

LOS TERAPEUTAS OCUPACIONALES Y NUESTRAS IDEAS IRRACIONALES

THE OCCUPATIONAL THERAPISTS AND OUR IRRATIONAL IDEAS.

Soraya Masa Moreno

Terapeuta Ocupacional, sorayamasa@eresmas.com

Angela Domínguez Clemente

Terapeuta Ocupacional, angelica_dom@hotmail.com

Valentín Mendo Gómez

Terapeuta Ocupacional, valenvalen80@hotmail.com

RESUMEN

Con este texto se pretende hacer un acercamiento a pensamientos que creemos tenemos en común la mayoría de los terapeutas ocupacionales, en lo que a nuestro trabajo y a nuestra práctica diaria se refiere. Estas ideas que tenemos en común si se analizan cuidadosamente, y siguiendo a Ellis, A. y Grieger, R. (1977), son ideas irracionales. Para fundamentar esto, se ha comparado algunos de los pensamientos que con más frecuencia compartimos los terapeutas ocupacionales con algunas de las ideas irracionales que explica este autor. De esta comparación, surge la opinión de que muchas veces nuestra manera de pensar no es correcta o racional.

ABSTRACT

With this text it is tried to make an approach to thoughts, that we create we have in common most of the occupational therapists, in which to our work and our daily practice one talks about. These ideas that we have in common if they are analyzed carefully, and following Ellis, A. and Grieger, R. (1977), are irrational ideas. In order to base this one has compared some of the thoughts that with more frequency we shared the occupational therapists with some of the irrational ideas that east author explains. From this comparison, the opinion arises from which often our way to think is not correct or rational.

PALABRAS CLAVES: Terapia ocupacional, Ideas Irracionales; procesos mentales, pensamiento.

KEY WORDS: Occupational therapy; irrational idea; thinking; Mental Processes

I. INTRODUCCIÓN

El artículo que a continuación presentamos, no es un artículo científico, ni una explicación de un tema de trabajo o aplicación de una técnica determinada para un paciente concreto. Este artículo más que sobre nuestra profesión en sí, habla de los *pensamientos que tenemos la mayoría de los terapeutas ocupacionales*, en lo referente a la manera de ver nuestra práctica diaria, nuestra profesión y su estado actual. Por lo tanto, el método que predomina en este artículo es la introspección y lejos de fines científicos o investigadores, el objetivo y el resultado que se pretende con él es invitar a la reflexión y a la identificación de los profesionales de la terapia ocupacional con lo que aquí se expone.

II. CÓMO VAMOS ADQUIRIENDO NUESTRAS IDEAS IRRACIONALES

Los terapeutas ocupacionales, como todos los seres humanos, no nacemos con los pensamientos creados, sino que estos se van formando e instaurando poco a poco, a lo largo de nuestra vida académica y profesional.

Nuestro primer contacto con la disciplina, se produce cuando empezamos a estudiar *en la Universidad. Ya allí, se nos concienta rápidamente de lo desconocida que es nuestra profesión en la sociedad*, del gran intrusismo que sufrimos, de la necesidad de darnos a conocer y de demostrar lo beneficiosa que puede ser la Terapia Ocupacional como disciplina de rehabilitación. Esta necesidad de demostrar quienes somos y lo que hacemos no es solo a nivel social, global, sino también de cara a otros profesionales, con los que

compartiremos equipos de trabajo y que no habrán oído hablar en su vida de la Terapia Ocupacional, hasta que nos conozcan. Así, de la Universidad salimos con un montón de conocimientos (algunos bastante inconexos), con el título de Diplomado y con el pensamiento anteriormente expuesto fuertemente instaurado.

El paso siguiente es encontrar un trabajo, para ello ya sabemos (nos lo dijeron en la Universidad) que nos vamos a encontrar intrusismo, jefes de... que no saben nada de la Terapia Ocupacional... por ello la mayoría piensa en abrirse camino enviando proyectos aquí y allí, informando en centros dónde la Terapia Ocupacional sería necesaria y actualmente no existe, denunciando ante asociaciones casos de intrusismo... en esto no somos diferentes de cualquier otro diplomado que acaba la carrera y busca trabajo. *Lo que sí nos hace diferentes* es el intentar instaurar la Terapia Ocupacional allí dónde pensamos que hace falta y no existe. Otros profesionales mandan curriculums simplemente para optar a un trabajo que se oferta, normalmente nosotros pensamos en enviar proyectos que explican lo que se podría hacer desde Terapia Ocupacional en el centro en cuestión, e incluso trabajamos durante un tiempo como voluntarios con la esperanza de que les guste lo que hacemos y nos contraten. Evidentemente, si se ofertan plazas, también mandamos simplemente el currículo como los demás.

Los afortunados que acceden a un puesto de trabajo, adquieren el rol de trabajador remunerado, pero normalmente, los pensamientos preconcebidos no

se pierden, sino que se adquieren otros nuevos. Estos vienen normalmente determinados por la pertenencia a grupos de trabajo, y la necesidad nuevamente de demostrar lo eficaz que puede ser la Terapia Ocupacional y los terapeutas, en comparación y relación a otras disciplinas y profesiones.

Sucede también, *que cuando empezamos y permanecemos mucho tiempo en un campo de trabajo*, esto es, geriatría, salud mental, discapacidad física, pediatría...nos especializamos bastante, esto es lógico. *El problema empieza cuando intentamos buscar la base teórica de lo que hacemos*, de las técnicas que aplicamos... entonces comienza el malestar general, porque no encontramos una base sólida en la que fundamentar nuestra practica diaria. Nos ponemos a buscar y vemos que aplicamos técnicas de psicología, de medicina rehabilitadora... todo relacionado con la actividad por supuesto, pero en ningún sitio plasmado como técnicas de Terapia Ocupacional. En este momento pensamos, que la disciplina está completamente disgregada, que necesitamos bases teóricas más fuertes y sólidas que abarquen tanto la evaluación del paciente, como la planificación e implementación del tratamiento. Es entonces cuando caemos en la cuenta de que *la mejor herramienta que podemos utilizar es uno de los modelos teóricos existentes en Terapia Ocupacional*, con el fin de encuadrar y dar sentido a nuestros tratamientos. Con esta idea nos formamos en los distintos modelos (que nos numeraron en la Universidad y en los mejores casos nos explicaron), con el fin de optar por el más adecuado para nuestro trabajo, pero rápidamente tomamos conciencia de que ninguno es perfecto... el MOH posee muchas y útiles

herramientas de evaluación, pero no especifica técnicas de tratamiento propias. Reflexionas, y decides profundizar en otros, por ejemplo el modelo de Reed y Sanderson y ves que recoge la información de forma útil y práctica pero que carece de herramientas de evaluación y de tratamiento propias. Ante esta situación, en la que ninguno es perfecto, la opción más lógica y por tanto más frecuente es elegir el mejor de los imperfectos para nuestro trabajo. Otra opción es no decantarse por ninguno y seguir haciendo las cosas según salen. Afortunadamente la última opción cada vez es menos frecuente. Tenemos que estar contentos por ello, porque de este hecho se debe en gran parte la situación de indefinición que tenemos en nuestra profesión y en su base teórica.

Una vez que más o menos nos ubicamos, y encontramos sentido a lo que hacemos y lo encuadramos en un modelo determinado, empezamos a relacionarnos con otros terapeutas que trabajan en el mismo campo, con el mismo modelo, y como decía antes logramos una especialización muy alta.

La alta especialización viene dada por nuestra formación continua, por nuestra asistencia a congresos de los diferentes ámbitos en los que trabajamos y por la participación en *nuestros congresos...* que decir de nuestros congresos... Si pensamos en ellos, vemos que en la mayoría se explican los trabajos que realizan unos y otros en un ámbito determinado, en el que están fuertemente especializados, y que pueden tener un interés más o menos general. Evidentemente esta parte clínica es la que hace atractivo el congreso en cuestión, pero aún así, en todos hay un componente reivindicativo, en el que

nos animamos a la unión de fuerzas, a la cohesión para implantar el conocimiento de esta profesión en la sociedad, por abrirnos un hueco en igualdad de condiciones con otras disciplinas... esto es inevitable... si fuéramos realistas, deberíamos incluir en los trípticos de nuestros congresos un apartado "para desahogarse".

Además de en eventos profesionales, los Terapeutas Ocupacionales, como animales sociales que somos, *nos relacionamos y salimos por ahí juntos con otra gente*. En esta situación, y cuándo hay más de un Terapeuta, se dan las dos condiciones suficientes y necesarias para que la conversación del grupo acabe siendo la Terapia Ocupacional, lo que hacemos y lo que tenemos pensado, da igual que los demás no tengan ni idea de lo que decimos, pero a nosotros nos apasiona tanto que les envolvemos y nos escuchan. Aunque puede ser que por educación, no se atrevan a decirnos que nos callemos, que también puede pasar.

A pesar de todo ello, de la falta de conocimiento que hay sobre la Terapia Ocupacional, de lo indefinido de nuestra profesión, de la carencia de una teoría fuerte... lo cierto es que *a los terapeutas nos apasiona nuestra profesión, hablar de ella*, filosofar sobre sus carencias y los problemas que tenemos. Es más normal entre nosotros hablar de Terapia Ocupacional en general, que de nuestro trabajo concreto. Se puede decir que más que el rol de trabajador en sí, tenemos muy interiorizado el rol de terapeuta ocupacional, y los pensamientos que como antes hemos visto tiene añadidos.

III. ANÁLISIS DE LAS IDEAS IRRACIONALES

El rol de terapeuta ocupacional como dijimos, conlleva una serie de pensamientos que tenemos y que si reflexionamos sobre ellos, siguiendo a Ellis ,A. y Grieger, R. (1977), resultan irracionales. Ellis considera las ideas irracionales como creencias, proposiciones cognitivas, que están fuertemente arraigadas en la estructura cognitiva del sujeto. Para este autor, la tendencia humana hacia el pensamiento irracional es el núcleo de la mayoría de los trastornos psicopatológicos, convirtiéndose así el trabajo sobre estas ideas irracionales en el núcleo de su terapia racional-emotiva. La base de esta terapia, al igual que en otras de corte cognitivo, descansa en el hecho de que el cambio psicológico, terapéutico, se derivará del trabajo, modificación o construcción alternativa de estas estructuras cognitivas rígidas, para Ellis irracionales, que determinan los pensamientos, comportamientos y sentimientos de las personas.

Si tenemos en cuenta la "lista de ideas irracionales" que estos autores proponen, vemos que muchas de ellas están presentes en nuestros propios pensamientos, y en como entendemos que debemos comportarnos por ser quienes somos o estar en la situación que estamos.

A continuación vamos a ver de la "lista de ideas irracionales" de Ellis, aquellas que frecuentemente aparecen en los pensamientos que tenemos los terapeutas ocupacionales, y que están en la mayoría de nosotros.

A). Es absolutamente necesario ser amado y aprobado por los demás en casi todo momento. Esto fue así formulado por el autor como una idea irracional, adaptando esto a la situación que nos ocupa, podemos decir que los terapeutas, pensamos como necesario ser reconocidos por otros profesionales, así como por la sociedad en general. Sentimos que podemos aportar mucho en muchos sitios, y por el propio desconocimiento de los demás no se nos hace caso.

B). Los sucesos externos causan gran parte de la infelicidad humana y tengo poca capacidad para controlar mis sentimientos o para librarme de la depresión, de la hostilidad y sentimientos similares. Traído esto al campo que nos ocupa diríamos que la mayoría de los terapeutas ocupacionales pensamos que la situación por la que atraviesa actualmente la Terapia Ocupacional se debe a que la gente no está informada, no nos conocen, y por lo tanto otros profesionales nos pisan el terreno... mostramos así una fuerte atribución externa de nuestros males. Debemos reflexionar aquí, con una adecuada capacidad de autocrítica, sobre si los terapeutas hemos hecho esfuerzos para darnos a conocer, para trabajar realmente con la cohesión que reivindicamos, y que la mayoría de las veces queda en palabras más que en hechos. A lo mejor el que no seamos conocidos se debe más a que no hemos sabido llegar a la sociedad, que al desconocimiento de los demás.

C). Puedo alcanzar la felicidad a través de la inercia y la no acción, o disfrutando de mi mismo pasivamente y sin comprometerme. Este pensamiento

además de ser más o menos común entre los terapeutas, está muy determinado por las variables personales de cada uno. Hace referencia al hecho de implicarse en intentar cambiar los males que nos aquejan, o por el contrario dejarse llevar por la inercia, y por lo que hagan otros, queriendo eso sí que las cosas mejoren para el colectivo. Es lícito terminar una carrera e intentar encontrar trabajo, pero lo que no es muy lógico, es no hacer nada o no implicarse con nada y querer que las cosas cambien, todos sabemos eso de que el movimiento se demuestra andando, y nuestra situación es cómo para moverse... Mostramos unicidad de pensamientos pero no de acción, nuestras palabras normalmente quedan en nada, porque no tenemos cohesión real, organizada y persiguiendo objetivos, sino que vamos en bandada, unos por un lado y otros por otro, o simplemente cada uno a lo suyo. En nuestra situación sería vital dejar de hablar y empezar a hacer, comprometerse con la situación e ir evolucionando y progresando en la implantación social de nuestra profesión, pero como colectivo, no como seres aislados carentes de presión.

Destacamos estas tres ideas irracionales como las más frecuentes en el pensamiento de los Terapeutas Ocupacionales, que no quiere decir que sean las únicas. Cómo hemos ido viendo en cada una de ellas y como su nombre indica, no son reales... no es cierta siempre la manera en que pensamos.

Debemos asumir la responsabilidad que cada uno de nosotros tenemos en el hecho de implantar nuestra disciplina y de darla a conocer. Debemos abandonar ese pensamiento de que los demás no creen en la terapia ocupacional, no la entienden... y empezar a pensar que a lo mejor somos

nosotros los que tampoco tenemos muy claro que es la Terapia Ocupacional. No sería un mal comienzo intentar plasmar lo que hacemos los terapeutas en común, o sea, los puntos centrales de intervención que nos definirían, independientemente del modelo o de la especialidad en que trabajemos. Es difícil intentar que los demás nos conozcan si nosotros mismos tenemos dudas. Sobre la seguridad de nuestra identidad es como podemos darnos a conocer.

Debemos abandonar igualmente ese sentimiento de inferioridad que mostramos de cara a otros profesionales, somos universitarios bien formados (en la mayoría de los casos), a los cuales no nos han regalado nada. No se trata de mirar siempre a lo que piensan los demás o como ven nuestra profesión, sino de estar seguros y confiados en que es lo que hacemos y porqué, esta seguridad, sí se refleja en los demás.

Nuestra profesión no es una lucha, no tenemos que luchar, sólo somos una disciplina de rehabilitación más... pero hasta ahora los terapeutas ocupacionales no nos hemos organizado bien. Debemos pensar si no es la hora de asociarnos, de agruparnos, de cohesionarnos... pero de verdad... con el objetivo de hacer, de proponer cambios y avances, y dejar de lado la palabrería vana que no lleva a ningún sitio. Entre todos será más fácil llegar a organismos legales, a instituciones... a aquellos sitios que actualmente no nos contemplan y en los cuáles sabemos tenemos un lugar. Pero ésta es la eterna confusión del ser humano, como ser individual piensa en él, como ser social en él y en los

demás, que prime la individualidad o la sociabilidad depende de factores personales y de circunstancias concretas.

En fin... así nos vemos a nosotros mismos, porque al fin y al cabo somos terapeutas tan irracionales como los demás, pero si que queremos desde el humor hacer una crítica a nuestra manera de pensar, que no siempre es cierta, y en la que desplazamos bastante nuestra responsabilidad hacia el exterior. Desde estas líneas os invitamos a que opinéis sobre este artículo, si os sentís identificados con lo que aquí se ha contado o no. Si tenéis alguna crítica o sugerencia que hacer podéis hacerlo en nuestros correos electrónicos.

IV. BIBLIOGRAFÍA

Feixas, G.; Miró, M. T. (1993) citan a Ellis, A. y Grieger, R. (1977). En. *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Ellis, A. y Dryden, W. (1989): *Práctica de la Terapia racional-emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Ellis, A. y Grieger, R. (1990): *Manual de terapia racional-emotiva, Volumen 2*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Ruiz Fernández, M.A. (1992). *Técnicas cognitivas y terapias cognitivo-conductuales*. Madrid: Fundación Universidad – Empresa- UNED