo enorme para los usuarios, es también una herramienta de gran valor terapéutico a la que debemos sacar el mayor provecho posible.

CONCLUSIONES

Tras considerar aquellos aspectos definitorios de la profesión que en mi entorno laboral son fundamentales en mi práctica diaria, pienso que es importante que cualquier definición de nuestra disciplina los incluya, y al mismo tiempo esa misma definición sea aplicable al trabajo de cualquier terapeuta ocupacional en cualquier ámbito laboral. Proponer una definición de Terapia Ocupacional que englobe los fundamentos que he señalado puede parecer un atrevimiento por mi parte, pero siempre he sido partidaria de sumar fuerzas, así que trataré de aportar mi granito de arena.

En mi opinión, las definiciones deben ser lo más concisas posibles y resaltar y aglutinar los aspectos comunes presentes en el concepto que se pretende definir. Así, por ejemplo, si definimos los medios de transporte, decimos que son los medios por los cuales se transportan personas, animales o cosas de un lugar a otro. Tras esta definición podemos explicar todos los tipos de medios de transporte que existen o que han existido en el pasado, que los hay aéreos, terrestres, marinos y submarinos. Los podríamos clasificar según la energía que

emplean, etc., y podríamos acabar explicando las diferencias entre unos patines o un submarino, que son muchas y grandes, pero ambos son medios de transporte.

Mi definición de Terapia Ocupacional es la que sigue:

"Profesión que guía y acompaña a las personas basándose en una relación terapéutica intencional, a lo largo del proceso necesario para alcanzar un buen estado de salud y bienestar presente y futuro, a través de ocupaciones significativas para ellas, capacitándolas para su participación en las mismas y modificando el entorno si es preciso". Irene Budiño Vieira, 2015.

BIBLIOGRAFÍA

1. Xunta de Galicia. Plan estratéxico de saúde mental Galicia 2006-2011. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade; 2007.

2. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. 2ª ed. [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [acceso de abril de 2015]; [85p.] Disponible en: https://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf. Traducido de: American Occupational Therapy Asociation (2008). Ocupacional therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).

3. Fernández Rodríguez RS. Relación entre conciencia de enfermedad en la esquizofrenia y actividades de la vida diaria. Revista Asturiana de Terapia Ocupacional. 2010; 8: 3-7.

4. Bonsaksen T, Vollestad K, Taylor RR. The Intentional Relationship Model. Use of the therapeutic relationship in occupational therapy. Ergoterapeuten. 2013; 5:26-31.

5. Taylor RR. Uso del "Self" en Terapia Ocupacionall: Creando relaciones intencionales. [Traducción]. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2011 [acceso de abril de 2015]; 8(13): [29p.]. Disponible en: http://www.revistatog.com/num13/pdfs/modelotaylor0.pdf

6. Nietzsche F. El crepúsculo de los ídolos. [Traducción] Sánchez Pascual A. Ed. Alianza: Madrid; 2004.

TERAPIA OCUPACIONAL PEDIÁTRICA: ALGO MÁS QUE UN JUEGO

PAEDIATRIC OCCUPATIONAL THERAPY: MORE THAN JUST A PLAYING

DECS: Terapia Ocupacional, participación social, desarrollo infantil.

KEY WORDS: Occupational Therapy, social participation, child development

Mª Pilar Blázquez Ballesteros

Directora y Fundadora del Centro de Terapia Ocupacional Os Bambáns (Vigo). Diplomada en Terapia Ocupacional (Universidad Complutense de Madrid). Certificada en Integración Sensorial nº 3673 WPS/USC. Máster en Patología Neurológica Universidad Rey Juan Carlos. Máster en Dirección y Gestión de centros Universidad de Vigo.

Laila Mahmoud-Saleh Ucedo

Terapeuta ocupacional en CTOP Os Bambáns (Vigo). Diplomada en Terapia OcupacionaL (Rey Juan Carlos) y Experta en Atención Temprana (UCJC). Formada en integración sensorial por la WPS/USC.

Lorena Guerra Redondo

Terapeuta ocupacional en CTOP Os Bambáns (Vigo). Grado en Terapia Ocupacional Universidad de A Coruña. Diplomada en Logopedia Universidad de Valladolid. Experto en Intervención Logopédica y Cognitiva en Daño Cerebral Universidad de A Coruña. Formada en Integración Sensorial por la WPS/USC.

Como citar este artículo en sucesivas ocasiones:
Blázquez Ballesteros MP, Mahmoud-Saleh Ucedo L, Guerra Redondo L. Terapia ocupacional pediátrica, algo más que un juego. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2015 [-fecha de la consulta-]; monog. 7: [100-114]. Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num7/pediatrica.pdf

Introducción

Cuando nos ofrecieron redactar un artículo que reflejara la práctica diaria de la Terapia Ocupacional (TO), aceptamos la propuesta al pensar que sería un trabajo interesante y enriquecedor. Sin embargo, las dificultades en la transcripción del quehacer diario al papel surgen al intentar que este documento no se convierta en una compilación más de la conceptualización de la profesión.

En cualquier caso, nos gustaría establecer, en unas líneas, la base teórica de la que partimos en nuestro trabajo.

El monográfico número 4 de la Revista TOG "Hacia una definición de la Terapia Ocupacional en España"[1], del que parte esta idea, recoge la epistemología de la TO con algunas definiciones propias de algunos autores, así como el recorrido nacional e internacional de las definiciones aportadas por diferentes terapeutas ocupacionales e instituciones, enfatizando la necesidad de

RESUMEN

La TO pediátrica emplea el juego como herramienta terapéutica por ser la ocupación más significativa de la infancia y el eje de su desarrollo motor, cognitivo, emocional y social. Los niños que participan en juegos con asiduidad crecen rápidamente, experimentan un mayor rendimiento en la escuela y desarrollan hábitos saludables para la vida adulta. El trabajo del terapeuta ocupacional se caracteriza por acompañar al niño en la adquisición de la máxima autonomía en cada una de las áreas de ocupación, esto le va a permitir asentar su identidad personal y una participación social plena. Que el terapeuta ocupacional cree un adecuado vínculo terapéutico con el niño y su familia es la clave del éxito del tratamiento.

SUMMARY

A paediatric occupational therapist uses playing as a working tool as it is the most significant childhood activity and it constitutes the main axis of motor, cognitive, emotional and social children development. Children who play games regularly grow quickly. They also experience higher school performance and develop healthy habits for adulthood. An occupational therapist´s work is entails helping children to acquire maximum independence in every occupational area. Consequently, this will allow the child establish his personal identity and full social participation. Therefore, it is essential that the occupational therapist creates an appropriate therapeutic link with both the child and the family.

actualizar y adaptar su gnoseología al momento actual.

Autores como Cantero, Solano y Brea, que han participado en su redacción, han mencionado la influencia de la terminología de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), tanto para redactar una nueva definición de TO en España1 como el detonante de la creación de nuevas definiciones en otros países[2].

Desde nuestra perspectiva, consideramos la CIF como un punto de referencia en la definición de TO porque compila los términos de tres ejes importantes que nos caracterizan: actividad: "la realización de una tarea o acción por parte de un individuo"; participación: "el acto de involucrarse en una situación vital"; y funcionamiento:"término global que hace referencia a las funciones corporales, actividad y participación"[3]. Estos tres términos, de una u otra forma, se han ido incluyendo en algunas de las definiciones nacionales e internacionales de TO[4]. Sin embargo, los conceptos más empleados en las más de cuarenta definiciones de TO que existen son el de "participación" y "preocupación por el bienestar"[2].

De esta manera, si tenemos en cuenta como axioma de la intervención "la participación del individuo en sus diferentes entornos a través de la ocupación,

con el fin de lograr su bienestar", nuestro trabajo con la población infantil se basa en la visión de la TO, descrita en el Marco de trabajo de la TO: "apoyar la salud y la participación de la vida a través del compromiso con la ocupación"[5].

A partir de ahora, expondremos lo que caracteriza la intervención de la TO en pediatría de la manera más práctica posible.

PRAXIS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN PEDIATRÍA

La importancia del juego en el desarrollo del niño desde la perspectiva de la TO

Cuando hablamos de praxis de la TO, todos los terapeutas ocupacionales tenemos presente las siete áreas de desempeño ocupacional descritas en el Marco del Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional elaborado por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA)[5]. De todas ellas, queremos destacar como áreas significativas en la infancia: el juego, el ocio y tiempo libre, el descanso y sueño, la educación, la participación social y las actividades básicas de la vida diaria (Figura 1).

Figura 1. Áreas de desempeño ocupacional del niño
Fuente: Blázquez, Mahmoud-Saleh y Guerra, 2015.

Cuando un niño acude al servicio de TO, los padres nos expresan su preocupación acerca de las dificultades en la autonomía y/o frustración para

desarrollar las actividades de la vida diaria como la alimentación, el vestido o el uso del inodoro, así como actividades escolares, referidas a la capacidad de atención en clase, dificultades en la escritura, entre otras. Tras el análisis de la situación, nuestra función reside en convertirnos en un vehículo facilitador y de canalización para él y su familia, para ayudarles a encontrar las estrategias necesarias en el desarrollo o adquisición de dichas destrezas.

Para lograr su participación plena, tenemos en cuenta todos los aspectos que influyen en ella, descritos en el Marco de Trabajo[5]. Pero para lograrlo, ¿qué instrumento utilizaremos? Nuestra herramienta será el juego, considerada la ocupación más significativa en esta etapa de la vida y el eje principal de los aprendizajes y del desarrollo en la niñez.

El juego es el área de ocupación más relevante en la infancia porque es aquella en donde los niños invierten la mayor parte de su tiempo. Es conocido por su contribución al desarrollo físico, cognitivo, social y emocional[6] y les ayudará a potenciar su autoconcepto, mejorar su autoestima y disminuir su frustración en el desempeño de actividades que requieran una mayor demanda en su ejecución.

¿QUÉ ES EL JUEGO?

Ferland[7] define el juego como una actitud subjetiva donde el placer, la curiosidad, el sentido del humor y la espontaneidad se unen. Esta actitud se refleja en la conducta libremente elegida, de la cual no se espera ningún rendimiento específico particular. Por otro lado, Bundy plantea un modelo donde se expone que la conducta juguetona está determinada por la presencia de tres aspectos importantes: la motivación intrínseca (se observa en el interés innato que produce el propio juego); el control interno (decisión propia de cómo se desarrolla el juego); y la habilidad para dejar a un lado la realidad (capacidad de evasión dentro del juego). De este modo, el juego es una ocupación libre donde el niño no sólo decide, sino que la dirige anteponiendo sus intereses personales.

Entre las innumerables variables que existen, se desconoce qué juegos contribuyen más al desarrollo o qué características de las actividades son más importantes. De acuerdo con el modelo de Bundy, la juguetonería podría considerarse un complemento necesario para que los niños se involucren en actividades de juego. Se ha comprobado que se puede favorecer la juguetonería dejando a los niños utilizar materiales, que se colocan sin un propósito y que no forman parte, habitualmente, de un juego estructurado o reglado. Esto, a su vez, aumenta la participación social, la creatividad y la flexibilidad. Los niños juguetones suelen ser más creativos y confiados[8]. Como terapeutas ocupacionales, incrementar la conducta juguetona se plantea como un reto en nuestra intervención.

El juego permite la adquisición de todas las destrezas de ejecución de la tarea. En su desarrollo, la confluencia de varias de ellas es imprescindible para que éste tenga lugar de una manera satisfactoria. Uno de los juegos que suscita bastante interés en los niños es el juego de roles, donde podemos observar cómo tienen lugar todas y cada una de estas destrezas.

A través de la simulación de un parque de bomberos os mostraremos cómo se produce. En un primer momento, los niños seleccionan los objetos que van a utilizar y qué función les otorgan a cada uno (destrezas cognitivas). Determinan por dónde van a distribuir ese material, el lugar o lugares dónde se va a desarrollar el juego (destrezas sensoriales-perceptuales). Establecen cuáles van a ser las reglas a seguir (destrezas cognitivas), como por ejemplo, determinar que el camión de bomberos no podrá salir de su garaje si antes no hay una llamada de aviso. Todas estas acciones forman parte de un engranaje en constante movimiento que facilita el desarrollo de destrezas de comunicación y sociales: utilizan normas de cortesía como gracias y por favor, aprenden a respetar las opiniones de sus compañeros, a mantener turnos, realizan una escucha activa, tienen que ponerse de acuerdo en la planificación del juego, se preguntan los unos a los otros qué elementos utilizar y se solicitan ayuda. Durante la organización del juego, los materiales representan a otro objeto

como un coche de bomberos, imaginan que la mano es un teléfono, una pila de cojines dan vida al parque de bomberos y una cuerda hace sus veces de la barra del parque. Es la hora de disfrutar. Suena el teléfono y alguien contesta al otro lado. Rápidamente surgen las destrezas sensoriales y de comunicación necesarias, por ejemplo, para descolgar el teléfono cuando suena y preguntar quién es. Las destrezas motoras ya aparecieron al colocar los materiales y seguirán haciéndolo cuando contestan las llamadas, al lanzarse por la barra de los bomberos (coordinación bilateral, flexo-extensión de miembros superiores e inferiores, estabilidad articular, regular la fuerza de agarre de las manos, ajuste de la postura para mantenerse y no caerse, anticipación de movimientos para soltarse y caerse en un lugar seguro). Cuando hay que desplazarse del parque de bomberos a la barra, al camión y regresar al punto de partida, se ponen en marcha destrezas cognitivas y motoras para lograr una adecuada planificación motriz, porque es preciso cambiar de superficies y organizarse en el espacio. Si en algún momento el niño se cae, hay que volver a levantarse, por lo que se ponen de nuevo en marcha aspectos motores, así como de regulación emocional: "me he caído una vez pero tengo que volver a intentarlo". Así se alcanza paulatinamente la capacidad de regulación emocional: aprenden a no enfadarse por no salirse con la suya o a dejar que otros lleven la dirección del juego, aumenta el respeto a los demás y disminuye la frustración cuando no consiguen su propósito o no lo hacen cómo ellos esperaban. Cuando finalmente se ha apagado el fuego, la satisfacción y el disfrute hacen que los niños deseen repetirlo, ideando otros lugares a donde ir, cambiando el papel de jefe de bomberos, etc.; aquí es donde nosotras observamos en estado puro esa juguetonoría de la que habla Anita Bundy.

Si analizamos este pequeño relato, podemos apreciar que para que el juego sea juego y no se convierta en una actividad más, sin significado, tenemos en cuenta las características que lo definen de cara a utilizarlo como herramienta de trabajo. En primer lugar, siempre partimos de la motivación intrínseca del niño y de sus intereses. El niño es el que elige a qué vamos a jugar, cómo planificar el juego, dónde lo llevaremos a cabo, etc. Con ello buscamos que sea

un acto voluntario donde se involucra en la actividad terapéutica manteniendo su atención y fomentando la fluidez del tratamiento, esto le aportará no sólo un significado, sino también comportará un aprendizaje (Figura 2).

Figura 2. Beneficio del juego
Fuente: Blázquez, Mahmoud-Saleh y Guerra Redondo 2015.

Asimismo, observamos como el niño disfruta, se plantea nuevos retos, comienza a tomar decisiones y resolver problemas por sí mismo, al mismo tiempo que busca nuevas experiencias que le provoquen gozo y bienestar. Si por el contrario, nosotros como terapeutas ocupacionales, fuéramos los que eligiéramos y/o impusiéramos el juego a desarrollar, este perdería su esencia. Se convertiría en una actividad más, carente de significado para el niño, en la que no se ven reflejados aspectos como los que hemos descrito anteriormente. Reflexionemos sobre si la intervención que realizamos se aproxima a la TO o al ámbito de otros profesionales sanitarios.

Intervenir mediante la ocupación

El terapeuta ocupacional acompaña al niño en el desarrollo de las destrezas necesarias para un desempeño óptimo de estas ocupaciones en su rutina diaria.

Establecer cómo llevamos a cabo ese acompañamiento, cómo hacemos lo que hacemos, es relevante de cara a definir y describir lo que nos diferencia a nosotros mismos de otras profesiones y, a su vez, frente a nuestros clientes. El uso de la actividad significativa o un modelo centrado en la ocupación es un hecho que ha sido muy discutido dentro de la profesión. El compromiso en la ocupación es valorado como nuestro instrumento terapéutico primario[9]. Así lo

creen los terapeutas ocupacionales pediátricos y así lo sentimos nosotras, porque permite al terapeuta ocupacional comprometer e involucrar al niño de una manera más sencilla y rápida en un contexto donde se pueden desarrollar numerosas actividades significativas. A su vez, el niño puede desarrollar todos sus roles e identidad ocupacional en los entornos relevantes en los que se desenvuelve; entendiendo rol como: *"la función que cumple una persona"*. Por lo tanto, la ocupación favorece la salud y el bienestar porque es un modo de definirse a uno mismo en los contextos sociales y culturales[10], esto facilita la participación social plena y productiva en la sociedad.

Sin embargo, cada día vemos cómo la falta de tiempo de las familias y la sobreprotección les conduce a restringir determinados roles que tienen que desempeñar los niños, tales como formar parte de la realización de tareas de tipo instrumental, cuando ya tienen capacidad para desarrollarlas o, incluso, les sustituyen en el desarrollo de actividades que son capaces de llevar a cabo a corta edad como el vestido. Esto sucede hasta tal punto que, en algunos casos, se antepone el rol escolar al resto de actividades, llegando a constituirse como la única ocupación del niño a lo largo del día, irrumpiendo en el logro de la madurez emocional y social. En el momento en que estos niños tienen que desenvolverse de forma independiente, en condiciones que no han experimentado, surgen dificultades de organización del comportamiento, en la secuenciación de actividades complejas y en la resolución de problemas, provocando situaciones de frustración y de baja autoestima. Si la frustración es lo suficientemente importante pueden producirse problemas en la conducta que, junto con las dificultades en la capacidad de participación, planificación y autonomía se confunden con determinada sintomatología descrita para el diagnóstico de algunas alteraciones en el desarrollo.

¿Cuándo cobran significado las tareas básicas de la vida diaria en los niños? En muchos casos, cuando comienzan las actividades escolares y extraescolares en las que disponen de unos referentes sociales de igual a igual, en los que observan cómo otros niños realizan determinadas tareas de forma

independiente. Entonces, son conscientes, por ejemplo, de que quieren aprender a atarse las botas de fútbol, porque todos sus compañeros de equipo lo hacen. Pero estos intereses mostrados pueden contraponerse con los intereses de sus padres cuando consensuamos los objetivos terapéuticos, ¿cómo unificarlos? Habitualmente, los niños no manifiestan directamente sus dificultades sino que expresan su malestar con frases como: "corro más lento y siempre pierdo", "me caigo mucho", "no me da tiempo a terminar los deberes en clase y los tengo que hacer en casa", "mis compañeros se burlan de mi porque necesito ayuda en el comedor". La dificultad en la ejecución de ciertas tareas en la vida diaria se ven reflejadas, principalmente, en la interacción social cuando los niños son rechazados por otros compañeros. Es importante mostrar a los padres cómo las dificultades en la participación social son la causa de otros problemas subyacentes que, si no se resuelven, pueden ocasionar no sólo fracaso escolar sino también restricciones en las relaciones sociales a corto, medio y largo plazo.

¿Cómo hacer que los niños adquieran conciencia de la importancia de la independencia en tareas tan básicas? Las destrezas para el desempeño de las actividades de la vida diaria se desarrollan de forma automática durante el crecimiento si el entorno familiar y social, así como la ausencia de restricciones en la participación, derivadas de otras causas, lo permiten. Habitualmente, ninguno somos conscientes del paralelismo existente entre disponer de las destrezas suficientes para desvestir y desabrochar la ropa de los muñecos con los que jugábamos de niños, con vestirnos a nosotros mismos. Las actividades básicas de la vida diaria están relacionadas con determinadas actividades personales y sociales, son una forma de expresión y diferenciación personal. Están ligadas a la supervivencia y al cuidado de uno mismo, se automatizan sobre los 6 años de edad y son las que requieren un mínimo esfuerzo cognitivo[11]. Ofrecer a los niños la suficiente confianza y autonomía en el desempeño, como por ejemplo la capacidad de elección de su ropa y la organización de su mochila o los juguetes en su habitación, no darles constantes instrucciones de cómo llevarlas a cabo y favorecer la independencia

adquirida (los niños con 2 años son capaces de quitarse los calcetines y el calzado; con 3 años pueden desvestirse un pijama y ponerse una camiseta simple, entre los 5-6 se adquiere la plena autonomía en el vestido, excepto para abrochar cierres difíciles)[12], les permiten adquirir habilidades más complejas y la seguridad para participar en tareas más avanzadas de tipo instrumental, como realizar pequeñas compras en la tienda, que les puede hacer sentirse "mayores".

La relación terapéutica y el uso terapéutico del yo

El uso terapéutico del yo es el *uso planificado de la personalidad, intuiciones, percepciones y juicios del terapeuta como parte del proceso terapéutico*[13]. Si analizamos detalladamente esta definición, observamos que todos y cada una de los aspectos nombrados tienen un carácter subjetivo sujeto a las experiencias personales de cada persona. Estas características personales y vivencias inherentes a cada una de nosotras determinan de manera indirecta la relación terapéutica y la intervención en la práctica clínica.

Susan Cloninger[14] define personalidad como *las causas internas que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia de la persona*. Las posibles influencias biológicas y las experiencias, principalmente, durante la niñez influyen en la manera en que cada persona desarrolla su personalidad. Al trabajar con población infantil, es fundamental incidir sobre un ambiente lúdico en el que la motivación por jugar y divertirse sea el motor principal para la adquisición de habilidades. *La risa incrementa el tono muscular, el intercambio de oxígeno, el ritmo cardíaco, la actividad respiratoria y circulatoria y estimula la producción tanto de adrenalina como de catecolaminas*[15,16]. Por ello el humor y la empatía serán uno de los pilares fundamentales para el establecimiento del vínculo terapéutico.

Aquí es donde surge la primera cuestión: ¿Es correcto hacer uso de nuestras experiencias, creencias o intuiciones durante el proceso terapéutico? Desde nuestra experiencia, es necesario conocer y analizar nuestras fortalezas y

debilidades para hacer un uso correcto durante la práctica clínica. No se puede dejar al "azar" el establecimiento de la relación terapéutica. *Algunos estudios sugieren que los terapeutas con mayor confianza y con mayor conocimiento de sus propios pensamientos y sentimientos pueden lograr relaciones terapéuticas más eficaces*[17].

La TO centra su intervención en los intereses de la familia. En la práctica clínica con población pediátrica, hay que establecer una doble relación terapéutica: con el niño y la familia.

La relación terapéutica con el niño debe establecer un vínculo de confianza donde se reduzca la ansiedad y los miedos, creando un espacio seguro donde se pueda potenciar el aprendizaje de todas las habilidades necesarias para alcanzar la máxima autonomía. Durante este proceso deberemos hacer un uso consciente, responsable y ético de nuestras experiencias y creencias permitiendo que fluyan los propios intereses, creencias y experiencias previas de los niños. Durante el desarrollo de las actividades de la vida diaria habrá que complementar las experiencias del profesional y del niño. Por ello, no hay una manera única de enseñar actividades como el vestido, el lavado de dientes o la alimentación. En la actividad del vestido, por ejemplo, es posible que el terapeuta tenga como rutina vestir primero las prendas superiores, después las prendas inferiores y por último el calzado. No por ello, deberá enseñar al niño a realizar dicha actividad siguiendo los mismos pasos. Es obvio que para el terapeuta será más sencillo ejecutarlo de esa manera, pudiéndose establecer como una rutina del niño si es una actividad en la que aún no tiene ninguna experiencia. Sin embargo, el terapeuta tiene el deber de analizar si esa secuencia es la más adecuada de acuerdo con las destrezas del niño y las rutinas familiares para conseguir que esa actividad se realice en todos los ambientes siguiendo los mismos patrones, favoreciendo así la generalización.

Durante el proceso de adquisición de destrezas tanto motrices como sociales, la observación o imitación juega un papel fundamental. Bandura[18] determina que no todo lo que se observa se ejecuta, pero sí se puede aprender. Es por ello

que es necesario ser consciente de que todas aquellas conductas del terapeuta durante la práctica clínica, tanto positivas como negativas, servirán como modelo para el aprendizaje por observación. En nuestra mano está potenciar las conductas positivas y reducir hasta la inexistencia las negativas.

Cuando hablamos de relación terapéutica con la familia, surge la segunda pregunta: ¿Debemos hacer uso de nuestras experiencias y creencias para establecer un buen vínculo? Debemos ser cuidadosos y cautos en el establecimiento del vínculo con la familia, bloqueando la proyección de sentimientos y preocupaciones que puedan romper la línea ética y profesional. Por ello, la relación con la familia deberá basarse en la escucha activa y la empatía ofreciendo información rigurosa y contrastada científicamente, dejando de lado creencias personales que puedan empañar la información ofrecida. Es responsabilidad ética de los terapeutas ocupacionales mantenerse actualizados sobre la evidencia de la investigación, el tipo de intervenciones recomendadas y compartir esta intervención con las personas a quienes atendemos. Compartir información obtenida de estudios de investigación bien diseñados ayuda a las familias a tomar decisiones informadas acerca de aceptar o rechazar el plan de intervención propuesto[12].

Imaginemos que estamos en un velero. Las velas hacen que el barco pueda navegar sin esfuerzo, extendiendo y posicionándose para canalizar correctamente el aire. La comprensión del tratamiento por parte de los padres hará que, tanto el niño como el terapeuta ocupacional y ellos, funcionen como una tripulación coordinada, remando en la misma dirección y aprovechando el empuje de la motivación para que el proceso terapéutico llegue a buen puerto.
Por último, no debemos olvidar que uno de los pilares fundamentales para lograr los objetivos es la generalización de destrezas. *El terapeuta y el cliente deben transformar la complejidad y la incertidumbre del problema en algo comprensible y sobre el que puedan actuar*[19].

CONCLUSIONES

La investigación ha demostrado que los niños que participan en juegos con frecuencia crecen rápidamente, experimentan un mayor rendimiento en la escuela y desarrollan hábitos saludables para la vida adulta. El uso de las rutinas y actividades diarias, el fomento de la felicidad y la alegría que se puede experimentar a través del juego y, simplemente, permitir que los niños sean juguetones puede mejorar su salud y bienestar.

Con la aparición de las nuevas tecnologías, surgen nuevos modelos de juego. Dado que no podemos ir contracorriente, aplazar lo más posible el inicio en estos juegos para favorecer la adquisición adecuada de las destrezas de ejecución, dosificar su uso e intercalarlos con juegos cooperativos donde se fomenten habilidades motrices, cognitivas y sociales acordes a la edad, permite lograr autonomía, seguridad en sí mismo y el desarrollo de la identidad personal.

El que los padres comprendan la importancia de la adquisición de la autonomía personal en las actividades de la vida diaria y que el juego es una herramienta terapéutica para lograrlo, supone el elemento clave para que la TO sea entendida en toda su esencia y garantizar el éxito terapéutico. Para ello, es imprescindible que el terapeuta ocupacional cree un adecuado vínculo terapéutico con el niño y su familia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cantero Garlito PA, Solano Martínez O (compiladores). Hacia una definición de la Terapia Ocupacional en España [monografía en internet]. TOG (A Coruña); 2011 [2-2-2015]. Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num4/mono4.pdf

2. Brea Rivero M. ¿Redefiniendo la terapia ocupacional o la búsqueda del consenso?. TOG (A Coruña) [monografía en internet]. 2011 [2-2-2015]; monog. 4: 28-38 Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num4/mono4.pdf

3. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y de la Salud (CIF). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001.

4. Blázquez Ballesteros MP. Aportaciones de la Terapia Ocupacional en la función y en la tarea. En: Libro de ponencias XVI Xornadas Galegas de Fisioterapia. A Coruña; Colexio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia; 2014. p. 28-33.

5. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra N, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción].www.terapia-ocupacional.com [portal en internet]. 2010 [2-2-2015]; [85p.] Disponible en; http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: domain and process (2nd ed.).

6. Rodger S. Introduction to occupation centred-practice with children. En: Rodger S. Occupation centred-practice with children: practical guide for occupational therapists. Capítulo 1 p. 1-20.

7. Bundy AC. Play Theory and Sensory Integration. En: Bundy AC, Lane SJ, Murray EA. Sensory integration: theory and practice. Philadelphia: Davis Company Philadelphia; 2002. p 228-239.

8. Bundy AC, Luckett T, Naughton G, Tranter PJ, Wyver SR, Ragen J, et al. Playful interaction: occupational therapy for all children on the school playground. AJOT. 2008; 62 (5): 522-7.

9. Fisher A. Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: same, same or different? SJOT. 2014; 21: 96-107.

10. Fisher EP. The impact of play on development: A meta-analysis. Play and Culture. 1992; 5 (2): 159–181.

11. Romero Ayuso DM. Actividades de la vida diaria. An Psicol. 2007; 23 (2): 264-71.

12. Mulligan S. Terapia Ocupacional en pediatría: proceso de evaluación. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2006.

13. Punwar A, Peloquin S. Occupational therapy principles and practice. 3ª ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.

14. Cloninger S. Teorías de la personalidad. 3ª ed. México: Pearson; 2003.

15. Fry WF. The respiratory components of mirthful laughter. J Biol Psychol. 1977; 19(2): 39-50.

16. Williams H. Humor and healing: therapeutic effects in geriatrics. Gerontion. 1986; 1(3): 14-17.

17. Taylor RR, Lee SW, Kielhofner G, Ketkar M. Therapeutic use of self: A nationwide survey of practitioners' attitudes and experiences. AJOT. 2009; 63: 198–207.

18. Sanz Aparicio MT, Menéndez FJ, Rivero Expósito MP, Conde Pastor M. Psicología de la motivación. Madrid: Ed. Sanz y Torres; 2010. p. 132-133.

19. Kielhofner G. Fundamentos conceptuales de la terapia ocupacional. 3ªed. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana; 2006.

TERAPIA OCUPACIONAL EN LA ESCUELA: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

OCCUPATIONAL THERAPY IN SCHOOL: FROM THEORY TO PRACTICE

DECS: estudiantes, escuelas, Terapia Ocupacional.

Palabras Clave del Autor: estudiante, necesidades educativas especiales, currículum.

MESH: students, schools, Occupational therapy.

KEY WORDS: student, special needs**,** curriculum.

Dña. Garbiñe Guerra Begoña

Terapeuta ocupacional del Departamento de Educación del Gobierno Vasco, Centros de apoyo para la atención e innovación educativa.

Como citar este artículo en sucesivas ocasiones:

Guerra Begoña G. Terapia Ocupacional en la escuela: de la teoría a la práctica. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2015 [-fecha de la consulta-]; monog 7: [115-126]. Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num7/escuela.pdf

Introducción

Un terapeuta ocupacional puede trabajar en distintos entornos, uno de ellos es la escuela, sin lugar a dudas uno de los más importantes para el desempeño ocupacional de los niños. Entonces, ¿porqué hay tan pocos terapeutas ocupacionales trabajando es las escuelas en España? Este artículo pretende hacer un análisis de la teoría de Terapia Ocupacional (TO) y relacionarla con la intervención dentro del sistema educativo.

Según datos de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), los terapeutas ocupacionales llevan trabajando en las escuelas más de tres décadas, y es uno de los ámbitos en el que más número de terapeutas trabajan en la actualidad[1].

Necesidades educativas especiales

En 1990 la Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE)[2] incorpora el término Necesidades Educativas

RESUMEN

Una de las principales áreas ocupacionales en la infancia es la educación. Los niños pasan mucho tiempo en la escuela donde tienen que hacer frente a muchos retos y actividades en las que pueden tener dificultades. Los terapeutas ocupacionales trabajan con los estudiantes, padres y profesionales educativos con el objetivo de fomentar la capacidad del estudiante para participar en sus ocupaciones diarias en el contexto natural de la escuela.

SUMMARY

One of the most important areas of occupation in childhood is the education. Children spend a lot of time at school where they have to face several activities and challenges they may have trouble dealing with. Occupational therapists work with students, parents and educational staff to enhance student´s abilities to participate in daily occupations in the natural context of the school.

Especiales a la normativa educativa. Este término hace referencia al alumnado que para poder acceder al currículum, precisa ciertas ayudas y/o apoyos especiales.

Posteriormente la Ley Orgánica de Educación (LOE)[3] define el término ACNEAE (alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo) que hace referencia a alumnos que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo, o por condiciones personales o de historia escolar. Otro concepto importante al hablar de la escuela, es la educación inclusiva, la UNESCO la define como: La inclusión se ve como el proceso de identificar y responder a la diversidad de las necesidades de todos los estudiantes a través de la mayor participación en el aprendizaje, las culturas y las comunidades, y reduciendo la exclusión en la educación. Involucra cambios y modificaciones en contenidos, aproximaciones, estructuras y estrategias, con una visión común que incluye a todos los niño/as del rango de edad apropiado y la convicción de que es la responsabilidad del sistema regular, educar a todos los niño/as[4]. La educación inclusiva se basa en el principio de que cada niño tiene características, intereses, capacidades y necesidades de aprendizaje distintos.

La normativa oficial reconoce que hay estudiantes que por sus características, requieren apoyos y ayudas especiales, y aunque no menciona al Terapeuta

Ocupacional como personal de apoyo a este alumnado, podemos pensar que el terapeuta ocupacional puede ser una figura integrada dentro del sistema educativo para ayudar a los alumnos con dificultades en el acceso al currículum.

En el sistema educativo, el terapeuta ocupacional interviene con los alumnos con necesidades educativas especiales que tienen dificultades para acceder al currículum, con los profesionales educativos y la familia.

Terapia Ocupacional y escuela

"El objetivo y el medio de la terapia ocupacional es la implicación del individuo en ocupaciones significativas que apoyen su participación en situaciones de la vida" (AOTA)[1]. Los niños en edad escolar, pasan muchas horas en la escuela, acudir al colegio, aprender a escribir, a usar las tijeras, interactuar con sus compañeros, realizar actividades y proyectos en grupo, son ocupaciones significativas para los niños.

La TO es una disciplina cuyo objetivo es mejorar la participación de los niños en las actividades u ocupaciones que son propias para su edad, para ello el terapeuta valora la habilidad del niño para desempeñar una actividad que se realiza en un entorno concreto, como puede ser la escuela. Cuando un niño tiene dificultades para realizar las actividades escolares propias de su edad, el terapeuta ocupacional puede colaborar con el profesor y resto de profesionales educativos a valorar el alcance de esas dificultades y a encontrar posibles estrategias y soluciones para ayudar a ese niño. El terapeuta ocupacional puede ayudar al profesor a entender las dificultades del niño en relación a las características únicas del niño (aspectos motores, sensoriales,… que influyen en cómo realiza la actividad), a las características de la tarea en la que el niño está aprendiendo o se le está enseñando (modo de enseñanza de la escritura, por ejemplo) o las peculiaridades del entorno y/o materiales que utiliza el alumno para realizar esa actividad (material escolar, mobiliario, etc.). Otro aspecto a destacar de la labor del terapeuta ocupacional en el entorno escolar es que

interviene en el entorno natural en el que el niño está teniendo dificultades y en el momento en el que las está experimentando.

Usar el Marco de Trabajo de la AOTA proporciona una base sólida para la práctica en el sistema educativo[1]. Según el Marco de Trabajo de la AOTA, los dominios o ámbitos de la TO incluyen las áreas ocupacionales en las cuales están la educación, el juego y las actividades de la vida diaria (AVD), que son ocupaciones que se llevan a cabo en el ámbito escolar. Para llevar a cabo estas ocupaciones, el terapeuta ocupacional analiza las habilidades de desempeño, los patrones de desempeño, el entorno, las demandas de la actividad y las características del cliente. El marco de trabajo de la AOTA nos puede servir para recabar información, planificar los objetivos y el método de intervención, así como para la elaboración de informes.

Entender la naturaleza de las dificultades del estudiante y facilitar el encaje entre las habilidades del estudiante, las demandas del currículum, las actividades escolares y las expectativas de los profesores, así como el entorno escolar, forma la base de la intervención de la terapia ocupacional en esta área[5].

Durante la jornada escolar, los estudiantes tienen múltiples oportunidades para involucrarse en ocupaciones y actividades significativas (escribir, jugar en el patio con sus compañeros, salir de excursión, etc.). Cuando los estudiantes no pueden participar en sus ocupaciones diarias, el terapeuta ocupacional puede identificar que está causando esa disfunción ocupacional e intervenir para favorecer el acceso al currículum de los mismos.

Además del Marco de Trabajo de la AOTA, un terapeuta ocupacional escolar puede usar otros marcos teóricos en su intervención, algunos de los marcos teóricos que más se utilizan son la Teoría de Integración Sensorial, tratamiento de neurodesarrollo o concepto Bobath, y la teoría de control motor.

En el año 2003 la AOTA publicó un documento en el que explicaba como integrar el marco de trabajo de Integración Sensorial en la práctica de la TO escolar[6]. En este documento se menciona que los objetivos de la intervención de la TO mediante integración sensorial son:

- Crear, promover una integración sensorial saludable.
- Establecer/restaurar la función.
- Mantener la habilidad del estudiante de funcionar y desenvolverse en la escuela.
- Modificar la actividad para ayudar al estudiante a compensar la disfunción en el procesamiento sensorial y planificación motora.
- Prevenir lesiones y barreras en la participación.

En estos casos, el terapeuta ocupacional debe plantearse cómo se manifiesta el procesamiento sensorial en las rutinas y entornos, y proponer intervenciones que estimulan el aprendizaje del niño dentro de un entorno que vaya más en sintonía con sus necesidades sensoriales.

Cuando el estudiante con el que trabaja el terapeuta ocupacional escolar tiene alteraciones en el desarrollo motor, uno de los enfoques más utilizados es el tratamiento del neurodesarrollo, así como las teorías de aprendizaje y control motor. Estos modelos de intervención se utilizarán más cuando el terapeuta ocupacional realice atención individualizada con el estudiante, como por ejemplo, si queremos que el estudiante adquiera un tipo de agarre en particular: para el uso de cubiertos, agarre del lápiz, etc.
Si aplicamos el modelo persona-entorno-ocupación (Law, 1996)[7], también podemos entender la intervención de TO en el sistema educativo.

Persona- Cliente

El cliente hace referencia a una persona, grupo, programa u organización a la que se está proporcionando servicios[7]. En el sistema escolar, entendemos, que además del estudiante, hay otros clientes con los que el terapeuta ocupacional puede trabajar: tutor, profesor de educación física, maestro de audición y lenguaje, profesor de pedagogía terapéutica, etc.

El manejo del autocuidado, movilidad, comunicación, aprendizaje y el juego forman parte de la experiencia escolar.

Es importante tener en cuenta que los niños con necesidades educativas especiales tienen una necesidad de pertenencia, aceptación y reconocimiento positivo. Desde la perspectiva del estudiante, la experiencia social de la escuela puede ser más importante que el éxito académico. La motivación, la actitud y la auto-percepción tienen un gran impacto en el aprendizaje (Jalongo, 2007)[8].

El terapeuta ocupacional escolar, elabora el perfil ocupacional del niño como estudiante, para ello valora las habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación que están afectando al desempeño del niño en edad escolar. Algunas actividades motoras que pueden estar afectando al desempeño del estudiante en la escuela es el agarre del lápiz, coger un vaso y llevárselo a la boca, etc. El estudiante también necesita tener buenas habilidades de procesamiento para hacer frente a las tareas escolares, actividades como la organización del cuaderno, colocar las herramientas que necesita para realizar una actividad de plástica, etc. También deberemos evaluar o tener en cuenta las habilidades de comunicación e interacción necesarias para que el niño tenga una participación activa en el recreo y en las interacciones con sus compañeros.

Las rutinas son "secuencias establecidas de ocupaciones que proporcionan una estructura a la vida diaria" (AOTA, 2002, p.612)[9]. La jornada escolar está llena de rutinas que los estudiantes tienen que ser capaces de seguir.

Aunque pensamos en los estudiantes como clientes de la intervención de TO, en el sistema educativo, los profesores y el personal educativo también son un foco importante de la intervención. El terapeuta ocupacional se debe coordinar con el profesorado para obtener información del estudiante y elaborar un programa de intervención, ya que como se ha comentado anteriormente, el objetivo de la intervención lo marca el currículum del alumno. La intervención del terapeuta ocupacional en el sistema escolar no siempre va a ser intervención directa con el estudiante. Un modo de intervención muy importante en este entorno es el modo de consulta, el terapeuta ocupacional valora la situación del alumno y propone estrategias de intervención que pueden ir dirigidas a:

- cambiar la perspectiva del profesor acerca de las dificultades del alumno
- mejorar la destreza del alumno
- adaptar la tarea
- adaptar el entorno
- adaptar la rutina

Por ejemplo, cuando un alumno tiene dificultades para usar el baño de manera independiente, el cliente principal será el propio estudiante, pero puede que haya que realizar adaptaciones en ese baño para lo cual será necesaria la participación de la dirección del centro para hacer las modificaciones necesarias, y/o del auxiliar que ayude al estudiante a realizar la transferencia al cual el terapeuta ocupacional le puede enseñar la mejor manera de hacerlo.

El terapeuta ocupacional puede enseñar, entrenar y cooperar con otros profesionales que trabajan con los alumnos que están teniendo dificultades. Por ejemplo, si se identifica que un alumno está teniendo dificultades de procesamiento sensorial que están afectando al rendimiento del alumno en la escuela, lo primero que se debe hacer es explicar al profesor que significa tener ese tipo de dificultades, el terapeuta ocupacional elaborará una serie de orientaciones y propuestas para llevar a cabo en el aula, y supervisará si esas

orientaciones están siendo efectivas. El terapeuta ocupacional escolar puede impartir seminarios y sesiones de formación para los educadores, en las que se proporcione información acerca del desarrollo de las destrezas de motricidad fina, estrategias de escritura, adaptaciones para un entorno de aprendizaje óptimo…

Entorno-contexto

Entender los contextos ocupacionales específicos y su impacto en el desempeño y participación del estudiante es algo esencial para los TO escolares.

Para examinar el encaje entre el estudiante y el contexto/entorno educativo, el terapeuta ocupacional evalúa los factores del contexto (Hanft & Shepherd, 2008)[8], incluyendo:

- Entorno físico: El entorno físico en el que se desenvuelve el alumno a lo largo de la jornada escolar va variando (el transporte escolar, el aula, el comedor, patio,...). El terapeuta valora los distintos entornos para ayudar a mejorar el desempeño y realizar adaptaciones o modificaciones necesarias. En el aula, el terapeuta puede valorar el si el mobiliario escolar es el adecuado para el alumno, realizando e indicando las adaptaciones que considere como poner un cojín en el asiento, un reposapiés, un atril en el pupitre,... Para la escolarización de alumno que se desplaza en silla de ruedas será imprescindible que el centro escolar sea accesible y no tenga barreras arquitectónicas.

- Entorno social: observaciones en el patio que puedan revelar bullying, problemas que puedan llevar a mala conducta.

- Entorno cultural: cada centro educativo tiene distintas características culturales que es importante identificar para favorecer la inclusión de los alumnos con necesidades educativas especiales: las diferencias entre escuelas y aulas en su estructura, permisividad, estándares de conducta,

flexibilidad y tolerancia a la diversidad, etc. pueden ser factores importantes a tener en cuenta a la hora de matricular a un alumno en un centro u otro.

- Entorno sensorial: habrá alumnos que necesitarán ciertas modificaciones en el entorno escolar para poder estar en un estado de alerta óptimo para el aprendizaje. Aspectos como el nivel de ruido, iluminación, moverse por espacios abarrotados de niños,… son algunos aspectos que habrá que tener en cuenta.

- Entorno "Virtual" puesto que la tecnología digital ha aumentado su rol en las ocupaciones de los escolares: acceder a la información de manera virtual, completar deberes, redes sociales, implicarse en la realidad virtual.

Ocupación: Actividades escolares

En la escuela, se espera que el estudiante realice distintos tipos de tareas: cortar con tijeras, escuchar cuentos, escribir, realizar trabajos en grupo, acudir a clases de educación física, etc. La intervención se basa en los objetivos educativos del estudiante, y puede estar apoyando a objetivos académicos (escritura) o a objetivos funcionales (manipular y organizar materiales)[9].

El terapeuta ocupacional, analiza las actividades escolares para observar en qué parte de las mismas puede estar la dificultad y cuáles se pueden modificar para que el alumno pueda realizarla de manera autónoma.

En la escuela, el profesor es el encargado de enseñar a escribir a un niño. Durante el proceso de aprendizaje de la escritura, un niño puede tener dificultades para aprender a controlar los movimientos del lápiz, realizar trazos precisos, mantener una postura correcta en el pupitre,... El terapeuta ocupacional puede colaborar con el profesor para detectar posibles problemas

en el proceso de aprendizaje de la escritura y así poder llevar a cabo estrategias de intervención o prevención de posibles problemas.

Durante la jornada escolar, el estudiante tiene que manejar material escolar; mochila, estuche, tijeras,… quitarse la chaqueta, ponerse la bata,... comer, usar el baño y las duchas,... Estas actividades también pueden suponer un reto para algunos alumnos, y muchas veces, los profesores necesitan ayuda y/o orientación para saber cómo facilitar la realización de las mismas. El terapeuta ocupacional, a través del análisis de la actividad, y valoraciones específicas puede detectar posibles estrategias.

Otro punto fuerte de la TO en el entorno escolar es la valoración y uso de tecnología de apoyo. Muchos alumnos con dificultades de acceso al currículum se benefician del uso de tecnología para poder seguir el currículum ordinario. La tecnología de apoyo en el entorno escolar puede ser la vía más fácil de acceder al currículum, especialmente para alumnos con dificultades de movilidad. Un ejemplo es el uso del ordenador y tal vez otras adaptaciones para escribir, hacer trabajos y exámenes, con aquellos que no pueden controlar el lápiz durante la escritura.

Conclusiones

La intervención del terapeuta ocupacional en el sistema educativo es distinta a la intervención en otros entornos, ya que en las escuelas la intervención va dirigida a facilitar el progreso educativo del alumno. En este entorno, el terapeuta ocupacional forma parte de un equipo cuyo objetivo es la participación del alumno en su experiencia escolar de la manera más independiente posible, por lo que es importante trabajar en colaboración con el resto de profesionales educativos. El terapeuta debe identificar las prioridades del estudiante y del profesor y decidir qué estrategias son más importantes para mejorar la habilidad del estudiante para participar en la escuela.

A pesar de que el rol de la TO en el sistema educativo no está muy extendido en España, la teoría y los fundamentos de la profesión dan una base sólida para justificar las funciones que puede desempeñar un terapeuta en un colegio. A pesar de no ser personal educativo, puede colaborar con los profesores de un colegio para maximizar el potencial del alumnado y ayudarle a hacer frente a las barreras y dificultades que se encuentra en su acceso curricular, sugiriendo actividades para la mejora de sus capacidades, realizando adaptaciones del entorno, de los materiales educativos, o modificaciones en las tareas escolares, para favorecer el éxito y la participación del niño en su rol de estudiante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Frolek Clark G, Chandler B. Best Practices for Occupational Therapy in schools. 1ª ed. USA: AOTA Press, 2013.

2. Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. Boletín Oficial del Estado, nº 106, (04-05-2006).

3. Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo. Boletín Oficial del Estado, nº 238, (04-10-1990).

4. Guidelines for inclusion: ensuring access to education for all. París: UNESCO, 2005.

5. Rodger S, Ziviani J. Occupational Therapy with Children. 1ª edición Australia: Blackwell, 2006.

6. Smith Roley S. Applying sensory integration framework in educationally related occupational therapy practice (2003 statement). Am J Occup Ther. 2003; 57(6):652-659.

7. AOTA. Occupational Therapy Services for children and youth under the Individuals with Disabilities Education Act. USA: AOTA Press, 1999.

8. Rodger S. Occupation-Centred Practice with Children: A Practical Guide for Occupational Therapists. Australia: Blackwell, 2010.

9. Case-Smith J. Occupational therapy for children. 5th edition. USA: Elsevier, 2005.

SIGNIFICADO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL: IMPLICACIONES PARA LA MEJOR PRÁCTICA

OCCUPATIONAL THERAPY´S MEANING: IMPLICATIONS FOR BEST PRACTICE

DECS: Terapia ocupacional

Palabras Clave del Autor: Ocupación humana, Terapia Ocupacional, Mejor práctica

MESH: Occupational therapy

KEY WORDS: Human occupation, Occupational therapy, Best Practice.

Dña. Carmen Gloria de las Heras de Pablo

Terapeuta ocupacional, MS, OTR. Consultora Internacional Independiente, Autoridad Educativa del Modelo de Ocupación Humana en Latinoamérica.

Como citar este artículo en sucesivas ocasiones:

De las Heras de Pablo CG. Significado de la Terapia Ocupacional: Implicaciones para la mejor práctica. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2015. [-fecha de la consulta-]; monog 7: [127-145]. Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num7/significado.pdf

Introducción

Son muchas las definiciones de Terapia Ocupacional encontradas en la literatura, sin embargo muchas de ellas no captan ni reflejan la esencia de lo que significa nuestra disciplina. Estas tienden a centrarse en el desarrollo de capacidades o habilidades, o nombrar como su método el uso terapéutico de las ocupaciones del día a día. Uso terapéutico es mayormente utilizado para identificar a la ocupación como medio para remediar o lograr recuperar o mantener la función, enfoque reduccionista de la visión acerca de lo que un terapeuta ocupacional realiza y de lo que se comprende de la persona.

Muchos académicos y estudiantes se han limitado a entregar más que nada una descripción de ejemplos en los que se muestran acciones que los terapeutas pueden aportar al desempeño de las personas.

RESUMEN

Las competencias de un terapeuta ocupacional son diversas y deben integrarse en la práctica en múltiples contextos, con personas y colectivos de toda edad y que presentan realidades y necesidades ocupacionales distintas. Este artículo reflexiona sobre el significado de la ocupación humana y de la Terapia Ocupacional y analiza las variables principales que hacen de esta disciplina una importante y compleja. De acuerdo a estas variables se describen las implicaciones más importantes para lograr la mejor práctica y su relación directa con los programas académicos de Terapia Ocupacional. Estas son complementadas con generalidades de un abordaje sistemático para el desarrollo de un razonamiento terapéutico integrado necesario para lograr los objetivos de la disciplina.

SUMMARY

Occupational therapists competencies are diverse and ought to be integrated in practice within multiple contexts, with persons and collectives of any age who present different occupational realities and needs. This article reflects about the meaning of human occupation and Occupational Therapy, and analyses the principal variables that make this discipline one important and complex. According to these variables, the most important implications for achieving best practice and its direct relationship with Occupational Therapy academic programs are described and complemented with generalities of a systematic approach to develop an integrative therapeutic reasoning needed to accomplish the discipline´s goals.

Algunos tardan en dar sus respuestas, cuando, considerando su larga trayectoria de trabajo, se esperaría que surgieran respuestas espontáneas y fluidas sobre el concepto de Terapia Ocupacional.

La Terapia Ocupacional, a lo largo de su historia paradigmática se ha transformado positivamente en clarificar su identidad centrada en la **ocupación humana.** Me refiero a *ocupación humana* en lugar de ocupación, porque esta última se ha concebido mayoritariamente como *las actividades* que uno realiza, sin tomar en cuenta que esta es parte de y emerge desde la persona y de la relación de esta con las oportunidades, demandas y restricciones brindadas por las múltiples variables del medio ambiente. La ocupación humana denota *la participación y el desempeño* en las distintas actividades y tareas que entregan significado a una necesidad individual o colectiva de sentirse competente y satisfecho al pertenecer al mundo social y validar las propias capacidades, intereses, valores y objetivos personales desarrollados a lo largo de una historia de experiencias únicas.

Las maneras en que las personas ocupan sus vidas adoptan diversas formas, las que han sido agrupadas por la Terapia Ocupacional en tres amplios grupos:

el juego, las actividades de la vida diaria y el trabajo. Tomando en cuenta el sentido amplio de las formas en que las personas ocupan su tiempo, estas actividades se han conceptualizado en base a su naturaleza y las dimensiones que pueden adoptar a lo largo de la vida. El juego, que se desarrolla desde la infancia como una actividad placentera implica exploración, descubrimiento y goce. Este toma la forma de imaginación, deportes, celebración, actividades lúdicas y creativas a lo largo de la vida. Las actividades de la vida diaria son aquellas que nos son útiles para nuestro mantenimiento y el de nuestro estilo de vida, tales como las actividades del auto cuidado (entre ellas las de descanso y sueño), de organización de nuestro espacio físico, de relación con y uso de los servicios de la comunidad y de manejar los recursos necesarios para nuestra supervivencia y satisfacción. El trabajo se ha conceptualizado como aquellas tareas productivas o de servicios, incluyendo a otras actividades relacionadas como las dirigidas al desarrollo de habilidades personales para producir, tales como el estudio, las prácticas de aprendizaje y el entrenamiento. Otras actividades, no sólo las realizadas como trabajador remunerado, sino desarrolladas como estudiante, voluntario, las actividades del rol de padres, de dueño de casa, y de aficionado serio, también han sido consideradas por las personas como actividades de servicio o productivas en su más amplia acepción. Esta última afirmación, revela cuan flexible puede ser el sentido que las personas le otorgan a las actividades, tomando uno u otro significado según lo que han experimentado e interiorizado a través de una historia de vida[1, 2, 3]. La Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), en sus dos últimos marcos de trabajo[4, 5] categoriza las actividades en 8 grupos distintos en función de que los terapeutas ocupacionales manejen los mismos términos de clasificación. Sin embargo, esta categorización puede ser riesgosa y transformarse en una restricción de la visión integral que la ocupación humana presenta, disociando el sentido de la esencia de las formas amplias de participación, y, separando a la vez, la participación social de otros tipos de actividad, circunscribiéndola sólo a actividades limitadas. La realidad es que las actividades en sí mismas presentan una naturaleza social al igual que una

naturaleza individual, entretejiéndose en la vida ocupacional de las personas en forma única según las circunstancias en las que se desempeñan y según cómo experimentan el sentido de pertenencia social. El paradigma (visión compartida de la disciplina) contemporáneo de la Terapia Ocupacional[2] enfatiza que el sentido que tienen las ocupaciones (qué es lo que estas representan y significan) es otorgado por cada persona o colectivo en forma particular, respetando de este modo su identidad ocupacional única[2, 5]. Actualmente, tanto la visión de la Asociación Canadiense de Terapia Ocupacional[6] como la del Modelo de Ocupación Humana[3, 7, 8, 9] enfatizan claramente en este aspecto, respondiendo a principios básicos de la Terapia Ocupacional que se relacionan con la práctica centrada en la persona y con la facilitación de la ocupación humana. Ambas visiones coinciden en que el hacer de las distintas actividades entrega un sentido de equilibrio en el aprendizaje de diversas habilidades, en el desarrollo de intereses, de la autoconfianza y del sentido por el que la persona utiliza su tiempo, pudiendo, de esta manera, crear las circunstancias de su vida y hacer su lugar en los contextos físico, temporal, cultural y social.

En base a lo anteriormente expuesto, el significado de la ocupación humana correspondería entonces al *hacer diario de un conjunto de actividades que es parte de un contexto social, cultural, temporal y físico y que brinda un sentido personal y social al propio pensar, sentir y actuar; un sentido cultural y un sentido histórico a nuestras vidas. Estas actividades realizadas comprenden aquellas que las personas le otorgan el significado de trabajo o productivas, de ocio o juego y de actividades de la vida diaria o de auto mantenimiento.*

El impacto natural que la ocupación humana ejerce directamente en la salud biológica y psicológica ha sido muy reconocido[2, 4, 5]. A través de la participación en ocupaciones significativas las personas ejercitan y mantienen sus sistemas músculo-esquelético y cardio-pulmonar, resultando en energía y vitalidad. De la misma manera, se facilitan los procesos sensoriales, cognitivos y neurológicos. Los efectos positivos que la ocupación humana tiene en los aspectos psicológicos son ampliamente conocidos y fundamentales. Las personas

presentamos una necesidad intrínseca de descubrir, crear, participar y sentirnos competentes con lo que hacemos, necesidad que emerge tanto de las necesidades biológicas, psicológicas como sociales. Esto lo logramos a través de la exploración de nosotros mismos y de nuestros ambientes social y físico, del descubrimiento de información y de nuevos potenciales y de la utilización de las propias habilidades y capacidades, lo que nos otorga sentido de control, confianza en nosotros mismos y reafirmación de nuestra identidad personal y social. Este conjunto de beneficios hace que la ocupación humana tenga un rol básico en crear, afianzar y experimentar sentido en la vida.

A su vez, el desempeño en ocupaciones requiere de la integración de múltiples capacidades psicológicas, cognitivas, sensorio-motoras, físicas y emocionales junto con la decisión personal de hacerlo, las que se nutren de la experiencia de vida única de cada uno de nosotros con nuestro entorno social y físico.

Terapia Ocupacional

En un intento de unificar los aspectos principales que dan forma a nuestra disciplina y basada en el estudio de literatura y experiencia en la práctica, he llegado a conceptualizarla globalmente de la siguiente manera:

Terapia Ocupacional es una disciplina que trabaja en conjunto con las personas y colectivos que presentan o no discapacidad y con sus ambientes social y físico, facilitando su autodeterminación y competencia en la participación y desempeño en diferentes roles y actividades significativas del día a día, con el fin de que logren reafirmar, incrementar, mantener, reorganizar o reconstruir sus vidas ocupacionales satisfactorias en forma digna, potenciando así su bienestar y calidad de vida.

La reflexión sobre la praxis de nuestra profesión lleva a tomar conciencia de que es, en sí, la disciplina más compleja del ámbito de la salud, comprendiendo que debe dar respuesta a las múltiples necesidades que la naturaleza de la

participación y desempeño en ocupaciones demanda. Esta complejidad de la praxis de la Terapia Ocupacional se puede explicar analizando sus principios, campo de conocimiento, objetivos y su práctica consecuente. Los argumentos más importantes se pueden resumir en los siguientes:

1. **La Terapia Ocupacional se basa en la creencia de que su práctica debe ser integral**[2].

   Los terapeutas ocupacionales deben poner atención a múltiples aspectos (capacidades, habilidades, motivación por el hacer, roles y hábitos, estilos de vida, historias de vida únicas y colectivas, contextos cultural, social, político, económico y físico), a los procesos de formación y evolución de estos aspectos y a la relación dinámica existente entre ellos a través del tiempo y en el presente, para comprender a cabalidad la realidad de la participación ocupacional de las personas y por ende tomar decisiones juiciosas acerca de las mejores acciones terapéuticas[1, 2].

2. **El objetivo fundamental de Terapia Ocupacional es facilitar la participación satisfactoria de las personas en rutinas ocupacionales significativas**[2].

   Los terapeutas ocupacionales requieren, desde la base de su formación, tener convicción y claridad acerca de la identidad profesional y de los conocimientos propios de la disciplina. En relación a la *identidad de la disciplina*, sus valores se centran en las motivaciones, perspectivas y potenciales únicos de las personas y en facilitar su participación y desempeño ocupacional plenos, dando especial énfasis en su participación activa y colaborativa en el proceso de evaluación, planteamiento de metas y objetivos y desarrollo de plan a seguir; en su participación responsable en intentar y llevar a cabo los esfuerzos y práctica en su proceso de cambio y en la evaluación de sus avances, inconvenientes y estrategias acordadas en conjunto con el terapeuta[1, 2, 6, 8, 9]. Los *conocimientos propios* de la profesión se consolidan en los modelos de la práctica, que en base a la integración de la ciencia básica

y aplicada, explican los aspectos específicos involucrados en la participación en ocupaciones y guían los procesos de evaluación e intervención en la práctica[2] (véase más adelante).

La facilitación de la participación en ocupaciones puede requerir el desarrollo de habilidades para el desempeño ocupacional, aspecto dependiente de las condiciones ocupacionales de las personas, que involucra tanto la facilitación del desarrollo o mantenimiento de habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación e interacción o habilidades sociales, como de la reafirmación, potenciación o aprendizaje de habilidades críticas necesarias para cada persona en particular en el proceso y logro de su integración satisfactoria con sus ambientes relevantes. La facilitación de la integración de las personas con sus ambientes relevantes debe considerar el impacto mutuo existente entre las personas y las dimensiones social, cultural, física, económica, política y temporal de los contextos de participación. Este corresponde a un proceso natural de adaptación y ajuste a lo diferente que tanto las personas o colectivos como los contextos sociales participantes viven, y que en muchas ocasiones, necesita ser facilitado y reafirmado por el terapeuta ocupacional practicando estrategias de educación participativa, negociando ajustes ambientales sociales y físicos y guiando en sus procesos de acomodación y cambio necesarios para el logro del objetivo. Considerando que el desempeño y la participación ocupacional son interdependientes con la motivación por el hacer, las capacidades y los patrones de organización del hacer en rutinas y roles, el terapeuta debe abordar estos aspectos en forma integrada respondiendo a la priorización de necesidades ocupacionales de las personas o colectivos de acuerdo a su historia y experiencia vivida en ella. Los intereses, las convicciones personales, la autoconfianza y el aprendizaje de vida de cada persona - aspectos que influyen directamente en la motivación por el hacer y en el desarrollo de un estilo

de vida ocupacional- deben potenciarse, y, en situaciones que lo ameriten, facilitar su desarrollo de manera precisa y acuciosa[1, 2, 5, 6, 8, 9].

3. **La Terapia Ocupacional desempeña sus servicios en múltiples contextos y con personas de diversas edades, culturas y capacidades, las que pueden experimentar desde inquietudes ocupacionales o riesgos de alteración en su participación ocupacional satisfactoria hasta problemas serios en su vida ocupacional, debido a circunstancias originadas tanto por capacidad deficitaria (cognitivas, emocionales, físicas, mentales) como por condiciones ambientales**[1, 8, 9].

   Esta diversidad, que deriva en un amplio campo de acción, requiere que el terapeuta ocupacional tenga conocimientos del desarrollo evolutivo, de las ciencias médicas, ciencias sociales, ciencias ecológicas, ciencia de la ocupación, conocimientos de investigación, entre otros, y que sea por sobre todo "un experto cultural", lo que implica investigar y estar en conocimiento de la cultura específica de las personas y sus contextos sociales valorados, posibilitando junto a otros factores, la práctica centrada en la persona. Estos conocimientos de ciencias relacionadas *deben ser integrados al conocimiento central de nuestra disciplina* basada en la ocupación humana, para así poder abordar en forma efectiva las necesidades ocupacionales con las personas y colectivos que presentan esta diversidad de condiciones. Esta integración de conocimientos se logra a través del desarrollo y la práctica basada en la evidencia de los modelos de la práctica contemporáneos que están basados en la ocupación (ej. Modelo de Ocupación Humana, Marco de Referencia Canadiense de Justicia Ocupacional Participativa, Modelo Ecológico del Desempeño Humano) y otros modelos que abordan las problemáticas de las capacidades específicas que interfieren en el desempeño, a través de procedimientos y estrategias aplicadas en conjunto con las personas en el contexto de participación en sus

actividades y tareas significativas (ej. Modelo de Control Motor, Modelo de Integración Sensorial, Modelo Biomecánico, Modelos Cognitivos centrados en el desempeño y en la persona)[1, 2, 3, 8, 9, 10, 11].

4. **La práctica de la Terapia Ocupacional requiere establecer una relación óptima con las personas**[2].

   En Terapia Ocupacional, establecer una relación óptima con las personas se fundamenta en que los seres humanos desarrollamos el sentido básico de nosotros mismos a través de la relación con el otro y que esta experiencia de sentido es la base sobre la cual se desarrolla la motivación por el hacer (naturaleza transpersonal de la motivación por el hacer) [12]. Establecer una relación óptima con las personas requiere de la competencia más importante y delicada que el terapeuta ocupacional, intencionalmente, debe desarrollar y practicar: el uso terapéutico de sí mismo. Para ello el terapeuta necesita de un proceso de autoconocimiento de las propias formas de relacionarse, de los patrones personales utilizados para comunicarse y de las posibilidades de mejorarlos y potenciarlos de acuerdo a las necesidades y características únicas de las personas. La relación del terapeuta ocupacional con las personas debe ser una horizontal que se caracterice por el trabajo en equipo en donde cada uno colabore con sus potenciales y competencias en función de objetivos ocupacionales significativos, generando respeto mutuo y confianza. El Modelo de la Relación Intencional[13] profundiza en estos aspectos y apoya en forma única a cada terapeuta ocupacional en ser efectivo y sentirse satisfecho en este proceso de relación que impacta significativa y directamente en la facilitación de la participación en ocupaciones.

5. **La práctica de la Terapia Ocupacional no sólo implica trabajar con personas en forma individual sino también con grupos**[2].

   El terapeuta ocupacional debe comprender los procesos de formación, evolución y término de los grupos sociales que se reúnen para compartir, resolver inquietudes o problemas o llevar a cabo un proyecto en conjunto; comprender el proceso de elección o asignación mutua de roles y compromiso con estos por parte de los miembros de un grupo y ser hábil en la facilitación de su desempeño satisfactorio en pro de un objetivo común. El Modelo de Grupos Funcionales de terapia ocupacional[14] guía al terapeuta en cómo hacerlo centrándose en objetivos ocupacionales, en el desarrollo de habilidades sociales, de autonomía y autoconfianza. El Modelo de Ocupación Humana[3, 8] y el Modelo de la Relación Intencional[13] aseguran procedimientos específicos centrados en las necesidades ocupacionales de cada miembro del grupo y del grupo en su totalidad.

6. **La práctica de la Terapia Ocupacional implica trabajar con equipos múltiples y diversos**[8, 9].

   El terapeuta ocupacional, al trabajar en múltiples contextos, requiere formar equipos con una variedad de personas, sean o no profesionales de la salud. Cuando se realiza el proceso de integración con las personas y con los ambientes relevantes (elegidos o necesarios) sea en hospitales, instituciones de privación de libertad, centros comunitarios o de lleno en los contextos ocupacionales comunitarios diversos (la calle, vecindario, hogar, lugares de trabajo o estudio, ambientes de distracción y participación social), el terapeuta debe formar equipos con los grupos sociales y personas clave como son los cuidadores y miembros de la familia, las nanas, amigos y vecinos, educadores, empleadores, directores de instituciones, encargados de ofrecer oportunidades de participación en la comunidad y miembros de grupos políticos encargados de definir políticas de salud y prioridades de aspectos a

abordar dentro de las comunidades, dependiendo de los objetivos de las personas o colectivos. En todo equipo, las personas o colectivos deben ser y tomar parte de las decisiones y acciones[6, 7, 8, 9], participando de distintas formas de acuerdo a sus capacidades[8]. El trabajo con los demás facilitadores implica integrar los mismos principios y procedimientos que nos guían en el trabajo con las personas o colectivos, considerando y comprendiendo su historia ocupacional, sus valores, objetivos y cultura. Es decir, implica que el terapeuta también debe centrase en ellos y desarrollar empatía con el objetivo de abrir la posibilidad de un trabajo en conjunto y promover en ellos el rol de facilitadores de oportunidades y demandas que posibiliten la participación satisfactoria de las personas y colectivos. Por lo general, el terapeuta ocupacional debe establecer junto a las personas dos o más líneas de tiempo basadas tanto en el trabajo con los posibles facilitadores y otra con las personas o colectivos. El logro de objetivos con los diferentes miembros de los distintos equipos a formar y los logros de objetivos de las personas o colectivos se retroalimentan y potencian en el tiempo, permitiendo la máxima compatibilidad posible entre las personas o colectivos y los diferente grupos sociales[8, 9].

Implicaciones para la práctica

Consecuente con lo analizado, el practicar nuestra disciplina propone un reto importante a los terapeutas ocupacionales. La pregunta es: **¿cómo puede hacer el terapeuta ocupacional para poder integrar la diversidad de conocimientos con la práctica, resolver situaciones complejas y continuar desarrollando conocimiento?**

En Terapia Ocupacional, se ha estudiado bastante acerca de lo que los terapeutas piensan sobre lo que hacen, como manifiestan su pensar en su praxis y lo que no toman en cuenta en la toma de decisiones pero que sí realizan en forma natural. Estos estudios de razonamiento clínico comenzaron

a tomar mayor fuerza desde la década de 1980 y dieron pie a poner mayor atención en la praxis y su relación con la reflexión en el hacer del terapeuta ocupacional[16, 17, 18, 19, 20]. Desde la primera década del 2000 se ha marcado aún más la necesidad de desarrollar un proceso de razonamiento reflexivo y crítico para poder integrar la diversidad de variables que impactan y se conjugan en la participación y desempeño ocupacional, dando lugar al *razonamiento terapéutico*[3] y al *razonamiento terapéutico integrado*[15]. El razonamiento terapéutico integrado se refiere a un proceso dinámico de pensar y analizar una situación en conjunto con las personas o colectivos basándose en la experiencia vivida y de la práctica e integrándolas con la teoría, de tal modo que se construya un conocimiento y un hacer colaborativo[2, 3, 8, 15]. Para lograr un razonamiento terapéutico integrado los terapeutas ocupacionales necesitamos como base:

1. Realizar un análisis crítico de nuestra forma de practicar.
2. Desarrollar apertura al estudio del conocimiento propio de la profesión que guía la práctica centrada en la persona y sus necesidades ocupacionales.
3. Realizar un estudio y análisis riguroso y crítico de los modelos de la práctica y marcos de referencia propios y los de otras disciplinas.
4. Si es necesario, cambiar los hábitos de razonamiento propio.

Para lograr el desarrollo del razonamiento terapéutico integrado, el terapeuta ocupacional se puede beneficiar de seguir pasos secuenciales y entrelazados durante la práctica sostenida, de tal forma que le permita internalizar este proceso dinámicamente. Estos pasos secuenciales incluyen los siguientes[15]:

1. **Tener conocimiento de quién es esta persona o colectivo:** ¿cómo se define? ¿a qué le otorga importancia en la vida? ¿qué la hace sentirse capaz y plena? ¿qué resalta de su vida ocupacional? ¿cuáles son sus necesidades ocupacionales? ¿cuál es su realidad histórica? ¿cuáles son las condiciones que originan sus necesidades ocupacionales? ¿cuál es su

realidad ambiental social, cultural, física, económica y política? ¿cómo se caracteriza la interacción de esta persona con sus ambientes relevantes?

2. **Elegir un modelo basado en la ocupación:** esta elección se realiza en base al conocimiento básico de la persona o colectivo y sus necesidades ocupacionales (definido en el punto anterior) y a la *pertinencia y atingencia* que este posea en relación a la realidad ocupacional específica para llevar a cabo un exitoso proceso de evaluación e intervención integral con *esta* persona o *este* colectivo.

3. **Elegir otros modelos de la práctica:** elegir otros modelos de la práctica que sean realmente necesarios para complementar el accionar del modelo de ocupación escogido, es decir, que responda a problemáticas específicas que no se resuelven con el modelo basado en la ocupación y que interfieren en la participación y el desempeño satisfactorio. Es de importancia que esta elección a) no se realice en base a un diagnóstico clínico y b) que el terapeuta reflexione y clarifique si se trata de un modelo de la práctica o a los principios o alcances generales de este. En el último caso, estos principios y alcances complementarían la acción del terapeuta pero no brindarían una guía teórica para la práctica.

4. **Realizar el proceso de evaluación con el modelo basado en la ocupación y otros escogidos:** para conservar la práctica centrada en la persona y en la ocupación humana primero se debe realizar la evaluación en conjunto con la persona o colectivo siguiendo los procedimientos establecidos del modelo basado en la ocupación escogido con el fin de a) obtener un claro perfil ocupacional de la persona o colectivo y b) evaluar con precisión los aspectos ocupacionales personales y ambientales específicos y su integración, lo que informa al planteamiento de los objetivos ocupacionales significativos. De acuerdo al análisis de esta evaluación y los objetivos planteados, se escogen los

métodos de evaluación de otros modelos de la práctica de Terapia Ocupacional que evalúen con precisión las condiciones de las capacidades personales y de los contextos ambientales que interfieren en el desempeño ocupacional satisfactorio (Modelo Biomecánico, Modelo de Control Motor, Modelos Cognitivos contemporáneos, Modelo de Integración Sensorial). El Modelo de de la Relación Intencional y el Modelo de Grupos Funcionales, que también se centran en facilitar el desempeño y participación ocupacional, generalmente complementan al resto de modelos escogidos con todo tipo de población.

5. **Proceso de intervención:** este se define entre el terapeuta y la persona o colectivo basándose en el razonamiento en conjunto y objetivos ocupacionales acordados. El proceso de intervención se diseña utilizando como guía la integración de procedimientos propicios del o los modelos de terapia ocupacional escogidos direccionándose hacia la facilitación de la participación y desempeño satisfactorios en ocupaciones significativas.

6. **Integrar el conocimiento de otras disciplinas:** la integración de los conocimientos relacionados se realiza en base a la compatibilidad de los principios de acción con los de la Terapia Ocupacional. Los objetivos de esta integración cumplen con lograr una mejor comprensión de condiciones específicas de las personas o colectivos, con complementar la intervención de terapia ocupacional, con realizar investigación y con potenciar el trabajo en equipo centrado en las personas o colectivos. Al respecto, los terapeutas ocupacionales deben prevalecer el ejercicio de la terapia ocupacional basados en los principios y conocimientos teóricos y prácticos propios con la claridad de que el *conocimiento relacionado no reemplaza al conocimiento de la disciplina, sino que lo complementa.* Basados en estos parámetros es que los terapeutas ocupacionales han logrado trabajar con los miembros de equipos diversos, intercambiando saberes y haciendo en conjunto lo que hay que hacer[2, 8].

Implicaciones académicas

El *saber hacer* de los terapeutas ocupacionales se encuentra íntimamente ligado a una serie de aspectos relevantes a su formación como profesionales. Estos no son menores, porque se constituyen en la base de la visión y misión de la práctica de la Terapia Ocupacional para el nuevo egresado que enfrentará este servicio integral y complejo en los diversos campos de acción. Si bien este artículo no tiene como objetivo analizar y concluir sobre el desarrollo de un programa académico de nuestra disciplina, sí pretende ligar aspectos académicos relevantes a la temática que lo configura, invitando a la reflexión crítica en base a preguntas, las que pueden direccionarnos a plantear otras más específicas para discutir acerca de las oportunidades de aprendizaje que brindamos a los estudiantes.

1. ¿En base a cuáles principios y conocimientos de la Terapia Ocupacional se formulan las competencias del terapeuta ocupacional y el perfil del terapeuta ocupacional egresado? ¿existe suficiente investigación del conocimiento teórico y práctico propio? ¿existe una evaluación rigurosa de las necesidades ocupacionales de la región y del país?
2. ¿Cómo se organizan los programas de estudio de pregrado de Terapia Ocupacional para poder educar sólidamente sobre los fundamentos y la integralidad de la disciplina y abordar el conocimiento propio? ¿cómo se organizan los programas de estudio de pregrado de Terapia Ocupacional para poder educar sobre el conocimiento relacionado necesario y atingente al rol del terapeuta ocupacional y complementario al conocimiento propio?
3. ¿En base a qué factores se priorizan los cursos a incluir en la malla curricular? ¿cómo se complementan e integran los cursos de la malla curricular sin caer en la redundancia o dispersarse de los objetivos centrales de la disciplina y de las competencias establecidas? ¿en base a qué factores se priorizan los contenidos de estos cursos y su

metodología? ¿existe una evaluación participativa de estos cursos por parte de los alumnos y de los profesores?

4. Los terapeutas académicos encargados de los programas ¿buscan la retroalimentación o consultoría externa de pares expertos o de pares que ejercen los mismos cargos? ¿se ocupan de dar oportunidades de formación al grupo de terapeutas ocupacionales profesores que forman el equipo en los conocimientos propios de la Terapia Ocupacional?
5. ¿Cómo se establece la relación con los educadores clínicos encargados de las prácticas? ¿se establece un trabajo en equipo que cumpla con la integración de la teoría y práctica de nuestra disciplina en base a contenidos comunes y complementarios? ¿en base a qué se priorizan las competencias a evaluar con los alumnos en sus prácticas? ¿son estas competencias atingentes al conocimiento y práctica de la profesión?
6. ¿Cómo y en qué momento los programas académicos integran los conocimientos propios con la práctica?
7. ¿Cómo se facilita la participación activa de los estudiantes en la búsqueda de conocimiento y desarrollo de su razonamiento terapéutico? ¿cómo se facilita el autoconocimiento y desarrollo integral de los estudiantes para facilitar su autoconfianza y empoderamiento como *personas terapeutas ocupacionales*? ¿son los terapeutas ocupacionales profesores abiertos a las iniciativas novedosas de sus estudiantes? ¿son estos capaces de establecer el trabajo en equipo con sus estudiantes en la construcción del conocimiento?
8. Los terapeutas ocupacionales educadores ¿practican la Terapia Ocupacional en terreno? ¿existe la diversidad generacional necesaria en el profesorado para favorecer el enriquecimiento de conocimientos y experiencias entre ellos?

La realidad es que los mejores programas académicos de Terapia Ocupacional no son los que tienen mayor cantidad de cursos ni tampoco los que se diseñan en base a las necesidades y objetivos personales de los terapeutas

ocupacionales académicos. Tampoco aquellos que proporcionan oportunidad de práctica sólo en los últimos periodos de formación ni los que visionan a los alumnos como recipientes pasivos del conocimiento entregado. Los mejores programas académicos de Terapia Ocupacional resultan ser los que respetan los principios fundamentales de la Terapia Ocupacional en el proceso de enseñanza-aprendizaje entre profesores y estudiantes, que se desarrollan teniendo como base a la esencia de la disciplina y sus conocimientos propios y que logran priorizar e integrar el conocimiento teórico y práctico relevante desde el primer día de cursado.

Conclusión

En todo contexto, la Terapia Ocupacional nos implica *el hacer* de nuestras actividades y tareas como terapeutas ocupacionales, cuales quiera estas sean, y el *pensar y sentir* acerca de este hacer. Consecuentemente, es que debemos en conjunto, con honestidad, responsabilidad y persistencia; rescatarla, construirla, innovarla y preservarla.

BIBLIOGRAFÍA

1. De las Heras de Pablo CG. Terapia ocupacional y ocupación humana. En: De las Heras de Pablo CG. Modelo de Ocupación Humana: Teoría, evaluación e intervención actualizada. Santiago de Chile: Derechos de autor @ Carmen Gloria de las Heras de Pablo; 2010. p. 3-15.

2. Kielhofner G. Conceptual foundations of occupational therapy practice. Fourth edition. Philadelphia: F.A. Davis; 2009.

3. Kielhofner G, editor. Modelo de ocupación humana: Teoría y aplicación. Cuarta Edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011.

4. American Occupational Therapy Association (AOTA). Occupational therapy practice framework: Domain and process. Second edition. AJOT. 2008; 62 (6): 625-663.

5. American Occupational Therapy Association (AOTA). Occupational therapy practice framework: Domain and process. Third edition. AJOT. 2014; 68 (1): S1-S53.

6. Townsend E, Polatajko H, editors. Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation. Otawa: CAOT Publications, ACE; 2007.

7. Kielhofner G, de las Heras C G, Suarez Balcazar Y. Human occupation as a tool for understanding and promoting social justice. En: Kronemberg F, Pollard N, y Sakellariu D, editors. Occupational therapies without borders: Towards an ecology of occupation based practices. Vol 2. London: Elsevier Publications; 2011. p. 269-277.

8. De las Heras de Pablo CG. Modelo de Ocupación Humana. Madrid: Editorial Síntesis; 2015.

9. De las Heras de Pablo CG. Promotion of occupational participation: integration of the model of human occupation in practice. Tel-Aviv: IJOT. 2011; 20 (3): E67- E88.

10. Whiteford G, Townsend E. Participatory occupational justice framework (POJF): Enabling occupational participation and inclusion. En: Kronemberg F, Pollard N, Sakellariu D, editors. Occupational Therapies without Borders: Towards an ecology of occupation based practices. Vol 2. London: Elsevier Publications; 2011. p. 65-84.

11. Dunn W, McClain LH, Brown C, Youngstrom MJ. La ecología del desempeño humano. En: Crepeau EB, Cohn ES, Schell BAB, editores. Willard & Spackman: Terapia Ocupacional. Décima edición. Baltimore y Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2005. p. 223-227.

12. De las Heras CG, Llerena V, Kielhofner G. Proceso de Remotivación: Intervención progresiva para personas con desafíos volitivos severos. Chicago: The Model of Human Occupation Clearinghouse; 2003.

13. Taylor RR. The intentional relationship: Occupational therapy and use of self. Philadelphia: F.A. Davis; 2008.

14. Schwartzberg SL, Howe MC, Barnes MA. Groups: Applying the functional group model. Philadelphia: F. A. Davis; 2008.

15. De las Heras de Pablo CG. Integración de saberes en terapia ocupacional: Hacia la mejor práctica. Documento oficial de cursos de postgrado de terapia ocupacional. Santiago de Chile: derechos de autor @ Carmen Gloria de las Heras de Pablo; 2014.

16. Mattingly Ch, Flemming MY. Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice. Philadelphia: F. A. Davis; 1994.

17. Schön D. The reflective practicioner: How professionals think in action. New York: Basic Books; 1983.

18. Shön D. Educating the reflective practitioner. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.

19. Mattingly Ch. The narrative nature of clinical reasoning. AJOT. 1991; 45: 998-1005.

20. Rogers JC. Clinical reasoning: The ethics, science and art. AJOT. 1983; 37: 601-616.

PRAXIS DESDE LA TEORÍA, ¿ES POSIBLE LA TRANSFERENCIA DESDE LA UNIVERSIDAD A LA REALIDAD?

PRAXIS FROM THEORY, IS THE TRANSFERENCE POSSIBLE FROM UNIVERSITY TO REALITY?

DECS: Terapia Ocupacional, Práctica Clínica Basada en la Evidencia, Universidades, Pensamiento.

Palabras Clave del Autor: Terapia Ocupacional, Razonamiento Clínico, Praxis

MESH: Occupational therapy, Evidence-Based Practice, Universities, Thinking.

KEY WORDS: Occupational Therapy, Clinical Reasoning, Praxis

Dña. Thais Pousada García

Doctora en Ciencias de la Salud, Terapeuta Ocupacional. Profesora colaboradora en Facultade de Ciencias da Saúde. Universidade da Coruña.

Como citar este artículo en sucesivas ocasiones:

Pousada García T. Praxis desde la teoría, ¿Es posible la transferencia desde la Universidad a la Realidad? TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2015. [-fecha de la consulta-]; monog. 7: [146-166]. Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num7/universidad.pdf

Introducción

Quizá este texto, más que un artículo en el sentido estricto, pretende ser una reivindicación personal, o, más bien, una exposición sobre una percepción propia de la profesión, a la que le faltan pasos y le sobran sombras.

En primer lugar, atendiendo al sentido estricto del significado de la palabra praxis, y entorno a lo que gira el presente monográfico, se establece lo siguiente: "Práctica, en oposición a teoría o teórica"[1]. Es decir, se trata de un concepto referido al proceso por el cual una teoría pasa a formar parte de la experiencia vivida. Llevando este término a nuestro ámbito, y para comprender mejor a qué nos podemos estar refiriendo, es necesario desgranar la definición de Terapia Ocupacional (TO) ofrecida por la World Federation of Occupational Therapy[2]:

"La Terapia Ocupacional es una profesión de la salud centrada en la persona, interesada en

RESUMEN

La praxis, entendida como la aplicación de los propios conocimientos teóricos en la práctica, implica una adecuada conceptualización previa y una completa formación en todas las dimensiones filosóficas de cualquier disciplina. En Terapia Ocupacional (TO), este hecho puede ser difícil de adoptar por los futuros y recién titulados, ante la heterogeneidad de corrientes y la convivencia de diferentes paradigmas (actuales y heredados), que complica la aplicación de un razonamiento propio y ordenador en el proceso clínico. Las responsabilidades de la institución universitaria es ofrecer a los estudiantes los recursos de información adecuados, formar en la búsqueda de la mejor evidencia disponible, fomentar el pensamiento crítico y promover una intervención centrada en la persona, adaptada a sus necesidades y preferencias. El fin último ha de ser que el profesional de terapia ocupacional tenga un correcto criterio para tomar decisiones en su práctica de forma fundamentada y razonada.

SUMMARY

Applying professional praxis, as a performance of own theorist knowledge into practice, implicates a good previous conceptualization and a complete formation in the whole philosophic dimensions of each discipline. In Occupational Therapy, the future and recent graduates can encounter difficulties in this process, due the heterogeneity of tends and coexistence of different paradigms (actual and inherited). That complicates the application of own and organizer of reasoning in clinical practice. Responsibility of university institution is to offer to students the adequate resources of information, to learn about evidence-based practice, to encourage the critical thinking, and to promote the person-centered intervention, adapting this one to his/her needs and preferences. The final goal has to be that the occupational therapist adopts a correct criterion to take decisions into his/her practice, in well-founded and reasoned way.

promover la salud y el bienestar a través de la ocupación. El objetivo principal de la Terapia Ocupacional es permitir a la gente participar en las actividades de la vida cotidiana. Los terapeutas ocupacionales logran este resultado mediante el trabajo con las personas y las comunidades para aumentar su capacidad de participar en ocupaciones que quieren, necesitan, o se espera que hagan, o mediante la modificación de la ocupación o el medio ambiente para apoyar mejor su compromiso ocupacional".

Así, se entiende que nuestro principal motivo de trabajo es emplear la ocupación como medio (y como fin) para promover o mantener la salud de las personas (y grupos) hacia las que dirigimos nuestra intervención. Se trata de una asistencia/apoyo que *facilita* el desarrollo de un gran número de actividades (lo que en el marco de trabajo de TO se engloba en las áreas del desempeño[3].

Para ello, el profesional se ha de basar en la intervención sobre las capacidades de la persona, y/o en la adaptación de la propia ocupación/actividad, así como sobre su entorno/contexto.

Se puede establecer, por tanto, que diferentes tipos de experiencias específicas derivadas de la implicación y la participación en diversas actividades, contribuyen efectivamente a la salud y al bienestar. Además, las fortalezas sociales y personales del individuo, determinan si éste es capaz de involucrarse y participar en dichas experiencias y actividades por y para la promoción de su estado de salud[4].

De igual forma, las propias ocupaciones pueden, a su vez, tener múltiples efectos sobre las personas, colectivos, estructuras sociales y ambientes, de una forma compleja y como resultado de una constante variación. Esta forma de retroalimentación es dinámica y va cambiando y evolucionando a lo largo del tiempo, permitiendo un sólido asentamiento y progreso de la profesión.

En uno u otro momento de nuestra formación y/o práctica, los terapeutas ocupacionales llegamos al *insight* de la identidad nuclear de la disciplina: *la ocupación como poder central*. Sin embargo, la presencia y coexistencia de diferentes perspectivas y corrientes teóricas, los cambios habidos en el paradigma de la TO, la diversidad de nuestros ámbitos de actuación y sistemas de gestión de servicios sociosanitarios, así como la dificultad añadida de la falta de homogeneidad en la traducción de textos al castellano, provocan que la praxis durante la aplicación de la ocupación dependa de una heterogénea fundamentación teórica.

Por una parte, diferentes estudios han mostrado que los estudiantes de TO suelen manifestar frustración y falta de comprensión sobre la conceptualización de los modelos profesionales, así como sobre las metodologías de intervención derivadas de ciertos marcos de referencia[5]. Por otra parte, los propios profesionales reconocen que no consideran importante la teoría y su uso en la

práctica diaria puede reducirse, incluso, al 26% de los terapeutas ocupacionales[6, 7]. De esta forma, dicha realidad, patente también en nuestro país, lleva a la mencionada división entre el desarrollo teórico de la disciplina y su implementación durante la praxis.

Hasta que los profesionales no asuman que es necesario cambiar los estandarizados roles actuales, mediante la incorporación a nuestra práctica diaria de tres elementos, como son: dejar de hacer para poder hacer, asumir responsabilidades, y aprender a decir *NO*; nuestra actividad seguirá siendo tan importante y relevante, como invisible.

Adquiriendo significados

Si se realiza un retroceso a los orígenes de la disciplina, encontramos a uno de los padres de la TO, Dunton, quién en 1917 estableció uno de los principios de la profesión, y es que "toda ocupación ha de tener un fin en sí misma" para conseguir su adecuada efectividad en la intervención[8]. Ello implica que la propia ocupación tiene un propósito y que la actividad *propositiva* implica un objetivo inherente más allá de las funciones o habilidades (motoras, sensoriales, perceptivas, cognitivas, psicológicas, sociales) necesarias para llevar a cabo la tarea[9].

Así, se puede afirmar, y es lo que todos los profesionales deben asumir en su praxis, que la ocupación es el núcleo o la piedra angular de la Terapia Ocupacional, y, de esta manera, ésta ha de ser la modalidad primaria de intervención.

Y ahora bien, al igual que existen diferentes conceptualizaciones sobre lo que constituyen los marcos de referencia aplicados y los modelos de práctica profesional, también se observan divergencias a la hora de definir lo que es propositivo vs. significativo. Si bien es cierto que algunos autores utilizan estos dos conceptos como sinónimos y de forma indiferente, otros abogan por

establecer la distinción en su significado. De cualquier forma, el profesional ha de tener en cuenta que la singularidad de Terapia Ocupacional radica en su énfasis sobre el uso extensivo de la actividad con un propósito o significado.

Esta importancia constituye la base sobre la que se ha forjado la fundación teórica de la profesión, por su amplia aplicación a la praxis, en los ámbitos de promoción y educación para la salud y prevención de posibles alteraciones en el desempeño personal.

Considerando la evidencia para la aplicación de la Teoría.

Según Shapiro y Shanahan, en el año 1976, se indicaba que la evidencia por sí misma no es suficiente para los terapeutas ocupacionales en el momento de justificar sus intervenciones[10].

Por otra parte, un solo modelo teórico no es suficiente para englobar todas las características de los usuarios (personas, familias, comunidades) hacia los que la disciplina dirige la intervención, sus contextos, roles, prioridades y necesidades[5]. Por ello, a pesar de que se sigan las directrices de la práctica centrada en el cliente o la consideración de los valores (o voliciones) del individuo, es casi imposible imaginar que un solo modelo de práctica sea lo hegemónicamente amplio para abarcar toda la holística humana.

De esta manera, algunos autores han desarrollado un marco de trabajo para la combinación de modelos conceptuales teóricos y su aplicación en la práctica, investigando su eficiencia en el proceso de formación de los futuros terapeutas ocupacionales[5].

Lo que no se debe olvidar es que nuestra profesión está transformándose y evolucionando constantemente, fruto de su adaptación a los cambios sociales debidos, en parte, a un gran proceso de globalización. Esta realidad puede provocar una importante confusión, crisis de identidad profesional y, en muchas

ocasiones, cuestionamiento de continuar siendo y ejerciendo nuestro rol profesional. Por otra parte, es fundamental tener en cuenta que la praxis ha de guiarse por la "práctica centrada en el cliente" y por la atención al foco de nuestro medio y fin, la ocupación.

Históricamente, la Terapia Ocupacional ha demostrado un enfoque humanista y holístico, en el sentido de comprender tanto a los usuarios como a sus roles, por lo que no puede adscribirse al paradigma social o médico en el sentido estricto. En la actualidad están surgiendo nuevas ideas relacionadas con los cambios sociodemográficos, que deben ser incorporadas a la práctica progresivamente para que la profesión no se quede estancada. Rizando más el rizo, esta es otra de las razones por la que los terapeutas ocupacionales no concluyen en una forma homogénea de definirse.

Así, siguiendo el consejo de Pedretti[11], en el momento en que se nos plantea que establezcamos la legitimidad de la TO será necesario que nos cuestionemos, con una orgullosa contradicción, si los objetivos que planteamos durante una intervención son los mejores para el usuario, más que si encajan en el marco teórico o paradigma pre-dominante.

En cualquier momento del proceso, ante flaquezas de identidad, solo tenemos que tener inquietud por resolver nuestra pregunta, actitud por mejorar nuestra actividad y conocer algunos recursos y lugares donde encontrar la información.

Enseñando la Terapia Ocupacional: La Universidad como institución

En España, la instauración de la formación universitaria de Terapia Ocupacional es ciertamente reciente, ya que han pasado escasos 25 años desde la publicación del Real Decreto que establecía el título universitario oficial de diplomado en Terapia Ocupacional (RD 1420/1990, de 26 de octubre)[12]. Este documento establecía una serie de directrices generales para la elaboración de

los planes de estudio, así como las características básicas de las asignaturas troncales, distribución de créditos, contenidos y áreas de adscripción[13].
Desde entonces, han ido surgiendo en diferentes comunidades autónomas (que no en todas ellas), propuestas de titulación de esta diplomatura, tanto en el ámbito público como en el privado.

Actualmente, son 18 instituciones universitarias las que ofrecen la titulación reglada de Terapia Ocupacional, así como másteres de especialización relacionados o específicos de un ámbito concreto[14].

Con la aplicación del Plan Bolonia y el establecimiento del Espacio Europeo de Educación Superior se ha vivido un cambio sustancial e importante para la promoción y formalización estable de nuestra titulación. En la Universidade da Coruña, el Grado en Terapia Ocupacional fue implantado en el curso 2008/2009 y aprobado por la RESOLUCIÓN de 24 de septiembre de 2008[15], siendo la primera titulación de estas características en España. A partir de este reconocimiento, se han creado y aceptado los planes de estudio del Grado en Terapia Ocupacional en diferentes centros universitarios hasta llegar a los actuales 18.

Una profesión eminentemente tan práctica, humana y centrada en la persona (sus contextos y su realidad), precisa que la formación de sus estudiantes incluya una buena carga de asignaturas de "estancias clínicas", que les permitan establecer el contacto directo con los usuarios, con diferentes tipos de recursos y, en definitiva, con la realidad, aprendiendo de sus profesores o tutores terapeutas ocupacionales.

Esta perspectiva es fundamental en el proceso de formación y adquisición de las propias competencias, ya que las especificaciones y elucubraciones teóricas mucho distan de la realidad de los diferentes recursos y centros de intervención.

De esta forma, los alumnos aprenderán que la propia praxis emerge cuando las ideas son experimentadas en el mundo real, para continuar con una contemplación reflexiva de sus resultados.

Y así, ¿cuál sería la labor de los docentes? Pregunta difícil y, a la vez, con sorna y picaresca ya que algunos de ellos habrían de cuestionarse si su sueldo es realmente merecido. Las ancestrales clases magistrales en las que el profesor se limitaba a hablar y los alumnos a copiar están pasando a la historia, un cambio inducido ya sea por el proceso de europeización de Bolonia, como por la tasa de renovación de los docentes. Sin embargo, quizá se esté cometiendo un error, ya que pocos/as alumnos/as se desvían del *camino marcado*: sin caer en el error de la generalización, las mentes de los estudiantes todavía siguen pensando en obtener *recetas de intervención*, en un pensamiento dirigido, y con ausencia de inquietud por hacerse preguntas sobre cómo la Terapia Ocupacional puede contribuir a mejorar la salud de la población, cuestionando críticamente las formas de pensar (meramente filosóficas y poco basadas en pruebas evidentes) y actuar de nuestra disciplina en España.

Buscando la mejor evidencia

Una de las preguntas más planteadas por los estudiantes de Terapia Ocupacional es ¿cuál es la forma de tratar a una persona con…..?

La pregunta en sí ya pone en evidencia dos errores comunes que se van desmontando a medida que el alumno avanza en su aprendizaje. En primer lugar, en TO es muy difícil realizar un manual o una guía para la intervención con un determinado colectivo, ya que cada una de las personas con las que trabajamos es única, global, espiritual y con sus propios valores, creencias, necesidades y prioridades. Por eso, la planificación de la asistencia siempre es *ad-hoc*, en base a un proceso de razonamiento clínico y acorde con los datos obtenidos en el proceso de evaluación.

Por otra parte, las *etiquetas* no son bien vistas en nuestra profesión y no se debería categorizar a las personas, intervenciones o servicios por "patologías". Independientemente de la necesidad de reformular la pregunta inicial, la posibilidad de respuesta, pasa por aplicar la cuestión básica de la evidencia: ¿Cuál es la mejor evidencia disponible para la aplicación de un tipo de intervención con un usuario con unas características específicas? Según Sackett et al (1997), esta pregunta podría desglosarse en varios apartados, que permiten construir la estrategia de búsqueda de las evidencias, según la estructura PICO[16]:

- El usuario o el problema que ha de ser abordado (Patient).
- El tipo de intervención o indicador que ha de ser considerado (Intervention).
- El resultado de interés (o la variable) que sería considerado / abordado o evaluado (Outcome).
- Otro tipo de intervención que podría considerarse para abordar el mismo problema (Compare).

Así, una posible pregunta en la búsqueda de la evidencia sería: ¿La terapia cognitivo-conductual (intervención) mejora la adquisición de la independencia en las Actividades de la Vida Diaria (resultado) en los adultos con un síndrome de fatiga crónica (usuario) en comparación con el cuidado tradicional?

Para desmontar la manera tradicional de contextualizar la metodología de intervención de los terapeutas ocupacionales, es importante que se empiece por hacer pleno uso de algo que *empieza a estar de moda* en España, pero que ya lleva rondado en otros países y disciplinas desde los años 90. La Terapia Ocupacional basada en la Evidencia (TOBE) ha sido definida como "la habilitación hacia la ocupación, centrada en el cliente y basada en la información del propio usuario, y de la revisión crítica de la investigación relevante, del consenso de los expertos, así como de la propia experiencia anterior"[17].

Así, y según las Declaraciones sobre la Práctica Basada en la Evidencia (PBE) de la WFOT[18], los terapeutas ocupacionales han de demostrar ciertas habilidades a la hora de implementar esta estructura de pensamiento en su práctica:

- Identificación de las necesidades de información.
- Identificación de los mejores recursos para la adquisición de la información.
- De toda investigación en la que la evidencia es adecuada, selección del mejor nivel de evidencia para responder a las necesidades de información.
- De toda la evidencia adecuada a los factores personales, locales y contextuales, determinación de la información relevante procedente de
- otras fuentes como la del propio usuario, la propia práctica reflexiva, así como la teoría profesional y la opinión de expertos en la materia.
- Evaluación crítica sobre la evidencia disponible en función de su validez y relevancia terapéutica.
- Evaluación sobre la información disponible de otros recursos en el sentido de si es exhaustiva, consistente, fiable y lo suficientemente actualizada.
- Determinación de cómo la evidencia puede aplicarse en la práctica
- Evaluación de la implementación de la PBE.
- Demostración del conocimiento sobre los aspectos relacionados con la implementación de la PBE en Terapia Ocupacional.
- Comprensión de las responsabilidades profesionales relacionadas con las actividades de PBE.

La Terapia Ocupacional Basada en la Evidencia no es más que una metodología, con un protocolo bien definido, para la toma de decisiones, que aporta grandes ventajas, tanto para el terapeuta como para el usuario. Una pregunta bien formulada (directamente relacionada con las necesidades del cliente), permitirá orientar al profesional sobre el tipo de información a buscar,

dónde buscarla y, finalmente, cómo utilizarla para decidir cuál es la mejor intervención para la situación ante la que se encuentra.

Razonando Clínicamente

No cabe duda de que la práctica debe estar guiada por un proceso intelectual complejo, que no es más que una estrategia de solución de problemas y que implica la puesta en marcha de ciertas habilidades profesionales. Esto es el llamado "razonamiento clínico", una forma de *pensar como TO* que se realiza durante la evaluación, diseño de la intervención y su aplicación propiamente dicha, con un usuario. En éste debe basarse, junto con la mejor evidencia disponible, la toma de decisiones de los profesionales. De acuerdo con Rogers, el razonamiento comprende tres elementos[19]:

- Científico: ¿Qué acciones son adecuadas para llevar a cabo con un usuario en concreto? La respuesta a esta pregunta permitiría emplear herramientas que se utilizasen para evidenciar las fortalezas y debilidades del usuario, dibujar un plan que sirva como guía de intervención, así como seleccionar las estrategias terapéuticas con el objetivo de obtener el mejor resultado en su desempeño ocupacional.
- Ético: ¿Qué debo hacer con este usuario? ¿Qué es lo correcto y lo más justo para poner en práctica? En este caso, una adecuada respuesta llevaría al correcto establecimiento de los objetivos de la intervención, teniendo en cuenta las perspectivas del usuario. Esto permite considerar todas las necesidades, metas, aspectos culturales, contextos y estilos de vida de la persona.
- Artístico: Este elemento, más abstracto, involucra la creatividad potencial del propio terapeuta, para el diseño de la intervención lo más específica posible para un usuario particular. Ello implica que el profesional ponga en juego sus habilidades de adaptación de actividades, su *sentido del humor* e incluso estrategias derivadas del coaching.

Sin embargo, lejos de ser sencillo de aplicar, el terapeuta ocupacional puede decantarse por diferentes estrategias de razonamiento para utilizar a lo largo cualquier momento del proceso de intervención, intercaladas, e incluso superpuestas (Figura 1).

Figura 1: Estrategias de razonamiento clínico aplicados por TO.
Elaboración propia a partir de Neistadt, 1996[20]

En este marco, ciertos autores como Duntton, establecen que la forma de ir solventando las cuestiones del proceso en Terapia Ocupacional puede ser delimitada por un algoritmo, que incluye la creación de una hipótesis narrativa, el diseño del plan de intervención, la interpretación de los resultados de la evaluación, la generación de objetivos de la intervención, el diseño de actividades de tratamiento y el uso del seguimiento y feedback durante todo el proceso[21]. Esto se relaciona, directa y conscientemente, con un proceso de resolución de problemas[22].

Así, esta autora, coincidente con otros coetáneos, indica que para los estudiantes y recién titulados, esta estructura establecida puede ser de ayuda para la toma de decisiones clínicas[22, 23]. Siguiendo este esquema, pues, la habilidad de razonamiento de los terapeutas ocupacionales tiene su foco central en el proceso con y para el usuario, más que en el propio proceso de pensamiento del profesional. Las etapas contempladas son:

- Enfoque del problema: incluyendo la selección del enfoque teórico, teniendo en cuenta los instrumentos e interpretando el significado de los datos.
- Delineación del problema: Se incluye la adquisición de los datos de la evaluación y su organización para la interpretación de los mismos.
- Formulación de hipótesis: Esto proporciona una explicación teórica en términos del desempeño y da lugar al desarrollo de una síntesis escrita.
- Desarrollo de los planes de intervención: Permite identificar las metas determinar los indicadores específicos sobre los niveles de desempeño requeridos, así como considerar el entorno y contexto.
- Implementación del tratamiento: A través de una reevaluación continua para apoyar, modificar o refutar la hipótesis y registrar los cambios del desempeño hacia la validación de la eficacia de los enfoques teóricos.

En todo este proceso, no carente de complejidad, de toma de decisiones, el terapeuta ocupacional no debe obviar que su práctica ha de estar centrada en el cliente (personas, familias y comunidades). Es decir, el deber del profesional es involucrar y motivar a los usuarios para que sean ellos mismos quienes identifiquen sus propios objetivos y, de forma acorde, establezcan decisiones sobre la intervención subsecuente. Para completar este apartado, se hace mención a las recomendaciones de la Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales (AOTA), que establece varios estándares aplicables para favorecer la práctica centrada en el cliente[24]:

- El lenguaje utilizado debe reflejar al cliente, en primer lugar como persona, y, secundariamente, con una condición.
- Se debe ofrecer diferentes elecciones al cliente y apoyarlo en la toma de decisiones durante el proceso de TO. Ello implica tener toda la información relevante sobre la situación del cliente, así como valorar la mejor evidencia disponible a los distintos tipos de intervención.
- La información proporcionada ha de ser lo suficientemente flexible y accesible, de forma que se adecúen a las necesidades del cliente.
- La intervención ha de ser adecuada y relevante al contexto.
- Respeto máximo sobre las diferencias y diversidad en el proceso de Terapia Ocupacional.

Convirtiéndonos en profesionales

De todo lo anterior se puede extraer una idea clara: cuán difícil puede llegar a ser la buena praxis profesional de los TOs: tener un pensamiento crítico durante la formación, cuestionar la práctica actual y adaptarse a los cambios, tomar decisiones en base a la mejor evidencia disponible y seguir un proceso de razonamiento clínico… Y, a pesar de todo, esto no es TODO.

Al igual que en otras titulaciones de ciencias de la salud, en Terapia Ocupacional se exige, o por lo menos se espera, que los alumnos y futuros profesionales demuestren una auténtica vocación, respeto y sensibilidad ante las personas, su situación vital y su entorno. Además, es esperable que en el proceso de aprendizaje se adquieran una serie de habilidades, tanto propias de la TO como compartidas por otros profesionales de la salud y lo social.

La propia Hagedorn[22] ha reconocido que convertirse en un buen terapeuta ocupacional no es nada fácil, afirmando que delimitar las propias competencias y habilidades de los profesionales es una difícil tarea. Realmente, las habilidades propias (o específicas) de los TO son aquéllas que van a permitir definir la disciplina y establecer la clave diferencial con otros profesionales. En

este sentido, diferentes autores han tratado de delimitar y establecer cuáles son estas destrezas nucleares.
Entre esas habilidades que los terapeutas ocupacionales han de llevar a la praxis profesional, y que son específicas de nuestra disciplina es el Análisis de la Actividad y la Adaptación de la Actividad.

El análisis exhaustivo de la actividad es un punto fundamental, no sólo para la selección de las que son más adecuadas (significativas o propositivas) y que se implementarán en la intervención, sino para poder determinar las posibles adaptaciones de las mismas, y para contribuir al mantenimiento de la salud del usuario.

El análisis es necesario no sólo para examinar las características de una actividad en la que la persona, por ser significativa para ella, desea involucrarse, sino también para determinar si dicha actividad puede ser empleada como medio terapéutico durante la intervención. Así, siguiendo a Hagedorn, existen tres formas y procedimientos para llevar a cabo un correcto análisis de la actividad[22]:

- Básico: Descripción simple de las características de una actividad y de sus implicaciones para la participación.
- Detallado (o funcional): Exploración y determinación de las habilidades necesarias (a nivel motor, sensitivo, perceptivo, cognitivo, psicoemocional, comunicativo y de interacción social) para el desempeño de una determinada actividad.
- Aplicado: Estudio de una actividad, de sus componentes y sus implicaciones, con el fin de valorar si es válida para ser aplicada como propio medio terapéutico.

Por otra parte, teniendo en cuenta la clara influencia de los contextos físico y social sobre el desempeño de una ocupación y, por tanto, sobre el éxito y satisfacción de la persona que en ella se involucra, es fundamental que el TO

realice una evaluación de los mismos. Así, el análisis de los contextos proporciona posibles explicaciones a las causas de las dificultades de la persona, de sus conductas, así como de las opciones o sugerencias para la adaptación funcional[22]. Los resultados de dicho análisis permiten proponer las modificaciones pertinentes en su contexto con el fin de volverlo facilitador, flexible e integrador, de tal forma que contribuya al desempeño exitoso de la persona, familia y comunidad.

Por último, y un aspecto muy relacionado con lo anterior, es la manifestación de una habilidad inherente e implícita a nuestra profesión, que es la capacidad de *adaptarse* a las diversas, cambiantes y múltiples características de las personas con las que trabajamos. Esta competencia, que no se aprende en los libros, implica el desarrollo y la puesta en marcha de varios recursos personales entre los que se incluyen la escucha activa, empatía, respeto, prudencia, modestia, aprendizaje continuo, mente abierta y sin prejuicios, reconocimiento de las debilidades y fortalezas propias, así como la detección de las amenazas y oportunidades del entorno externo.

Y quizá la principal y una de las que nos solemos olvidar es en nuestra potencialidad como terapeutas, es decir, lo que Hagedorn denomina como Uso terapéutico del Yo[22]: "Empleo de los atributos del TO de forma artística y selectiva para posibilitar la terapia, marcado e influido por condiciones como integridad, honestidad y claridad".

Reflexionando

¿Es fácil aplicar la teoría en la praxis profesional? ¿El estudiante de Terapia Ocupacional adquiere todas las competencias necesarias para ser un buen profesional en el momento de su graduación?
¿Es sencillo convertirse en un terapeuta ocupacional *de libro*?
Evidentemente, y tras lo expuesto en los apartados anteriores, se puede evidenciar lo cuán difícil que resulta participar en esta carrera de fondo.

Nuestra profesión tiene unas bases humanistas muy marcadas, que lejos de ser prácticas y concretas, resultan en un compendio de ideas mixtas y abstractas que cada autor/profesional expresa, manifiesta y aplica de forma diferente. Ahí está la riqueza y diversidad de la propia disciplina, pero también la dificultad de vehiculizar todas las perspectivas y tendencias hacia un acuerdo común.

La praxis profesional en la Terapia Ocupacional, se encuentra también condicionada por las características de la actual estructuración académica, sociosanitaria y de competencias inter-profesionales. Si bien nadie cuestiona cuáles son las funciones de un médico o un graduado en enfermería, las fronteras se vuelven difusas al hablar de *trusismo o IN-trusismo* en nuestra profesión.

El reto actual quizá no esté focalizado hacia cómo ejercer una buena praxis, porque en general, todos salimos al mundo laboral con una buena conciencia de lo que se debe y no se debe hacer de cara a las personas y a las instituciones. Sin embargo, y parece mentira que sea así, pero los peores enemigos de la profesión son los propios terapeutas ocupacionales.

¿Tan difícil es alegrarse por la prosperidad de un compañero o por un proyecto que ha surgido de la mente de otra persona? ¿Es complicado aceptar la *diversidad* de los diferentes y múltiples abordajes sobre los que basar la intervención de Terapia Ocupacional?

Como se ha manifestado al principio de este artículo, no se quiere dejar pasar la oportunidad de realizar una crítica, reflexiva y constructiva, sobre las posibilidades de la praxis real de la TO.

Nuestra principal razón de ser es la existencia de personas involucradas en una ocupación, así como de promover la salud de los usuarios mediante la misma. No debemos dejar en el olvido, por tanto, este objetivo nuclear, siendo preciso

tenerlo presente en la formulación de las estrategias de crecimiento de la profesión, y siempre por delante de intereses propios.
El equilibrio de esa balanza entre la teoría y la práctica es difícil de conseguir, tanto de forma individual como institucional (refiriéndonos a la comunidad global de terapeutas ocupacionales), en nuestro país. En primer lugar, la progresión académica, teórica e investigadora no debe sólo circunscribirse en las paredes de las universidades o centros de investigación, sino basarse en la práctica profesional y no perder nunca el contacto con la realidad de las personas, familias y colectivos, ya que se correría el riesgo de fundamentar sobre el idealismo y la ilusión.

Por otro lado, los profesionales que trabajan en la práctica clínica y social, no deben anclarse en conceptualizaciones y modos de intervención estáticos, sino mantenerse al tanto de los cambios filosóficos, de tendencias y de aplicaciones, que permitirán actualizar la práctica y contribuirán al afianzamiento y expansión de la Terapia Ocupacional, más allá de los límites actuales, institucionales y organizacionales existentes.

El avance, la construcción y el fortalecimiento profesional, y por ende, su praxis, requiere la crítica y la autocrítica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia de la Lengua. Definiciones RAE. [actualizado 2015; Acceso: 15 de Enero de 2015]. Disponible en: http://www.rae.es

2. World Federation of Occupational Therapy, WOFT. Definition of Occupational Therapy. [actualizado, 2013; Acceso 10 de Diciembre de 2014] Disponible en: http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx

3. American Association of Occupational Therapy. Standars for continuing competence. Am J Occup Ther. 2010; 64:103-105.

4. Moll SE. Do-live-well: A Canadian framework for promoting occupation, health and well-being. Canadian Journal of Occupational Therapy. 2014; 82 (1):9-23.

5. Ikiugu MN. A framework for combining theoretical conceptual practice models in occupational therapy practice. Canadian Journal of Occupational Therapy. 2009; 76 (3):162-170.

6. Kielhofner G. Conceptual Foundations of occupational therapy. Philadelphia: F.A. Davis; 2004

7. O'Neal S, Dickerson AE, Holbert D. The use of theory by occupational therapist working with adults with developmental disabilities. Occupational Therapy in Health Care. 2007; 21 (4):71-85.

8. Dunton W. History of occupational therapy. Modern Hospital. 1917; 8:60-382

9. Ayres AJ. Occupational therapy for motor disorders resulting from impairment of the central nervous system. Rehab lit. 1960; 21:302.

10. Shapiro D, Shanahan PM. Methodology for teaching theory in occupational therapy basic professional education. Am J Occup Ther. 1976; 30 (4):217-24.

11. Pendleton MH, Schulzt-Krohn W. Occupational Therapy. Practice Skills for Physical Dysfunction. Missouri: Elsevier; 2013.

12. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1420/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Terapia Ocupacional y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención

de aquél. BOE: Madrid; 20 de Noviembre de 1990.

13. Moruno P, Romero D. Terapia Ocupacional. Teoría y Técnicas. Barcelona: Masson; 2003.

14. Conferencia Nacional de Decanos de Terapia Ocupacional de España. Miembros de CNDEUTO [actualizado 2014; acceso 12 de Noviembre de 2014]. Disponible en: http://www.cs.urjc.es/cndeuto%20URJC/

15. Boletín Oficial del Estado. Resolución de 24 de septiembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Universidades, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros de 29 de agosto de 2008, por el que se establece el carácter oficial de determinados títulos de Grado y su inscripción en el Registro de Universidades, Centros y Títulos. BOE: Madrid; 26 de Septiembre de 2008.

16. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingston; 1997.

17. CAOT/ACOTUP/ACOTRO/PAC. Joint Position Statement on Evidence-Practice Therapy. Canadian national organisation of Occupational Therapists [actualizado 2009; acceso Enero 2015] Disponible en: http://www.caot.ca/

18. World Federation of Occupational Therapy. Evidence-Based practice competency standards for occupational therapists: proposed outline for WFOT. Australia: WFOT; 2014.

19. Rogers JC. Eleanor Clarke Slagle Lecture: Clinical reasoning: the ethics, science, and art. American Journal of Occupational Therapy. 1983; 37 (9): 601-616.

20. Neistadt ME. Teaching strategies for the development of clinical reasoning. The American Journal of Occupational Therapy. 1996; 50 (8): 676-684.

21. Duntton R. Clinical reasoning in physical disabilities. Baltimore: Williams and Wilkins; 2000.

22. Hagedorn R. Foundations for Practice in occupational Therapy (4ª ed.). Cina: Churchill Livingstone; 2009.

23. Opachi's KJ. Assessment and informed decision-making. En C. C, & N. C, Occupational Therapy: ovecoming human performance deficits: 3553-74. Slack Thorofare; 1991.

24. American Association of Occupational Therapy. Standars for continuing competence. Am J Occup Ther. 2010; 64: 103-105

¿DE DÓNDE VENIMOS Y HACIA DÓNDE VAMOS?

WHERE DO WE COME AND WHERE ARE WE GOING?

DECS: Terapia Ocupacional, Ocupaciones.

Palabras Clave del Autor: Terapia Ocupacional, Ocupación.

MESH: "Occupational Therapy", "Occupations"

KEY WORDS: Occupational Therapy, Occupation.

Dra. Marta Pérez de Heredia Torres

Terapeuta ocupacional, Profesor Titular de Universidad, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos. Presidenta de la Conferencia Nacional de Decanos de Terapia Ocupacional CNDEUTO.

Como citar este artículo en sucesivas ocasiones:

Pérez de Heredia M. ¿De dónde venimos y hacia dónde vamos? TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2015. [-fecha de la consulta-]; monog 7: [167-179]. Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num7/donde.pdf

Introducción

Al principio sólo existía la Terapia Ocupacional, hablamos del siglo XV y sólo existía en España[1]. No será hasta el siglo XVIII cuando ésta sea adoptada y reformulada por Pinel como "Tratamiento moral"[2]. El empleo de la ocupación como instrumento de tratamiento de los dementes se desarrolló conjuntamente con el tratamiento médico de estos pacientes que marcó el origen de la Psiquiatría. Estos dos modelos humanistas que consideraban al loco como un enfermo y por tanto susceptible de ser tratado en un sistema asistencial, habían tenido su origen en los hospitales españoles tres siglos antes, conjuntamente comenzaron a expandirse por Europa a partir de ese momento e influyeron enormemente en el comienzo de la Psiquiatría europea de finales del siglo XVIII, como recoge en sus tratados Tuke. De mano de los médicos británicos este nuevo

RESUMEN

La Terapia Ocupacional nace en España en el siglo XV y a partir del siglo XVIII se difunde por Europa y Norte América. En nuestro país sufre un retroceso del que no se recuperara hasta mediados del siglo XX. Será en este siglo XX cuando esta profesión viva su mayor crecimiento en el ámbito mundial y cuando con su desarrollo universitario se vea obligada a desarrollar sus fundamentos y las bases de su organización del conocimiento. En el comienzo del siglo XXI esta profesión ve cómo pueden peligrar los logros conseguidos hasta este momento y requiere evolucionar como el resto de las profesiones, a través de la investigación.

SUMMARY

Occupational Therapy born in Spain in the fifteenth century, but it is in the seventeenth century when it diffused throughout Europe and North America. In our country it suffers a setback of no recovery until mid-twentieth century. It is in this century when this profession alive its global growth as its university development, it is forced to develop their foundations and bases of knowledge organization. At the beginning of the century, this profession see how it can lose the gains, it had been achieved until now and this requires evolve like other professions, through research.

enfoque se expande por ultramar en centros de Pennsylvania, Nueva York, Boston y Connecticut. Benjamín Rush médico considerado como el padre de la psiquiatría estadounidense, en su libro *Observación e Indagación Médica en las Enfermedades Mentales* recomendó el uso de la música, el trabajo y el ejercicio en el tratamiento mental[3].

Mientras el "Tratamiento moral" fue decayendo, surge a finales de 1860 en Inglaterra, una nueva corriente de pensamiento "El movimiento de artes y oficios" en el ámbito de la educación y la terapéutica, nace en contraposición al proceso de industrialización y ensalza el valor de las cosas hechas a mano como camino para restaurar el orgullo del individuo.

El Dr. H. J. Hall realizó estudios y observaciones sobre la mejora de los pacientes cuando efectuaban ocupaciones en horarios controlados y regulados. Sus experiencias las recogió en el primer estudio sistemático acerca de los efectos de la ocupación sobre la salud[4], estableció un Centro de Formación en Actividades Ocupacionales en Marblehead (Massachussets).

Personajes formados en alguna de estas dos corrientes de pensamiento propiciaron un encuentro entre todos ellos y el 17 de marzo de 1917 en la "Consolation House", en Nueva York, crearon la Sociedad Nacional para la Promoción de la Terapia Ocupacional (National Society for the Promotion of

Occupational Therapy). Los firmantes y fundadores de dicha sociedad fueron: G. E. Barton, W. R. Dunton, E. Clark Slagle, S. Cox Johson, T. Bissel Kidner y I. G. Newton. Esta sociedad se transformó con posterioridad en la Asociación Americana de Terapia Ocupacional AOTA.

Las dos Guerras Mundiales marcan el inicio de la actuación de la Terapia Ocupacional en el marco de las discapacidades de origen físico. La Segunda Guerra Mundial, con su secuela de heridos y mutilados en los EEUU provocó la necesidad de gran cantidad de profesionales de todas las áreas de la rehabilitación, incluyendo la Terapia Ocupacional. El gran auge experimentado por ésta en este período y en el de posguerra trajo como consecuencia su extensión a numerosos países y así, en 1952, se constituye la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales.

La evolución profesional en España

Mientras en América la profesión evolucionaba, los pioneros hospitales españoles que habían sido el origen de esta nueva "*terapéutica con ocupaciones*", sufrieron la destrucción y la desaparición. Durante tres siglos habían demostrado con datos cuantitativos irrefutables que este tratamiento con ocupaciones lograba la curación de los enfermos, como consta en la documentación de la época recogida por J. J. López González en el diario de Casamayor[5]:

"*Año 1783.*
Dementes atendidos- 379.
Dementes fallecidos- 36.
Dementes curados- 69".

Pero la invasión francesa y la posterior guerra de independencia sumieron al país en el caos y la bancarrota, los destrozos y saqueos de la guerra, junto con las desamortizaciones de Godoy de 1707 y de Mendizábal de 1836, provocaron

la degradación total de estas instituciones. Merece la pena comentar la desaparición del "Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia" de Zaragoza, fundado en 1425 por Alfonso V de Aragón, el Magnánimo, donde aparece por primera vez descrito en documentos el tratamiento por medio de ocupaciones o trabajos, desarrollado por el padre Murillo[6], Es inquietante pensar que este hospital fue totalmente destruido por los bombardeos franceses el 3 de agosto de 1808, durante el primer sitio de Zaragoza, por los mismos que lo habían tomado como modelo y que fueron los responsables a su vez de su promoción y de su olvido.

La psiquiatría española durante el siglo XIX y principios de XX derivó hacia tratamientos de hidroterapia, especialmente en forma de duchas frías y calientes, de electroterapia que se aplicaba en forma de corrientes, y también a la prescripción de ciertas drogas sedantes como los bromuros.

Aunque España no participó en la primera guerra mundial, los novedosos tratamientos desarrollados durante la misma, influyeron en los médicos de la época, que en un intento de modernizar la atención a los inválidos en España materializaron la creación de dos institutos, la Clínica de cirugía ortopédica y reeducación de inválidos en 1921, destinada principalmente a la rehabilitación de lisiados procedentes de las campañas de Marruecos y el Instituto de reeducación profesional de inválidos del trabajo IRPIT en 1924, donde la recuperación del accidentado se extendía hasta la posible reintegración del obrero a su máxima capacidad productora, ambas dos instituciones contaban con talleres ocupacionales, dando comienzo a los tratamientos de Terapia Ocupacional en las afectaciones físicas en nuestro país[7]. Sucesoras directas de estas dos instituciones fueron el Instituto nacional de reeducación de inválidos INRI 1933-1987[8] y la Clínica del Trabajo del Instituto Nacional de Previsión, creada en 1933, en 1966 todo su personal fue transferido al Servicio de Rehabilitación y Traumatología de la Ciudad Sanitaria La Paz[9].

El 1 de diciembre de 1961 se comenzó a impartir la formación de Terapia Ocupacional en España con el "Primer curso abreviado intensivo de Terapia

Ocupacional", de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional en el Dispensario Central de Rehabilitación de la calle Maudes de Madrid, impartido por profesores de la Cátedra de Patología Quirúrgica de la Universidad Complutense, y por una terapeuta ocupacional comisionada por la Organización Mundial de la Salud OMS, Dª. Mercedes Abella.

La primera Asociación Española de Terapia Ocupacional AETO se crea en el año 1967, con posterioridad se transformará en la actual Asociación Profesional Española de Terapia Ocupacional APETO[10].

La creación de los Colegios Profesionales fue un duro trabajo que aun hoy en día no ha finalizado, personalmente tuve la gran suerte de participar como presidenta de la Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Aragón APTOA, en la creación del primer Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de España cuyos trámites comenzaron el 8 de febrero de 1999, dando lugar al Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Aragón COPTOA, este proceso de colegiación actualmente ha tenido un nuevo impulso y dichos colegios se encuentran inmersos en el proceso de creación del Consejo General de Colegios Profesionales de Terapia Ocupacional.

El salto a los estudios universitarios se produce el 4 de noviembre de 1991, curiosamente en Zaragoza, en la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia con el primer curso de la Diplomatura Universitaria en Terapia Ocupacional, regulado por el Real Decreto 1420/1990 (BOE, 20 de noviembre de 1990). Actualmente el Grado Universitario en Terapia Ocupacional se imparte en 17 Universidad españolas, y se gradúan al año aproximadamente 950 nuevos profesionales. Todas las universidades que imparten los estudios de Terapia Ocupacional se agruparon constituyendo el 18 de junio de 1999 la Conferencia Nacional de Decanos de Terapia Ocupacional CNDEUTO.

El siglo XX en la profesión de Terapia Ocupacional

Como podemos observar el siglo XX ha sido, por el momento, el periodo más importante en el crecimiento de esta profesión, en nuestro país el desarrollo profesional en muchos casos venía de la mano de la proliferación de servicios de rehabilitación física y de la psiquiatría, que volvió a contar con la figura del terapeuta ocupacional en sus unidades asistenciales, así como una tímida aparición de la figura de este profesional en el campo social. Otras profesiones afines en cambio aumentaban en número de profesionales y ganaban respaldo social e institucional, no obstante el esfuerzo de estos pocos terapeutas logró que esta profesión minoritaria accediera a la Universidad. Después del impulso ocasionado por el comienzo de los estudios universitarios, que provocó un aumento llamativo de profesionales, vivimos momentos decisivos que nos han obligado en muchas ocasiones a ir a remolque de los acontecimientos. Algunas universidades comenzaron su andadura con la ausencia de terapeutas ocupacionales entre sus docentes, dejando la responsabilidad de la formación en manos de otros profesionales que en unos casos encontraban un hueco para promocionarse al no hallarlo en su profesión, en otros casos estos profesionales afines eran coherentes y trabajaban por la incorporación de terapeutas ocupacionales a la docencia, formándose específicamente en este campo, buscando ser responsables con la profesión que les tocaba impartir. Los terapeutas ocupacionales que participamos en la docencia universitaria desde su inicio nos vimos obligados a defender nuestra profesión y nuestra participación académica en la misma, asumiendo la máxima del predicador y teólogo francés Jean de Gerson "no sabe más el que más cosas sabe, sino el que sabe las que más importan". Pero nos encontrábamos en una profesión práctica que no había desarrollado aún su teoría.

En Estados Unidos había pasado algo similar, en 1962 Mary Reilly terapeuta ocupacional profesora de la universidad de California del Sur promovió un cambio en la identidad de esta profesión[11], "…*la sociedad requiere de nosotros un enfoque más acorde a sus necesidades… el terapeuta tiene que pasar a ser*

un agente de salud", preconiza la vuelta a los orígenes de la profesión y a la ocupación como agente terapéutico[12]. Paralelamente a esta situación Ludwig von Bertalanffy filósofo y biólogo había comenzado en 1937 a trabajar sobre su "Teoría general de los sistemas", buscando una metodología integradora para los problemas científicos, con la intención de producir teorías y formulaciones conceptuales que pudieran crear condiciones de aplicación en la realidad empírica. Estos principios revolucionaron todas las ciencias y comenzaron a aplicarse para explorar y explicar temas científicos y filosóficos, incluyendo una concepción humanista de la naturaleza humana, opuesta a la concepción mecanicista[13]. La coincidencia de la necesidad de una base teórica firme sobre la que asentar la práctica clínica y la aparición de estas nuevas estructuras del conocimiento, hacen que los terapeutas ocupacionales comiencen a desarrollar la organización del conocimiento en Terapia Ocupacional. Este es el caso de Anne Mosey terapeuta ocupacional profesora de la universidad de Nueva York que comienza esta labor, ya que sobre ella recae la responsabilidad del primer programa doctoral en Terapia Ocupacional en 1973[14], pronto se le unirá Gary Kielhofner con los trabajos, obtenidos de su tesis junto a Mary Reilly[15], fruto de los cuales surgirá en 1989 el primer programa doctoral en Ciencia de la Ocupación.

Es increíble la proliferación de teorías y modelos que hemos vivido a partir de ese momento, a España comenzaron a llegar en el año 1996 y fundamentalmente de la mano de la primera versión del Modelo de la Ocupación Humana de Gary Kielhofner. Como en España no había textos de Terapia Ocupacional, muchos profesores comenzaron a escribir los mismos, lamentablemente alguno de ellos en vez de reflejar la espléndida labor desarrollada por los terapeutas ocupacionales asistenciales de nuestro país, cayeron en la tentación de copiar los textos ya existentes en lengua inglesa, sin pararse a pensar en qué posición dejaban a esta profesión cuando, como no podía ser de otra forma, los editores decidieron traducir y divulgar los textos originales al castellano.

En todos estos años nos hemos visto obligados a estudiar una cantidad ingente de teorías, pero a veces esto tiene su recompensa y en el año 2000, en mitad de la vorágine de modelos y paradigmas accedí por casualidad, en el Instituto Karolinska de Suecia, a uno de los trabajos que más me han ayudado a entender esta profesión, David Nelson terapeuta ocupacional profesor de la Universidad de Toledo en Ohio, en 1988 había escrito un artículo que por fin abordaba la ocupación, desde una perspectiva terapéutica, su trabajo sobre la Dinámica de la Ocupación[16] investiga la misma desde un perspectiva básica y da explicación a lo que desde sus inicios venían aplicando los terapeutas ocupacionales. Este trabajo junto con la organización del conocimiento desarrollada en 1992, por Gary Kielhofner en su libro fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional[17] y el Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional, creado por la Asociación Canadiense de Terapia Ocupacional en 1996[18], han supuesto las teorías que más luz han aportado a este periodo. Esta proliferación teórica nos ha ocasionado un sobre esfuerzo y para muchos terapeutas ocupacionales clínicos ha sido un tormento seguir el ritmo de esta producción, en muchos casos tan alejada de los problemas a los que se enfrentaban cotidianamente.

En la evolución universitaria es muy triste observar que durante estos veinticuatro últimos años, sólo hemos conseguido acceder a plazas de profesores funcionarios seis de nosotros, pero por otro lado también es muy gratificante decir que gracias al apoyo de todas las asociaciones y colegios profesionales en el año 2009, conseguimos entre toda la profesión culminar un trabajo que había comenzado en el 2004, el paso de la Diplomatura a un Grado universitario de cuatro años[19]. Gracias a este logro los alumnos actuales han disfrutado de un acceso más asequible al doctorado, y que decir tiene que muchos terapeutas ocupacionales conseguimos lo que tanto habíamos deseado, defender nuestra tesis en un programa de Terapia Ocupacional.

El siglo XXI y el futuro en la profesión de Terapia Ocupacional

El siglo XXI ha comenzado con luces y sombras. Sus luces, la Terapia Ocupacional es una profesión sanitaria reglada y reconocida como una formación universitaria de cuatro años y en este país, entre los años 2013 y 2014 se defendieron más de diez tesis doctorales de Terapia Ocupacional, casi el doble de las defendidas entre los otros tres únicos países europeos que poseen programas de doctorado en Terapia Ocupacional Irlanda, Suecia y Reino Unido. En el ámbito profesional por fin se ha autorizado la creación del Consejo de Colegios Profesionales de Terapia Ocupacional. Sus sombras, el resto de profesiones sanitarias están creciendo hacia las especializaciones y su expansión está asfixiando el trabajo de la Terapia Ocupacional que ve cada día más limitado su campo de acción, la reciente aprobación del Real Decreto 43/2015, de 2 de febrero por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, deja abierta la posibilidad de que cada universidad decida la duración de los títulos que expide, amenazando la involución de los estudios, a esto se suma la exigencia a los profesores de ser doctores y por lo menos poseer un tramo de investigación reconocido por la Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora CNEAI, para dirigir o juzgar tesis. También está presente la amenaza de las recomendaciones realizadas por la Comisión Europea CE, el Fondo Monetario Internacional FMI y la OCDE materializadas en el borrador del Anteproyecto de Ley de Servicios Profesionales, que ha quedado suspendido en el tiempo a la espera de una nueva legislatura y que dejaría a la Terapia Ocupacional fuera de la colegiación obligatoria, a diferencia de la gran mayoría de las profesiones sanitarias.

Por todo ello, nos encontramos en un momento crucial para esta profesión, donde debemos pararnos a pensar qué queremos ser, dónde queremos estar y hacia dónde queremos dirigirnos, si es que queremos avanzar a algún sitio o estar preparados ante los desafíos que pudieran surgir. Tenemos que dejar de mirar al exterior buscando la justificación de nuestro trabajo y no estar al albur

de lo que designe la AOTA, enredada sobre sí misma en un bucle sin fin desde 1979, en diferentes versiones de la terminología uniforme, trasformada en el marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional, este proceso de discusión terminológica recuerda la "merienda de locos", protagonizada por el sombrerero de Lewis Carroll en su libro "Alicia en el país de las maravillas". Esta es una profesión que ya ha establecido sus fundamentos, los conceptos ya están definidos, llamémosles como queramos llamarles, troceémoslos o agrupémoslos pero como decía nuestro compatriota Ortega, tengamos la serenidad de comprender que "*la lengua no es un hecho, sino una creación permanente, en trance siempre de hacerse y deshacerse*", sino no seremos nada más que replicantes que repiten un eco que poco tiene que ver con nuestra realidad y necesidad. Tenemos que dejar de copiar teorías y comenzar a elaborar la nuestra, pero para poder conseguir esto debemos conocer nuestra realidad, nuestra propia identidad y confiar en nosotros mismos, en todo lo que hemos conseguido y todo lo que podemos seguir aportando a la sociedad. En estos tiempos de incertidumbre nos corresponde estar preparados y con los deberes hechos para lo que pueda llegar y la única manera de conseguir esto es agrupándonos hacia objetivos comunes de futuro, es el momento de decidir nosotros qué queremos que sea esta profesión en el siglo XXI, y trabajar conjuntamente para ello sobre proyectos concretos. Tengo la seguridad de que todos nosotros desde el papel, responsabilidad y posición que nos toca desempeñar, aunque desde perspectivas e ideas diferentes podemos buscar un camino común para afrontar un futuro, que para sobrevivir nos condena a mejorar para evolucionar.

Si no somos proactivos y generamos nuestro propio futuro y proyecto, continuaremos apagando fuegos y dependiendo de lo que los demás quieran que justifiquemos.

El siglo XXI comienza siendo el siglo de la investigación, esta situación afecta a todas las profesiones sanitarias. La sociedad demanda de nosotros demostrar para qué servimos y esto sólo lo podremos hacer a través de la investigación, ese es el gran desafío que debemos afrontar conjuntamente en este momento.

Pero una investigación aplicada que en este caso apoye el trabajo de la Terapia Ocupacional asistencial y clínica, y le ayude en su desarrollo y justificación en la sociedad, dando a conocer nuestras aportaciones a otras profesiones y trabajando conjuntamente con ellas en proyectos comunes. En el siglo de la comunicación debemos publicar nuestros resultados y darlos a conocer a la comunidad científica, si no estamos ahí, no existiremos y no contarán con nosotros. La única vía es la investigación, es nuestra asignatura pendiente y como he citado antes, somos el país más preparado de Europa para hacerlo dada la producción de trabajos originales que estamos desarrollando con las tesis defendidas. Pero tenemos que perder el miedo a la investigación que en ocasiones suena tan complicada, éste no es más que un nuevo reto del que si trabajamos conjuntamente conseguiremos salir. Pero esa ya será otra historia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez de Heredia Torres M, Brea Rivero M. Definición y concepto de Terapia Ocupacional. En: Máximo Bocanegra N, Pérez de Heredia Torres M, Gutiérrez Morote M. Atención en el hogar de personas mayores. Manual de Terapia ocupacional. Salamanca: Ediciones Tempora SA; 2004. p.13-24.

2. Pérez de Heredia M, Brea M, Piedróla R. Origen de la Terapia Ocupacional en España. Revista de Neurología. 2007; 45(11): 695-698.

3. Rush B. Medical inquiries and observations upon the diseases of the mind. New York: Hafner (facsimile of the Philadelphia 1812 edition); 1962.

4. Hall HJ. Work cure, a report of five years experience at an institution devoted to the therapeutic application of manual work. JAMA. 1910:54; 12-14.

5. Fernández A. El Hospital Real y General de Ntra. Sra. Gracia de Zaragoza en el S. XVIII. Zaragoza: Instituto Fernando el Católico; 1987.

6. Orozco Acuaviva A. Recorrido histórico-artístico por el mundo de los discapacitados. Rehabilitación. 1977: 11; 61-69.

7. Real Decreto de 5 de marzo 1922 (Gaceta de Madrid, 54. 5 de marzo de 1922, 976-978. p. 976).

8. Oller A. Memoria de la Clínica del Trabajo del Instituto Nacional de Previsión, 1935. Madrid: Impr. Sobrinos de los Suc. de M. Minuesa de los Ríos; 1936.

9. Climent JM. Historia de la rehabilitación médica. De la física terapéutica a la reeducación de inválidos. Barcelona: Edikamed; 2001.

10. Máximo Bocanegra N. Papel del D. Ángel Alonso Miguel en el desarrollo de la Terapia Ocupacional en España. [Tesis doctoral]. [Madrid]: Universidad Rey Juan Carlos; 2010. 77 p.

11. Reilly M. The Role of the Therapist in Protective and Functional Devices. American Journal of Occupational Therapy. 1956; 10: 132-133.

12. Reilly M. Occupational therapy can be one of the great ideas of 20th century medicine (Eleanor Clarke Slagle Lecture). American Journal of Occupational Therapy. 1962; 16: 1–9.

13. Bertalanffy Von L. Teoría General de los Sistemas. Editorial Fondo de Cultura Económica: México; 1976.

14. Mosey AC. Three frames of reference for mental health. Thorofare: NJ, Slack; 1970.

15. Kielhofner G. Occupational Therapy After 60 Years: An Account of Changing Identity. American Journal of Occupational Therapy.1977; 31: 675-689.

16. Nelson DL Occupation: Form and performance. American journal of Occupational Therapy. 1988; 42: 13-21.

17. Kielhofner G. Conceptual Foundations of occupational therapy. Philadelphia: F.A. Davis; 1992.

18. Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. Canadian Journal of Occupational Therapy. 1996; 63(1): 9-23.

19. Orden CIN/729/2009, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Terapeuta Ocupacional. BOE de 18 de marzo de 2009.

TERAPIA OCUPACIONAL Y OCUPACIÓN:

DE LA DEFINICIÓN A LA PRAXIS PROFESIONAL

Promueve y Coordina:

Revista de Terapia Ocupacional Galicia
Revista TOG
www.revistatog.com

Editado:

Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO)