

Limitaciones epistemológicas en el proceso de formación profesional del rehabilitador en salud para su desempeño como terapeuta ocupacional

Epistemological limitations in the process of vocational training of the health rehabilitation therapist for his performance as occupational therapist

Lic. Pedro Oropesa Roblejo,^I Dr. Ventura Puente Saní,^{II} Dr.C. Clemente Couso Seoane^{III} y Lic. Isis Mercedes García Wilson^I

^I Facultad de Tecnología de la Salud "Dr. Juan Manuel Páez Inchausti", Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

^{III} Facultad No. 1 de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

En las instituciones de educación superior de ciencias médicas que atienden especificidades en cuanto a la relación funcionamiento-discapacidad-salud, se revelan cambios positivos con vistas a lograr un alto nivel profesional. A tales efectos se realizó la presente investigación, en la cual se describen algunas insuficiencias existentes en el proceso de formación del rehabilitador en salud, que pudiesen dañar su posterior desempeño como terapeuta ocupacional, cuyo quehacer incluye la valoración de necesidades, la estandarización de tratamientos con condiciones específicas de salud, la rehabilitación y la evaluación de los resultados de un individuo con una determinada condición de salud, y sus factores contextuales.

Palabras clave: formación profesional, rehabilitación en salud, terapia ocupacional, ciencias de la ocupación, universidades.

ABSTRACT

In the higher education institutions of medical sciences which are in charge of specificities as for the relationship functioning-disability-health, positive changes are revealed for achieving a high professional level. For this effects, the present investigation was carried out, in which some deficiencies existing in the training process of the health rehabilitation therapist are described that can damage their future performance as occupational therapist, whose tasks include the evaluation of needs, the standardization of treatments with specific health conditions, the rehabilitation and the evaluation of the results of an individual with a certain health condition, and its contextual factors.

Key words: vocational training, rehabilitation in health, occupational therapy, occupational sciences, universities.

INTRODUCCIÓN

A la luz de las nuevas concepciones sobre discapacidad y funcionamiento, y las exigencias que la ciencia de la ocupación ejerce como instrumento y vía de terapia

ocupacional, la actualidad demanda un alto nivel de capacitación de los profesionales de la rehabilitación. Por ello, se requieren sólidos conocimientos que garanticen la proyección del tratamiento rehabilitador como movimiento cíclico y progresivo.

De ahí que este artículo gire en torno a un proceso imprescindible en los momentos actuales de la práctica de la rehabilitación integral, puesto que se precisa validar un nuevo posicionamiento en la formación de los profesionales que tienen en sus manos la inclusión social de las personas con discapacidad.

Apremia, entonces, lograr una formación sólida del rehabilitador en salud, que le permita en su campo de acción desempeñarse como terapeuta ocupacional y, para ello, se ha de encontrar una interpretación y explicación de dicha formación, por lo cual se ofrecen teorías científicas significativas que posibiliten reconocer este proceso formativo como garantía indispensable para los rehabilitadores.

DESARROLLO

El desarrollo de la profesión de terapia ocupacional se ha ido perfilando en estas últimas décadas, como una de las piedras angulares en la rehabilitación de pacientes con diversas discapacidades y, por supuesto, del amplio abanico biopsicosocial que supone el ser humano. La terapia ocupacional en pos de su objetivo final: la recuperación funcional de las personas, y en su último extremo: la funcionalidad social, la sitúan como una de las profesiones con mayor calado e interés para el desarrollo de una moderna asistencia a las personas con disfunciones, ya sean físicas, sociales, psíquicas o sensoriales, en todo el mundo.

Por otro lado, al analizar el proceso de formación del rehabilitador en salud, quien en la praxis se desempeñará, además, como terapeuta ocupacional en Cuba, y al comparar las particularidades de este proceso con el de universidades de Europa y América, fundamentalmente, se observan diferencias sustanciales, en el plano epistemológico, que no están relacionadas directamente con cuestiones vinculadas a diferencias culturales o socioeconómicas y que evidencian la existencia de enfoques obsoletos y concepciones que no responden a los resultados de investigaciones más actualizadas sobre el objeto, el contenido y los métodos fundamentales de la profesión.¹⁻⁶

Tales insuficiencias generan contradicciones en el diseño y el desarrollo de las interrelaciones necesarias entre los componentes académico, laboral e investigativo, lo cual afecta, de una manera u otra, el proceso formativo del futuro profesional.

Las limitaciones, que en el plano epistemológico y, en consecuencia, en el diseño y desarrollo de los componentes académico, laboral e investigativo, se producen en el proceso de formación del rehabilitador en salud para su desempeño como terapeuta ocupacional, pueden ser sintetizadas en 3 direcciones fundamentales:

- 1) Los problemas del enfoque epistemológico de la ocupación como vía e instrumento terapéutico de la terapia ocupacional.
- 2) Los problemas del enfoque epistemológico de la discapacidad y el funcionamiento humano.
- 3) Los problemas del enfoque epistemológico de la relación terapeuta-paciente.

Tal como refiere Willard,⁷ uno de los pasos para alcanzar el profesionalismo es poseer un cuerpo de conocimientos basado en la investigación. En el caso de la terapia ocupacional, dicho proceso ha tomado la forma de una ciencia básica: la ciencia de la

ocupación, la cual se dedica al estudio del ser humano como ser ocupacional y aborda los distintos dilemas que atañen a la profesión, la práctica profesional y la académica.

La búsqueda de una ciencia que introdujera la ocupación como medida terapéutica y que estudiara el efecto de la ocupación sobre el ser humano, ha vivido distintas etapas, desde la formulación de las premisas de la terapia ocupacional, hasta la fundación formal de la ciencia de la ocupación en 1980. En la actualidad, la ciencia de la ocupación se nutre de diversas perspectivas culturales y ha llegado a constituir un movimiento global, desarrollando múltiples actividades alrededor del mundo, que dan cuenta de la expansión que vive esta disciplina. Todo este proceso ha permitido desarrollar un cuerpo de conocimientos cuyo foco central es la ocupación, lo cual brinda un soporte que enriquece la práctica de la terapia ocupacional,⁸⁻¹¹ para constituir una de las principales fortalezas de la relación entre la ciencia de la ocupación y la terapia ocupacional.

Al respecto, la ciencia de la ocupación es considerada como tal, porque posee procesos sistemáticos de recolección de datos para la generación de conocimientos. A su vez, es una ciencia multiprofesional, dado que integra diversos saberes; y al centrarse en el comportamiento humano, se considera afín con otras ciencias sociales como la antropología, la psicología y la sociología.

Como una disciplina emergente, la ciencia de la ocupación realiza un estudio sistemático del comportamiento humano, cuya meta es desarrollar una base sistemática que describa y entienda la participación en ocupaciones, por medio del estudio sistemático de la forma, la función y el significado de la ocupación, con énfasis en el papel crítico que desempeñan las ocupaciones al incidir en la salud y el bienestar humanos.

Asimismo, el campo que articula los saberes producidos por la ciencia de la ocupación y la práctica de la terapia ocupacional, debe considerar las dimensiones que la ocupación abarca en el campo existencial de los sujetos, la construcción simbólica de los quehaceres en una determinada cultura y los significados y repercusiones en el campo de la salud y el ámbito social. Todo ello exige superar una concepción exclusivamente biomédica, es decir, considerar la inclusión de 3 aspectos íntimamente relacionados: a) el funcionamiento de las estructuras y funciones corporales (organismo), b) las capacidades de desempeñar actividades (actividad), y c) la participación social (participación). Esta concepción permite armonizar el campo de la ocupación y su relación con la salud del sujeto, pues es obvio que un problema de salud involucra, tanto las debilidades del organismo, como las alteraciones del desempeño en las actividades y las restricciones en la participación social de la persona.

El ser humano se relaciona e interacciona con el medio desde su aspecto funcional, concreción última de sus múltiples facetas individuales y contextuales. Esta funcionalidad debe ser estudiada de forma holística. La expresión de la funcionalidad se traduce en la práctica humana a través de la ocupación; de ahí que la terapéutica, a través de la ocupación, sea la herramienta del terapeuta ocupacional. La ocupación y su significado ponen en relieve, de forma objetiva, la interacción del individuo con su entorno inmediato. La terapia ocupacional se ocupa del estudio, el análisis y la posterior síntesis terapéutica del uso de la ocupación, como herramienta de intervención para conseguir la plena funcionalidad social. Este funcionamiento se conoce como recuperación de las actividades laborales de la vida diaria, y del ocio y la recreación, y es la principal función de los terapeutas ocupacionales.

La terapia ocupacional -- profesión que tiene una visión del individuo fuertemente humanista -- recoge en sí misma la esencia de la funcionalidad y el desarrollo de

ocupaciones, en un contexto que engloba el binomio individuo-entorno, toda vez que el entorno limita o potencia la funcionalidad; por ello es que forma parte del estudio de dicha interacción. El conocimiento acerca de las características del entorno para facilitar o para dificultar el pleno desarrollo y la participación humana, es una cuestión de primer orden para el terapeuta ocupacional en cuanto a lograr la máxima calidad de vida y el bienestar de las personas aquejadas o no por enfermedades. Por otro lado, como medio terapéutico se destaca que en la medida en que la ocupación puede constituirse como una forma de dar sentido y significado a la existencia, se constituye como un elemento simbólico que contribuye al bienestar psicológico, físico y espiritual del ser humano.

Por otro lado, la recuperación funcional social de las personas, como objetivo final de la terapia ocupacional, exige a la profesión sustentar sus acciones en un contexto epistemológico que responda a los resultados más actuales sobre el funcionamiento humano, la discapacidad y la salud. Este problema solo puede ser resuelto sí en el marco de la formación y la práctica del rehabilitador en salud, que posteriormente se desempeñará en la terapia ocupacional; de hecho, cualquier acción académica o profesional tiene su sustento teórico en las concepciones descritas en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

Con referencia a lo anterior, la CIF fue aprobada en la quincuagésima cuarta Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 2001, y a diferencia de la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión), que brinda un marco conceptual basado en la causa de las enfermedades, la CIF está centrada en describir la funcionalidad, y su propósito es valorar los efectos de la entidad clínica en la vida cotidiana de los individuos.¹²

El modelo del funcionamiento y la discapacidad que propone la CIF es eminentemente psicosocial que, sin negar la incidencia de factores biológicos, sustituye al modelo médico anteriormente utilizado. Este último considera la discapacidad como un problema de la persona, directamente causado por una enfermedad, algún trauma o condición de salud, que requiere cuidados médicos, prestados en forma de tratamiento individual por los profesionales. En este modelo el tratamiento está encaminado a conseguir la cura, o a una mejor adaptación de la persona y a un cambio en su conducta.

En cambio, el modelo biopsicosocial propugnado por la CIF, considera la discapacidad como un problema de origen social y, principalmente, como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. Así, la discapacidad no es considerada como un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto y entorno social. En consecuencia, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de la persona con discapacidad, en todas las áreas de la vida social.

Por último, en la práctica profesional del terapeuta ocupacional los resultados en el alcance de la funcionalidad del paciente, dependen en mucho del logro de lo que se ha dado en llamar "alianza terapéutica" que, según Blesedell Creapeau *et al*,¹³ está basada en el manejo de la relación terapéutica y del proceso grupal en el que están contextualizadas una parte importante de las intervenciones del terapeuta ocupacional. Por tanto, esta alianza es la consecuencia del manejo habilidoso de la relación con el paciente de forma individual, y de la relación con el grupo con el que comparte el espacio de terapia ocupacional.

Para otros autores,¹⁴ la relación terapéutica es la utilización de los atributos del terapeuta ocupacional de manera artística y selectiva, con el fin de facilitar la terapia; entendiendo la parte "artística" como la selección de los aspectos de la personalidad del terapeuta, las actitudes, los valores y las respuestas que pueden ser relevantes y de ayuda, a la vez que suprime lo que pudiera ser menos apropiado para el paciente en cuestión.

Asimismo, Bellido Mainar y Berrueta Maeztu¹⁵ plantean que las habilidades profesionales que permiten una adecuada atención terapéutica de la relación profesional-usuario, son: el autoconocimiento, la accesibilidad y proximidad del profesional, la coherencia, la flexibilidad, la escucha activa, la empatía, la comunicación verbal y no verbal y el liderazgo.

Es cierto que el terapeuta ocupacional además de instruir en cómo realizar el desempeño ocupacional, contribuye con su propia forma de relacionarse, al desarrollo de habilidades en el usuario, vinculadas con capacidades para autodirigir la propia vida, tales como: la motivación, la expresión de emociones y opiniones, la aceptación de las limitaciones, entre otras; o sea, el terapeuta ocupacional constituye para el usuario un modelo que trasciende el cómo desempeñar una ocupación.

Debe agregarse que en el modelo de relaciones intencionales para terapeutas ocupacionales, basado en la relación usuario-terapeuta, se centra la relación terapéutica en 3 elementos que el profesional debe analizar y tener en cuenta a la hora de diseñar, implementar y evaluar su intervención:¹⁵

1. Las características interpersonales del cliente: incluye cómo reacciona el cliente en el momento ante situaciones concretas como el dolor, el deterioro, el estigma, los obstáculos, la ayuda, la frustración, entre otros; así como sus rasgos estables: formas de comunicación, respuesta habitual a los cambios, por citar algunos.
2. Los acontecimientos interpersonales que ocurren en la terapia: situaciones inevitables, habitualmente imprevisibles que generan tensión en la relación terapéutica. Estos acontecimientos pueden constituir oportunidades si el terapeuta es capaz de manejarlos, con vistas a reparar o fortalecer la relación terapéutica.
3. El terapeuta: se plantea que él mismo debe ser capaz de manejar 3 capacidades esenciales:
 - Habilidades interpersonales básicas.
 - Modos terapéuticos y actitudes profesionales, según el momento de la relación (defender, colaborar, empatizar, alentar, instruir y resolver problemas).
 - Razonamiento interpersonal de base que permita una "vigilancia" mental de los aspectos interpersonales de la terapia, que posibilite al profesional anticipar la respuesta terapéutica.

Los fundamentos epistemológicos anteriormente defendidos, y que constituyen elementos esenciales de la profesión y, consecuentemente, del diseño y desarrollo del proceso de formación del rehabilitador en los centros educacionales del mundo entero, se constituyen en limitaciones de los profesionales de la terapia ocupacional en Cuba. Estas limitaciones ya se manifiestan en la obra de Gómez Martínez y Artemán Cremé,¹⁶ concebida para responder a las limitaciones que la bibliografía básica de la carrera experimenta en este país, y que pretende servir de apoyo al programa de estudio para la formación del terapeuta ocupacional.

En dicha obra no se declara con claridad a la ocupación como instrumento y vía de la profesión; situación que se evidencia en el programa de estudio, donde no se contempla el estudio de la ciencia de la ocupación y su vinculación con la terapia ocupacional; por el contrario, se concibe la ergoterapia como modalidad de la terapia ocupacional, a la que

se añaden, como modalidades independientes, el entrenamiento de las actividades de la vida diaria, la ludoterapia y las actividades recreativas. Esta forma de concebir el tratamiento, lejos de permitir fundamentar la importancia de la ocupación en la rehabilitación física, psíquica y social del individuo, a partir de una visión holística de sus elementos, obliga a un análisis particular de cada modalidad, con lo cual se pierde su connotación holística en la comprensión de la rehabilitación funcional social.

De igual manera, el análisis de los conceptos básicos de la terapia ocupacional parte -- en la obra ya citada -- del modelo médico sustituido por el modelo eminentemente social propuesto por la CIF, y utilizado a nivel mundial desde el 2001. Por ese motivo se continúa proponiendo un concepto de discapacidad centrado en la persona, se continúa utilizando el término "minusvalía", ya obsoleto, y se mantienen las relaciones entre deficiencia, discapacidad y minusvalía propugnado por la Organización Mundial de la Salud hace más de 2 décadas, y negado por ella misma en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. Estos fundamentos epistemológicos a los que responde el programa de estudio para la formación del terapeuta ocupacional en Cuba, lejos de contribuir, obstaculizan la formación de un profesional cuyo objetivo fundamental pretende ser la rehabilitación funcional y social de sus usuarios.

Finalmente, las necesidades que en términos de conocimientos y habilidades impone la relación terapeuta-paciente en la práctica de la terapia ocupacional, exigen del proceso de formación, la inclusión de contenidos en el futuro profesional, vinculados al desarrollo de la inteligencia emocional (conciencia de sí mismo, autorregulación, motivación, empatía y habilidad social), asertividad y liderazgo; cuestiones estas que están totalmente ausentes en el programa de estudio para la formación del terapeuta ocupacional.

Tales limitaciones en la formación del terapeuta ocupacional dificultan en la práctica profesional el logro de un objetivo esencial: lograr la autonomía y la participación social del paciente con discapacidad.

CONCLUSIONES

La formación de un profesional de la rehabilitación en salud, de perfil amplio, quien se desempeñará además en su campo de acción como terapeuta ocupacional, debe sustentarse en los cuerpos de conocimiento que dieron forma al arte y la ciencia de la terapia ocupacional.

Este proceso tiene un papel fundamental, pues garantiza que estos alumnos vayan construyendo la identidad profesional, y encontrando, desde el inicio de su formación, el propósito y el significado de las nuevas direcciones de la disciplina.

Los autores de este trabajo creen que examinando los valores, las creencias y los fundamentos epistemológicos, anteriormente defendidos, en el proceso de formación de los profesionales cubanos de la rehabilitación, se responderá a la creciente competencia que exige la atención a personas con discapacidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez de Heredia-Torres M, Brea-Rivero M, Martínez-Piédrola RM. Origen de la terapia ocupacional en España. *Rev Neurol*. 2007 [citado 17 Feb 2012]; 45(11): 695-8.
2. Pellegrini M, Mattei M. Las ocupaciones en la formación disciplinar de terapia ocupacional, necesidad de cambio y fundamentación [citado 17 Feb 2012].
3. Austin Millán TR. Fundamentos sociales y culturales de la educación. Santiago de Chile: Editorial Universidad Arturo Prat; 2000.
4. Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional. Libro Blanco de la Diplomatura en Terapia Ocupacional. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2004.
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de la asignatura Rehabilitación en Terapia Ocupacional. La Habana: MINSAP; 2010.
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Viceministerio de Docencia e Investigaciones Universidad de ciencias médicas de la Habana. Currículo de la carrera de licenciatura en rehabilitación de la salud. Ciudad de la Habana. 2010
7. Willard HS, Spackman CS, Hopkins HL, Smith HD. Occupational therapy. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 1988.
8. Molinas de Rondina J. Ocupación y significado: Aportes a terapia ocupacional desde un modelo constructivista. 2006 [citado 27 Feb 2012]. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Ocupacion_significado_constructivismo_Molinas_Rondina.shtml
9. Morrison Jara R. Metáforas: conceptos y perspectivas para la reflexión crítica desde la Filosofía de la Ocupación Humana. Espacio T.O. Venezuela. 2011 [citado 2 Sep 2012]; (7). Disponible en: http://www.espaciotovenezuela.com/pdf_to/metaforay_filosofia.pdf
10. Carrasco J, Olivares D. Haciendo camino al andar: construcción y comprensión de la Ocupación para la investigación y práctica de la Terapia Ocupacional. *Rev Chilena Terapia Ocupacional*. 2008 [citado 3 Nov 2012]; 8: 5-16.
11. Moruno Miralles P, Romero Ayuso DM. Terapia ocupacional en salud mental: la ocupación como entidad, agente y medio de tratamiento. *TOG (A Coruña)*. 2004 [citado 3 Nov 2012]; 1(1): 18.
12. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF). Washington, D.C.: OPS; 2001.
13. Blesedell Crepeau E, Cohn ES, Boyt Schell BA. Terapia ocupacional. Madrid: Editora Médica Panamericana; 2005.
14. Polonio López B, Durante Molina P, Noya Arnaiz B. Conceptos fundamentales de terapia ocupacional. Madrid: Editora Médica Panamericana; 2001.

15. Bellido Mainar JR, Berrueta Maeztu LM. La relación terapéutica en terapia ocupacional. TOG (A Coruña). 2010 [citado 2 Sep 2012]; 8(13).
16. Gómez Martínez AM, Artemán Cremé I. Terapia ocupacional. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.

Recibido: 21 de octubre de 2013.
Aprobado: 30 de octubre de 2013.

Pedro Oropesa Roblejo. Facultad de Tecnología de la Salud "Dr. Juan Manuel Páez Inchausti", km 2 ½ y Autopista, Carretera de El Caney, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: almaoro@fts.scu.sld.cu