



INCREMENTANDO NUESTRA CAPACIDAD: TERAPIA OCUPACIONAL ALREDEDOR DEL MUNDO

Susan E. Baptiste (*)

Conferencia Magistral. X Congreso de la Confederación Latinoamericana de Terapeutas Ocupacionales (CLATO) 2013. Caracas, Venezuela

Resumen

La Terapia Ocupacional como profesión está creciendo a tasas diferentes alrededor del mundo. La velocidad y aceptación del cambio profesional depende de muchos elementos presentes tanto en la sociedad en la cual la profesión existe, como en la profesión misma. En realidad, es un ejemplo viviente de las interacciones entre las personas, lo que éstas hacen y donde lo hacen (Persona-Ambiente-Ocupación) (1). Este trabajo describirá y explorará un proceso que ilustra la evolución profesional de la Terapia Ocupacional. Se presentan preguntas relativas a la colaboración y el apoyo global entre miembros de la profesión.

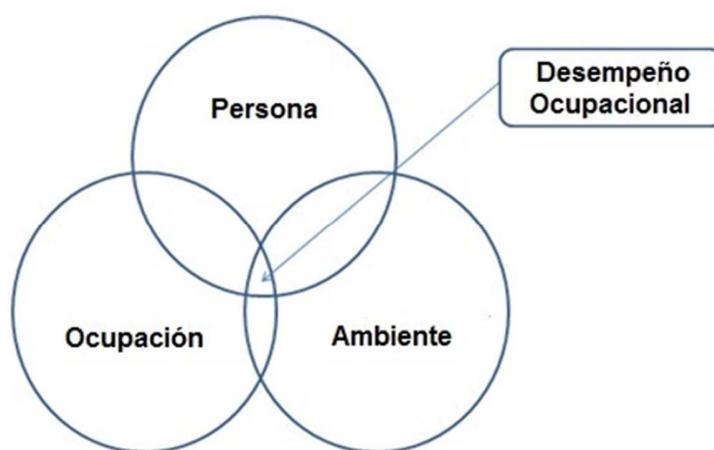
Palabras clave: evolución profesional, global, sociedad

(*)Vice Presidenta Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales Master en Ciencias de la Salud. Profesora de la Escuela de Ciencias de Rehabilitación. Profesora Asociada, Departamento de Psiquiatría. Universidad McMaster, Hamilton, Ontario, Canadá. baptiste@mcmaster.ca

Estableciendo el Contexto:

¿Quiénes y qué somos los Terapeutas Ocupacionales? Somos hombres y mujeres que creemos en la importancia de que todos tengamos una vida con significado y estemos comprometidos con el “hacer”. Trabajamos con clientes, familias y comunidades, para ayudarlos a recuperar habilidades de manera que realicen lo que quieren o necesitan hacer, o lo que se espera que hagan. Trabajamos como aliados, utilizando lo que sea que se requiera para satisfacer las necesidades de nuestros clientes, como nos sea posible. Los lugares donde trabajamos son tan diversos como las personas que atendemos; y trabajamos con esas personas a lo largo de sus vidas, cuando el equilibrio de esas vidas más requiere ser restablecido. Los roles que asumimos son muchos e incluyen: profesional, comunicador, profesional dedicado a la práctica, colaborador, agente de cambio, gerente de la práctica – todos congregándonos en un punto donde somos **expertos en posibilitar la ocupación**.

Figura1: Persona – Ambiente – Ocupación (PAO)



Tomado de Law y colaboradores, Asociación Canadiense de Terapeutas Ocupacionales (CAOT)

Sin importar donde vivimos o ejercemos nuestra práctica, los Terapeutas Ocupacionales creemos en una filosofía muy similar y defendemos ideas asociadas con posibilitar/facilitar a otros para que participen y se comprometan con su mundo mediante el establecimiento de alianzas y haciendo foco en la ocupación, su propósito y significado; sea

cual fuere la cultura, la estructura familiar y la diversidad de ambientes, hacemos foco en que las personas hagan aquello que tiene significado para ellas en el contexto de sus vidas (2,3).

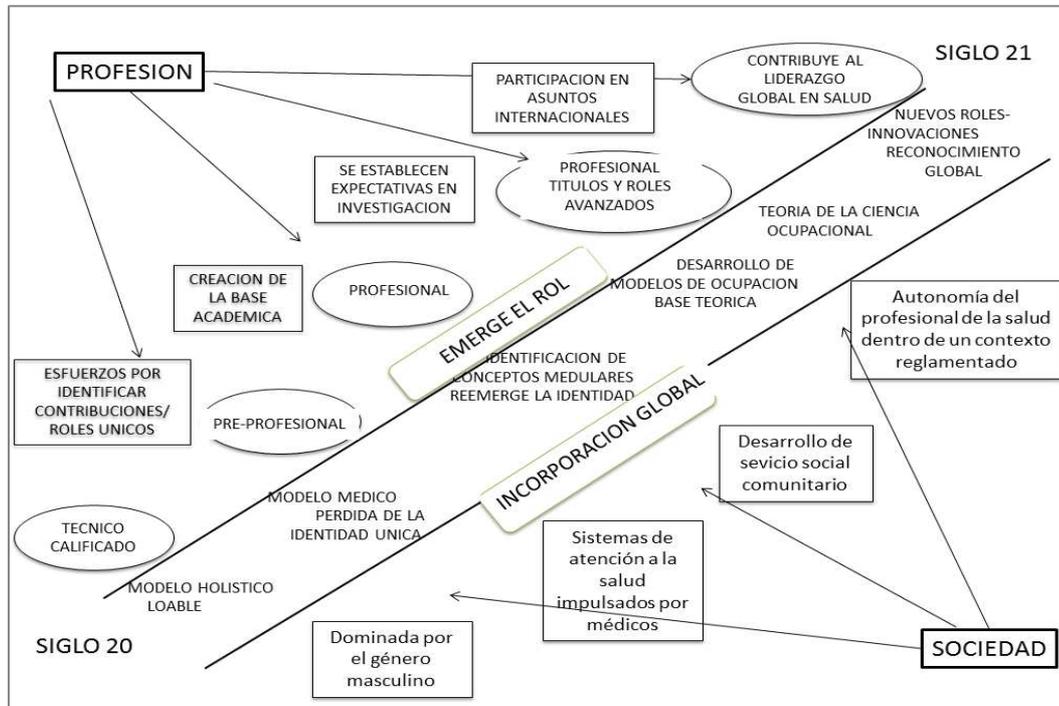
Conceptos Fundamentales y Filosofía de la Profesión de Terapia Ocupacional	<ul style="list-style-type: none">• Relaciones entre la Persona, el Ambiente y la Ocupación• Centrados en la Ocupación• Centrados en el Usuario• Posibilitar/facilitar• Participación• Compromiso
--	--

Tabla A: Conceptos Fundacionales que guían la práctica

Persona-Ambiente-Ocupación:

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) está trabajando con un número creciente de organizaciones miembros y de gobiernos que quieren comprender la mejor forma en que la profesión de Terapia Ocupacional puede adecuarse a su sociedad (4). Por ejemplo ¿cuáles credenciales se otorgan a los Terapeutas Ocupacionales cuando finalizan su programa educativo? ¿Es un diploma (técnico), un título de pregrado (Licenciado) o un título de posgrado (Magister)? ¿Qué probabilidad existe de que esto cambie pronto? Las preguntas son innumerables, y pueden confundir a todos. ¿Cómo, entonces, podemos tomar este caudal de información y crear un abordaje que nos ayude a todos a impulsar nuestra profesión hacia adelante y a aprender de la experiencia de otros?

Gráfico 1. Evolución de la profesión de Terapia Ocupacional



Este gráfico ilustra un proceso que se ha desarrollado a medida que nuestra profesión ha experimentado los dolores de crecimiento propios de la evolución profesional, al pasar, de ser un técnico calificado, a llegar a ser valorado como un profesional autónomo e independiente. Para ayudar a comprender este modelo, nosotros haremos foco en el camino central y en la narración del relato de Terapia Ocupacional en cada hito a lo largo del camino. A medida que se lea el siguiente relato, debiera estudiarse el gráfico para determinar donde están ubicados los conceptos que se mencionan y discuten en el texto. Este trabajo está escrito en tiempo presente para reflejar la actualidad de cada hito en algunos países alrededor del mundo. El desarrollo de la Terapia Ocupacional como profesión no está sincronizado, sino más bien da respuesta a, y es proactivo con, el contexto social y las oportunidades profesionales creadas y ofertadas.

Hito 1: Modelo Holístico: Cuando la Terapia Ocupacional (T.O.) echa raíces en cualquier sociedad, comienza en respuesta a una necesidad que generalmente es identificada por los profesionales de la salud o personal médico en su sentido más amplio (5). Los Terapeutas Ocupacionales (TOs) consideran a la persona en su totalidad, no separándola en partes tales como el cuerpo, la mente y el espíritu (6). Sin embargo, dentro del sistema de atención a la salud, los Terapeutas Ocupacionales están en una posición donde deben planificar el tratamiento según las directrices dadas en las referencias que reciben. Aplican sus habilidades a ayudar a los pacientes a participar en actividades con la meta de reingresar a la sociedad después de una enfermedad o lesión. Los sistemas sociales tienden a estar dominados por el género masculino. A los T.O. se los considera técnicos calificados que reciben referencias y siguen las directrices dadas por el Médico; en esta etapa, la profesión misma es dirigida por hombres que a menudo no son TOs (7). Los programas educativos generalmente están a nivel de diploma (técnico).

La insatisfacción en el seno de la fuerza de trabajo de Terapia Ocupacional, ocurre cuando hay falta de armonía entre lo que se les solicita a los terapeutas y lo que ellos creen y saben que sería el mejor abordaje o intervención. Este sentido de disonancia es frecuentemente un incentivo hacia el cambio (8).

Hito 2: Modelo médico: Es natural que el próximo paso en el desarrollo de la Terapia Ocupacional como profesión esté bajo el paraguas protector del modelo médico. Los sistemas de atención a la salud están diseñados y operan en su mayor parte utilizando este modelo y los TOs aún dependen de las referencias para tener directrices sobre el tratamiento; PERO en esta etapa, están comenzando a pensar acerca de lo que hace que sus contribuciones sean algo especial y único. Esta es la etapa de ser un pre-profesional.

Hito 3: Pérdida de la Identidad Única: A pesar de mucho reflexionar y visualizar posibles roles y práctica, en esta etapa de su desarrollo la Terapia Ocupacional puede correr el riesgo de ser absorbida por otras profesiones y disciplinas de la salud. Los TOs, a veces, asumen roles que incluyen parte de las responsabilidades de otras profesiones. Aquí es cuando a menudo ocurre la pérdida de la identidad única del T.O. Los TOs utilizan modalidades físicas como tratamiento, trabajan como asistentes de los Psicoterapeutas en los grupos,

ayudan al personal de Enfermería a completar la rutina de auto-cuidado personal matutino bajo la denominación de AVD. Aun cuando todos estos mini-roles pueden ser vistos como parte de la rehabilitación y por lo tanto de Terapia Ocupacional, estos roles pueden ser asumidos por muchos miembros del equipo y no son propios/únicos de ninguno de ellos. Más ampliamente, vemos que a medida que se hace más rigurosa la exigencia de credenciales en otras profesiones, se considera que la credencial de diploma no es la adecuada para que los TOs ocupen su lugar en un equipo interdisciplinario y sean aceptados y respetados, cuando la mayoría de los miembros del equipo son Licenciados o han cursado postgrados (9, 10).

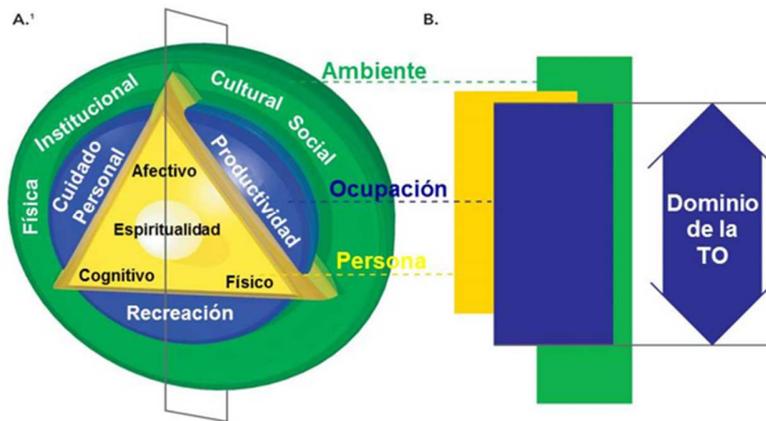
Hito 4: Identificación de Conceptos Medulares: En este punto del desarrollo, los Terapeutas Ocupacionales vuelven a reflexionar sobre sus contribuciones anteriores en el equipo de atención a la salud y ven que ya no hacen lo que hacían; han perdido la importancia central del “hacer”, de la actividad, de que la ocupación esté en el centro de su trabajo. Los intentos de reasumir ese rol pueden tener éxito o no. Sin embargo, hay energía que retorna a la profesión. Ir más allá del modelo médico se convierte en estrategia: se forjan alianzas con servicios sociales y con miembros del equipo que ocupan roles comunitarios y basados en lo social. Estas ideas comienzan a publicarse y se establece un cuerpo de conocimientos propios/únicos. Se comienzan a ascender los primeros escalones hacia la profesionalización. Se crea el inicio de una base académica, junto con programas educativos desarrollados en universidades a nivel de Licenciatura (11, 12).

Teorías y Modelos de Ocupación

Una vez que se establece la base bibliográfica, se enriquece con teorías y modelos de práctica que dan sustento a los conceptos centrales de la Terapia Ocupacional, tales como “ocupación” y “desempeño”. Las teorías de la ocupación se convierten en el primer nivel de pensamiento (1, 2, 3, 13, 14); los marcos de referencia anteriores, tomados de las ciencias médicas, sociales y psicológicas son el segundo nivel; estos fueron los que en un tiempo, guiaron lo que hacían los Terapeutas Ocupacionales. En la actualidad estas teorías son útiles a nivel de valoraciones detalladas y de planificación de la intervención. Los programas educativos avanzan hasta el nivel de maestrías; a menudo, los Terapeutas

Ocupacionales se inscriben en doctorados en áreas aliadas de estudio, tales como psicología, sociología y antropología.

FIGURA 2: CMOP-E: Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (Modelo Canadiense del Desempeño y Compromiso Ocupacional). Especificando el dominio que nos concierne.



A.¹ Mencionado como CMOP en "Enabling Occupation" (1997a, 2002) y como CMOP-E a partir de la edición de 2007.
B. Corte transversal.

Polatajko, H. J., Townsend, E. A., Craik, J. (2007). Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). In E. A. Townsend and H. J. Polatajko, *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision of Health, Well-being, & Justice through Occupation*. p.23 Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

Ciencia Ocupacional

Lo que en un tiempo se consideró como un reto sutil para la Terapia Ocupacional, se ha convertido ahora en un abordaje teórico bien establecido (15). Es interdisciplinario; ha evolucionado y ha ayudado a evolucionar a la propia Terapia Ocupacional y ha incrementado el respeto por la profesión. Los colegas de otras áreas académicas trabajan en alianzas con los TOs: tal es el caso de psicólogos, especialistas en ética y licenciados en ciencias políticas (15, 16). En este punto a lo largo del camino, se reglamenta la práctica para proteger al público, reconociendo así que la Terapia Ocupacional es una profesión cabal. La investigación es prolífica; los Terapeutas Ocupacionales avanzan en credibilidad como investigadores independientes y como miembros valorados de equipos interdisciplinarios de investigación. Los programas educativos cubren ahora todo el espectro, desde Diploma (técnico), hasta Licenciatura, Maestría, Doctorado y experiencias

de post-doctorados. Los estudios avanzados estimulan una mayor comprensión de constructos medulares de la práctica tales como ocupación, participación, compromiso, hábitos y uso del tiempo (2, 3).

Nuevos roles e innovaciones:

Figura 3: Perfil de Roles – Asociación Canadiense de Terapeutas Ocupacionales (CAOT)



Hemos llegado a la actualidad. Los Terapeutas Ocupacionales comienzan a explorar nuevos roles en ambientes de trabajo no tradicionales y lugares emergentes de práctica. Los ejemplos incluyen: centros para refugiados, albergues para personas en situación de calle, cárceles y casas de medio camino, comunidades de pueblos indígenas y otros servicios comunitarios, además de ambientes de alta tecnología tales como Unidades de Terapia Intensiva y laboratorios de comunicación aumentativa. Ya no es necesario un diagnóstico para poder acceder a la atención por un Terapeuta Ocupacional. Lo que si es necesario, es tener ayuda para restablecer el equilibrio entre la persona, el hacer y el ambiente (17, 18).

En el Boletín de la WFOT de Mayo de 2013, hay muchos ejemplos de programas y de roles de T.O. en América Latina que ilustran brillantemente los valores, la filosofía y los

modelos de práctica sobre los que se funda nuestra profesión: el programa de sexualidad en el Hospital Manuel Roca; la metodología de consenso utilizada en el Hospital Psiquiátrico “Dr. José T. Borda”, ambos en Buenos Aires, Argentina. Además, merecen ser mencionados la alianza entre el gobierno local y los T.O. en el Programa Los Aleros de Santa Fe, Argentina y el modelo de empoderamiento de familias en el Centro Anne Sullivan de Lima, Perú (19, 20, 21, 22). Artículos anteriores sobre el manejo de situaciones de desastre incluyen: “T.O. en Alerta Chile: contribuyendo a la preparación y respuesta ante catástrofes”(23) publicado en Mayo de 2011, un año después del terremoto que sacudió a ese país y “Situación de Emergencia en Venezuela – ¿estábamos preparados?” (24) en Mayo de 2012 donde se discute el rol de los T.O. en los refugios para personas damnificadas por las inundaciones de Noviembre de 2010.

Usando la línea del tiempo

El gráfico 1 puede servir como marco para un diálogo que permita establecer la situación actual de la profesión de Terapia Ocupacional en cualquier país en particular.

En tu país:

- ¿Cuáles de las palabras y frases que aparecen en el gráfico aplican?
- ¿Dónde crees que está la Terapia Ocupacional en esta línea de tiempo en este momento?
- ¿Crees que esa es la mejor ubicación para la profesión en este momento?
- ¿Cuáles son tus expectativas para dentro de uno, dos o cinco años?
- ¿Cuáles serán tus próximos pasos?
- ¿Cuál sería la mejor ayuda que podría darte la WFOT para apoyarte e impulsar tus planes?

Nuestro reto y nuestro futuro:

Esta herramienta ha sido desarrollada para ayudar a la comunidad global de Terapeutas Ocupacionales a comprender en mayor profundidad los muchos elementos involucrados en el crecimiento profesional y en el establecimiento de la profesión de Terapia Ocupacional en países que están listos para este proceso. Nuestras Organizaciones

Miembros crecen rápidamente en número; es responsabilidad de todos nosotros trabajar juntos para ayudar a que aumenten los servicios de Terapia Ocupacional en un mundo que tiene enorme necesidad de retornar a un sentido de comunidad y a un compromiso de apoyar a aquellos que sufren necesidades, todas poblaciones vulnerables, basando nuestro trabajo en la creencia compartida de asegurar que haya significado y compromiso en la vida (17, 18 y 25).

Hay varias tendencias claras que están difundiéndose por todo el mundo, con impacto sobre países tanto de altos como de bajos ingresos. Hay una creciente población que envejece y una fuerza de trabajo que también envejece. Esto nos induce, como Terapeutas Ocupacionales, a pensar inmediatamente en que un foco crítico de nuestros esfuerzos debe centrarse en temas de inclusión y de accesibilidad. Hay un incremento del 100% en el número de personas que abandonan las áreas rurales y se reubican en ambientes urbanos, ya que es allí donde existen oportunidades de mejorar económicamente hoy en día (17, 18, 25, 26). Las opciones de estilos de vida tradicionales exigen esfuerzos cada vez mayores y las ciudades atraen con tentadores ofrecimientos de éxito. La nueva tecnología médica prolonga la vida, resultando en un marcado aumento de personas que viven con enfermedades crónicas, y los costos de la salud y de los servicios sociales parecen estar en constante aumento. Aún cuando existe una filosofía global y una política dirigida a la sustentabilidad, a veces éstas parecen no estar de acuerdo entre sí.

Como Terapeutas Ocupacionales, estamos profundamente comprometidos con la participación, la inclusión, los derechos humanos, la accesibilidad y la ocupación significativa. Estos conceptos están relacionados con las necesidades complejas y profundas de las personas de este mundo que están luchando por aliviar la pobreza involucrándose en su ambiente, ocupándose y así logrando mantener a su familia.

La esencia de nuestro trabajo es fortalecer la capacidad humana y de las comunidades. Reside en ver a nuestro mundo a través de un lente de salud y bienestar.

Constituimos un recurso global potencial de al menos medio millón de personas, trabajando con un conjunto de valores en común y un propósito compartido. En una carrera que es extremadamente rica, nunca dudé de mi elección; he tenido pocos, o casi ningún día en que me sintiera hastiada o queriendo hacer otra cosa. La Terapia Ocupacional está en mi

alma. Como orgullosa representante de la WFOT, los invito a unirse a este viaje, aceptando los retos que presenta esta época de tan gran disconformidad y necesidad global.

A medida que la comunicación se hace más inmediata, la gente de este mundo está mejor informada acerca de las condiciones en que otros viven o simplemente sobreviven (25). La filosofía de la profesión de Terapia Ocupacional y los roles asumidos por los profesionales dedicados a la práctica, concuerdan naturalmente con las necesidades de nuestra comunidad global. De hecho, regresando al primer párrafo de este trabajo: esas necesidades colectivas son “ejemplos vivientes de las interacciones entre las personas, lo que hacen y donde lo hacen (Persona-Ambiente-Ocupación)”. Los Terapeutas Ocupacionales no pueden dejar de enfrentar estos retos.

Referencias

1. Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., Letts, L. The Person-Environment-Occupation Model; a transactive approach to occupational performance. *CJOT*. 1996. Vol.63: No.1, pp.10-23.
2. Kielhofner, G. *Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice*. F.A. Davis C., Philadelphia, PA19103, USA. 2009.
3. Creek, J. *The Core Concepts of Occupational Therapy*. Jessica Kingsley Pub., London, UK. 2010.
4. Canadian Association of Occupational Therapists. *Profile of Occupational Therapy Practice in Canada*. CAOT/ACE Publications, Ottawa, Canada. 2012.
5. Wade, D.T. *Holistic Health Care: What is it and how do we achieve it?* Oxford Centre for Enablement, Oxford, UK, pp.1-33. 2009.
6. Clark, C. Clinical Application of the Canadian Model of Occupational Performance in a Forensic Rehabilitation Hostel. *BJOT*.2003. Vol.66: No.4, 1 April, pp.171-174.
7. Sedgwick, A., Cockburn, L., Trentham, B. Exploring the mental health roots of occupational therapy in Canada: A historical review of primary texts from 1925-1950. *CJOT*. 2007. Vol.74: No.5.pp.407-417.
8. Festinger, L. 2001. *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford University Press, California, USA. 1957.

9. Cara, E., MacRae, A. *Psychosocial Occupational Therapy: An evolving practice*. 3rd edition. Cengage Learning, Clifton Park, NY, USA, pp. 97-122. 2013.
10. Radomsky, M.V., Trombly Latham, C.A. *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*. Walter Kluwer Health, Philadelphia, PA 19106, USA, pp.21-39. 2008.
11. Graff, M.J.L., Vernooij-Dassen, M.J.M., Rikkert, M.G.M. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers; a randomized control trial. *BMJ*. Dec. 9, 2006, 333(7580): 1196.
12. McColl, M.A. What Do We Need to Know to Practice Occupational Therapy in the Community? *AJOT*. 1998. Vol.52: No.1, pp.11-18.
13. Law, M. The environment; a focus for occupational therapy. *CJOT*.1991. Vol.58: No.4, pp.171-179.
14. Craik, J., Rappolt, S. Theory of research enhancement: A model for occupational therapy. *CJOT*.2003. Vol.70: No.5, pp. 266-275.
15. Yerxa, E. An Introduction to Occupational Science; A Foundation for Occupational Therapy in the 21st Century. *OT in Health Care*.1990. Vol.6: No.4, pp.1-17.
16. Wilcock, A.A. Occupational Science: The Key to Broadening Horizons. *BJOT*.2001. Vol.64: No.8, pp.412-417.
17. Cohen, J.E., Human Population; The Next Half Century. *Science* 302, 1172 2003. DOI: 10:1126/science.1088665.
18. Zhang, K.H., Song, S. Rural-urban migration and urbanization in China: evidence from time-series and cross-section analyses. *China Economic Review* 2003. 14, pp.386-400.
19. Indavere, M., Stefanolo, M. Taller de Sexualidad en pacientes con patología neurológica adquirida. *WFOT Bulletin*. 2013. Vol. 67: pp. 57-60.
20. Gómez, E. Intervención de Terapia Ocupacional con familiares de usuarios de servicios psiquiátricos. *WFOT Bulletin*. 2013. Vol. 67: pp. 17- 20.
21. Pradolini, V. Políticas y prácticas para el fortalecimiento familiar. *WFOT Bulletin*. 2013. Vol. 67: pp. 30-32.
22. Hahn, E., DeRuiter, C. Family Empowerment at Centro Ann Sullivan del Perú. *WFOT Bulletin*.2013. Vol. 67: pp. 22-26.
23. Grupo T.O. en Alerta Chile. T.O. en Alerta Chile: Contribuyendo a la preparación y respuesta ante catástrofes. *WFOT Bulletin*. 2011.Vol. 63: pp. 61-62.

24. González, A. Situación de Emergencia en Venezuela ¿Estábamos preparados? WFOT Bulletin. 2012. Vol. 65: pp. 57-61.
25. World Health Organization. The World Health Report 2008. WHO, Geneva, Switzerland. 2008. pp.42-55.
26. Renkow, M., Hooever, D. Commuting, Migration and Rural-Urban Population Dynamics. J. of Reg. Sc. 2002. Vol.40: Issue 2, p.261-287. DOI: 10.1111/0022-4146.00174.

Traducción al castellano: Carmen Forn de Zita, Delegada por Venezuela ante la WFOT. Octubre 2013.