

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

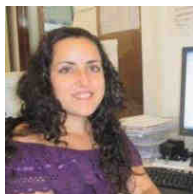
PRAXIS FROM THEORY, IS THE TRANSFERENCE POSSIBLE FROM UNIVERSITY TO REALITY?

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 Therapy²:

"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 trends 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 desempeño³.

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 salud⁴.

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 referencia⁵. 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 intervención⁸. 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 tarea⁹.

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 intervenciones¹⁰.

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 necesidades⁵. 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 ocupacionales⁵.

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 Pedretti¹¹, 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 adscripción¹³.

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 concreto¹⁴.

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 Universidad de Coruña, el Grado en Terapia Ocupacional fue implantado en el curso 2008/2009 y aprobado por la RESOLUCIÓN de 24 de septiembre de 2008¹⁵, 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 PICO¹⁶:

- 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 WFOT¹⁸, 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 elementos¹⁹:

- 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, 1996²⁰

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 proceso²¹. Esto se relaciona, directa y conscientemente, con un proceso de resolución de problemas²².

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 cliente²⁴:

- 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 Hagedorn²² 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 actividad²²:

- 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 funcional²². 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 Yo²²: "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 vehicular 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.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, Schultz-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 Livingstone; 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: overcoming 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