



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN DE SEGOVIA

**PROGRAMA DE DOCTORADO:
INVESTIGACIÓN TRANSDISCIPLINAR EN EDUCACIÓN**

TESIS DOCTORAL

**La Relación Terapéutica y su Enseñanza en
Terapia Ocupacional: análisis de la situación en
España**

Presentada por M^a Cruz Castellanos Ortega
para optar al grado de
Doctora por la **Universidad de Valladolid**

Dirigida por:
**Dr. D. Luis Torrego Egido y
Dr. D. Andrés Palacios Picos**

2016

PROGRAMA DE DOCTORADO:
INVESTIGACIÓN
TRANSDISCIPLINAR EN
EDUCACIÓN

A Juan Tomás, Néstor y Jaime.

AGRADECIMIENTOS

Después de un intenso trabajo, esta tesis ve la luz. No hubiese sido posible sin el apoyo y colaboración de numerosas personas, mi gratitud hacia ellas por sus palabras y gestos de aliento en todo este largo proceso.

Mi agradecimiento a Luis y Andrés, mis directores de tesis, por mantener el timón de la investigación y, sobre todo, por haber confiado en mí. Valoro especialmente su disponibilidad cada vez que me he dirigido hacia ellos, desde los inicios y hasta el final del proyecto siempre han estado ahí. Me han dado la oportunidad de aprender con su buen hacer.

Mi gratitud a Marcelo, la persona con quien he vivido y más me ha enseñado el significado profundo de la vivencia relacional. Buena parte de haber empezado y terminado el trabajo se lo debo a él porque ha creído en mí siempre.

Para mí ha sido un privilegio tener la oportunidad de compartir innumerables momentos con mis pacientes, gracias por dejarme acompañaros en períodos importantes de vuestras vidas. De todas estas experiencias es de donde surgió la idea para la investigación, otro motivo más para estar agradecida. Los alumnos también merecen estar en estas líneas por haberme ayudado con sus inquietudes y actitudes.

Gracias a los colegios y asociaciones profesionales de Terapia Ocupacional que ayudaron en la difusión del cuestionario; especial mención merecen los profesionales de Aytona, sin su colaboración la muestra de este estudio sería mucho menor. Mi reconocimiento a las

personas participantes en la investigación, tanto los terapeutas ocupacionales como las personas responsables de titulación, todos tenemos el tiempo muy justo y, aun así, ellos lo dieron generosamente para que este trabajo fuese posible.

Mi agradecimiento a los compañeros, tanto en el ámbito clínico como en el docente; especialmente a Parejo por darme consejos útiles para la supervivencia en estas circunstancias, a Pilar por su interés, disponibilidad y cariño, a Sofía porque siempre ha estado cuando la he necesitado y a Rafa por su ayuda en la última fase del trabajo. Y, por supuesto, a todos los compañeros del departamento de Psicología y de la Facultad de Educación por su interés y apoyo.

El personal de la biblioteca y administración del campus de Segovia también merecen mi gratitud porque siempre me han facilitado la labor, por muy intensa que en algunos momentos haya sido.

Y, ya en el ámbito más personal, a Juan Tomás porque ha sabido estar conmigo amorosamente, a Néstor y Jaime por colaborar conmigo cuando se lo he solicitado, y a los tres por haber tolerado mis ausencias durante muchas horas. A mis padres, Tomás y Rufina, porque desde mi interior me siguen dando fuerzas y por haberme educado afectuosamente en el valor del esfuerzo y la constancia. A mis hermanos: Maite, Jesús y Adolfo, a mis cuñadas Annie e Inma y a mis sobrinos: Marco, Adrián, Ian y Aitana porque, a veces, los planes familiares se han tenido que modificar. Todos ellos se merecen mi gratitud.

A mis amigos: M^a Antonia y Ramón por su apoyo y cariño, Manuela por su constante interés, Susana por su efusivo empuje, las amigas del Yoshi, Ana y Marta por sus constantes ánimos, Juanjo, por su ayuda efectiva y a Estrella por su amistad incondicional desde que éramos niñas. A todos ellos gracias y recuperaremos el tiempo perdido.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
1. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	3
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	7
3. ESTRUCTURA DE LA TESIS	8
CAPÍTULO I. TERAPIA OCUPACIONAL Y RELACIÓN TERAPÉUTICA	13
1. TERAPIA OCUPACIONAL	14
1.1. Concepto de Terapia Ocupacional	14
1.2. Historia de la Terapia Ocupacional	15
1.3. Evolución de la Terapia Ocupacional	19
1.4. Paradigmas, Marcos de Referencia y Modelos de la Terapia Ocupacional	24
2. RELACIÓN TERAPÉUTICA, USO TERAPÉUTICO DEL YO	37
2.1. Evolución conceptual de relación terapéutica y uso terapéutico del yo	41
2. 2. Conceptos vinculados con la Relación Terapéutica y el Uso Terapéutico del Yo	55
2. 3. Implicaciones en la Práctica e Investigación.....	68
CAPÍTULO II. ENSEÑANZA DEL USO TERAPÉUTICO DEL YO EN TERAPIA OCUPACIONAL	71
1. DESARROLLO HISTÓRICO DE LA ENSEÑANZA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN ESPAÑA.....	72

1.1. Etapas en la evolución de los estudios de Terapia Ocupacional	72
1.2. Comparación de las competencias del Libro Blanco de Terapia Ocupacional y el documento de ENOTHE	76
2. LA FORMACIÓN DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL	80
2.1. La investigación de la enseñanza de la relación terapéutica en Terapia Ocupacional	80
2.3. Investigaciones sobre la formación en Terapia Ocupacional y en relación terapéutica en España.....	109
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN..	113
1. FASES DE LA INVESTIGACIÓN	114
1.1. Primera fase: delimitación del problema, objetivos y metodología a seguir en la investigación.....	114
1.2. Segunda fase: diseño de instrumentos y procedimientos de recogida de información. Recopilación de datos	115
1.3. Tercera fase: análisis de datos y discusión. Elaboración de las conclusiones finales de la investigación.....	116
2. SUPUESTOS BÁSICOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	116
3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	118
3.1. Tres vías de recogida de datos en el diseño de la investigación	119
4. RIGOR EN LA INVESTIGACIÓN.....	152
4.1. Los criterios de rigor del estudio	152
4.2. La metaevaluación: análisis del rigor de la evaluación ..	153
4.3. Implicaciones éticas.....	158
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	161
1. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO: “Uso terapéutico del yo en Terapia Ocupacional”	162
1.1. Parte Primera: acerca del Participante	162

1.2. Parte segunda: acerca de la Práctica	170
1.3. Parte tercera: acerca de la Experiencia Profesional	203
2. COMPETENCIAS AFINES CON LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS PLANES DE ESTUDIOS	210
2.1. Términos afines con la Relación Terapéutica en las Competencias	210
2.2. Elementos de la Relación Terapéutica en los Planes de Estudios de Terapia Ocupacional	216
2.3. Competencias de la Relación Terapéutica en los Documentos Base de Terapia Ocupacional.....	220
3. ENTREVISTAS A RESPONSABLES DE LA TITULACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL.....	225
3.1. Presencia de los conceptos afines con la Relación Terapéutica.....	227
3.2. Áreas de conocimiento a las que pertenece.....	235
3.3. Proceso didáctico	236
3.4. Diferencias entre Diplomatura y Grado	239
3.5. Valoración del Uso Terapéutico del Yo.....	241
3.6. Personalidad versus Formación	243
3.7. En relación a otras profesiones	245
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES	249
1. CONCLUSIONES	251
2. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	276
3. FUTUROS DESARROLLOS.....	278
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	281

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Conceptos teóricos centrales del paradigma de la ocupación</i>	26
<i>Tabla 2. Valores integradores del paradigma de la ocupación.....</i>	27
<i>Tabla 3. Conceptos teóricos centrales del paradigma mecanicista</i>	28
<i>Tabla 4. Valores integradores del paradigma mecanicista.....</i>	28
<i>Tabla 5. Conceptos teóricos centrales del paradigma contemporáneo</i>	31
<i>Tabla 6. Valores del paradigma contemporáneo.....</i>	31
<i>Tabla 7. Modelo de desempeño ocupacional de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional.....</i>	36
<i>Tabla 8. Interrelación entre Relación Terapéutica y Proceso Terapéutico</i>	40
<i>Tabla 9. Principios subyacentes en el Modelo de Relación Intencional</i>	53
<i>Tabla 10. Objetivos de la comunicación terapéutica.....</i>	62
<i>Tabla 11. Comparación de la relación terapéutica entre el documento de ENOTHE y el Libro Blanco.....</i>	77
<i>Tabla 12. Competencias del Libro Blanco y veces que aparece en el documento de ENOTHE en conceptos vinculados a la relación terapéutica</i>	78
<i>Tabla 13. Frecuencia de Enseñanza de los Conceptos y Destrezas a través de los Métodos de Instrucción*</i>	87
<i>Tabla 14. Cronología de la recogida de datos a través de los diferentes instrumentos</i>	121
<i>Tabla 15. Frecuencias y porcentajes de los participantes respecto al género</i>	124
<i>Tabla 16. Términos de la relación terapéutica buscados en las competencias</i>	143
<i>Tabla 17. Características socioprofesionales de los responsables de titulación entrevistados.....</i>	147
<i>Tabla 18. Guión de la entrevista realizada a coordinadores de Titulación de Terapia Ocupacional.....</i>	149
<i>Tabla 19. Categorías y Subcategorías para el análisis de datos..</i>	151
<i>Tabla 20. Nivel de acuerdo con cada una de las afirmaciones</i>	163

<i>Tabla 21. Media y desviación típica de cada una de las afirmaciones</i>	166
<i>Tabla 22. Respuesta a las conductas interpersonales difíciles de los pacientes</i>	180
<i>Tabla 23. Media y desviación típica de cada una de las respuestas del terapeuta a las conductas interpersonales difíciles del paciente.</i>	182
<i>Tabla 24. Acciones del terapeuta ocupacional durante la sesión de terapia.</i>	184
<i>Tabla 25. Media y Desviación Típica de las Acciones del terapeuta ocupacional durante la sesión de terapia.</i>	187
<i>Tabla 26. Acciones terapéuticas por género.</i>	193
<i>Tabla 27. Acciones terapéuticas por nivel académico</i>	193
<i>Tabla 28. Acciones terapéuticas por experiencia</i>	195
<i>Tabla 29. Acciones terapéuticas por Modelos y Marcos de Referencia</i>	196
<i>Tabla 30. Acciones terapéuticas por campo profesional</i>	197
<i>Tabla 31. Acciones terapéuticas según la edad de los pacientes.</i>	198
<i>Tabla 32. Acciones terapéuticas por tipos de alteraciones y pruebas t de Student.</i>	199
<i>Tabla 33. Acciones terapéuticas por síntomas y pruebas t de Student</i>	200
<i>Tabla 34. Acciones terapéuticas por conductas que dificultan la relación terapéutica y pruebas t de Student.</i>	202
<i>Tabla 35. Frecuencia de los sentimientos o pensamientos de los terapeutas ocupacionales en su práctica.</i>	204
<i>Tabla 36. Media y desviación típica de los sentimientos o pensamientos de los terapeutas ocupacionales en su práctica.</i>	208
<i>Tabla 37. Términos afines con la relación terapéutica.</i>	211
<i>Tabla 38. Elementos de la relación terapéutica en las competencias de las diferentes universidades</i>	219
<i>Tabla 39. Comparación de las competencias de la relación terapéutica en los documentos base</i>	221
<i>Tabla 40. Categorías de análisis de contenidos de las entrevistas</i>	227

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1. Relación terapeuta-paciente en psicoterapia tradicional</i>	50
<i>Figura 2. Relación única entre paciente, terapeuta y ocupación en Terapia Ocupacional</i>	50
<i>Figura 3. Modelo de relación intencional como un complemento a los modelos de Terapia Ocupacional existentes</i>	51
<i>Figura 4. Modelo de relación intencional en Terapia Ocupacional</i>	52
<i>Figura 5. Edad de los participantes en porcentajes</i>	125
<i>Figura 6. Nivel académico máximo de los participantes</i>	126
<i>Figura 7. Experiencia profesional expresada en años</i>	127
<i>Figura 8. Campo profesional en que el terapeuta ocupacional trabaja con más frecuencia</i>	128
<i>Figura 9. Población de pacientes, según la edad, con las que el terapeuta pasa la mayor parte del tiempo trabajando</i>	129
<i>Figura 10. Cuestiones sobre el nivel de acuerdo con el uso terapéutico del yo, formación del mismo y Marcos de Referencia/Modelos utilizados. Fuente: adaptación a partir del cuestionario Use-of-Self-Questionnaire</i>	132
<i>Figura 11. Cuestiones sobre la práctica clínica en el último año (I)</i>	134
<i>Figura 12. Cuestiones sobre la práctica clínica en el último año (II)</i>	135
<i>Figura 13. Cuestiones sobre la práctica clínica en el último año (III)</i>	137
<i>Figura 14. Frecuencia de pensamientos o sentimientos del terapeuta</i>	138
<i>Figura 15. Tipos de entrenamiento recibidos en el uso terapéutico del yo en porcentaje</i>	167
<i>Figura 16. Porcentajes de utilización de los distintos Marcos de Referencia /Modelos de Ocupación</i>	169
<i>Figura 17. Duración del tratamiento</i>	171
<i>Figura 18. Intensidad típica de la Terapia Aplicada</i>	172
<i>Figura 19. Tratamientos individuales y grupales</i>	173

<i>Figura 20. Dificultades que constituyen el motivo principal de los pacientes para recibir Terapia Ocupacional.....</i>	<i>175</i>
<i>Figura 21. Síntomas que interfieren con la función con independencia del diagnóstico clínico.....</i>	<i>176</i>
<i>Figura 22. Frecuencia de conductas que influyen en el proceso y en los resultados de la terapia.....</i>	<i>178</i>
<i>Figura 23. Escala de Acciones Terapéuticas (EAT).....</i>	<i>189</i>
<i>Figura 24. Histograma de la escala Acciones terapéuticas.....</i>	<i>191</i>
<i>Figura 25. Gráfico Normal Q-Q de Acciones terapéuticas.....</i>	<i>191</i>
<i>Figura 26. Número de veces que aparecen en las competencias los términos afines a la relación terapéutica.....</i>	<i>212</i>
<i>Figura 27. Número de veces que aparecen en las competencias los términos de la definición de uso terapéutico del yo.....</i>	<i>213</i>
<i>Figura 28. Número de veces que aparecen los términos de la práctica centrada en el cliente.....</i>	<i>214</i>
<i>Figura 29. Número de veces que aparecen en las competencias los términos relacionados con las inteligencias intrapersonal e interpersonal.....</i>	<i>215</i>
<i>Figura 30. Elementos de la relación terapéutica encontrados en los planes de estudios de las distintas Universidades.....</i>	<i>217</i>

ÍNDICE DE ANEXOS (en CD adjunto)

- Anexo I. Competencias Libro Blanco de Terapia Ocupacional.
- Anexo II. Competencias del Documento de ENOTHE.
- Anexo III. Comparación Competencias ENOTHE y Libro Blanco.
- Anexo IV. Carta dirigida a los terapeutas ocupacionales de invitación a participar en la investigación.
- Anexo V. Use-of-Self-Questionnaire.
- Anexo VI. Cuestionario Uso Terapéutico del Yo. (Adaptación española).
- Anexo VII. Carta dirigida a los terapeutas ocupacionales de recordatorio de participación.
- Anexo VIII. Competencias de las universidades.
- Anexo IX. Transcripción de las entrevistas a las personas responsables de la Titulación de Terapia Ocupacional.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

ANECA	Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación
AVD	Actividades de la Vida Diaria
AOTA	American Occupational Therapy Association
APETO	Asociación Española de Terapia Ocupacional
CNDEUTO	Comisión Nacional de Decanos de Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional
COTEC	Council of Occupational Therapists for the European Countries
EAT	Escala de Acciones Terapéuticas
ECTS	European Credit Transfer System
ENOTHE	European Network of Occupational Therapy in Higher Education
OMS	Organización Mundial de la Salud
RUCT	Registro de Universidades, Centros y Títulos
WOFT	World Federation of Occupational Therapists

“El amplio y enorme abismo que existe entre la complejidad de la enfermedad y la sencillez de nuestras herramientas de tratamiento es, y siempre será, el orgullo y la angustia de nuestra profesión”.
Reilly (1962, p. 305). Terapeuta ocupacional

INTRODUCCIÓN

La primera sección de la tesis está dividida en tres partes. En la primera de ellas presentamos la justificación personal y científica de la investigación. En la segunda planteamos los objetivos principales y secundarios a los que trataremos de dar respuesta a lo largo del trabajo. Y en tercer lugar presentamos las fases seguidas para la realización de todo el proceso investigador.

El interés en este tema surge porque hace treinta y cuatro años (en 1982) la autora de esta tesis terminó la diplomatura en Terapia Ocupacional. Muy pronto empezó a trabajar en el ámbito clínico en diversos campos de actuación y con personas de todas las edades afectadas de diferentes limitaciones físicas, mentales y sensoriales con o sin deficiencia mental. En este período en que ejercía como terapeuta ocupacional, el centro en el cual trabajaba era lugar de prácticas clínicas para los alumnos de la única Escuela Nacional de Terapia Ocupacional existente en España en aquellos años y, posteriormente, para los de la Universidad Complutense de Madrid. En la actualidad, además del ejercicio de la Psicoterapia y la docencia, sigue colaborando como terapeuta ocupacional en una clínica privada.

En 1998 comenzó a desarrollar la docencia universitaria (durante dos años en la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid y, desde el año 2000 hasta el 2013, en el Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle de Madrid, centro adscrito a la Universidad Autónoma de Madrid) donde impartió varias asignaturas específicas de Terapia Ocupacional; también tuteló a alumnos que realizaban sus estancias prácticas en diversos centros clínicos y dirigió Trabajos de Fin de Grado. Desde el año 2010 y hasta la actualidad la docencia universitaria la ejerce en la Universidad de Valladolid, en el Departamento de Psicología, siendo las titulaciones de Educación Infantil, Educación Primaria y Relaciones Laborales y Recursos Humanos sus ámbitos de actuación.

Esta trayectoria profesional, además de la formación académica en Terapia Ocupacional, Psicología, Psicoanálisis y Pedagogía, y la experiencia como psicoterapeuta desde el año 1997, le ha hecho constatar las dificultades que surgen a través del proceso terapéutico relacionadas con diversos factores, más allá de los conocimientos teóricos y técnicos que el profesional posea.

1. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

A lo largo de la historia de la Terapia Ocupacional se ha dado una gran importancia a las interacciones de los terapeutas con los pacientes. Estas interacciones se han denominado de diferente manera, uno de los términos frecuentes es el de *relación terapéutica*. Los debates de la relación terapéutica comúnmente se dirigen a la comunicación, intercambios emocionales, colaboración y compañerismo entre terapeuta y paciente. Otro de los términos utilizados es el de *uso terapéutico del yo* el cual se usa para referirse a los esfuerzos conscientes de los terapeutas para optimizar sus interacciones con los pacientes (Cole y MacLean, 2003; Punwar y Peloquin, 2000).

La definición de este concepto más citada es “el uso intencionado del terapeuta de su personalidad, intuiciones, percepciones y juicios como parte del proceso terapéutico” (Punwar y Peloquin, 2000; citado en American Occupational Therapy Association, 2002; p. 285). Esta definición refleja el consenso de que el uso terapéutico del yo es un proceso deliberado y consciente. A su vez refleja la planificación de habilidades de interacción e incluye la comprensión del paciente. A pesar de la importancia de estas destrezas de interacción reconocidas por los terapeutas ocupacionales, la literatura acerca de lo que estas estrategias son y cuándo deben utilizarse es limitada (Taylor, Lee y Kielhofner, 2011).

La relevancia del uso terapéutico del yo en esta disciplina queda recogida en la tercera edición del *Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Ámbito de Competencia y Proceso* (American Occupational Therapy Association, 2014) ratificado en EEUU y ampliamente difundido en el resto de países. En este documento la definición del concepto aparece actualizada:

Una parte integral del proceso de la Terapia Ocupacional es el uso terapéutico del yo que permite a los profesionales de Terapia Ocupacional desarrollar y gestionar su relación terapéutica con los clientes mediante el uso de la narrativa en el razonamiento clínico, la empatía y un enfoque de colaboración centrado en el cliente para la prestación de servicios (Taylor y Van Puymbroeck, 2013, p. 22).

Como vemos es un concepto considerado esencial y plenamente integrado dentro del proceso de Terapia Ocupacional. A su vez emerge vinculado directamente con aspectos terapéuticos claves, como son la práctica centrada en el paciente, el uso de la narrativa y, por supuesto, la empatía. Los componentes del uso terapéutico del yo podemos considerarlos desde tres perspectivas: las características interpersonales del paciente, los eventos de la interacción surgidos durante la intervención terapéutica y los modos interpersonales del terapeuta (Taylor, 2015). Todo ello da idea de la complejidad del fenómeno tratado.

El uso terapéutico del yo es un concepto definido en la literatura de esta profesión *grosso modo* y de forma multifacética. Con frecuencia recurre a las descripciones realizadas en otras disciplinas y para su enseñanza los profesores pueden enfatizarlo, aproximarse ligeramente a él o incluso ignorarlo, aun cuando su valor filosófico es muy alto. Así como en Estados Unidos se han ocupado de este tema, entre otros, Suzanne Peloquin, Renée Taylor y Deborah Davidson realizando importantes investigaciones, y dado que en España no existen tales estudios, es preciso analizar cuál es la situación según nuestras circunstancias. Es importante conocer la realidad española en esta materia, máxime cuando estamos viviendo muy recientemente grandes cambios en la docencia universitaria debido a los acuerdos de Bolonia. Se precisa realizar una investigación a nivel nacional que nos

muestre cómo y qué se enseña en las Universidades de Terapia Ocupacional acerca del uso terapéutico del yo.

Nos interesa especialmente este tema por diversos motivos. Por un lado porque en España existe una escasez en investigación en Terapia Ocupacional, sin duda consecuencia de las circunstancias del desarrollo de esta disciplina. Durante años los profesionales han dedicado todos sus esfuerzos y su tiempo a la práctica clínica, al tratamiento de sus pacientes (si bien en los últimos años ha surgido la necesidad de realizar investigación con énfasis en el desarrollo de una práctica basada en la evidencia). Por otro lado porque el uso del yo ha sido y es investigado en el ámbito de la Psicología, más concretamente en la Psicoterapia y no sucede lo mismo en Terapia Ocupacional; aunque en la mayoría de los textos aparece este concepto considerado nuclear para el éxito terapéutico, con independencia de la patología presentada por el paciente. La dificultad resulta evidente y la docencia universitaria debe ajustarse, en la medida de lo posible, a las exigencias que el terapeuta ocupacional afrontará en el ejercicio de su profesión.

En ocasiones los alumnos tienen dificultades en los centros de prácticas porque la forma de relacionarse con los pacientes, o con el resto del equipo, es defectuosa o problemática y no es terapéutica. Las actitudes o incluso la vestimenta del estudiante puede no ser la adecuada, a veces esto se debe a la inmadurez del alumno, a su personalidad, a no acatar las normas o a otros factores. El problema también puede ser el resultado del desajuste en la enseñanza universitaria. Antes de realizar las estancias clínicas los estudiantes de Terapia Ocupacional deben poseer una buena formación, tanto en los conceptos teóricos como en los prácticos, en el uso terapéutico del yo para obtener resultados óptimos.

Todo lo anterior es especialmente relevante porque la profesión de Terapia Ocupacional evoluciona también en nuestro país hacia el cumplimiento de lo establecido en el *Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Ámbito de Competencia y Proceso* (American Occupational Therapy Association, 2014) mencionado anteriormente. Es preciso que todos los estudiantes de esta disciplina estén preparados para comprender en plenitud y con profundidad los conceptos, valores y destrezas intrínsecos del uso terapéutico del yo, además de utilizarlos debidamente.

Lo expuesto anteriormente dirige nuestro interés a plantear una investigación en profundidad acerca de la relación terapéutica en Terapia Ocupacional y su enseñanza en España. Los resultados de dicha investigación indicarán el grado de adecuación de la práctica educativa actual en este tema. Asimismo podrán servir para la formulación de recomendaciones en estudios posteriores o para el desarrollo de guías curriculares.

Los resultados del estudio de los profesionales indicarán cómo adquirieron ellos sus conocimientos y capacidades en el uso terapéutico del yo y orientar sobre la manera de adecuar la enseñanza y la práctica en esta área. La revisión documental proporcionará evidencia de las competencias enseñadas en la universidad. Las entrevistas a los responsables de la titulación de Terapia Ocupacional servirá para conocer sus opiniones y valoración de la relación terapéutica. Sin duda, el camino para futuras investigaciones quedará abierto ante los nuevos interrogantes planteados.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

La tesis tiene tres objetivos principales y de ellos se desprenden, a su vez, otros objetivos:

1. Delimitar el uso terapéutico del yo en Terapia Ocupacional, así como los principales ámbitos de interés y las tendencias en las investigaciones realizadas sobre el mismo.
2. Analizar las necesidades, las percepciones y la formación del terapeuta ocupacional relativas al uso terapéutico del yo en la práctica clínica.

Otros objetivos que emanan de este son:

- 2.1. Determinar la opinión de los terapeutas ocupacionales sobre el uso terapéutico del yo para el proceso y resultados de la Terapia Ocupacional.
- 2.2. Identificar cómo los terapeutas ocupacionales adquieren las destrezas para el uso terapéutico del yo.
- 2.3. Especificar el tipo de conductas interpersonales difíciles que los terapeutas ocupacionales se encuentran dentro de la relación terapéutica.
- 2.4. Definir las acciones de los terapeutas ocupacionales durante la sesión de terapia y determinar la frecuencia de las mismas.
- 2.5. Caracterizar los pensamientos, sentimientos y nivel de preocupación comunicados por los terapeutas ocupacionales.
- 2.6. Explorar la relación entre la cantidad de acciones terapéuticas utilizadas por los terapeutas ocupacionales y características tales como su edad, género, nivel de estudios, experiencia y modelos de intervención; así como las peculiaridades de los pacientes y de los contextos de actuación.

3. Estudiar cómo están reflejadas las competencias relacionadas con el uso terapéutico del yo en los planes de estudios y en el proceso de enseñanza- aprendizaje de la Terapia Ocupacional en las universidades españolas.

De este objetivo se derivan otros dos:

- 3.1. Examinar la presencia de elementos relacionados con el uso terapéutico del yo en las competencias de los Planes de Estudios de Terapia Ocupacional.
- 3.2. Conocer la opinión de los responsables de la titulación sobre la presencia y la importancia del uso terapéutico del yo en la formación del terapeuta ocupacional, así como los elementos fundamentales que han de tenerse en cuenta en su proceso de enseñanza-aprendizaje.

3. ESTRUCTURA DE LA TESIS

La primera sección denominada Introducción pretende ser el encuadre de todo el trabajo. En ella se plantea el punto de partida de la tesis empezando por el origen y la justificación, tanto desde el punto de vista epistemológico como personal de la investigación. A continuación se trazan los tres principales objetivos que pretendemos alcanzar una vez concluido el trabajo. Finalizamos la Introducción exponiendo la estructura de la tesis y explicando muy brevemente cada uno de sus capítulos; todo ello con la finalidad de ofrecer una visión de conjunto de la investigación.

La tesis está organizada en dos partes bien diferenciadas. En la primera de ellas, constituida por dos capítulos, profundizamos en la Fundamentación Teórica del tema que nos ocupa: la relación terapéutica en Terapia Ocupacional y su enseñanza. La segunda parte de la investigación es empírica y la forman tres capítulos dedicados a describir la Metodología de la investigación, presentar los Resultados

obtenidos y la Discusión de los mismos y, por último, plantear las Conclusiones.

Comenzamos el Capítulo I realizando una trayectoria de la Terapia Ocupacional desde sus orígenes como disciplina y la configuración de los distintos paradigmas hasta la situación actual de la profesión. La segunda parte del capítulo trata el tema de la relación terapéutica en Terapia Ocupacional, de cómo se ha conceptualizado el fenómeno a través de los distintos paradigmas de la profesión y su importancia en los resultados terapéuticos. Además se ofrece una explicación de conceptos afines para ampliar la perspectiva del asunto tratado.

En el Capítulo II presentamos el asunto de la enseñanza de la relación terapéutica en Terapia Ocupacional. Partimos contextualizando la formación del terapeuta ocupacional desde sus orígenes: los inicios como disciplina académica en otros países y la evolución de los estudios en el ámbito español. El punto central de este capítulo es el estado de la cuestión de nuestro objeto de estudio, es decir, las investigaciones realizadas en torno a la enseñanza de la relación terapéutica en Terapia Ocupacional. Consideraremos a este respecto el punto de vista de los profesionales, de los docentes y de los estudiantes con el propósito de lograr la mayor comprensión posible del tema. Con este capítulo finaliza la parte teórica de la tesis.

El segundo gran bloque de nuestro trabajo lo constituye la parte empírica. Está constituida por tres capítulos. En ellos exponemos el análisis realizado en España sobre la enseñanza de la relación terapéutica. Nos ocupamos de la Metodología de la Investigación, de los Resultados, de la Discusión y de las Conclusiones, donde incluimos las limitaciones de nuestro estudio y las futuras líneas de investigación.

El Capítulo III, dedicado a la Metodología de la Investigación, parte de los supuestos básicos y de las preguntas guía de la tesis. Se describe el diseño de la investigación argumentando los criterios utilizados en la selección de los procedimientos metodológicos seguidos. Explicamos la utilización de una metodología mixta, cuantitativa y cualitativa, para abordar nuestro objeto de estudio y exponemos la triple vía utilizada para la recogida de datos. Hacemos una descripción pormenorizada del instrumento empleado para la recogida de la información: el cuestionario a rellenar por terapeutas ocupacionales. Detallamos los criterios utilizados en el análisis documental llevado a cabo al revisar los planes de estudios de los terapeutas ocupacionales. Finalizamos con la explicación de cómo examinaremos las entrevistas hechas a los responsables de titulación. Para ello presentamos las categorías elegidas para analizar las respuestas.

En el Capítulo IV recogemos los Resultados y la Discusión de los mismos. Se divide en tres apartados con los pretendemos responder a los objetivos segundo y tercero de la tesis. La primera parte del capítulo la dedicamos a mostrar y discutir los hallazgos del cuestionario “Uso terapéutico del yo en Terapia Ocupacional”, para ello realizamos un análisis descriptivo e inferencial (este último en la escala de acciones terapéuticas EAT) de las respuestas dadas por los terapeutas ocupacionales consultados. La segunda parte la dedicamos a realizar un examen documental de los planes de estudios de la titulación de Terapia Ocupacional. Concluimos con la tercera parte del capítulo llevando a cabo un estudio cualitativo de las entrevistas hechas a las personas responsables de la titulación. A la vez de exponer los resultados hemos ido intercalando la discusión de los mismos con el propósito de clarificar y comprender los datos obtenidos. Nos hemos apoyado para ello en las aportaciones de otros investigadores.

El Capítulo V está dedicado a las Conclusiones. En él hemos seguido el mismo esquema presentado con los objetivos formulados para la realización de la tesis. De esta manera, vinculamos directamente cada objetivo con los resultados obtenidos y las conclusiones derivadas de los mismos. Terminamos el capítulo exponiendo dos aspectos importantes: las limitaciones de nuestro trabajo y las propuestas de nuevas vías de investigación que ayudarán en la formación de los terapeutas ocupacionales.

Al final de la tesis se recogen las referencias bibliográficas manejadas en la realización de la misma. Por último presentamos los Anexos recopilados en un CD. En él se incluyen documentos inéditos que complementan el material utilizado en la elaboración de esta investigación, tales como los cuestionarios utilizados, las transcripciones completas de las entrevistas y otros documentos de los que nos hemos servido como apoyo en el trabajo científico.

“La práctica de la Terapia Ocupacional requiere establecer una relación óptima con las personas”.

Marco de Trabajo de la Terapia Ocupacional (2014, p. 625).

CAPÍTULO I. TERAPIA OCUPACIONAL Y RELACIÓN TERAPÉUTICA

En este capítulo vamos a realizar, en primer lugar, un recorrido histórico de la Terapia Ocupacional, desde sus antecedentes, orígenes como disciplina y los distintos paradigmas que la han configurado hasta el momento actual. En segundo lugar, y siguiendo también un criterio cronológico, trataremos el tema de la relación terapéutica en Terapia Ocupacional, de cómo se configura este fenómeno y su importancia para los resultados terapéuticos. Además se explicarán conceptos afines con el fin de conseguir una mayor comprensión del tema.

1. TERAPIA OCUPACIONAL

Realizaremos una revisión conceptual de los principales términos relativos a la Terapia Ocupacional para situar esta investigación en un contexto evolutivo y de contenido, así como de marcos de referencia aplicados y modelos de práctica. Partimos de un consenso generalizado entre los autores principales de esta disciplina en identificar tres asunciones básicas subyacentes (Peloquin, 2008).

El primer principio de ellos es que los seres humanos tenemos una naturaleza ocupacional, una necesidad básica para involucrarnos en ocupaciones y dichas ocupaciones son esenciales para vivir. El segundo es que la enfermedad y la discapacidad pueden interferir con nuestra capacidad de hacer cosas importantes para nosotros y esto disminuye nuestra salud y bienestar. Y, por último, las ocupaciones y actividades pueden influenciar positivamente la salud y el bienestar.

Una vez establecido el punto de partida de la profesión, podemos pasar a definir los principales conceptos relativos a la misma.

1.1. Concepto de Terapia Ocupacional

A lo largo de la evolución de la disciplina se han dado distintas definiciones según los diferentes paradigmas. De entre ellas hemos escogido una, la de Willmarth (2004), porque recoge el énfasis actual que se da a los roles ocupacionales del individuo y se encuadra en el paradigma contemporáneo de la Terapia Ocupacional:

La Terapia Ocupacional es una profesión sanitaria que ayuda a las personas que han experimentado una pérdida o disminución de la capacidad de ocuparse en los roles de la vida

diaria para lograr niveles de participación satisfactorios en sus hogares y comunidades¹. (Willmarth, 2004, p. 7).

Esta definición está en consonancia con las asunciones mencionadas al principio de este capítulo, ya que los roles de cada persona vienen determinados por las ocupaciones que los componen. Los diferentes roles de cada individuo configuran su identidad personal y la dificultad o pérdida de la posibilidad de la realización de los mismos tiene un efecto desestabilizador en dicha identidad. La definición de Willmarth toma especial relevancia porque pone el énfasis en el logro de un nivel de participación suficientemente satisfactorio en los entornos significativos del sujeto.

La manera en la que se ha intentado la rehabilitación o habilitación de las facultades perdidas, o nunca adquiridas de la persona, ha sido variable según el enfoque de la práctica clínica. Este enfoque está determinado, en buena parte, por el marco de referencia o modelos de práctica utilizados por el profesional. Por ello es necesario realizar un desarrollo evolutivo de la disciplina para poder comprender la situación actual.

1.2. Historia de la Terapia Ocupacional

Antecedentes: uso de la ocupación como terapia a lo largo de la historia

Desde la antigüedad el uso de la ocupación ha sido un recurso terapéutico, fundamentalmente en las dolencias del estado anímico. La actividad es reconocida como un método curativo en todas las civilizaciones: los chinos, en el 2600 antes de Jesucristo, decían que la enfermedad estaba causada por la inactividad y preconizaban el

¹ Las traducciones de los textos cuya lengua original no es el español son de la autora de este trabajo.

ejercicio físico para mantener la salud (Hopkins, 1983), los egipcios utilizaban en sus templos juegos y actividades recreativas para aliviar las enfermedades mentales como la melancolía (Tosquelles, 1967), los griegos empleaban, sobre todo, el entrenamiento físico, la música y las actividades literarias para el desarrollo del individuo; también las actividades físicas y el trabajo eran recomendados para aliviar dolencias de todo tipo por los médicos romanos.

La Edad Media supuso un adormecimiento de todas estas teorías y prácticas de tratamiento, ya que el saber no se distingue de las creencias, y hay que esperar al Renacimiento para que de nuevo resurjan estos enfoques. Durante los siglos XVIII y XIX se incrementan los conocimientos en todos los ámbitos científicos y se desarrollan los conocimientos en ciencias como la Psicología, la Anatomía y la Fisiología, entre otros. Este hecho hace que se refuercen los fundamentos de las prácticas que se venían utilizando en este campo y, de este modo, se van esbozando las disciplinas de la Fisioterapia y la Terapia Ocupacional, aunque hasta más tarde no serán plenamente reconocidas de manera oficial como tales.

Nacimiento de la disciplina: Estados Unidos, Inglaterra y Francia

La Terapia Ocupacional es una profesión cuyo desarrollo se realizó de una manera muy pensada en 1917 en Estados Unidos por un grupo de distintos profesionales que incluía, entre otros, a los psiquiatras Adolph Meyer y William Rush Dunton, a la trabajadora social Eleanor Clark Slagle y a la enfermera Susan Tracy (Peloquín, 2007; Pastor, Martín y Rubio, 2014). Estos precursores innovaron al luchar para educar y dar credibilidad a un nuevo tipo de profesionales. El enfoque de tratamiento de estos es a través de actividades terapéuticas, o *compromiso ocupacional*, realizados por individuos con desórdenes físicos o mentales. Junto con creencias acerca del poder terapéutico de la actividad significativa, los fundadores de la

Terapia Ocupacional enfatizaron la compasión y consideración de cada paciente como una persona con sus características individuales (Meyer, 1922; Tracy, 1913).

A partir de la Primera Guerra Mundial se utilizaron las actividades ocupacionales como forma de rehabilitación de los heridos de guerra, tanto en Estados Unidos como en Gran Bretaña. La Terapia Ocupacional en este país fue introducida en un hospital psiquiátrico en Escocia en 1919 por un médico llamado Henderson. En 1925, la terapeuta ocupacional Fulton empezó a trabajar después de formarse en la escuela de Terapia Ocupacional de Filadelfia. En 1930 se constituyó la primera escuela de Terapia Ocupacional en Gran Bretaña y poco después se abrieron más en todo el país. La Terapia Ocupacional se aplicaba a personas con enfermedad mental y se adaptaron esos tratamientos a los enfermos con problemas físicos.

En Francia, Pinel propuso un cambio radical al plantear un *tratamiento moral*. Dicho planteamiento reemplazaba la visión de los enfermos mentales como personas incurables y peligrosas que debían aislarse de la sociedad y, por tanto, debían ser reclusas. Su punto de vista humanístico consistía en la amabilidad y en proporcionar un régimen de vida diaria, en ella debían incluirse ocupaciones creativas y recreativas para reestablecer la salud mental (Sanjurjo y de Paz, 2013).

Estos planteamientos influyeron en Europa y también sirvieron de inspiración a los fundadores de la Terapia Ocupacional en Estados Unidos. En 1917, en el hospital de la Salpêtrière de París, el médico Koindjy abre un servicio de reeducación funcional por el trabajo para los heridos militares (Gauthier y Tardif, 2004). Los años de guerra tienen como consecuencia el desarrollo de nuevas técnicas y conocimientos para la rehabilitación de las disfunciones físicas; se reconoce así el valor de la reeducación funcional y prepara el camino

para la instauración de la Terapia Ocupacional como disciplina científica.

El enfoque psicodinámico se desarrolla a partir de los años sesenta y se producirá un giro del objetivo terapéutico en psiquiatría. Hasta ese momento lo importante era que los pacientes hicieran cualquier cosa, que estuviesen ocupados, entretenidos y, si era posible, que pudiesen volver al trabajo. Con el enfoque psicodinámico el objetivo es el mantenimiento de las capacidades relacionales y de adquirirlas en términos de actividad. La actividad se convierte en un mediador (con frecuencia simbólico), un apoyo para alcanzar un objetivo y no un fin en sí mismo. A través de la actividad la persona vehicula la parte más sana de sí misma. Además dicha actividad le sirve para establecer puentes entre su mundo interno (deseos, fantasías, temores, etc.) y su realidad externa y, de esta manera, se potencian sus capacidades para ponerlas al servicio de sus necesidades.

Cualquiera que sea la aproximación terapéutica, la Terapia Ocupacional ocupa su lugar en los servicios de reeducación funcional y en los hospitales psiquiátricos. La necesidad de terapeutas ocupacionales emerge en Francia. Se crean las escuelas de Nancy y de París en 1954 por iniciativa de los profesores Pierquin, Hindermeyer y Fèvre (Gable, 2008). Es de señalar que la forma en la que se denomina a la Terapia Ocupacional en Francia es “Ergothérapie”, lo que pone el acento en el énfasis dado al trabajo desde sus fundadores en este país. En la actualidad se resaltan las letras OT dentro de la palabra - ergOThérapie - en las publicaciones de la Association Nationale Française des Ergothérapeutes, es un intento de dar importancia a la ocupación como lo nuclear de esta disciplina, siguiendo, de este modo, las corrientes contemporáneas de la profesión.

Historia de la Terapia Ocupacional en España

En España se utilizaba la Terapia Ocupacional en los hospitales psiquiátricos regentados por los Hermanos de San Juan de Dios y las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús desde el siglo XIX, aunque todavía no estuviese reconocida esta profesión como tal a nivel oficial. El encargado de poner en marcha esta revolucionaria manera de atender a los enfermos mentales fue el Padre Benito Menni quien, con la apertura del Hospital Psiquiátrico de Ciempozuelos en 1877, pudo aplicar los principios del tratamiento moral de Pinel (Plumed, 2000; Álvarez- Sierra, 1967) el cual defendía que, entre los diversos medios, el primer y más importante tratamiento es el de proporcionar al enfermo la ocupación más conveniente (Pinel, 2005). Desde entonces, y hasta ahora, en todos los hospitales psiquiátricos de estas órdenes religiosas se instaura la Terapia Ocupacional como forma de tratamiento (Plumed, 2000; Martin, 1994).

En 1962 el médico rehabilitador Heliodoro Ruiz, junto con Mercedes Abella, lleva a cabo el primer curso de Terapia Ocupacional en el Hospital de la Princesa de Madrid. El curso tuvo una duración de seis meses. Esta formación muy pronto se prolongó a tres años con un cómputo de dos mil cuatrocientas horas teóricas y mil doscientas horas prácticas (Santos del Riego, 2007; Durante y Noya, 1998). Los avatares en la práctica de la disciplina en España han ido paralelos a los acaecidos en el resto de los países, aunque con particularidades propias.

1.3. Evolución de la Terapia Ocupacional

Polatjo (2001) recoge en un interesante artículo aparecido en el *Canadian Journal of Occupational Therapy* la evolución de la Terapia Ocupacional, a la vez que muestra el estado actual de la

disciplina, sus intereses y sus motivaciones. Esta autora comienza citando a Howland, que ya en 1933 planteaba lo siguiente :

La Terapia Ocupacional, en el sentido extenso del término, se ha convertido en la preocupación más seria a la que deben hacer frente los hombres de estado del mundo entero en este momento. En todos los países del globo, la propagación del paro (falta de ocupación) monopoliza la atención de los parlamentos nacionales y de los congresos mundiales. En el mundo entero se tiende a remediar la insatisfacción humana y los problemas mentales pidiendo a las gentes el cumplimiento de sus tareas cotidianas para ocupar su espíritu, mantener su cuerpo saludable y permitirles encontrar un medio de subsistencia. (Howland, 1933, p. 31).

Con este enunciado comienza el primer número de la revista canadiense de Terapia Ocupacional y es así como empieza el periplo de los terapeutas ocupacionales, en el cual ha ido evolucionando el significado de la ocupación. Es la función jugada por el concepto de ocupación lo que ha ido cambiando a lo largo de este tiempo. Se trata de una evolución: desde la consideración de la actividad como aspecto terapéutico en sí, a considerarla como la posibilidad de capacitar a la persona para realizar las actividades propias de sus roles ocupacionales. No se trata de una vuelta al pasado, sino de una nueva salida cautivante que señala la importancia de la dimensión ocupacional del ser humano.

En el origen de la profesión el concepto de la ocupación se parecía al concepto actual de trabajo. No hacía referencia al trabajo remunerado pero sí al trabajo en sentido extenso. Este concepto estaba firmemente anclado en la ética protestante y se acompañaba de una connotación “de abnegación al trabajo, por amor al trabajo” (Mielicke, 1967). Se

consideraba que la ausencia de trabajo llevaba a un deterioro de la condición humana cuyo único remedio estaba en su recuperación.

También en sus orígenes la práctica de la Terapia Ocupacional estaba dirigida hacia la recreación y la utilización terapéutica de la ocupación:

La Terapia Ocupacional conlleva dos objetivos principales: el primero es ocupar, al menos durante una parte de un largo y agotador período de invalidez, el espíritu de las personas que están temporalmente privadas de una vida sana a consecuencia de la enfermedad y de las personas que son incapaces de manera permanente de llevar una vida normal entre las gentes normales; el segundo objetivo es adaptar los métodos de tratamiento a las necesidades de las personas a fin de que se pueda efectuar una ocupación activa y que los miembros o los ánimos heridos puedan recuperar la salud. (Howland, 1933, p. 34).

Es evidente que las ideas de los fundadores sobre la Terapia Ocupacional se basaban en los aspectos terapéuticos, incluso la recreación debía ser terapéutica:

Desde sus orígenes hasta hoy la Terapia Ocupacional ha sido víctima continua de malos entendidos; en razón de esta situación debemos poner el acento sobre la segunda palabra *ocupacional* más que sobre la primera *terapia*. Igualmente se ha denominado la profesión *terapia por el trabajo* y *terapia recreativa*, poniéndose siempre el acento sobre la segunda palabra. Pero el terapeuta ocupacional competente es aquel que guarda en el espíritu el objetivo primero que es la terapia; el paciente debe ser curado o, al menos, su salud física y mental debe mejorar. (Dunlop, 1933, p. 58).

La ocupación era percibida como un medio terapéutico eficaz para la persona enferma o discapacitada (Le Vesconte, 1935). También en sus principios la Terapia Ocupacional se estableció en los hospitales militares, generales o mentales, los sanatorios, los talleres protegidos y los hospitales para niños y en los medios donde los pacientes debían guardar largos períodos de convalecencia, para ofrecerles la posibilidad de vivir una jornada equilibrada y lo más normalizada posible.

Aunque en los primeros escritos aparecía el concepto de ocupación, este prácticamente desaparece de la literatura después de los años treinta. En la literatura las discusiones giraban en torno al trabajo, la artesanía y más a menudo, la actividad. A partir de ese momento se puede considerar que la definición de la Terapia Ocupacional es la utilización terapéutica de la actividad (hasta los años noventa). Con este acento puesto en la utilización de la actividad con fines terapéuticos vuelve la afirmación de que los terapeutas ocupacionales tienen por misión ayudar a las personas a recuperar sus roles ocupacionales (Hossack, 1953) y “a participar más eficazmente en nuestra sociedad” (Roberts, 1962, p. 9). Por su parte Jantzen (1963) afirmaba: “los terapeutas ocupacionales desarrollaban esfuerzos para que el paciente recuperase su capacidad funcional anterior ayudándole a crecer y a desarrollarse, a realizar todas sus habilidades y así desplegarse en todas sus posibilidades” (p. 23).

Poco después, la preocupación por la dignidad y la autonomía de la persona ha llevado a los terapeutas ocupacionales a intentar ayudar a las personas a llevar una vida sana, más que simplemente ayudarlas a sobrevivir; y esto en su propios entornos (McKay, 1974) incitándolas a participar en actividades que sean significativas para ellos. El paso del concepto de la ocupación, en tanto que trabajo, a este de participación en una actividad significativa se había producido. Bajo

la influencia de autores tan importantes como Reilly, se ha reconocido “que la necesidad vital plena para la Terapia Ocupacional es la necesidad de los seres humanos de consagrarse a sus ocupaciones” (Woodside, 1976, p. 45) y que “la Terapia Ocupacional es una disciplina cuyo tema de preocupación es promover la ocupación” (Polatjko, 1992, p.26).

Esta transición desde la utilización terapéutica de la ocupación hasta la promoción de la ocupación ha cambiado la manera de concebir el nombre mismo de la profesión (en inglés solamente). El acento se ha puesto sobre la ocupación. En el caso de la Terapia Ocupacional, el descriptor ha sido utilizado en el pasado para describir el medio, Terapia Ocupacional; en el presente la ocupación se define como un concepto de base y la promoción de la ocupación es la función fundamental. El término es utilizado para describir a la vez el dominio y el medio.

Esta perspectiva añade numerosas nuevas funciones a la práctica, por ejemplo: función de facilitador, de guía, de entrenador, de consultor, de defensor y del tomador de decisiones. Además justifica las prácticas que están en el corazón de la profesión y que no apelan a la utilización terapéutica de la actividad, por ejemplo: la fabricación de ortesis (aparatos ortopédicos que se colocan en el cuerpo), el posicionamiento, la adaptación del equipamiento y la concepción y adaptación del entorno. Los terapeutas ocupacionales pueden aproximarse a la promoción de la ocupación bajo numerosos ángulos, pero deben siempre ajustarse al fin último, es decir, a la promoción del rendimiento ocupacional de la persona.

Con esta nueva perspectiva dirigida hacia la habilitación de la persona, se debe llegar a comprender plenamente la ocupación humana y la noción de habilitación, y así poner junto a una ciencia de la ocupación una ciencia de la habilitación (Gómez y Salvanés, 2003).

Si se consigue, se tendrá la posibilidad y el privilegio de promover la ocupación de todas las personas y, yendo más allá de la misión médica que consiste en preservar la vida, promover la participación de todos en una vida sana y satisfactoria a través de la participación en los roles ocupacionales que conciernen a cada individuo.

1.4. Paradigmas, Marcos de Referencia y Modelos de la Terapia Ocupacional

Ante la necesidad de sustentar la práctica profesional en una sólida teoría, autores principales de la disciplina, tales como Crepeau (2011), Schell (2011), Polonio (2001), Moruno y Talavera (2012) y Romero y Moreno (2002) diferencian entre paradigma, marco de referencia y modelo. En Terapia Ocupacional estos términos pueden definirse de la siguiente manera: el paradigma es el conjunto de creencias, valores y técnicas compartidos por una comunidad científica y orienta en la intención, en la naturaleza y en la trascendencia de la práctica y la investigación. El marco de referencia es un conjunto de teorías que se basan en áreas de conocimiento. El modelo conceptual para la práctica presenta y organiza los conceptos técnicos utilizados por los terapeutas ocupacionales para su trabajo, de alguna manera, los modelos son herramientas para pensar. A continuación presentamos brevemente los principales paradigmas, marcos de referencia y modelos de Terapia Ocupacional.

1.4.1. Paradigmas de la Terapia Ocupacional

Los distintos paradigmas de la Terapia Ocupacional se han sucedido al mismo tiempo que la historia de la disciplina, según las distintas maneras en que se ha ido concibiendo la enfermedad o la disfunción así han surgido planteamientos teóricos diferentes. A continuación pasamos a presentar los diferentes paradigmas de la Terapia Ocupacional, desde el predecesor paradigmas del tratamiento moral

al paradigma contemporáneo actual, pasando por el paradigma de la ocupación y el paradigma mecanicista.

El preparadigma del tratamiento moral

En Europa y más tarde en Estados Unidos, surgió durante los siglos XVIII y XIX un modo de asistencia a las personas con enfermedad mental que se denominó tratamiento moral. Una de sus premisas era que se podía restituir a la persona un funcionamiento más normalizado haciéndole participar en las tareas cotidianas de la vida. Los teóricos del tratamiento moral afirmaban que la enfermedad mental era el resultado de un proceso en que la persona, presionada por el medio, adquiría hábitos insanos que les alejaba de la vida normal.

El enfoque de tratamiento mantenía cómo la persona con enfermedad mental tenía capacidad de mejorar dependiendo de su conducta. Desde este enfoque moral se realizaba terapia ambiental (diseño de ambientes físicos y sociales) para poder, de este modo, corregir los hábitos de vida incorrectos. Se hacía que la persona participase en ocupaciones como las tareas cotidianas, educativas, el trabajo y el juego para poder restablecer los hábitos perdidos y que habían causado el problema.

Hacia la segunda mitad del siglo XIX se origina un giro en estos planteamientos debido a los cambios demográficos. Se producen oleadas de inmigrantes que colapsan todos los centros asistenciales y que, junto con el juicio hacia el enfermo mental, derivó a un modelo carcelario donde el objetivo de los hospitales psiquiátricos era ser lugares donde se depositaban las personas porque en ellos no existían planteamientos de rehabilitación. La locura da miedo y el enfermo mental ha de ser alejado de la sociedad, estigmatizado, marginado;

por esta razón los hospitales psiquiátricos debían estar lejos de los centros de población.

El paradigma de la ocupación: Comienzos del siglo XX

El paradigma inicial de la Terapia Ocupacional se centró en la ocupación como una consecuencia lógica de los planteamientos del tratamiento moral de Pinel. En él se puso el énfasis en la importancia de las ocupaciones como herramienta terapéutica: artesanía, danza, música, deportes, actividades laborales y otras tareas manuales. El resultado fue que la Terapia Ocupacional se identificó a sí misma como una disciplina que valoraba la ocupación en la vida del ser humano, que atendía los problemas relacionados con la interrupción de la ocupación y utilizaba la ocupación como medida terapéutica. En el paradigma de la ocupación el foco está puesto en el entorno, la mente y el cuerpo; se pone un énfasis especial en la motivación y en los factores ambientales que inciden sobre el desempeño. Los conceptos teóricos centrales quedan recogidos en la Tabla 1.

Tabla 1. Conceptos teóricos centrales del paradigma de la ocupación

Cinco conceptos teóricos centrales.

La ocupación es esencial e influye en la salud del ser humano.

El cuerpo y la mente están íntimamente relacionados.

La ocupación consiste en un equilibrio entre el modo de pensar, existir y actuar.

La inactividad (falta de ocupación) puede tener como resultado la enfermedad y/o la disfunción física o mental.

La ocupación puede utilizarse para regenerar la función perdida.

Fuente: Kielhofner (2006, p. 44)

Con respecto a los valores integradores de este paradigma los resume en tres, destacando la visión holística del ser humano. Estos valores son los que aparecen en la Tabla 2.

Tabla 2. Valores integradores del paradigma de la ocupación

Tres valores integradores

La dignidad humana percibida en el desempeño.
La ocupación tiene una importancia esencial para la salud.
El punto de vista holístico.

Fuente: Kielhofner (2006, p. 44)

El paradigma mecanicista: a partir de la década de los sesenta

El paradigma mecanicista en Terapia Ocupacional se desarrolló en la década de los sesenta, fue consecuencia de las presiones ejercidas por la Medicina en las dos décadas anteriores para establecer bases racionales y científicas para la práctica y se aplicó tanto en Medicina como en el resto de profesiones sanitarias. Desde la Medicina se reconocía que las prácticas de la Terapia Ocupacional parecían ser eficaces, pero se criticaba el hecho de desconocer cuáles eran los mecanismos biomédicos subyacentes.

En este paradigma domina el reduccionismo. El razonamiento es que todo es posible comprenderlo por medio del análisis de las partes y las relaciones causa-efecto, como una máquina. La salud y la enfermedad se explicaban en función de la identificación y análisis de los elementos constitutivos de la psique y el cuerpo. La salud se produce cuando la máquina funciona bien, la enfermedad supone que hay algún elemento dañado y es preciso repararlo a través de la cirugía, la farmacología y la psicoterapia, según convenga.

Desde una perspectiva psicoanalítica la ocupación, como organizadora de la persona dentro de la terapia, es un concepto un tanto vago. Sin embargo, el impacto terapéutico viene dado porque el paciente se involucra en ocupaciones simbólicas que sirven para vehicular sus emociones, sentimientos y afectos inconscientes. Esta dimensión simbólica de la actividad, a la vez que la relación

establecida con el terapeuta, es lo que redundará en beneficio terapéutico y posibilitará la cura.

Debido a todos estos nuevos planteamientos los terapeutas ocupacionales reorientaron la visión que tenían del proceso terapéutico. La Terapia Ocupacional necesitaba comprender la función y la disfunción ocupacional en términos de los mecanismos subyacentes, ya fueran estos neurológicos, anatómicos o intrapsíquicos. La Terapia Ocupacional debía ser capaz de influir en los mecanismos internos y ahí residía su valor. Esto constituyó el foco del paradigma mecanicista: los procesos internos intrapsíquicos, neurológicos y kinesiológicos. Kielhofner (2006) describe los conceptos teóricos centrales (Tabla 3) y los valores integradores (Tabla 4):

Tabla 3. Conceptos teóricos centrales del paradigma mecanicista

Tres conceptos teóricos centrales.

La integridad del sistema nervioso, musculoesquelético e intrapsíquico es la que determina la capacidad en el desempeño.

El daño o el desarrollo anormal de los sistemas internos pueden tener como consecuencia la discapacidad.

El desempeño funcional puede restablecerse al mejorar o compensar los sistemas internos.

Fuente: Kielhofner (2006, p. 55)

Tabla 4. Valores integradores del paradigma mecanicista

Tres valores.

Conocimiento y comprensión precisa de los procesos internos.

Valor de los procesos internos para la función.

Valor de los medios como manera de reducir la incapacidad.

Fuente: Kielhofner (2006, p. 55)

Los nuevos métodos de tratamiento más importantes surgidos en este período fueron: la Integración Sensorial de Jean Ayres, el Concepto Bobath desarrollado por el matrimonio Bobath, la Estimulación de Margaret Rood, el enfoque de evaluación y tratamiento

psicodinámico de Azima y Fidler, etcétera. Fue también el momento del desarrollo de técnicas de posicionamiento y de inmovilización con la utilización de ortesis (aparatos ortopédicos colocados en el cuerpo) para mejorar la funcionalidad de las extremidades corporales, tanto inferiores como, sobre todo, las superiores.

En Psiquiatría, basándose en los conceptos psicoanalíticos, la Terapia Ocupacional desarrolló tratamientos fundamentados en la creencia de ofrecer al sujeto oportunidades de reparar las necesidades infantiles insatisfechas que estarían bloqueando un desempeño adecuado; las actividades realizadas adquirirían valor simbólico y podían, de este modo, servir como vehículo para sublimar las tendencias de las pulsiones fijadas. El resultado de todo ello sería que el sujeto podría resolver su conflicto psíquico, adquiriría defensas adaptativas del yo y podría funcionar de un modo más saludable en su medio.

El paradigma mecanicista significó avances importantes en la disciplina, supuso un aumento en la tecnología para poder resolver problemas específicos, se evidenció la capacidad de la Terapia Ocupacional para intervenir y modificar la discapacidad y se comprendió mejor el modo en que se producía el desempeño, tanto en su vertiente neuromotora como psicodinámica. El aspecto negativo de este paradigma fue el relegar la ocupación a un segundo término, originando de esta manera una profunda crisis de identidad profesional. Por otro lado el enfoque resultaba ser muy reduccionista al considerar sólo los aspectos internos y dejar los aspectos psicosociales sin considerar.

El paradigma contemporáneo: desde la década de los noventa hasta la actualidad

El actual paradigma contemporáneo supone la recuperación de la ocupación como elemento nuclear de la profesión. Ya Reilly (1962)

advertía cómo el giro que se estaba produciendo hacia los componentes del desempeño significaba un desvío nada deseable y se pronunció con la hipótesis de la disciplina “el hombre, a través del uso de sus manos energizadas por la mente y la voluntad, puede influir en el estado de su propia salud” (p. 54). Por tanto el conocimiento debe centrarse en la ocupación porque la práctica basada solo en conceptos mecanicistas es muy limitada. No obstante no es hasta finales del siglo XX y principios del XXI cuando se perfila el nuevo paradigma centrado en la ocupación (Polatjko, 1992).

El paradigma contemporáneo se fundamenta en una integración de los dos anteriores. De dicha integración resulta una amplitud de miras con respecto al reduccionismo del paradigma mecanicista, con los elementos de análisis propios, pero enriquecido con las consideraciones holísticas del primer paradigma. Además va también más allá al considerar al individuo inserto en un contexto social y cultural que tiene como resultado una comprensión de la ocupación desde un punto de vista amplio (perspectiva de la teoría de sistemas aplicado a la Terapia Ocupacional).

En el paradigma actual la ocupación se usa para mejorar el estado de salud de la persona. El centro de la terapia es la participación en la ocupación. Las vías principales que los terapeutas ocupacionales emplean para la acción terapéutica son cinco. La primera de ellas es proporcionar oportunidades de participación en la ocupación y, de esta manera, la persona puede adquirir compromiso directo en ellas. La segunda consiste en modificar los ambientes (entornos o tareas) para que las personas puedan participar. Con la tercera el terapeuta proporciona entrenamiento en el uso de ayudas técnicas para ampliar las capacidades. Y la última vía consiste en la orientación y resolución de problemas.

Como en los paradigmas anteriores, expondremos los conceptos teóricos centrales (Tabla 5) y los valores (Tabla 6) del paradigma contemporáneo:

Tabla 5. Conceptos teóricos centrales del paradigma contemporáneo

Tres conceptos teóricos centrales.

La naturaleza ocupacional de los seres humanos se manifiesta en la idea de que la ocupación de las personas es lo que da sentido a la vida, es específicamente humana y todas las personas tienen una motivación básica para la ocupación. Cuando no es así se está manifestando la enfermedad.

Los problemas y desafíos ocupacionales: el impacto en la ocupación debe ser el centro de la intervención terapéutica. Lo que importa es cómo el deterioro influye en la capacidad para desarrollar los roles de la persona. La práctica basada en la ocupación: es el compromiso, el cómo la persona se involucra en las ocupaciones el elemento primordial que dinamiza a la terapia. De esto se deduce la importancia de que las actividades sean significativas para el individuo.

Fuente: Kielhofner (2006, p. 66)

Por último hemos mostramos los valores del paradigma contemporáneo:

Tabla 6. Valores del paradigma contemporáneo

Dos valores.

El valor de la ocupación en la vida de la persona.

La importancia del compromiso activo de las personas en la ocupación.

Fuente: Kielhofner (2006, p. 70)

1.4.2. Marcos de Referencia y Modelos en Terapia Ocupacional

En Terapia Ocupacional existen diferentes marcos de referencia y modelos conceptuales necesarios para el trabajo clínico y de investigación, ya que son referentes para poder sostener una práctica con sus diferentes técnicas y abordajes (Polonio, Durante y Noya, 2001). Los marcos de referencia utilizan los principios teóricos más relevantes para un área específica del funcionamiento humano. Los

modelos definen la profesión de una forma genérica e incluyen las creencias, la filosofía y los conocimientos de la misma. No obstante esta terminología es dinámica. Lo que en un momento es una técnica pasa a considerarse modelo o marco de referencia a medida que se desarrolla y adquiere dicha dimensión.

No existe unanimidad por parte de los principales autores (Crepeau, 2011; Polonio et al., 2001) a la hora de presentar los marcos de referencia y modelos de la Terapia Ocupacional. Cada autor, sobre todo según sea su origen y su formación, plantea unos u otros. A pesar de estas divergencias todos ellos se ponen de acuerdo en señalar algunos de ellos.

1.4.2.1. Marcos de Referencia en Terapia Ocupacional

Los marcos de referencia para Crepeau (2011) son: “control motor, autodefensa, rehabilitación y las guías de la práctica de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional” (p. 431). Por su parte, Polonio et al. (2001) enumeran algunos comunes y otros diferentes con el anterior: “conductual, biomecánico, discapacidades cognitivas, desarrollo, neurodesarrollo, integración sensorial, modelo de ocupación humana, rehabilitación y psicodinámico” (p. 53). Seguidamente presentaremos de una forma breve los marcos de referencia más importantes basándonos para ello en los autores anteriores:

Marco de referencia biomecánico

Se usa casi exclusivamente en el campo de la rehabilitación física. Se basa en los principios cinéticos y cinemáticos para la recuperación de habilidades de motricidad fina y gruesa (Kielhofner, 2006) utilizándose especialmente para tratar trastornos ortopédicos (Polonio et al., 2001).

Marco de referencia de neurodesarrollo

Se fundamenta en los principios del control motor, de la facilitación neuromuscular y de la integración sensorial. Se basa en el desarrollo del movimiento normal. Su desenvolvimiento y su mayor influencia han tenido lugar durante el paradigma mecanicista y gracias a él se han desarrollado diferentes e importantes técnicas de tratamiento para utilizar en los trastornos físicos, psicomotores y de aprendizaje (Polonio et al., 2001). Entre dichas técnicas cabe destacar el Concepto Bobath, la Integración Sensorial, la técnica de estimulación de Rood, etc.

Marco de referencia cognitivo-perceptivo

Ha sido desarrollado para tratar los problemas funcionales derivados de los trastornos perceptivos o cognitivos causados por daño cerebral o un retraso madurativo. Se basa en el paradigma mecanicista. Ha sido utilizado para el tratamiento de los trastornos consecuencia del daño cerebral y otros déficit neurológicos (Polonio, 2016).

Marco de referencia conductual

Este modelo se ocupa de la conducta como cualquier otra actividad humana la cual puede ser observable directa e indirectamente, evaluable y cuantificable. Recoge métodos y técnicas derivados de la psicología experimental. Las técnicas de modificación de conducta se derivan de la aplicación de este modelo y su uso se extiende desde el comportamiento de la conducta observable hasta el del aprendizaje de patrones de movimiento. Se basa también en el paradigma mecanicista.

Marco de referencia cognitivo-conductual

Se apoya en diferentes campos de la ciencia y entiende el comportamiento humano como el resultado de los fenómenos mentales internos (pensamiento) que generan conductas. Recurre a la analogía del ordenador como forma de explicación. Sobre esta base se desarrollan numerosas técnicas que pueden ser aplicadas en diferentes patologías o disfunciones (Durante, Noya y Hernández, 2001).

Marco de referencia psicoanalítico

Está basado en las teorías de Freud: las motivaciones inconscientes son la base de nuestras acciones y creencias. El conflicto psíquico aparece cuando las pulsiones entran en contradicción en las diferentes instancias de la personalidad (ello, yo y superyó) y generan sentimientos de ansiedad, culpa, trastornos psicológicos y problemas de relación con los demás (Freud, 1981). Las relaciones simbólicas con los objetos, las actividades, las ocupaciones y, sobre todo, la relación establecida con el terapeuta, tienen una gran importancia en este modelo (Castellanos, 2008).

Marco de referencia humanista

Está basado en la psicología humanista de Rogers (1949) y Maslow (1995). Los supuestos básicos son: cada ser humano tiene una tendencia esencial a la autorrealización, el desarrollo humano se produce en el intercambio de las bases biológicas del individuo con su entorno, defiende la visión holista del ser humano y que el hombre, como ser humano, desarrolla un intercambio con su medio (Durante et al., 2001).

1.4.2.2. Modelos de Terapia Ocupacional

En cuanto a los modelos de Terapia Ocupacional podemos decir que los principales son los expuestos brevemente a continuación (Polonio et al. 2001).

Modelo de ocupación humana de Kielhofner

El modelo de ocupación humana surgió de las teorías de Reilly sobre la conducta ocupacional. Kielhofner tiene una visión del ser humano como un sistema abierto con diversos subsistemas que interactúan de forma en que los tres contribuyen de manera diferente pero complementaria al funcionamiento global: *subsistema volitivo*, *subsistema de habituación* y el *subsistema de la capacidad de desempeño*. Las nociones fundamentales que desarrolla son las siguientes: *persona* (causalidad personal, valores, intereses, roles, hábitos y capacidad de desempeño), *ambiente* (físico y social) y *habilidad* (motora, de proceso y de comunicación e interacción) (Kielhofner, 2004; Durante et al., 2001). La expansión de este modelo ha sido muy importante y actualmente es muy utilizado en distintas partes del mundo. La traducción de los textos a diferentes idiomas y el hecho de impartir cursos de formación para la correcta aplicación del modelo ha contribuido a ello.

Modelo de desempeño ocupacional de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional

Este modelo desarrollado por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional se centra en describir las competencias profesionales y el contenido del proceso de la profesión. Consiste en tres áreas de ejecución (actividades de autocuidado, trabajo y actividades productivas y actividades de ocio y juego), tres componentes de la ejecución (sensorio-motor, cognitivo-integración cognitiva y

psicológico-social) y dos contextos de la ejecución (aspectos temporales y aspectos espaciales) (Polonio et al. 2001).

Tabla 7. Modelo de desempeño ocupacional de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional

Áreas de ejecución	Componentes de ejecución	Contextos de ejecución
Actividades de autocuidado	Sensorio-motor	Aspectos temporales
Trabajo y actividades productivas	Cognitivo-integración cognitiva	Aspectos espaciales
Actividades de ocio y juego	Psicológico-social	

Fuente: Polonio (2001, p. 105)

Modelo canadiense de desempeño ocupacional

Este modelo desarrolla la llamada *práctica centrada en el cliente* (en España la palabra *cliente* no se utiliza mucho en el contexto clínico, tradicionalmente se ha utilizado más la expresión paciente y más recientemente, con el desarrollo de la atención comunitaria, también se usa el término *usuario*).

El modelo canadiense es muy parecido al modelo de desempeño de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional en cuanto a la subdivisión en áreas, componentes y contextos de ejecución. La diferencia fundamental reside en que considera al paciente como un ser único y lo trata desde un punto de vista holístico. Está muy influido por la psicología humanista. En este modelo, a diferencia de otros modelos en los que los objetivos terapéuticos los determina el profesional, el paciente es un elemento activo a la hora de planificar las metas terapéuticas y en todo el proceso terapéutico (Noya, 2001).

La segunda parte de este capítulo trata sobre la relación terapéutica en Terapia Ocupacional, denominada con frecuencia por los

profesionales de la disciplina, uso terapéutico del yo. En este apartado profundizaremos en los distintos puntos de vista con los que se considera esta realidad producida durante el tratamiento terapéutico y cómo ha ido cambiando su consideración a través de los distintos paradigmas de la Terapia Ocupacional. Por último, realizaremos también una breve exposición de conceptos relacionados con este fenómeno.

2. RELACIÓN TERAPÉUTICA, USO TERAPÉUTICO DEL YO

En las intervenciones de Terapia Ocupacional se produce siempre una interacción personal entre el profesional y el sujeto o sujetos que reciben la ayuda terapéutica. En las interacciones entre dos o más personas se establecen relaciones. La relación entre el personal sanitario y el paciente es terapéutica ya que cuidar forma parte del concepto de la profesión. Esta relación se produce siempre más allá del modelo aplicado y de las técnicas concretas de tratamiento utilizadas.

Rosa (2011) recomienda a los terapeutas ocupacionales y a los fisioterapeutas que vayan más allá de las técnicas y de la práctica centrada en el paciente, su consejo es utilizar un enfoque centrado en la relación. Diferentes autores de Terapia Ocupacional como Polonio (2001), Castellanos (2010), Crepeau (2011), Peloquin, (1990) Villares y Juanes (2007), Taylor (2008) y Talavera (2012), entre otros, señalan la importancia de la relación terapéutica en la intervención.

Los terapeutas ocupacionales ven sus interacciones con los pacientes como el determinante más crítico de los resultados del tratamiento y consideran que “la relación terapéutica es el aspecto central del proceso terapéutico de Terapia Ocupacional y un catalizador del

cambio” (Price, 2011, p. 329). El proceso de la relación terapéutica es complejo e incluye el intercambio emocional y la colaboración entre el terapeuta y el paciente; a la vez que son necesarias habilidades interactivas, interpersonales y de comunicación que el terapeuta ocupacional puede y debe desarrollar.

El término *uso terapéutico del yo* se utiliza para referirse a los esfuerzos conscientes del terapeuta para optimizar la relación terapéutica (Cole y MacLean, 2003; Punwar y Peloquin, 2000). Otros autores utilizan el término uso terapéutico del yo para denominar la relación terapéutica en Terapia Ocupacional. (Bellido y Berrueta, 2011; Taylor, 2011; Peloquin, 1990a; Peloquin y Davidson, 1993 y Peloquin, 1993). Por nuestra parte, utilizaremos ambos términos de manera indistinta para facilitar la lectura y la comprensión del tema.

Los diferentes autores se centran en aspectos diversos relacionados con el uso terapéutico del yo. Algunos han escrito acerca de la importancia de la colaboración (Anderson e Hinojosa, 1984; Hinojosa, 2007; Sumsion, 2005 y Townsend, 2003). Otros autores han hecho hincapié en la importancia del cuidado y la empatía (Cole y McLean, 2003; Eklund y Hallberg, 2001; Peloquin, 2005 y Yerxa, 1980). Y también ha habido autores que han puesto el énfasis en la importancia del cariño y la empatía (Cole y McLean, 2003; Eklund y Hallberg, 2001; Kielhofner, 2006; Mattingly y Fleming, 1994; Peloquin, 2005 y Yerxa, 1980).

Según Taylor, Lee, Kielhofner y Ketkar (2009) estos debates son importantes porque subrayan el valor que la Terapia Ocupacional da a la relación terapéutica y el uso del yo de los terapeutas, pero no constituyen una única aproximación a la conceptualización de este fenómeno. Más bien están ligeramente conectados por la virtud de intereses comunes de cómo los terapeutas logran y demuestran comprensión, cariño e interés acerca de las perspectivas y

experiencias de los pacientes en sus interacciones con los terapeutas. Además nos ofrecen un enfoque integral para la conceptualización de lo que terapeutas hacen en la interacción con los pacientes (Taylor, et al. 2011). A continuación nos vamos a centrar en la intervención de Terapia Ocupacional para comprender cómo la relación terapéutica se desarrolla a lo largo del transcurso del tratamiento.

La intervención en esta disciplina es un proceso que consta en su comienzo de diferentes fases: realización del perfil ocupacional del paciente, recogida de sus expectativas de futuro y toma de información del pasado y del presente. Desde el comienzo de la interacción se establece una relación terapéutica guiada por el razonamiento clínico, donde el nivel de confianza y de buena comunicación son requisitos imprescindibles para que el terapeuta ocupacional pueda comprender el estado del paciente.

El proceso supone el establecimiento de una relación que engendre la suficiente confianza y motivación para trabajar a niveles tanto internos como externos en terapia. Todo ello requiere un dominio del terapeuta de su inconsciente, gran competencia en procesos de comunicación y un gran nivel de destrezas intrapersonales e interpersonales.

La relación terapéutica es la base para desarrollar asociaciones cooperativas. El establecer objetivos en colaboración lleva a alcanzar mejor los objetivos, a acortar los internamientos en centros hospitalarios y a una satisfacción mayor de los pacientes (Neistadt, 1995). La colaboración entre el terapeuta y el paciente se basa en establecer las prioridades de este último; entre ambos fijan los objetivos del tratamiento y toman decisiones sobre las distintas opciones de intervención. Esta forma de enfocar el tratamiento es la denominada terapia ocupacional centrada en el paciente.

La relación terapéutica necesita de cierto grado de intimidad desarrollada a través de un continuo, en el cual los siguientes factores influyen en el proceso de Terapia Ocupacional: la naturaleza del individuo, el grado en que la enfermedad irrumpe en su vida, la recuperación esperada, el tiempo de recuperación y la adaptación en las distintas fases. La relación terapéutica evoluciona en fases y su desarrollo se moldea y es moldeado por el terapeuta y la participación del paciente en el proceso de la terapia y la experiencia vital que supone para él (Price, 2011). Esta autora plantea que la relación terapéutica se desarrolla en fases y que éstas coinciden con las etapas del proceso terapéutico, tal y como se muestra en la Tabla 8.

Tabla 8. Interrelación entre Relación Terapéutica y Proceso Terapéutico

Fases de desarrollo de la relación	Estrategias	Etapas del proceso terapéutico	Estrategias
Fase 1: desarrollar la relación	Honrar la dignidad del paciente Mostrar empatía	Etapa 1: estar allí y comprender al paciente	<i>Estar con</i> Generar imágenes narrativas pasadas y presentes del paciente
Fase 2: establecer confianza	Transmitir las mejores opciones de práctica	Etapa 2: comprometer al paciente con la terapia	Autoevaluación del paciente Ofrecer opciones significativas y explorar las posibilidades
Fase 3: desarrollar una asociación cooperativa	Los pacientes deben participar activamente y los terapeutas deben ajustar las actividades	Etapa 3: trabajar juntos	El terapeuta y el paciente adoptan roles y esfuerzos activos e iguales
Fase 4: mantener una relación terapéutica	Los roles terapéuticos, las estrategias y las actividades cambian	Etapa 4: Facilitar el desempeño ocupacional	Ajustar estrategias terapéuticas Enseñar resolución de problemas

	El paciente fluctúa entre la necesidad de afiliación y la necesidad de autonomía		Ir con el tiempo del paciente
Fase 5: la relación perdura	La relación se mantiene más allá de la terapia	Etapa 5: Resultados	Los pacientes obtienen sus objetivos. Los resultados son satisfactorios tanto para el paciente como para el terapeuta

Fuente: adaptado de Price (2011)

2.1. Evolución conceptual de relación terapéutica y uso terapéutico del yo

A continuación haremos un recorrido histórico de cómo se ha considerado la relación terapéutica y de las diferentes definiciones de uso terapéutico del yo hasta el momento actual. Con ello pretendemos acercarnos a una comprensión de cómo los profesionales han concebido su práctica teniendo en cuenta estos fenómenos según el paradigma de Terapia Ocupacional imperante.

2.1.1. Distintas definiciones del uso terapéutico del yo

La sucesión de los distintos paradigmas, al concebir la profesión de forma diferente, ha dado lugar a diversas definiciones en los conceptos fundamentales en la disciplina. A continuación expondremos las aportaciones de importantes autores sobre el tema. Esta exposición la realizaremos de manera cronológica para poner de manifiesto la evolución del concepto a través del tiempo.

Mosey (1981, 1986): capacidad para usar las respuestas propias de uno hacia el paciente como parte de la terapia. Ella caracterizaba el uso del yo como una destreza *legitimada* a través de todos los marcos de referencia. Para seleccionar apropiadamente las maneras de responder al paciente, los terapeutas tenían que poseer autoconciencia, empatía, flexibilidad, humor, honestidad, compasión y humildad.

Denton (1987): capacidad de comunicar una actitud de respeto y aceptación de los pacientes para que su autoestima pudiese ser restaurada. La autoestima podía también ser realzada por la manera en la que una tarea o actividad se presentase al paciente. Un terapeuta se consideraba efectivo en el uso del yo si él triunfaba en modelar características de madurez, competencia y ser una persona admirable para el paciente.

Schwartzberg (1993): el uso terapéutico del yo incluye comprensión, empatía y cariño. Define el uso del yo eficaz como sobranante neutral pero comprometido. Consiste en aceptar al paciente como es, ser tolerante e interesarse en las emociones dolorosas del paciente y ser capaz de interpretar las expectativas de la terapia exactamente.

(Hagedorn, 1995): uso ingenioso, selectivo o intuitivo de los atributos personales para mejorar la terapia. Hagedorn clarificó que la noción de un intuitivo uso del yo no debería ser malinterpretado como actuar de una manera artificial o engañosa hacia el paciente. En cambio, la ingeniosidad al seleccionar aspectos de la propia personalidad, actitudes, valores o respuestas de uno podían ser relevantes o útiles en una situación dada. A su vez se espera control o contención de aquellos aspectos personales que no sean apropiados para la situación. De acuerdo con este autor, no es de esperar que los terapeutas sean perfectos; en cambio, sí se espera que sean conscientes de sus fortalezas y limitaciones, sensibles, honestos y genuinos con los

pacientes. Se espera también de los terapeutas que manejen el estrés eficazmente y que tengan integridad personal.

Cara y MacRae (1998, 2005): habilidad de desarrollar un estilo individual que promueve cambio y crecimiento en los pacientes y les suministra ayuda con una experiencia emocional correctiva. Una experiencia emocional correctiva es aquella en la que la conducta del terapeuta hacia el paciente durante la terapia contradice la manera en la que otros se comportaron hacia el paciente en el pasado y le demuestra que es merecedor de cariño y empatía.

Punwar y Peloquin (2000): el uso planificado del profesional de su personalidad, intuiciones, percepciones y juicios como parte del proceso terapéutico. Como ya hemos dicho anteriormente, esta definición fue usada y adaptada en el 2002 por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional al realizar el documento de terminología uniforme, el cual es utilizado en un gran número de países. Es la definición más utilizada.

Taylor y Van Puymbroeck (2013): una parte integral de la Terapia Ocupacional que permite a los profesionales desarrollar y gestionar su relación terapéutica con los clientes mediante el uso de la narrativa en el razonamiento clínico, la empatía y un enfoque de colaboración centrado en el cliente para la prestación de servicios. Esta definición es la utilizada en la tercera y última edición del Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional (AOTA, 2014).

2.1.2. Evolución del concepto de uso terapéutico del yo a través de los distintos paradigmas de Terapia Ocupacional

Como se ha podido apreciar en lo anteriormente expuesto, la Terapia Ocupacional no tiene una conceptualización consistente del uso terapéutico del yo, no obstante, el tema ha tenido su recorrido en esta

disciplina. Las ideas sobre cómo los terapeutas deberían interactuar con los pacientes han cambiado a medida en que se ha transformado la práctica. El examen de estas perspectivas diferentes en el uso terapéutico del yo provee un importante trasfondo para comprender dónde empezar cuando se conceptualiza este fenómeno en la Terapia Ocupacional contemporánea.

A lo largo de la historia, y tal y como se ha expuesto en el apartado 1.4.1., se han identificado tres eras diferentes en Terapia Ocupacional caracterizadas como paradigmas (Kielhofner, 2004). El paradigma ocupacional más temprano reflejaba las ideas y prácticas humanísticas de los primeros fundadores de este campo. Este paradigma, construido en las ideas del tratamiento moral europeo, se centró en la experiencia individual de hacer y en su capacidad y motivación para funcionar durante la interacción con entornos físicos y sociales.

El primer paradigma fue reemplazado a mediados del siglo XX por un paradigma de mecanismos internos que estimuló el que los terapeutas se dirigieran a las debilidades subyacentes de los pacientes. Fundamentado en el poder médico, este paradigma se preocupaba por intentar corregir el déficit y debilidades internas del cuerpo y de la mente. Durante la última parte del siglo XX un nuevo paradigma contemporáneo regresó al foco inicial en la ocupación. Seguidamente expondremos cómo cada una de estas eras tiene su propia conceptualización del uso terapéutico del yo (Taylor, 2008).

Tratamiento Moral

El tratamiento moral es previo al primer paradigma y vendría a ser algo así como un precursor sobre el que se asentarán las bases de la profesión; era una aproximación humanitaria que enfatizaba la facilitación de la autodeterminación a través de la participación activa

de la persona en tareas y actividades de la vida diaria. La consideración a la persona y la bondad eran los valores interpersonales esenciales. Los que apoyaban el tratamiento moral también argumentaban que todas las prescripciones de las actividades deberían estar basadas en profundizar la comprensión de las preferencias e intereses de los pacientes (Bing, 1981).

Primer Paradigma Ocupacional

Cuando la Terapia Ocupacional emergió durante el siglo XX, sus líderes enfatizaron la aproximación humanística del tratamiento moral (Kielhofner, 2004; Schwartz, 2003). En este período la relación terapéutica servía como un medio para animar al paciente a involucrarse en la ocupación. Los líderes primitivos de la disciplina reconocían que el éxito de la terapia dependía de la capacidad de los terapeutas para persuadir y motivar a los pacientes (los cuales a menudo mostraban actitudes negativas, producto de la propia enfermedad o no) para asumir las ocupaciones ofrecidas como terapia.

Se argumentaba que los terapeutas deberían apelar al atractivo y satisfacción intrínsecamente natural de las actividades. La función terapéutica consistía en ofrecer y sugerir posibilidades para la acción. Tracy y Dunton enfatizaron la importancia de los terapeutas ocupacionales como hábiles artesanos que podrían servir como modelos al ejecutar de una forma adecuada distintas artesanías (Dunton, 1915; 1919 y Tracy 1913 en Taylor 2008, p. 39). En este paradigma se subrayaba la importancia de comprender las personalidades de los enfermos y así los terapeutas podrían conocer qué actividades eran las más atractivas para ellos.

Los entornos físicos y sociales también se consideraban motivadores para la persona (Bing, 1981; Kielhofner, 2004). Así pues, el terapeuta intentaba asegurar que el contexto físico y el medio social fuesen

atractivos y formasen un grupo positivo, ordenado y útil. La relación interpersonal del terapeuta ocupacional se centraba en invitar a los enfermos a participar en ocupaciones, demostrar niveles de actuación en deportividad y artesanía e intentar obtener el disfrute y la satisfacción que conlleva el hacer cosas, el estar ocupados.

El terapeuta ocupacional, dentro de la relación terapéutica, tenía distintas funciones: experto o guía en la ejecución de actividades terapéuticas, tales como artes, artesanías y deportes; modelo de funcionamiento para el compromiso ocupacional; emulador de la alegría en la ocupación; inculcador de confianza y creador de un medio físico y social positivo (Taylor, 2008).

En gran medida, el uso terapéutico del yo del terapeuta era colocar un decorado para un paciente facilitando el deseo de involucrarse en ocupaciones terapéuticas y tener una experiencia positiva al hacerlas. La relación terapéutica requería que el terapeuta sirviera como un tipo de maestro de ceremonias orquestando el entorno y el proceso de compromiso ocupacional. El terapeuta necesitaba llegar a conocer la personalidad del paciente a través de las interacciones y las entrevistas, y de eso modo aprendía cómo aproximarse a sus intereses innatos y atraerle.

Segundo Paradigma de los Mecanismos Internos

Como se ha visto anteriormente, el paradigma mecanicista reemplazó al humanista. El nuevo paradigma enfatizaba la necesidad de remediar los mecanismos internos biomecánicos, neuromusculares e intrapsíquicos influyentes en la función. En este tiempo hubo un cambio importante en el énfasis de la función de la relación terapéutica. Se tomó prestado del modelo médico la idea de que lo importante era eliminar la patología y también las de ser experto y tener autoridad en la materia; de esta manera el terapeuta ocupacional

asumió hacia los pacientes una actitud de profesional impersonal, al mismo tiempo que demostraba competencia y transmitía esperanza para la cura.

El término *relación terapéutica* fue el primero en emerger como consecuencia de la fuerte influencia de los conceptos psicoanalíticos, fundamentalmente los fenómenos inconscientes de la transferencia² y la contratransferencia³ (Freud, 1981). Las dificultades emocionales, interpersonales y psiquiátricas eran consideradas aspectos de la existencia de patología como consecuencia de conflictos internos. La forma de abordar dichos conflictos era a través de focalizar el tratamiento en la relación existente entre paciente y terapeuta.

De acuerdo con esta visión, lo importante para el terapeuta ocupacional era acompañar al paciente hacia actividades dentro de la relación para comprender sus motivos innatos, sentimientos interpersonales y relaciones con los otros. La elección de un color determinado, el nivel de dependencia del terapeuta, la preferencia por determinados procedimientos o tareas, etc. eran formas de proyección de la realidad interna del psiquismo y a través de ellas se podía ver su interior como si de una ventana se tratase.

Taylor (2008) señala dos ideas principales: la primera es que el paciente podía lograr catarsis a través de actuar deseos y motivos inconscientes mientras realizaba actividades y simultáneamente conseguía intuiciones al darse cuenta de su mundo interno a través de los debates y la relación con el terapeuta. La segunda idea es que el

² Transferencia es la función psíquica mediante la cual una persona transfiere inconscientemente y revive, en sus vínculos nuevos, sus antiguos pensamientos, afectos, expectativas o deseos infantiles reprimidos, hacia otra persona. Se considera fundamental en las relaciones psicoterapéuticas.

³ Contratransferencia es la función psíquica que denomina las reacciones, actitudes, pensamientos e ideas que de manera inconsciente el terapeuta produce en la relación con su paciente; particularmente las que surgen como respuesta a la transferencia del paciente.

uso de las actividades como intermediarios para establecer una relación terapéutica permitiría a la persona desarrollar medios saludables de resolver conflictos intrapsíquicos y satisfacer sus necesidades inconscientes. Esta forma de hacer se aproximaba a la de la psicoterapia y dejaba de lado el foco en la ocupación.

Dentro del paradigma mecanicista, la relación terapéutica era considerada como: un mecanismo central para el cambio, un medio por el cual comprender los motivos y deseos inconscientes, así como la conducta hacia los otros y una vía por la cual un individuo podría lograr catarsis a través de la actuación de sus deseos y motivos inconscientes, consiguiendo clarificar los temas nucleares de sus sentimientos y conductas patológicas.

Al relacionarse con los enfermos, se esperaba que los terapeutas demostrasen “competencia, profesionalidad, objetividad interpersonal, esperanza, tacto, auto-control, buen juicio, identificación con el paciente” (Taylor, 2008, p.7).

Como se evidencia en las ideas anteriores, la relación con el modelo médico se ve reflejada en todos los aspectos de la Terapia Ocupacional. En el área psicosocial, la práctica de la Terapia Ocupacional era muy similar a la psicoterapia. Esto, y el reconocimiento de que la ocupación había perdido su lugar como la clave dinámica de la terapia, llevó a algunos líderes contemporáneos a reevaluar la identidad y dirección del campo para llegar al paradigma actual (Schwartz, 2003).

Tercer Paradigma o Paradigma contemporáneo: regreso a la ocupación

Reilly (1962) fue la primera en hacer ver que el campo de la Terapia Ocupacional estaba alejándose de su foco inicial en la ocupación, con

sus valores basados en los conceptos del tratamiento moral. Además el enfoque psicoanalítico en la relación terapéutica, válido en el encuadre de la psicoterapia, había dejado de lado el papel central de la ocupación en Terapia Ocupacional. La visión de que la relación terapéutica era la clave de la terapia fue rechazada a favor del compromiso ocupacional como el verdadero dinamizador del éxito del tratamiento.

Renée Taylor (2008) manifiesta su convencimiento de que el uso terapéutico del yo es el elemento esencial de la Terapia Ocupacional, con independencia del marco de referencia aplicado o modelo terapéutico con el que se trabaje. Propone en su libro *The Intentional Relationship: Occupational Therapy and Use of Self* (La Relación Intencional: Terapia Ocupacional y Uso del Yo) un modelo de relación terapéutica existente en el trasfondo de toda interacción entre paciente y terapeuta.

Taylor (2008), como creadora del Modelo de Relación Intencional, defiende que el uso terapéutico del yo necesita de teoría y práctica. En el texto se abordan ambos aspectos: por un lado se describe la teoría y, por otro, propone al final de cada capítulo y abarcando todos los temas tratados, actividades para aprender y reflexionar a través de debates abiertos, introspección sobre la forma de hacer y pensar de cada uno, ejercicios, autoevaluación, *role play*, toma de conciencia del estilo propio y diseño de un plan para mejorar los rasgos más deficitarios.

A su pregunta ¿qué define a un buen terapeuta? responden una docena de reconocidos terapeutas ocupacionales de distintos lugares del mundo a los cuales invita a hacer una introspección sobre sus cualidades y rasgos. Ellos eligen las siguientes etiquetas: merecedor de confianza, motivador, que da poder y control, empático, enérgico, tranquilo, asertivo, positivo, atento, amistoso, flexible, lógico, firme,

colaborador, con sentido del humor, persuasivo, abierto, respetuoso, juguetón, campechano, cuidador, generoso, directo, paciente, espontáneo, humilde, leal, amable y vigilante.

Taylor construye un modelo de Terapia Ocupacional y lo justifica apuntando que la cuestión central a la que una conceptualización de la relación terapéutica debería responder es: ¿cómo puede el uso terapéutico de uno ser específicamente utilizado por el terapeuta para promover el compromiso ocupacional del paciente y promover resultados terapéuticos positivos? Su punto de partida es la clara diferenciación que hace de la relación entre el terapeuta y el paciente en psicoterapia, donde la relación interpersonal es la clave (Fig. 1) y lo que se produce en el proceso terapéutico en el encuadre de la Terapia Ocupacional (Fig. 2)



Figura 1. Relación terapeuta-paciente en psicoterapia tradicional

Fuente: Taylor (2008, p. 46)



Figura 2. Relación única entre paciente, terapeuta y ocupación en Terapia Ocupacional

Fuente: Taylor (2008, p. 46)

El modelo de relación intencional que la autora presenta tiene el propósito de complementar la existencia de los modelos de prácticas conceptuales ya existentes y no reemplazarlos proponiendo un modelo nuevo (Fig.3).

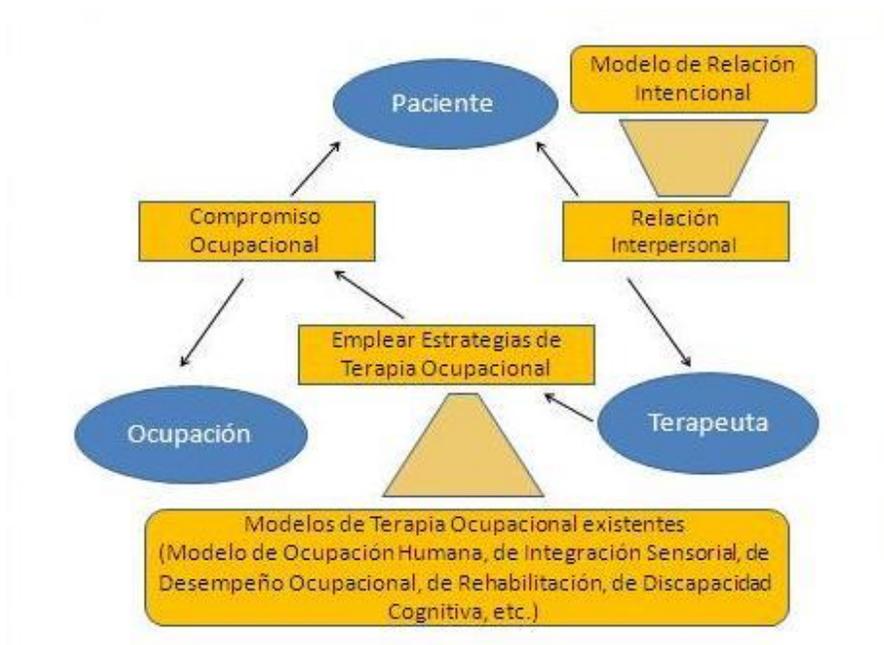


Figura 3. Modelo de relación intencional como un complemento a los modelos de Terapia Ocupacional existentes
 Fuente: Taylor (2008, p. 47)

Los elementos del modelo de relación intencional son: el paciente, los sucesos interpersonales que ocurren durante la terapia, el terapeuta y la ocupación (Fig.4).



Figura 4. Modelo de relación intencional en Terapia Ocupacional

Fuente: Taylor (2008, p. 48)

Taylor señala nueve destrezas interpersonales del terapeuta: ser capaz de establecer y mantener la comunicación terapéutica, conocer destrezas de entrevista y estrategias para hacer preguntas, ser capaz de establecer relaciones con los pacientes, familias, sistemas sociales y grupos humanos, trabajar eficazmente con los supervisores y otros profesionales, comprender y manejar conductas interpersonales difíciles, manejar los conflictos con empatía, tener una conducta profesional y ética, desarrollo profesional y autocuidado del terapeuta.

Exponemos en la Tabla 9 los principios subyacentes en el modelo de la relación intencional.

Tabla 9. Principios subyacentes en el Modelo de Relación Intencional

Principios subyacentes en el Modelo de Relación Intencional.

La autoconciencia crítica es la clave para el uso del yo intencional.

La autodisciplina interpersonal es fundamental para el uso del yo eficaz.

Es necesario poner por delante el pensamiento racional al emocional.

La empatía activa es necesaria para comprender al paciente.

Los terapeutas tienen la responsabilidad de ampliar sus conocimientos interpersonales de base.

En Terapia Ocupacional, siempre que sean aplicados sencilla y flexiblemente, se pueden trabajar y utilizar un amplio abanico de modos terapéuticos intercambiables.

El paciente es el que define una relación terapéutica con éxito.

Focalizar en la actividad debería equilibrarse con focalizar en lo interpersonal.

La aplicación del modelo debería estar formada por los valores nucleares y éticos.

La aplicación del modelo requiere competencia cultural.

Fuente: adaptado de Taylor (2008)

Esta autora identifica seis modos terapéuticos como los más frecuentes en la práctica de Terapia Ocupacional: defensor, colaborador, empatizador, animador, instructor y resolutor de problemas. Describe las ventajas y desventajas de cada uno de estos modos terapéuticos y refiere las categorías de estilos interpersonales entre los pacientes que, aun pudiendo variar, incluyen los siguientes: el estilo de comunicación, la capacidad de producir confianza, la necesidad de control, la capacidad de ser asertivo con las necesidades, la respuesta a los cambios y a los retos, el afecto, la predisposición para dar *feedback*, la capacidad de recibir *feedback*, la respuesta a la diversidad humana, la orientación hacia las relaciones, la preferencia por el contacto y la capacidad de reciprocidad.

La investigación posterior sobre los modos terapéuticos (Taylor et al. 2011) proporcionó una exploración sistemática de estrategias interpersonales en Terapia Ocupacional. El estudio identificó la

relación del uso de los modos terapéuticos entre los terapeutas según los modos de interacción. El resultado de este estudio es que, a pesar de que los terapeutas ajustan el uso de su modo, los patrones generales tienden a permanecer constantes con independencia de las características del paciente y las circunstancias de la terapia.

Dado que los pacientes de Terapia Ocupacional presentan una amplia gama de comportamientos interpersonales y expresan emociones difíciles en la terapia, es necesaria una formación continua de los profesionales dirigida a la comprensión de por qué y cómo los modos se deben aplicar con mayor flexibilidad y de manera intercambiable para fortalecer en la práctica las relaciones paciente-terapeuta.

Taylor (2008) analiza la comunicación terapéutica, tanto la verbal como la no verbal, y la necesidad de construir una comunicación que sea bidireccional, la importancia de la escucha terapéutica activa y la búsqueda del *feedback* con los pacientes. Centra el establecimiento de la relación en la construcción del *rapport*, el manejo de emociones intensas (tales como tristeza, angustia, ansiedad y otras) que son muy complejas, porque a menudo son una máscara de otras más dolorosas, la mayoría de las veces, relacionadas con vivencias de pérdida. Considera, así mismo, la competencia cultural como una clave en la capacidad para establecer la relación, ya que es necesario ajustar las prácticas para acomodarse mejor a las diferencias de los pacientes. Examina el uso del contacto físico como algo útil para la terapia, si se usa de una manera adecuada.

En el siguiente apartado trataremos diferentes conceptos relacionados con la relación terapéutica y el uso terapéutico del yo, son términos que han aparecido anteriormente y creemos oportuno profundizar en ellos para una mayor comprensión del tema.

2. 2. Conceptos vinculados con la Relación Terapéutica y el Uso Terapéutico del Yo

Entre los diversos conceptos relacionados con el tema que venimos desarrollando, hemos escogido los siguientes por su importancia: la alianza terapéutica y el cambio, la terapia centrada en el paciente, la comunicación terapéutica, la empatía, el razonamiento clínico y el uso de la narrativa. Hemos de aclarar que el orden de exposición no obedece a ninguna jerarquización.

2.2.1. La alianza terapéutica y el cambio

Finlay (2004) relaciona estrechamente el proceso terapéutico y el hacer atractiva la relación terapéutica con un razonamiento clínico especial y la resolución de problemas. Afirma que la relación terapéutica entre terapeuta y paciente es probablemente la dimensión más significativa de la Terapia Ocupacional. Esta autora pone el énfasis en el poder, en el impacto que la relación puede tener en el proceso terapéutico. Es muy importante la presencia del terapeuta, que hace que el paciente pueda sentirse seguro, cómodo, digno, valorado, nutrido, quizás incluso con inspiración; y los pacientes dan una gran importancia a la idea de que su relación con el terapeuta pueda ser de confianza.

A medida que se realizan los primeros contactos entre las partes implicadas en el proceso terapéutico, y con independencia del tipo de razonamiento clínico utilizado por el terapeuta, se establece una alianza entre ellos que es la que va a favorecer el cambio porque supone un compromiso, un vínculo personal. La alianza terapéutica y el cambio han sido estudiados desde distintas perspectivas para conocer y comprender los mecanismos subyacentes en los mismos.

En un conocido estudio (Bergin y Garfield, 1994) algunos psicólogos han investigado con rigor el resultado de varias técnicas de intervención y teorías opuestas en sus planteamientos. Estas técnicas se usaron para tratar a personas con problemas de conducta, cognitivos y emocionales. Los investigadores llegaron a la conclusión siguiente: mientras que la psicoterapia es eficaz para ayudar a las personas, no parece haber diferencias significativas en los resultados según sea el tipo de psicoterapia utilizado.

La hipótesis formulada para explicarlo es que los resultados terapéuticos se deben a “factores comunes”, o variables que existen fuera del modelo teórico particular o las técnicas empleadas. Asay y Lambert (1999) y Lambert (1992) afirmaron que la técnica motivaba solo el quince por ciento de los resultados terapéuticos, otro quince por ciento del efecto terapéutico estaba relacionado con la presencia o ausencia de la expectativa del paciente (placebo), el cuarenta por ciento del éxito en el tratamiento era atribuido a factores externos, tales como la gravedad y naturaleza del desorden y la motivación y el treinta por ciento restante del efecto terapéutico era la calidad de la relación terapéutica. Una *alianza terapéutica* efectiva se caracterizaba por el *rapport* (compenetración, entendimiento mutuo), colaboración, empatía y marcos de referencia congruentes respecto a los problemas y necesidades de los pacientes (Frieswyk, Allen, Colson, Coyne, Gabbard, Horwitz, y Newson, 1986).

Un trabajo más reciente en esta área indica que los terapeutas que con consistencia obtienen más éxito modifican sus estilos de interacción con los pacientes para adecuarse a las necesidades de cada uno. Continuamente vigilan la alianza terapéutica, haciendo ajustes y arreglos según lo necesiten (Safran y Muran, 2000). Aunque no existen estudios específicos al respecto en Terapia Ocupacional, los resultados son presumiblemente extrapolables debido a la gran

importancia que la relación tiene dentro del proceso en Terapia Ocupacional.

De la misma manera que existen factores favorecedores para la alianza terapéutica y el cambio, también existen otros que los obstaculizan. Estos problemas en la interacción profesional-paciente son conocidos y suponen un impacto en ambos. Cuando existe una buena relación se producen más éxitos en las intervenciones (Kaplan, Greenfield y Ware, 1989; Scovern, 1989) en el cumplimiento de los pacientes de las recomendaciones recibidas y en su satisfacción (Corring y Cook, 1999; Darragh, Sample y Krieger, 2001) cuando no la hay los resultados no son tan buenos.

El impacto en el profesional es la aparición del *síndrome del quemado* (Poulsen, Meredith, Khan, Henderson y Castrisos, 2014); éste se produce más cuando es más difícil establecer una buena relación porque las condiciones no lo permiten: poco tiempo, masificación, énfasis de los gestores sanitarios en los resultados cuantificables de número más que de calidad (Edwards y Dirette, 2010; Gerits, Derksen y Verbruggen, 2004). En Terapia Ocupacional hay más riesgo de sufrir síndrome del quemado en los profesionales que trabajan en salud mental (Scanlan y Still, 2013) y aquellos que trabajan con personas con enfermedades de larga duración (Vidal, 2015).

La comunicación inadecuada en el proceso terapéutico tiene como resultado el poner obstáculos a los esfuerzos básicos para educar e instruir al paciente. Existe un gran riesgo para el futuro bienestar de los pacientes si no existe una buena comunicación cuya base está en la relación terapéutica (Stewart, Bhagwanjee, Mbakaza y Binase, 2000). Por este motivo los terapeutas ocupacionales deben desarrollar estrategias que les permitan prevenir quemarse en el trabajo (Gupta, Paterson, Lysaght, y Zweck, 2012) y lograr una vinculación positiva con el mismo.

2.2.2. Terapia centrada en el paciente

Este tipo de terapia se basa en el Marco de Referencia Humanista. El humanismo surgió influido por las teorías psicoanalíticas, el existencialismo y la fenomenología. Sus autores principales son Rogers, Laing, Maslow y Perls. Considera el comportamiento humano como una consecuencia de su percepción de la realidad en el momento de actuar y, por este motivo, no existen causas subyacentes, ni orgánicas ni intrapsíquicas, que lo expliquen. El postulado fundamental es que la persona tiene un potencial de desarrollo innato que tiende a la autorrealización; cuando se bloquea este desarrollo se producen los problemas psicológicos (Maslow, 1995; Rogers, 1949, 1993, 1997).

El tratamiento se basa en posibilitar el desarrollo del potencial de crecimiento del individuo a través de la creación de la relación terapéutica. En esta relación existe autodeterminación pero no directividad. Las cualidades básicas del terapeuta son la empatía, la congruencia y la mirada positiva del otro, así como una escucha acogedora que en ningún momento juzga al paciente. La responsabilidad del paciente en su tratamiento es muy alta: es él el que elige y decide los objetivos y las actividades para favorecer el autocontrol sobre su vida y llegar así a la autorrealización.

La terapia centrada en el paciente no se basa en los aspectos ocupacionales humanos, pero, como decíamos anteriormente, ha influido en modelos de Terapia Ocupacional, como el modelo canadiense o la práctica centrada en el paciente. Además Duncan (2006) citado por Moruno, Talavera y Cantero (2012) señala que, aunque no es frecuente que los terapeutas ocupacionales trabajen únicamente con este marco teórico, si lo es que utilicen diversas

técnicas o se apoyen en los principios y métodos del marco de referencia humanista para construir la relación terapéutica.

La práctica centrada en el paciente supone reajustar los desequilibrios dentro de la relación terapéutica ya que, tradicionalmente, el poder está en manos del profesional quien dirige el tratamiento (Duncan, 2006). La intervención centrada en el paciente reequilibra el poder al concebir la participación de los pacientes como tomadores de decisiones principales al diseñar su curso de tratamiento, incluyendo los resultados propuestos y los medios de intervención, así como la resolución de problemas. El acercamiento centrado en el paciente requiere una comprensión plena de sus necesidades, deseos, estilos de vida y obstáculos Sumsion y Law (2006). Para conseguirlo se requieren destrezas relacionadas con preguntar, escuchar, clarificar, dar retroalimentación y negociar.

Estos enfoques, además de orientarse hacia la perspectiva del paciente, ponen el énfasis en la comunicación, en el reconocimiento de las fortalezas del paciente y en establecer en colaboración metas comunes. Desde este abordaje el terapeuta tiene que conocer, reconocer, controlar y autocorregirse en todas sus reacciones no terapéuticas. Es importante incorporar también las propias experiencias vitales para poder comprender las perspectivas de los pacientes.

La evidencia experimental de un enfoque específico centrado en el paciente en Terapia Ocupacional es escaso (Rosa, 2011), pero sí hay indicios que sugieren beneficios mutuos en pacientes y profesionales. Los beneficios para los pacientes son: un mejor desempeño funcional en áreas que les interesan, la reanudación de sus roles vitales, menor dolor, mayor seguridad y mejor salud física, así como mayores niveles de satisfacción con la terapia, una mayor adherencia al tratamiento y un mejor seguimiento de las recomendaciones. Los beneficios para

los profesionales es que tienen un sentido de fuerte conexión con sus pacientes y les hace sentirse unidos y asociados con ellos por mucho tiempo. A su vez estas experiencias sirven de inspiración y motivación. La colaboración con el paciente es compleja y pueden existir influencias contextuales y personales que la dificulten.

Las influencias contextuales tienen que ver con que, tradicionalmente, los terapeutas ocupacionales han trabajado en ámbitos hospitalarios, donde el modelo médico de la rehabilitación es el dominante. En el modelo médico el poder y el control están en manos de los profesionales, al ser éstos los poseedores de los conocimientos y de la autoridad. Los pacientes tienen el deber de cumplir con las indicaciones de los expertos. Trabajar con un enfoque centrado en el paciente en estos contextos supone romper con la tradición histórica recibida. El desafío para los terapeutas ocupacionales es el de comprender los valores y los intereses de los pacientes, así como reflexionar sobre los objetivos y las expectativas del tratamiento, lo cual puede diferir en mayor o menor medida del modelo médico tradicional en rehabilitación (Rosa, 2011).

Las influencias personales son tanto del paciente como del terapeuta y se producen barreras para poder establecer una práctica colaborativa centrada en el paciente. Los pacientes tienen que ser activos y para ello es necesario que puedan y quieran expresarse. A veces, problemas de comunicación como el idioma, las diferencias culturales, la afasia, las pérdidas auditivas, déficits físicos o cognitivos, problemas psicológicos o, simplemente, que estén muy cansados pueden dificultar el establecimiento de objetivos. En otras ocasiones es el nivel educativo, el nivel cognitivo, la enfermedad mental, la desconfianza, el enfado, la ansiedad, la depresión y las alteraciones del pensamiento lo que hace muy difícil el establecimiento de la colaboración necesaria para compartir la responsabilidad en la toma de decisiones. Estas barreras han de ser

superadas por el profesional; es evidente que la práctica centrada en el paciente requiere de un alto nivel de habilidades comunicativas y de destrezas interpersonales (Rosa, 2011).

Además de las habilidades como profesionales, los terapeutas tienen que estar abiertos para acoger diferencias en los objetivos y en las expectativas planteados por los pacientes ya que la cultura y las experiencias vitales pueden ser muy diferentes (Sumsion y Smith, 2000). El estudio de Rosa y Hasselkus (2005) muestra que los terapeutas ocupacionales no siempre tienen este tipo de apertura. Los objetivos del tratamiento han de ser puestos en colaboración y en el estudio mencionado anteriormente se evidenció que esta colaboración tenía más que ver con la compatibilidad entre terapeuta-paciente que en la negociación de las diferencias entre las dos partes implicadas. La responsabilidad de intentar comprender a todos sus pacientes es del profesional, incluso con aquellos con los que sienta que no existen aspectos comunes o le resulten desagradables.

A otro nivel, y tal como señala el Código de Ética de la American Occupational Therapy Association (American Occupational Therapy Association, 2015) los terapeutas ocupacionales están obligados a respetar los derechos de los pacientes y que estos tomen decisiones en aquello que les afecte. Una forma para seguir estas indicaciones es alentar a los pacientes a participar en todas las fases de su proceso terapéutico; es decir, actuar según la práctica centrada en el paciente.

2.2.3. Comunicación terapéutica

Valverde (2007) define la comunicación terapéutica como “la comunicación específica para una relación en la que una persona desempeña el papel de ayudar a otra” (p. 19). Esta autora añade que la comunicación terapéutica es una nueva forma de enfocar los cuidados. Es el paciente, su narrativa, la forma de vivir la enfermedad

y experimentar el sufrimiento y, sobre todo, el significado que puede dar a todo esto lo que constituye el centro de trabajo. Para Lazure (1987), encontrado en Valverde (2007), es esta relación terapéutica eficaz establecida a través de la comunicación la base para poder llevar a cabo los cuidados e intervenciones técnicas. La comunicación terapéutica se convierte así en el marco en el cual el profesional encuadra su “saber estar” en la relación de ayuda. A continuación veremos los objetivos de la comunicación terapéutica para el paciente y para el profesional.

Objetivos de la comunicación terapéutica

El objetivo principal es aumentar la calidad de vida del paciente. En el proceso de comunicación hay dos partes implicadas, el paciente y el profesional, podemos establecer diferentes objetivos para cada uno de ellos, mostrados en la Tabla 10.

Tabla 10. Objetivos de la comunicación terapéutica

Objetivos específicos para el paciente: Se centrarán en que el paciente	Objetivos específicos para el profesional
Sienta que es el centro de los cuidados	Crear una relación terapéutica eficaz
Note que su experiencia de la enfermedad es lo que más importa	Aumentar su eficacia y satisfacción
Pueda comunicar sus vivencias y sea escuchado	Desarrollar un saber estar profesional por medio del pensamiento terapéutico y disminuir su propia frustración
Perciba que su sufrimiento (físico y emocional) es creído	Aceptar que el sufrimiento es un tema central en enfermería
Se sienta acompañado y menos solo	Aumentar su interés por la complejidad del paciente
Tenga la posibilidad de identificar, sentir, saber y decidir si quiere cambiar y cómo, su manera de vivir su situación	Sentirse más humano

Fuente: Valverde (2007, p. 21)

En los procesos de comunicación, sea ésta comunicación terapéutica o comunicación social, se pueden distinguir distintos elementos. Los elementos de la comunicación terapéutica son: el pensamiento terapéutico, la empatía, la escucha receptiva y reflexiva, la atención a las emociones del paciente, el acompañamiento al paciente en sus reflexiones, la ayuda al paciente a aumentar su dignidad y la autorreflexión y auto-observación (Valverde Gefaell, 2007). De la misma manera, las destrezas de comunicación son esenciales para la práctica competente como un medio de evaluar y tratar los problemas de actuación ocupacional.

Lo importante es poder trabajar con la globalidad del paciente como persona, por eso es fundamental llevar a la práctica los objetivos y la metodología de la comunicación terapéutica. El hecho de que ésta se lleva a cabo en un contexto donde existe sufrimiento emocional y/o físico hace que el desarrollo de este tipo de comunicación no sea fácil. Por otro lado los profesionales han recibido muy poca, o no han tenido ninguna, formación específica en comunicación terapéutica.

2.2.4. Empatía

La empatía es una cualidad básica necesaria de los profesionales sanitarios, entre ellos los terapeutas ocupacionales, para poder tratar y establecer relaciones auténticamente terapéuticas con las personas atendidas. Podríamos definir la empatía como la capacidad de tener conciencia y entender los sentimientos, los comportamientos y las emociones de otras personas y lo que significan. Preferimos esta definición más que la popularmente más extendida de *ponerse en el lugar del otro* por considerarla más completa y menos susceptible de crear confusiones. A continuación vamos a exponer los orígenes del estudio de este fenómeno, considerado en un principio desde la filosofía y estando en la actualidad plenamente incorporado en

diversos ámbitos donde las relaciones interpersonales son protagonistas, como la sanidad, la educación, el mundo laboral, etc.

Edith Stein fue una filósofa discípula de Husserl que publicó su tesis con el título *Sobre el problema de la empatía* en 1917. Según esta autora la empatía es la captación de vivencias ajenas, la percepción y la interiorización de las vivencias del otro. Para ella la empatía es la experiencia provocada en uno mismo por las vivencias de la otra persona. Si bien es importante partir de esta conceptualización de la empatía de Stein, en su obra apenas hay referencias a la relación médico-paciente, lo menciona de pasada, postulando que el don de la empatía es adquirido por el médico después de ejercer profesionalmente durante un largo tiempo. El planteamiento de la tesis de Stein está dirigido al estudio de las relaciones humanas, de los vínculos interpersonales sin profundizar en el trato de ayuda que se produce en las relaciones entre los profesionales sanitarios y los pacientes. Su estudio es filosófico pero, sin duda, es pionero de planteamientos posteriores sobre este tema (Stein, 2003).

Gracias a la empatía la relación terapéutica aumenta porque es un instrumento clave y la base de la comunicación terapéutica (Feijoo, 2014). Esto es debido a que la empatía tiene la capacidad de crear un ambiente seguro y ayuda a que el paciente confíe en el profesional. Los profesionales formados en tener muestras de empatía con sus pacientes tienen menos ansiedad y sus comportamientos son menos hostiles que los que no se han formado en este campo. (Valverde, 2007).

En la descripción del fenómeno de la empatía se da más importancia al sujeto que se pone en el lugar del otro, es decir, se prioriza una parte de la relación; pero parece olvidarse la otra parte, la parte más vulnerable, el enfermo. Es importante que esto sea tenido en cuenta en la relación terapéutica porque el paciente tiene su experiencia y

también es parte activa en el proceso de la empatía. Como señala Feijoo (2014) “la empatía supone la experiencia a la vez de entender y ser entendido; posee un componente emocional y también ético que inexorablemente se experimenta de manera conjunta” (p. 7).

2.2.5. Razonamiento clínico

El razonamiento clínico es otro aspecto de la Terapia Ocupacional que se relaciona con el uso terapéutico del yo. Puede ser definido como un “proceso continuo del profesional de planificar, dirigir, brindar, pensar y tomar decisiones acerca de lo que se debe hacer durante la intervención” (Schell, 2015, p. 384). En el estudio de Mattingly (1991) se comparó el razonamiento clínico de médicos y terapeutas ocupacionales, tanto experimentados como novatos, para ver cuáles eran las diferencias entre ellos y ver si era posible establecer características comunes.

Los resultados de este estudio fueron que los médicos recién titulados utilizaban un razonamiento clínico procedimental, basado en un proceso lineal de hipótesis y conclusiones, al igual que los terapeutas ocupacionales novatos. Este tipo de razonamiento consiste en pensar científicamente acerca de los problemas de un individuo y cómo resolverlos. Parece que, ante la falta de experiencia, los clínicos recurren al protocolo, a lo que otros con anterioridad han pautado, aferrarse al procedimiento da la seguridad carecida por la inexperiencia. No era así en los médicos y terapeutas con experiencia, que combinaban el razonamiento procedimental con otros dos estilos de pensar y actuar: el razonamiento interactivo y el razonamiento condicional.

El razonamiento interactivo incluye la inteligencia interpersonal de Gardner (2011) en la que los terapeutas se comunicaban con los pacientes con la intención de comprender sus perspectivas personales.

Es este un pensar emergente a través de la relación con el individuo porque una vez que el terapeuta entra en la esfera del paciente puede comprender mejor cómo ayudarle a resolver los problemas de desempeño (Taylor, 2015). Según Schell (2015) a veces el razonamiento interactivo es consciente por parte del terapeuta, pero en otras ocasiones, surge de manera automática.

El otro tipo de razonamiento empleado es el llamado razonamiento condicional, que es la manera en la que el terapeuta ve construir imágenes del pasado, presente y vida futura del individuo para considerar y tratar a la persona global que es. Es la capacidad de usar una combinación de razonamiento procedimental, razonamiento interpersonal y conocimiento obtenido de sus propias experiencias pasadas. Esta forma de razonamiento condicional es importante para encuadrar las metas terapéuticas y diseñar intervenciones dirigidas e individualizadas.

Tanto en el razonamiento interactivo como en el condicional se utiliza el uso terapéutico del yo, ya que se fundamentan en el establecimiento de la relación de confianza y la capacidad para interpretar las comunicaciones verbales y no verbales de los pacientes Schell (2015). El estudio de Cole y McLean (2003) muestra que los terapeutas ocupacionales, en la medida en que van adquiriendo experiencia, van usando cada vez más el razonamiento clínico interactivo hasta convertirse en expertos.

A estos tipos de razonamiento clínico hay que añadir el razonamiento clínico narrativo; el cual permite al sujeto y al terapeuta compartir la vivencia de la enfermedad al narrar el paciente su historia. La planificación y el trabajo del terapeuta dependen de cómo el paciente narre sus experiencias vitales, sus temores, sus deseos y sus preferencias (Mattingly y Fleming, 1994; Mitchell y Unsworth, 2004) encontrado en Talavera y Moruno (2012). De esta manera se

consigue también que la enfermedad tenga cabida en la vida de la persona, incluso puede llegar a encontrarle un sentido. Esto es lo que se entiende como “ayudar al paciente a rehacer sus narraciones ocupacionales” (Auzmendis, de las Heras, Kielhofner y Miranda, 2008, p. 313).

2.2.6. El uso de la narrativa

Permitir al paciente hablar de su experiencia de la enfermedad proporciona beneficios para el tratamiento. Para ello es necesario que la escucha sea receptiva, que el paciente se sienta tenido en cuenta. Además, al oírse a sí mismo, comenzará a darse cuenta de cómo la enfermedad le está influyendo en su vida. Es en su narrativa donde el terapeuta encontrará una valiosa información: resistencias a los tratamientos, temores ante los cambios de vida por la aparición de la enfermedad, los significados dados a cada empeoramiento o mejoría y las reacciones emocionales de los familiares ante la nueva realidad del paciente (Valverde, 2007).

El utilizar el enfoque narrativo es útil porque permite la construcción de historias de vida como una herramienta de uso terapéutico. Su función es doble y su desarrollo es integrativo, ya que al evaluar se interviene y al intervenir se evalúa (Rueda, 2012). La evaluación narrativa se realiza a través de la relación interpersonal por medio de la comunicación terapéutica, la cual incluye aspectos verbales y no verbales del diálogo. Pero, ¿qué son las historias de vida? son relatos de la vida de una persona concreta, con los datos relevantes de su biografía, su desarrollo en los aspectos escolares, profesionales, hábitos, rutinas, actividades, situación familiar, ideología, religión, intereses, personalidad, identidad sociocultural y nivel de funcionamiento global, entre otros.

La importancia de las historias de vida es que reflejan las experiencias significativas y los acontecimientos relevantes de la vida de una persona, desde la perspectiva del propio protagonista porque es él el que hace la narración. Lo fundamental es poder reunir los sentimientos, las formas de ver y las perspectivas de la persona. De esta manera, es posible identificar las fases y momentos críticos que ha vivido el sujeto hasta la situación actual (Rueda, 2012).

El terapeuta ocupacional trabaja con la historia de vida del paciente porque tiene en cuenta las motivaciones del mismo al diseñar el proceso de intervención al proponerle actividades. Es un intento de ofrecer al paciente la posibilidad de dar sentido a la experiencia traumática y buscar su compromiso con el tratamiento. Este compromiso lleva implícito el inicio de la aceptación, a la vez que supone modificar el estilo de vida previo y la creación de uno nuevo (Rueda, 2012). Al mismo tiempo de la realización del tratamiento desde la narrativa del paciente, la evaluación es continua para la elaboración de una nueva historia donde tenga cabida la realidad actual (Crepeau y Cohn, 2015).

Hemos realizado una presentación del tema de la relación terapéutica y el uso terapéutico del yo en Terapia Ocupacional, así como de los principales conceptos relacionados con estas cuestiones. Este marco teórico nos permite la contextualización de nuestro estudio empírico. A continuación, y para finalizar este capítulo, expondremos las implicaciones en la práctica y en la investigación de este fenómeno.

2. 3. Implicaciones en la Práctica e Investigación

El hecho de que la relación entre el terapeuta y el paciente es fundamental en todo acto terapéutico es algo innegable. Por poca experiencia clínica que tengamos nos damos cuenta de que el resultado del tratamiento depende, en gran medida, de cómo haya sido

la relación con ese paciente, y esto con independencia de la patología que presente, de las técnicas utilizadas y del contexto donde se realiza. Es responsabilidad del terapeuta llevar las riendas de la situación y tratarla de manera adecuada.

Esta es una cuestión ineludible. Desde el principio del tratamiento los terapeutas ocupacionales se encuentran con los beneficios y los obstáculos planteados por la dinámica de su relación con los pacientes; el terapeuta ocupacional, como cualquier otro profesional de la salud, tiene que poder manejarse con estos fenómenos conscientes e inconscientes durante el proceso terapéutico, y es su trabajo obtener el máximo beneficio para el paciente.

Esta relación puede llevarse a cabo de forma adecuada si el terapeuta es consciente de sus capacidades innatas y de sus limitaciones y, al mismo tiempo, está dispuesto a desarrollar aquellas habilidades que considera que no posee de manera natural, para ello tendrá que recorrer un camino que irá desde la delimitación de sus características a la búsqueda de la forma de desarrollar sus potencialidades; este proceso debería realizarse a lo largo de la vida profesional.

Todo el proceso de Terapia Ocupacional incluye una serie de destrezas que van desde conocimientos técnicos diversos hasta el uso terapéutico del yo. Sin embargo, a pesar de ser esto algo comúnmente aceptado por el colectivo de terapeutas ocupacionales y aparecer en la mayoría de los textos de la profesión, la investigación en este campo está poco desarrollada. Podría darse el caso de ser un concepto altamente valorado por el colectivo profesional pero ser difusa su utilización y es deber del terapeuta utilizar este tipo de intervención en beneficio del paciente. Es el momento de realizar un estudio en profundidad entre el colectivo de terapeutas ocupacionales sobre la valoración que dan a la práctica clínica y cómo están aplicando la relación terapéutica.

En este primer capítulo hemos enmarcado el concepto de relación terapéutica en Terapia Ocupacional. Para ello hemos comenzado por la historia de la disciplina desde sus orígenes hasta el momento actual. Seguidamente nos hemos centrado en el significado del uso terapéutico del yo y de sus conceptos afines. Para finalizar describimos las implicaciones para la práctica y la investigación de este tema. En el próximo capítulo profundizaremos en el tema de la enseñanza de la relación terapéutica en Terapia Ocupacional.

“Los mejores programas académicos de Terapia Ocupacional resultan ser los que respetan los principios fundamentales de la T.O. en el proceso de enseñanza-aprendizaje entre profesores y estudiantes, que se desarrollan teniendo como base a la esencia de la disciplina y sus conocimientos propios y que logran priorizar e integrar el conocimiento teórico y práctico relevante desde el primer día de cursado”.

De las Heras (2015, p. 11). Terapeuta ocupacional.

CAPÍTULO II. ENSEÑANZA DEL USO TERAPÉUTICO DEL YO EN TERAPIA OCUPACIONAL

En este capítulo vamos a abordar el tema de la formación de la relación terapéutica en Terapia Ocupacional. Para ello hemos de contextualizar el asunto dentro de la educación de la Terapia Ocupacional, tanto en España como en otros países y desde sus orígenes como disciplina académica hasta su momento actual. Nos centraremos en las investigaciones realizadas en torno a la relación terapéutica para conocer cuál es el estado de la cuestión de nuestro objeto de estudio. Una vez conocidos los trabajos nos surgirán interrogantes que, a su vez, pueden ser origen de nuevas investigaciones.

1. DESARROLLO HISTÓRICO DE LA ENSEÑANZA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN ESPAÑA

A pesar de que la ocupación se venía usando en nuestro país como medio terapéutico desde hacía mucho tiempo, no existía una formación reglada ni un reconocimiento de la profesión. En 1961 la Organización Mundial de la Salud (OMS) nombra a Mercedes Abella (cubana con raíces españolas, formada y con práctica profesional en Nueva York) “Consultant in Occupational Therapy” y se la hace el encargo de organizar la primera escuela de Terapia Ocupacional en España. Esta tarea se realiza entre 1961 y 1964, marcándose las líneas de trabajo y el desarrollo de la profesión dentro de los estándares establecidos por la OMS y la World Federation of Occupational Therapists (WOFT). Desde entonces se pueden señalar distintas etapas en los estudios de Terapia Ocupacional en nuestro país.

1.1. Etapas en la evolución de los estudios de Terapia Ocupacional

En la evolución de los estudios de Terapia Ocupacional en España pueden distinguirse tres etapas:

Primera etapa: creación de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional. Los reglamentos para la formación de Terapia Ocupacional se establecen en la Orden Ministerial de 3 de junio de 1965, publicada en el BOE de 27 de junio de 1967. Los estudios llevan a la obtención del Diploma en Terapia Ocupacional, siendo el Ministerio de Sanidad quien otorga dicho título. La Escuela Nacional de Terapia Ocupacional es reconocida por la WOFT en 1970 por cumplir todos los requisitos (calidad de la formación y número total

de horas de prácticas clínicas) hasta su cierre en los primeros años de la década de los noventa. Los profesores eran grandes conocedores de la profesión, ya que la mayoría de ellos ejercían como médicos del Hospital de Rehabilitación donde se encontraba la sede de la escuela, o bien como terapeutas ocupacionales especialistas de los distintos campos de actuación.

Las horas prácticas realizadas por el alumno eran mil doscientas a lo largo de los tres cursos que duraba la formación como terapeuta ocupacional. Estas prácticas clínicas se realizaban en los diferentes ámbitos de actuación profesional: psiquiatría, disfunciones físicas, pediatría, geriatría, discapacidad mental, etc. El hecho de existir un único centro para poder formarse, con un número máximo de treinta alumnos por curso, lleva a una gran escasez de terapeutas ocupacionales en España en aquéllos años.

Segunda etapa: con la Ley de Reforma Universitaria los estudios de Terapia Ocupacional son reconocidos por el Ministerio de Educación y Ciencia como título universitario de grado medio en 1990. El Real Decreto 1420/1990, de 26 de octubre, define las nuevas directrices generales y la homologación posterior del título anterior con el actual. La consecuencia de esto es la creación en distintas Universidades españolas de Escuelas de Terapia Ocupacional (en la actualidad dieciocho).

Esta rápida aparición de centros de formación, debida fundamentalmente a la demanda de profesionales en nuestro país, tiene como consecuencia que, con cierta frecuencia, los profesores no están lo suficientemente formados. Si los profesores son terapeutas ocupacionales a menudo son titulados recientes y, por este motivo, se encuentran faltos de la suficiente trayectoria profesional. Si los profesores proceden de otras disciplinas (Psicología, Medicina, Sociología, etcétera.) son escasas las oportunidades de recibir

feedback de terapeutas ocupacionales con experiencia para adaptar las asignaturas al interés del ejercicio práctico del terapeuta ocupacional.

Por su parte, Cañadas y Santos del Riego (2008) y Santos del Riego (2007) señalan la dificultad de los terapeutas ocupacionales para acceder a la docencia universitaria por la exigencia de una titulación de nivel superior a la diplomatura ya que, según la legislación española vigente en ese momento, para poder impartir clase en la universidad es necesaria la titulación de licenciado o doctor. No obstante, existe un resquicio en la ley que permite a profesionales de reconocido prestigio (no necesariamente licenciados) impartir clases en la universidad. Además, en numerosas ocasiones, las asignaturas específicas de Terapia Ocupacional tampoco son impartidas por terapeutas ocupacionales. Con esta trayectoria se llega al cambio en el diseño de todas las titulaciones universitarias para adaptarlas al nuevo Espacio Europeo de Educación Superior.

Tercera etapa: promulgación del nuevo título de Grado en Terapia Ocupacional. Para ello se siguen las directrices de la nueva configuración de los estudios universitarios en Europa y su presentación a partir de la Declaración de Bolonia; con innovaciones como la concepción del Sistema de Transferencias de Créditos Europeos (ECTS) y una participación más activa del estudiante en su proceso formativo. La implementación del Grado se hace de una manera paulatina en las distintas universidades y, una vez completado el cuarto curso, algunas universidades ofrecen un curso de adaptación para aquellos diplomados que deseen obtener el título de Grado.

La Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) publicó en el año 2005 el Libro Blanco de Terapia Ocupacional. Tiene como antecedente el Libro Blanco de la Terapia Ocupacional en Aragón (2004). El título de Terapia Ocupacional, al igual que el resto de las titulaciones de Grado, está diseñado para

impartirse en 4 cursos académicos, es decir, con 240 créditos ECTS. Los créditos se distribuyen entre formación teórica y formación práctica.

En los títulos de Grado se utiliza el término *competencia* para definir lo que los estudiantes han de adquirir en su formación. Por competencia se entiende el *saber cómo*, esto es, el conjunto de conocimientos *saber y comprender*; las habilidades *saber hacer* y las actitudes *saber estar y ser* necesarias para actuar –demostrar cómo– y desempeñar una tarea –hacer– (Zabalza, 2003). A su vez se diferencia entre competencias generales o transversales y competencias específicas de cada titulación.

Las competencias genéricas o transversales para el Grado de Terapia Ocupacional, según el Libro Blanco, son las siguientes:

- Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica
- Capacidad de análisis y síntesis
- Conocimientos básicos de la profesión
- Motivación
- Capacidad de trabajar en equipo multidisciplinar.

Las competencias específicas para el grado de Terapia Ocupacional de la Confederación Nacional de Directores de Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional (CNDEUTO) son:

- Aplicar las Actividades de la Vida Diaria (AVD) terapéuticamente en todas las áreas de desempeño ocupacional
- Aplicar la teoría y la práctica de Terapia Ocupacional
- Aplicar las ocupaciones terapéuticamente
- Mantener la dignidad, privacidad y confidencialidad de la persona

- Responder a las necesidades del paciente o usuario con programas individualizados.

Teniendo en cuenta que este diseño de Título de Grado se había realizado antes que la European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE) publicase su documento de competencias, la CNDEUTO decidió crear en el curso 2006-2007 la *Comisión de Análisis y Estudio de Grado de Terapia Ocupacional basado en Competencias*. El objetivo era comparar lo realizado en España y las directrices europeas y llegar a conclusiones enriquecedoras para el desarrollo de los futuros planes de estudios. (En el Anexo I se recogen las competencias del Libro Blanco de Terapia Ocupacional y en el Anexo II la comparación y equivalencia de competencias específicas entre el documento de ENOTHE y el Libro Blanco).

1.2. Comparación de las competencias del Libro Blanco de Terapia Ocupacional y el documento de ENOTHE

La *Comisión de Análisis y Estudio de Grado de Terapia Ocupacional basado en Competencias*, de la cual hemos formado parte, trabajó durante el curso 2006-2007 utilizando los dos documentos mencionados: el Libro Blanco de Terapia Ocupacional y el documento de competencias de la ENOTHE. La finalidad de la comisión era comparar las competencias reflejadas en ambos, establecer las equivalencias y diferencias entre ellos y, de esta manera, poder diseñar los nuevos planes de estudio en las distintas universidades. Después del análisis pormenorizado de ambos documentos, la comisión llegó a la conclusión de que las competencias de Terapia Ocupacional de ENOTHE se correspondían con las descritas en el Libro Blanco de la ANECA/CNDEUTO siendo las diferencias fundamentalmente de expresión y terminológicas (Anexo III).

Nos interesa centrarnos en las competencias vinculadas al uso terapéutico del yo. Nos basaremos en el trabajo mencionado anteriormente y mostraremos la comparación entre los dos documentos que realizó la comisión, pero solo las competencias relativas a la relación terapéutica. Presentamos la Tabla 11 donde aparecen descritas las competencias del documento de ENOTHE en la columna de la izquierda y en la columna de la derecha las competencias del Libro Blanco donde se recogen los mismos conceptos.

Tabla 11. Comparación de la relación terapéutica entre el documento de ENOTHE y el Libro Blanco

ENOTHE (texto de la competencia)	LIBRO BLANCO (número de competencia)
Sobre el conocimiento de Terapia Ocupacional. El terapeuta ocupacional debe: Usar de manera profesional y ética el razonamiento efectivo en todas las partes del proceso de Terapia Ocupacional.	14, 15, 23, 24, 36.
Adaptar y aplicar el proceso de Terapia Ocupacional en estrecha colaboración de individuos/población.	24, 25, 27, 29, 31, 32, 35, 38, 42, 46, 47, 48, 53.
Buscar activamente, evaluar críticamente y aplicar los rangos de información y de evidencia para asegurar que la práctica es actualizada y relevante al paciente.	14, 26, 28, 33.
Respecto a las relaciones profesionales y sociales, el terapeuta ocupacional debe:	
Trabajar según los principios de la práctica centrada en el paciente.	24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 46 y 50.
Construir una relación terapéutica como base del proceso de la Terapia Ocupacional.	24, 36, 37, 46, 47, 48.
Colaborar con los pacientes para abogar al derecho de tener sus necesidades ocupacionales satisfechas.	25

<p>Apreciar y respetar las diferencias individuales, creencias culturales, costumbres y su influencia sobre la ocupación y la participación.</p>	23, 24.
<p>En relación a la Autonomía Profesional y la Responsabilidad, Descripción de Terapia Ocupacional, el terapeuta ocupacional debe:</p>	
<p>Demostrar seguridad, autoconocimiento, autocrítica y conocimientos de sus propias limitaciones como terapeuta ocupacional.</p>	26 y 28.

Fuente: Libro Blanco de Terapia Ocupacional (2005) y documento de ENOTHE (2008)

En la Tabla 12 mostramos las competencias del Libro Blanco y el número de veces que aparecen en el documento de ENOTHE, tal y como aparece en el documento de la comisión.

Tabla 12. Competencias del Libro Blanco y veces que aparece en el documento de ENOTHE en conceptos vinculados a la relación terapéutica

Competencias del Libro Blanco de Terapia Ocupacional	Veces en ENOTHE
24. Capacidad para trabajar de una manera holística, tolerante, sin enjuiciamientos, cuidadosa y sensible, asegurando que los derechos, creencias y deseos de los diferentes individuos o grupos no se vean comprometidos	6
25. Capacidad para educar, facilitar, apoyar y animar el funcionamiento ocupacional, el bienestar y el confort de las poblaciones, comunidades, grupos e individuos cuyas vidas están afectadas por la limitación en el funcionamiento, sufrimiento, enfermedad	6
26. Ser consciente de los diversos roles, responsabilidades y funciones propios del profesional de Terapia Ocupacional	4
27. Capacidad para ajustar su papel con el objeto de responder efectivamente a las necesidades de la población o la persona	4
28. Capacidad para aceptar la responsabilidad de su propio aprendizaje y desarrollo profesional continuado, utilizando la evaluación como el medio para reflejar y mejorar su actuación y actualizar la calidad de los servicios prestados	4

29. Capacidad para emprender valoraciones apropiadas y sistemáticas en las áreas de desempeño ocupacional (autocuidado, productividad y ocio y tiempo libre) utilizando las herramientas y marcos adecuados para cada caso, teniendo en cuantas los factores físicos, sociales, culturales, psicológicos, espirituales y ambientales relevantes	3
30. Capacidad para reconocer e interpretar signos de función-disfunción de la persona en valoración y diagnóstico ocupacional	2
31. Capacidad para responder a las necesidades del paciente evaluando, planificando y desarrollando los programas individualizados más apropiados junto a la persona y su entorno, sus cuidadores y familias y otros profesionales	3
35. Capacidad de utilizar el razonamiento clínico revisando y reajustando el tratamiento	3
36. Capacidad para mantener la dignidad, privacidad y confidencialidad de la persona.	3
37. Capacidad para establecer una relación terapéutica apropiada a los diferentes momentos del ciclo vital de la persona	1
38. Capacidad para informar, educar, adiestrar y reentrenar y supervisar a la persona, cuidadores y su familia	1
46. Capacidad para una comunicación efectiva con el usuario, familias, grupos sociales y otros profesionales	4
47. Capacidad para establecer una relación de empatía con el usuario, familia, grupos sociales y otros profesionales	3
48. Capacidad para permitir que los pacientes y sus cuidadores expresen sus preocupaciones e intereses y que puedan responder adecuadamente	2
53. Capacidad para identificar y anticipar situaciones de riesgo en el proceso de intervención	1

Fuente: Libro Blanco de Terapia Ocupacional (2005) y documento de ENOTHE (2008)

En la Tabla 12 observamos las numerosas competencias en las que aparecen términos y conceptos relacionados con la relación terapéutica. Podemos deducir de ello la alta valoración dada a este fenómeno.

2. LA FORMACIÓN DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL

La docencia de la Terapia Ocupacional en España ha estado determinada por cómo ha sido la evolución de la formación en esta profesión en el resto de los países. Los Estados Unidos fueron líderes en la consolidación de la Terapia Ocupacional como disciplina profesional. También fue el país donde se inició la formación universitaria en 1916 en la Universidad de Columbia. Cuatro años después se realizó la homologación (Estados Unidos-Canadá) de los programas de educación (Linares, 2005). La expansión de la educación universitaria al resto de los países se fue sucediendo paulatinamente por los cinco continentes.

La formación de los profesionales incluye la enseñanza de las distintas técnicas y formas de proceder necesarias para la práctica clínica, así como de la necesidad de la investigación y formación continuada. Nuestro objeto de estudio es la enseñanza de la relación terapéutica en Terapia Ocupacional. Nos interesan, por tanto, las investigaciones que se hayan llevado a cabo sobre el tema, las propuestas acerca de metodologías y técnicas de enseñanza para llevar a la práctica y los interrogantes que dichas investigaciones sugieran.

2.1. La investigación de la enseñanza de la relación terapéutica en Terapia Ocupacional

Para realizar la búsqueda de la información hemos manejado las siguientes Bases de Datos: Medline, PsycINFO, CINAHAL, ERIC, SCOPUS, WOS, Science Citation Index, Education Full Test, PsycARTICLES. Además hemos consultado directamente las publicaciones: American Journal Occupational Therapy, British

Journal of Occupational Therapy, Canadian Journal Occupational Therapy y OTPractice por ser las que mayor número de artículos generan dentro de la Terapia Ocupacional (Ortega, 2012).

La búsqueda se realizó entre enero del 2015 y febrero del 2016. Los criterios de inclusión estaban en función de si eran:

- Referencias en artículos de revista relacionados con la enseñanza o aprendizaje de la relación terapéutica en Terapia Ocupacional (y conceptos relacionados con ella: práctica centrada en el cliente, empatía, habilidades de comunicación, etc.). También fueron incluidos documentos técnicos, informes, artículos de opinión.
- Cualquier libro, capítulos de libros y tesis doctorales dedicados a la enseñanza o aprendizaje de la relación terapéutica en Terapia Ocupacional; están incluidos también los conceptos relacionados mencionados anteriormente.

Los materiales excluidos fueron los que no procediesen del campo de la Terapia Ocupacional y/o no estuviesen directamente relacionados directamente con la enseñanza o aprendizaje de la relación terapéutica.

Los resultados ponen en evidencia que, de la misma manera que siempre ha habido un interés por el fenómeno de la relación terapéutica en Terapia Ocupacional, también ha habido una inquietud de cómo, cuándo y por quién realizar la formación en este aspecto tan importante de la práctica profesional. En un principio los estudios se realizaban con muestras pequeñas de participantes para ir ampliando las mismas posteriormente. Aun siendo mayoritaria la preocupación de este tema en los campos de la salud mental no es exclusiva, porque también se estudia en otros campos de la rehabilitación. Son de

destacar las investigaciones realizadas más recientemente en el ámbito universitario, tanto de los contenidos curriculares como de los trabajos y experiencias realizados con docentes y estudiantes.

La investigación de la enseñanza de la relación terapéutica en Terapia Ocupacional podemos agruparla en tres bloques: los planteamientos teóricos e investigación de la educación de la relación terapéutica en Terapia Ocupacional, las investigaciones realizadas con estudiantes y los estudios realizados con profesionales de esta disciplina. De esta manera tenemos en cuenta las distintas perspectivas: los planteamientos teóricos de los educadores, la opinión de los profesionales acerca de qué temas han de ser enseñados y cómo y las investigaciones realizadas con estudiantes.

2.1.1. Planteamientos teóricos e investigación de la educación de la relación terapéutica en Terapia Ocupacional

Interesa conocer cuáles son las ideas de profesionales de la educación de la Terapia Ocupacional sobre la importancia de la enseñanza de los aspectos relacionales a los estudiantes. El aprendizaje de estas destrezas, actitudes y habilidades requiere de métodos diferentes a los necesarios para aprender otras también necesarias en esta profesión, como son las distintas técnicas terapéuticas para la rehabilitación física y/o psicosocial de una persona o grupo o la fabricación de ortesis y férulas. Schaber (2014) y Haertl (2008) son dos autoras que conciben el aprendizaje de los componentes relacionales de la siguiente manera:

Schaber (2014) señala especialmente el aprendizaje relacional y el aprendizaje afectivo como componentes esenciales del Modelo Conceptual para la Educación de Terapia Ocupacional, además de otros aspectos esenciales en la educación superior de los terapeutas ocupacionales como la pedagogía, la estructura de la formación

académica y el vínculo activo fuertemente contextualizado con la formación. La autora define el aprendizaje relacional como el aprendizaje que ocurre a través de las interacciones humanas. La relación del estudiante con el profesor, con el mentor y con el supervisor y el modelo que suponen estas relaciones son las principales maneras de aprender la empatía, el respeto y la capacidad de proporcionar atención y cuidados, esenciales en la relación terapéutica. El aprendizaje afectivo es el aprendizaje que transforma la identidad personal y supone el cambio de actitudes, creencias y valores. De esta manera hace suyas las aportaciones de Peloquin (2005) y Hooper (2008) las cuales afirman que la educación profesional es una formación en la identidad personal.

Por su parte Haertl, en el año 2008, afirma cómo las raíces de la Terapia Ocupacional derivan de la práctica psicosocial y abarcan conceptos del humanismo, como el uso del yo y la práctica centrada en el paciente. Estos conceptos son aplicables tanto en el ámbito clínico como en el académico. Como los estudiantes tienen diferentes orígenes, estilos de vida y necesidades educativas diversas, el aprendizaje del uso terapéutico del yo requiere de modelos de enseñanza activos dentro del aula.

Lo esencial es poder implementar en el diseño del curriculum académico el uso de técnicas de modelado, desarrollo del rapport y pedagogías contemporáneas en la preparación académica para el desarrollo de la relación terapéutica. La autora propone las conceptualizaciones de Mosey (1986) de este fenómeno: respeto por la dignidad y derechos de cada individuo, empatía, humildad, mirada positiva incondicional, honestidad, flexibilidad, autoconocimiento, humor y comunicación. Además añade que las fuentes de aprendizaje de este suceso están en la relación del estudiante con el profesor.

La capacidad de enfatizar el uso terapéutico del yo en el aula es un reto que supone crear un clima especial. La capacidad de hablar, escuchar y generar confianza es la clave para crear un entorno de aprendizaje efectivo. Los pilares fundamentales para la creación de este ambiente son el establecimiento de una comunicación abierta y cordial entre profesores y alumnos, la proposición de actividades significativas, la posibilidad de dar refuerzos positivos e involucrar a los alumnos en su proceso de enseñanza, al mismo tiempo que se establece con ellos sus propias metas de aprendizaje.

Además de estos planteamientos teóricos de la importancia y el modo de abordar la enseñanza de la relación terapéutica, Deborah Davidson (2006) realizó una investigación pormenorizada de cómo se estaba enseñando el uso terapéutico del yo en el ámbito universitario. Con este objetivo realizó una interesante tesis doctoral en Saint Louis University (Missouri) que lleva por título *Teaching therapeutic use of self to future occupational therapists: a survey of current educational practices* (Enseñar el uso terapéutico del yo a los futuros terapeutas ocupacionales: un estudio de la práctica educacional actual). Nos interesa hacer una síntesis de este trabajo puesto que proporciona un modelo, muy válido a nuestro parecer, para este tipo de investigaciones. Además las conclusiones del trabajo proporcionan una guía de mejora.

La doctora Davidson parte de la idea de que los estándares de los programas educacionales para los terapeutas ocupacionales no son específicos respecto a los temas o destrezas de la práctica interpersonal, cómo deberían enseñarse o si las destrezas en el uso terapéutico del yo deberían ser evaluadas o no y cómo evaluarse. Esta falta de especificidad permite libertad en los programas educativos y también un elevado grado de variación en dichos programas en cuanto al énfasis y estilo de los temas de práctica interpersonal.

El propósito de la investigación de Davidson es doble: en primer lugar pretende establecer una comprensión del contenido y métodos de instrucción en el uso terapéutico del yo empleados en los programas educacionales en Terapia Ocupacional en EEUU y, en segundo lugar, compararlos con la práctica profesional apoyada en la evidencia. Según la profesión evoluciona hacia el cumplimiento de los estándares de calidad es obligatorio que los estudiantes de esta profesión estén preparados para comprender y utilizar los conceptos, valores y destrezas intrínsecas del uso terapéutico del yo.

Para el estudio se combinó la realización de una encuesta, una entrevista semi-estructurada y la revisión de los planes de estudios de diferentes universidades con el fin de lograr la triangulación de datos (Johnson y Turner, 2003). En el cuestionario enviado el uso terapéutico del yo fue operacionalizado como: *un conjunto de conductas que resultan de una interacción dinámica de habilidades interpersonales e intrapersonales empleadas por los terapeutas para facilitar el éxito de los pacientes y poner objetivos en común* (Davidson, 2006, p. 37). Estas habilidades incluyen consciencia afectiva y cognitiva de uno mismo y de los otros, siguiendo la teoría de las Inteligencias Múltiples de Gardner (1983).

Se usó un enfoque metodológico triangulado para contestar a las preguntas exploratorias siguientes:

- De un grupo seleccionado de conceptos y destrezas fundamentales en el uso terapéutico del yo ¿cuáles están siendo enseñados actualmente en los programas de educación de Terapia Ocupacional y qué métodos docentes se usan?
- ¿Hasta qué punto el uso terapéutico del yo es enseñado formalmente como parte explícita del currículo de Terapia Ocupacional?

- ¿Qué piensan los educadores de Terapia Ocupacional sobre el estado actual de la práctica relacionada con la enseñanza del uso terapéutico del yo?

Las respuestas a estas cuestiones indicarán la adecuación de la práctica educacional actual en este campo y puede guiar la formulación de recomendaciones para estudios posteriores y/o el desarrollo de guías curriculares en Estados Unidos.

Los participantes fueron seleccionados entre todos los programas de Terapia Ocupacional que tenían nivel de Máster. La media de años dedicados por los profesores a la enseñanza de la Terapia Ocupacional era de diez y los educadores eran de todos los niveles, desde profesores adjuntos a catedráticos. La encuesta se envió por correo y la participación en la investigación fue voluntaria y anónima. La entrevista telefónica se llevó a cabo entre una selección aleatoria de aquellos que mostraron disponibilidad para realizarla. El análisis de las asignaturas de los programas se realizó teniendo en cuenta los conceptos relacionados con el uso terapéutico del yo.

Los resultados de este estudio son una iniciación útil de una importante área de estudio de la educación de Terapia Ocupacional relacionada con el uso terapéutico del yo, pero no son concluyentes porque no se sabe cómo habrían influido en los resultados la opinión de los profesores que no participaron en la encuesta. Sin embargo, la mayoría de los programas estaban representados en el estudio y la gran mayoría de los encuestados evaluaban su conocimiento de la aproximación de sus programas del uso terapéutico del yo como fuerte. Los conceptos y destrezas enseñados a través de distintas metodologías aparecen recogidos en la Tabla 13.

Tabla 13. Frecuencia de Enseñanza de los Conceptos y Destrezas a través de los Métodos de Instrucción*

Concepto o Destreza	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
Establecimiento de metas en colaboración	46%	31%	12%	12%
Empatía	41%	34%	13%	12%
Establecer rapport	44%	30%	17%	10%
Autoconciencia	42%	33%	17%	8%
Interpretar la comunicación No-verbal	36%	33%	18%	13%
Escucha activa	40%	33%	19%	12%
Dar alabanza o ánimo	39%	30%	17%	15%
Expresar comunicación no-verbal	32%	33%	19%	16%
Dar feedback correctivo	29%	33%	21%	18%
Establecimiento de límites	24%	31%	27%	19%
Negociación de conflictos	17%	38%	24%	22%
Tratar con los intentos de los clientes de coerción o manipulación	11%	33%	28%	28%
Tratar con la agresión potencial hacia sí u otros	13%	29%	27%	31%
Compartir malas noticias	10%	29%	27%	34%

*Puede haber sido redondeado al número completo más cercano, de modo que puede no ser el 100%

Las conclusiones a las que llegó la autora de esta tesis fueron que los programas educativos preparan a los estudiantes con valores, conocimientos y destrezas que son necesarios para trabajar en cualquier campo laboral. Al mismo tiempo, los aspectos relativos a la enseñanza del uso terapéutico del yo deberían ser enseñados explícitamente de una manera activa. Los principios de este fenómeno están incorporados en la filosofía de la profesión y, por ello, es el momento de la reflexión, la investigación y la intervención apropiada, ya que resultaría beneficiosa la enseñanza del uso de destrezas interpersonales e intrapersonales en la práctica clínica. Se hacen

necesarias más investigaciones de las necesidades de los educadores para enseñar el uso terapéutico del yo y la presencia de dichas enseñanzas de una manera sistemática en el curriculum.

La perspectiva de los estudiantes también es importante y debería tenerse en cuenta en los estudios. El punto de vista de los estudiantes se ha abordado en diferentes investigaciones realizadas en algunas universidades y, aunque los resultados de los mismas no pueden generalizarse, son útiles para evaluar metodologías, actitudes, evolución de las competencias, etcétera. De estas investigaciones realizadas con estudiantes es de lo que trataremos en el apartado siguiente.

2.1.2. Investigaciones realizadas con estudiantes

Las investigaciones cuyos participantes son estudiantes, además de describir la situación, pretenden clarificar el camino de la docencia de los futuros profesionales en el tema de la relación terapéutica y los conceptos relacionados con la misma. Estos estudios están realizados siguiendo diferentes metodologías y son difícilmente comparables entre sí; no obstante, creemos importante conocer los terrenos explorados y los hallazgos encontrados. Nos centraremos en los trabajos de Bonsaksen (2013), Maloney y Griffith (2013), Davis (2008), Beer y Vorster (2012), Brown, Willians, Boyle, McKenna, Molloy, Palermo, y Molloy (2011), Brown, Williams, Boyle, McKenna, Molloy y Lewis (2010), Jamieson, Krupa, O'Riordan, O'Connor, Paterson, Ball y Wilcox (2006), Ripat, Wener, Dovinson (2013), Ferraro y Crist (2004), Wener, Bergen y Diamond-Burchuk (2015).

Bonsaksen (2013) lleva a cabo una investigación realizada con treinta y un estudiantes de Terapia Ocupacional de la universidad de Oslo (Noruega). Parte de los seis modos terapéuticos de relacionarse con

los pacientes descritos en el Modelo de Relación Intencional de Renée Taylor (2008). El objetivo de la investigación era describir cómo los estudiantes percibían su afiliación a los modos terapéuticos ante una variedad de hipotéticas situaciones de práctica clínica. Además se exploraban las relaciones entre la afiliación de los estudiantes y los diferentes modos.

El diseño del estudio fue transversal y se recogieron datos de treinta y un estudiantes de segundo curso a los que se les pasó un cuestionario de autoevaluación de modos. La participación fue voluntaria y anónima y los estudiantes tenían una media de edad de veinticuatro años y siete meses. En cuanto al sexo, la mayoría eran mujeres (ocho de cada diez). Durante el tiempo de la investigación los estudiantes estaban realizando prácticas clínicas como parte de su proceso de aprendizaje. Los procedimientos analíticos fueron de análisis descriptivos de datos, ANOVA de pruebas repetidas de medidas y análisis de correlación.

Las conclusiones de Bonsaksen fueron que los estudiantes se identificaron más con el modo de resolución de problemas como forma de relacionarse con los pacientes; mientras que el modo defensor fue el menos preferido. Los estudiantes con alta afiliación del modo de resolución de problemas mostraron baja afiliación en el modo colaborador y viceversa. No obstante, el estudio fue realizado con una muestra pequeña de estudiantes con ninguna o muy poca experiencia clínica; quizá por ello la preferencia por el modo terapéutico de resolución de problemas, vinculado con el tipo de razonamiento clínico procedimental, les pareció más adecuado para relacionarse con los pacientes.

La implicación para la práctica y la investigación de este estudio es que la educación en el uso terapéutico del yo en Terapia Ocupacional debería estar incluido de manera sistemática en la formación de los

futuros profesionales. Los estudiantes deben tener una base sólida de conocimientos y destrezas para establecer relaciones con la amplia variedad de tipos de pacientes con los que se van a encontrar a lo largo de su práctica profesional. Además es muy importante para el estudiante conocer cuáles son sus fortalezas, limitaciones y precauciones en el momento de elegir los distintos modos de relacionarse con los pacientes.

El estudio de Maloney y Griffith (2013) es una investigación cualitativa realizada con estudiantes de Máster de Terapia Ocupacional. El estudio se llevó a cabo durante el segundo semestre del primer curso. El objetivo era ver cómo aplicaban los conocimientos teóricos de las destrezas de comunicación terapéutica durante las prácticas clínicas. Al finalizar el semestre, los seis participantes voluntarios en la investigación hicieron un informe haciendo un análisis retrospectivo de su experiencia.

Dos analistas identificaron ocho temas en los informes de los estudiantes: desarrollo de la confianza, establecimiento de los límites, comunicación, atención centrada en el paciente, renuncia de prejuicios, aumento de la autoconciencia, energía del orgullo y poder de la ocupación. Las conclusiones a las que llegan los autores de la investigación son las siguientes: la necesidad de utilizar las experiencias de aprendizaje durante las prácticas para facilitar a los estudiantes el desarrollo de sus habilidades interpersonales, así como la integración de los conocimientos teóricos adquiridos previamente y la práctica.

Por su parte Davis (2007) plantea cómo las metáforas son unos poderosos dispositivos para estimular imágenes de la práctica. La exploración de las metáforas de ayudar de los estudiantes de Terapia Ocupacional proporciona a los educadores una visión del conocimiento previo de los estudiantes y las limitaciones que sus

ideas pueden presentar en la práctica. La investigación se realizó con dos grupos: el grupo I estaba compuesto por estudiantes que cursaban el primer semestre del primer curso y el grupo II eran estudiantes que ya habían cursado todas las asignaturas teóricas y habían realizado prácticas clínicas en los últimos tres meses.

A los participantes en la investigación se les pasó un cuestionario estructurado de formato abierto. Los resultados fueron similares en los dos grupos en cuanto a las conceptualizaciones de ayudar. Los hallazgos sugieren dos temas principales: la importancia de la práctica centrada en el paciente y la inevitabilidad de la autonomía del paciente y la responsabilidad. De estos resultados se deduce que los educadores deben preparar a los estudiantes para hacer frente a las realidades de la práctica: trabajar con los pacientes sin motivación y favorecer la participación en ocupaciones significativas. Para ello se necesita poner énfasis continuo en la práctica centrada en el paciente y en las habilidades de escucha necesarias para una alianza terapéutica.

Propone como medios para la formación la grabación en vídeo de los estudiantes interactuando entre sí mientras realizan rol play. De esta manera se pueden analizar las capacidades de interacción, los razonamientos interactivos y la posibilidad de monitorizar sus aprendizajes afectivos. Estas prácticas en el aula y entre compañeros pueden ayudar a los alumnos en sus percepciones de las características ideales de la interacción entre el terapeuta y el paciente en contextos que además favorezcan la sociabilización entre los estudiantes.

Beer y Vorster (2012) sostienen que son varios los factores que tienen impacto en las destrezas de razonamiento clínico de los estudiantes de Terapia Ocupacional durante su formación. La investigación tuvo lugar en la universidad de Pretoria (Sudáfrica) y se llevó a cabo con una muestra de treinta estudiantes de Terapia Ocupacional en su

último año y catorce supervisores (tutores de las prácticas en los hospitales) para valorar sus experiencias intersubjetivas de supervisión. Se utilizó un instrumento de análisis cuya finalidad era comparar las calificaciones obtenidas por los estudiantes en sus destrezas de razonamiento clínico en el examen práctico final.

Las conclusiones de este estudio son que, aunque la empatía y la flexibilidad son estilos de enseñanza importantes al servir de modelos de conducta, hay diferencias significativas según los contextos de aprendizaje. Los hallazgos de esta investigación sugieren que un modelo de estilo rígido y de moderada empatía en el supervisor de prácticas clínicas puede resultar ser significativamente más eficaz que un modelo flexible y empático, en cuanto a los resultados en las calificaciones finales. El hecho de utilizar el parámetro de las calificaciones obtenidas como muestra de la eficacia limita la consideración de otros aspectos aprendidos.

Brown et al. (2011) realizan una investigación partiendo de la idea de que hay un reconocimiento de la importancia de la empatía y la comunicación eficaz como componentes clave en la prestación de servicios de salud. El objetivo de la investigación era explorar si los estilos de escucha y comunicación eran predictivos de la empatía entre los estudiantes de ciencias de la salud. Los participantes fueron ochocientos sesenta estudiantes de Enfermería, Enfermería obstétrica, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Enfermería de emergencias y Dietética de la Monash University y su participación fue voluntaria y anónima. Las cuestiones referidas a características demográficas también se recogieron. Los resultados indicaron que la persona, los tiempos de escucha y un estilo agradable y relajado de comunicación fueron predictores significativos de la empatía en los estudiantes de Ciencias de la Salud. Los hallazgos sugieren que la promoción de la comunicación eficaz entre los estudiantes puede mejorar la capacidad empática de los estudiantes de profesiones sanitarias.

Brown et al. (2010) realizaron una investigación sobre la empatía, considerada como un atributo importante para los terapeutas ocupacionales en el establecimiento de relaciones y en una mejor comprensión de sus pacientes. Sin embargo la empatía puede verse comprometida por las altas cargas de trabajo, los factores estresantes personales y las presiones para demostrar ser eficaces. Los terapeutas ocupacionales también trabajan con pacientes de una variedad de grupos diagnósticos. El objetivo de este estudio fue determinar el grado de empatía y actitudes hacia los pacientes entre los estudiantes de Terapia Ocupacional de pregrado en una universidad australiana.

La mayoría de los participantes de la muestra eran mujeres (91,3 %) y tenían una media de edad de veintiún años. Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta. En general se encontró entre los estudiantes un alto nivel de empatía. Los estudiantes mostraron altos niveles de empatía en diagnósticos como derrame cerebral, parálisis cerebral, traumatismo craneoencefálico y depresión. Sin embargo mostraron niveles más bajos de empatía hacia pacientes diagnosticados de abuso de sustancias. Esto supone la necesidad de reforzar la idea de que este grupo de pacientes son igualmente merecedores de una atención de calidad. El curso que realizaba el estudiante parecía tener también un impacto significativo en la empatía de los estudiantes, siendo los estudiantes de tercer curso más empáticos que los de primero.

Jamieson et al. (2006) llevaron a cabo una interesante investigación en la Queen's University de Kingston. El objetivo de este trabajo era describir la evaluación de una iniciativa educativa. En ella se promovía la empatía del estudiante al convivir éste con personas discapacitadas que se convertían así en tutores de los estudiantes. Los participantes fueron cincuenta estudiantes de primer curso de Terapia Ocupacional. En parejas visitaron a adultos con discapacidad para

compartir sus experiencias y conocimientos de vivir con discapacidad.

Los estudiantes reflexionaron sobre sus experiencias y las reflejaron cada uno en su diario. Los resultados fueron que todos los estudiantes escribieron en sus diarios acerca de la coexistencia de la salud y la discapacidad, el reconocimiento de las necesidades, opiniones, aspiraciones y metas de los tutores, el entorno físico y su impacto en la vida del tutor y el aprendizaje experiencial.

Las conclusiones de la investigación fueron que los estudiantes apreciaban la coexistencia de la salud con la enfermedad, demostraban lograr una comprensión holística de la vida con una discapacidad y apreciaban el potencial de las personas con discapacidad para realizar aportaciones a sus comunidades. La evaluación de la experiencia confirma las hipótesis de los autores del trabajo: las metodologías experienciales pueden facilitar el desarrollo de la empatía de los estudiantes. Esto está en consonancia con las características esenciales de la relación terapéutica.

Ripat et al. (2013) plantean que en la profesión de Terapia Ocupacional se hace hincapié en la importancia de la práctica centrada en el paciente. Sin embargo el desarrollo en los estudiantes de las destrezas necesarias para practicarla ha estado ausente en la literatura de investigación. El propósito de este estudio fue comprender las percepciones de los estudiantes del currículum académico y las experiencias prácticas que contribuyeran al desarrollo de la práctica centrada en el paciente. Los participantes de la investigación fueron estudiantes de primero y de segundo curso, además de recién graduados en su primer año de práctica profesional.

Se utilizó una entrevista semi-estructurada que, al analizarse, permitió la emergencia de seis temas: internalización de la práctica centrada en

el paciente, construcción de relaciones, ¿quién es el paciente?, la influencia de los sistemas, la discrepancia entre lo académico y la práctica y, por último, el poder y el control. En cada tema se puso más o menos énfasis en diferentes aspectos y los participantes revisaron y ampliaron los contenidos a través de su programa académico.

Las conclusiones de esta investigación fueron las siguientes: la primera es la existencia de tiempos formativos para desarrollar la práctica centrada en el paciente durante los primeros años de formación académica y el primer año de práctica clínica. La segunda es que cada uno de los temas surgidos en este estudio proporciona la oportunidad a los profesores y a los estudiantes de explorar la práctica centrada en el paciente con mayor profundidad. La tercera se refiere a los profesores cuya tarea es la de enseñar animando a los estudiantes a ampliar los límites de la práctica centrada en el paciente con el fin de avanzar en la profesión.

Wener et al. (2015) aseguran que la práctica centrada en el paciente es la piedra angular de la profesión de Terapia Ocupacional. Sin embargo se ha puesto poca atención en cómo enseñar a los estudiantes la práctica centrada en el paciente mientras realizan counselling. El propósito del estudio fue examinar el impacto de la utilización de una escala de calificación, cumplimentada por pacientes, sobre las competencias de counselling centradas en el paciente de estudiantes de Terapia Ocupacional.

La University of Manitoba, donde se realizó esta investigación, recogía en su curriculum de Máster de Terapia Ocupacional la enseñanza de destrezas de counselling. El programa de Máster de esta universidad enfatizaba el desarrollo de destrezas genéricas con especial énfasis en las fortalezas de la relación terapéutica con el paciente. La construcción de relaciones terapéuticas se basaba en el compromiso personal caracterizado por la calidez, la aceptación y la

empatía. Al utilizar esta aproximación, profundizaban en la perspectiva del paciente a través del proceso de counselling.

El método empleado fue la utilización de un plan experimental en serie temporal con el que se midieron los cambios en las técnicas de orientación de los estudiantes. La información demográfica se recogió antes del primer intervalo temporal. Un cuestionario on-line se administró después del estudio con el fin de explorar las experiencias vividas por los estudiantes de la utilización de la Sesión de Escala de Valoración. Los resultados indicaban que el impacto del uso de la escala como una medida del rendimiento en competencias de counselling centrado en el paciente mejoró significativamente con el tiempo. La mayoría de los estudiantes valoran el uso de la Escala de Valoración y recomendarían su uso para los estudiantes futuros.

Las conclusiones de la investigación hacen referencia a la mejora de los estudiantes en sus competencias de counselling y, además, valoran especialmente la posibilidad de dar y recibir feed-back cuando aprenden a desarrollar destrezas de counselling centrado en el paciente. Los resultados demuestran que los estudiantes de Terapia Ocupacional pueden establecer la alianza terapéutica en las primeras cuatro sesiones. Estos resultados, así como las opiniones de los estudiantes, apoyan la utilización de la escala como una manera de enseñar destrezas de counselling en los estudiantes de Máster de Terapia Ocupacional.

La internalización de la práctica centrada en el paciente en los estudiantes es abordada por Ripat, Wener, Dobinsony y Yamamoto (2014). El examen de este tema reveló tres procesos para los estudiantes de Terapia Ocupacional: la identificación de la Terapia Ocupacional como una profesión centrada en el paciente, la participación en el tira y afloja que supone la práctica centrada en el paciente y la definición de uno mismo como un profesional centrado

en el paciente. La práctica centrada en el paciente está identificada como una competencia interprofesional fundacional. A pesar de ello su enseñanza está diluida a lo largo de la formación. Los autores de este trabajo apuntan a la necesidad de enseñarlo de una manera intencional. El objetivo es la interiorización del concepto y la identificación con el mismo por parte del alumno.

El razonamiento clínico interactivo es enseñado por Bailey y Cohn (2009) mediante un curso denominado “Understanding Others: A course to Learn Interactive Clinical Reasoning”. Los destinatarios del curso son estudiantes de Terapia Ocupacional. Se establecen cuatro seminarios para enseñar el razonamiento clínico dentro de un plan de estudios. Se utiliza un modelo de inmersión para incrementar la conciencia cultural y la sensibilidad. La filosofía subyacente del curso incluye la inteligencia interpersonal para tratar a los pacientes desde su propia experiencia de enfermedad o discapacidad. Los estudiantes deben prestar atención tanto a sus preguntas como a sus propias reacciones ante las respuestas del entrevistado. Las técnicas propuestas en el curso para aumentar las habilidades de entrevista de los estudiantes son: las lecturas, los vídeos (grabación y análisis) y los ejercicios de clase.

El desarrollo profesional de los estudiantes durante su período de prácticas en adaptación ocupacional, razonamiento clínico y práctica centrada en el paciente es expuesto en el artículo de Ferraro y Crist (2004). Este trabajo es parte de un programa de evaluación cuyo objetivo es valorar la maduración, el desarrollo del razonamiento clínico y las conductas centradas en el paciente de los estudiantes durante sus prácticas clínicas. El análisis observacional demostró cambios significativos: las conductas primitivas decrecieron y se incrementaron conductas más maduras, el razonamiento clínico evolucionó sutilmente desde un razonamiento procedimental a un

razonamiento condicional y, por último, también se desarrollaron conductas centradas en el paciente.

Los autores de este estudio piloto concluyen que las prácticas clínicas son una buena manera de desarrollar competencias profesionales. Como metodología de enseñanza sugieren la utilización de la grabación en vídeo de las actividades de los estudiantes. La eficacia de esta técnica radica en la capacidad para poder evaluar la ejecución del alumno durante sus prácticas.

Un acercamiento intensivo a las mejoras en las competencias interpersonales y en las destrezas para trabajar con el paciente fue descrito por Carrese y Tewfik en el año 2002. El programa de Terapia Ocupacional y servicio de asesoría de la universidad funcionaban juntos con el objetivo de responder a las necesidades de un pequeño subconjunto de estudiantes que demostraron problemas con la conducta profesional.

Estos estudiantes habían experimentado éxito académico pero tenían dificultades interpersonales, a veces demasiado severas, y la terminación de sus estudios estaba amenazada. Los estudiantes asistían a sesiones educacionales en forma de tutoría individual con un tutor estudiante. En estas sesiones las intervenciones educativas tales como didáctica, rol play, ejercicios de autoconciencia y aconsejamiento se usaron para enseñar empatía y asertividad. De esta manera la mayoría de los participantes completaron exitosamente sus prácticas.

Para Blatner (2000) uno de los retos más importantes en la formación de los profesionales de la salud es el desarrollo de habilidades interpersonales efectivas, entre ellas la empatía, la cual es una habilidad que requiere imaginación, integración en la memoria de experiencias, pensamiento racional, intuición y sentimiento. La

empatía es enseñable pero requiere aprendizaje experimental. El vehículo natural para su enseñanza es el juego de roles porque es una extensión de la imaginación.

El juego de rol es un tipo de aprendizaje descuidado en el curso de la educación tradicional porque es más difícil de evaluar que otro tipo de aprendizajes evaluados por medio de exámenes. El juego de rol tiene la ventaja de añadir motivación en el proceso de aprendizaje porque se asocia con el teatro y tiene sus raíces en el juego infantil. La actividad de los juegos de rol fomenta un tipo de pensar más flexible en los profesionales sanitarios, a la vez que se vuelven más conscientes de sí mismos y disfrutan más de su capacidad para las relaciones interpersonales.

Blatner (2000) concluye su trabajo afirmando que las habilidades de comunicación, resolución de problemas emocionales, autoconsciencia y empatía deben ser aprendidas a través de vehículos experimentales como, por ejemplo, el juego de rol. Los estudiantes deben tener la posibilidad de aprender por medio de la práctica hasta lograr una sensación gratificante de dominio. La forma de aprendizaje práctica debe estar incluida en la formación formal de los profesionales sanitarios.

Por su parte, Jeffry y Hicks (1997) compararon las destrezas interpersonales de los estudiantes que habían elegido participar en una asignación de destrezas de counselling con aquellos estudiantes que no habían elegido participar. Cada sujeto experimental era observado y criticado en sesión grabada en vídeo de él mismo con un paciente y en el grupo control no. Las medidas de competencia interpersonal fueron hechas cuatro meses después de terminar el trabajo. No había diferencias significativas entre los dos grupos. Los autores concluyeron que la intervención educacional puede haber sido ineficaz en términos de su contenido o temporalidad. Adicionalmente,

el estudio tenía fallos metodológicos que podían haber afectado a los resultados, incluyendo la auto-selección de los sujetos.

2.1.3. Estudios realizados con terapeutas ocupacionales

Además de las investigaciones de los currículum universitarios y de las llevadas a cabo con estudiantes, también se han realizado estudios con profesionales de Terapia Ocupacional. Destacan los trabajos de Gorenberg (2013) y Knight (2012) por las implicaciones que tienen en la formación continuada a lo largo de la vida profesional. A su vez, el trabajo de Scanlan, Pépin, Haraez, Ennals, Webster, Meredith, Batten, Bowman, Bonassi y Bruce (2015) está realizado entre terapeutas ocupacionales de Australia y Nueva Zelanda trabajadores en el ámbito de la salud mental. Tiene como objetivo identificar las prioridades educacionales, según la opinión de los encuestados, de los futuros profesionales aspirantes a trabajar en este campo.

Según Gorenberg (2013) los terapeutas ocupacionales piensan en la calidad de las relaciones con sus pacientes como un factor importante en los resultados de la terapia. No obstante, se pueden sentir mal preparados para ser ellos mismos agentes terapéuticos. Este vacío entre el valor percibido y la preparación para establecer y mantener la relación terapéutica presenta una oportunidad para desarrollar una formación dirigida a mejorar las destrezas en el uso terapéutico del yo de los terapeutas ocupacionales.

El resultado ha sido el desarrollo, implementación y evaluación de la educación continua profesional a través de talleres para incrementar los conocimientos y destrezas interpersonales de los profesionales. Se ofrecen sugerencias formativas a través de la reflexión de los profesionales sobre sus relaciones con los pacientes y el desarrollo de nuevas perspectivas de interacción durante el proceso de Terapia Ocupacional.

Se muestra el Modelo de Relación Intencional de Taylor (2008) como una manera de formar a los terapeutas ocupacionales en el establecimiento y mantenimiento de relaciones terapéuticas positivas. Este entrenamiento sugiere hacerlo mediante el aprendizaje transformativo, el cual enfatiza métodos experienciales y diálogo entre instructores y aprendices, y a la vez promueve la autorreflexión crítica.

Realiza talleres en los cuales utiliza lecturas didácticas para introducir los temas y, a partir de ahí, los participantes comparten sus propias experiencias y tienen la oportunidad de resolver sus problemas desde una nueva perspectiva. Las actividades específicas de aprendizaje incluyen la reflexión verbal y escrita, la autoevaluación, el estudio de casos, el rol-play, los diálogos grupales y el análisis de vídeos.

Knight (2012) presenta un estudio de la supervisión clínica y examina el uso terapéutico del yo a la luz de consideraciones teóricas y hallazgos recientes. Distingue dos conjuntos diferentes de comportamientos: la transparencia y la auto-revelación. El artículo examina cómo el supervisor puede utilizar el uso terapéutico del yo para servir él mismo de modelo y mejorar la alianza con el supervisado. Esto lo hace promoviendo la comprensión y el compromiso (participación) de los supervisados en el uso terapéutico del yo.

Distintos ejemplos de casos ilustran las consideraciones éticas, teóricas y basadas en la evidencia que deben guiar la práctica y la supervisión en el uso terapéutico del yo. Existe un consenso generalizado en que el yo de los terapeutas es un aspecto inevitable de la alianza terapéutica. Hay menos acuerdo en cuáles son las formas más adecuadas de uso intencional del yo para trabajar con los pacientes.

La conclusión de esta autora es que los supervisados están más dispuestos a hablar acerca del uso terapéutico del yo y sus reacciones personales hacia los pacientes si el clima creado en la supervisión permite una discusión honesta. El compromiso del supervisor en el uso terapéutico del yo, sobre todo si éste consiste en revelaciones relativas a errores cometidos o a pensamientos y sentimientos acerca de la relación de supervisión en sí, es particularmente susceptible de ser útil en la creación de un buen clima durante la supervisión y, sobre todo, tiene el poder de modelar el uso terapéutico del yo en el supervisado.

Scanlan et al. (2015) presentan una investigación realizada entre terapeutas ocupacionales de australianos y neozelandeses trabajadores en el ámbito de la salud mental. El punto de partida es que la preparación de los estudiantes de Terapia Ocupacional para la práctica en salud mental es fundamental para facilitar resultados positivos, sustentar una práctica óptima y apoyar la identidad profesional de los nuevos graduados. El proyecto se estableció para determinar un conjunto de “prioridades educativas” en los estudiantes de Terapia Ocupacional. La finalidad fue prepararlos para la práctica actual y futura en salud mental. Todo esto desde la perspectiva de los terapeutas ocupacionales de Australia y Nueva Zelanda.

El método del estudio incluyó dos fases. En la primera fase los participantes (ochenta y cinco terapeutas ocupacionales trabajadores en el campo de la salud mental) identificaron lo que consideraban prioridades educativas para los estudiantes de Terapia Ocupacional con el fin de prepararlos en la práctica de este campo profesional. En la segunda fase un “panel de expertos” (treinta y siete terapeutas ocupacionales de diversas localizaciones y escenarios de práctica) se reunió para revisar y clasificar los resultados de la primera fase utilizando un método Delphi.

Los resultados fueron que las prioridades educativas señaladas por los participantes de la primera fase se agrupaban en ciento cuarenta y nueve temas educativos. En la segunda fase el grupo de expertos priorizó estos temas a través de tres rondas Delphi. Se generó una lista de prioridades dividiendo los temas educativos en tres categorías prioritarias: “esencial” veintinueve temas, “importante” veinticinco temas y “opcionales” cuarenta y cuatro temas. Las prioridades de más alto rango fueron el razonamiento clínico, la práctica centrada en el paciente, el uso terapéutico del yo, las implicaciones funcionales de la enfermedad mental, el uso terapéutico de la ocupación y la experiencia de trabajo de campo de la salud mental.

Las conclusiones llegadas por los autores de esta investigación es que la lista de prioridades hallada proporciona información adicional para apoyar la revisión de los planes de estudios de Terapia Ocupacional de Australia y Nueva Zelanda. Más allá de la revisión permite conocer cómo estas prioridades están incluidas o ausentes en la actual formación, además permite integrar estas fuentes de información con la planificación del curriculum y, de esta manera, desarrollar aproximaciones para mejorar la práctica.

2.1.4. Resumen de las investigaciones anteriores

Para tener una visión en conjunto de los trabajos anteriores realizaremos un resumen de los mismos. El punto de partida es que el aprendizaje relacional ocurre a través de las relaciones humanas, tiene la capacidad de transformar la identidad personal y constituye la identidad profesional. Además la enseñanza de la relación terapéutica debe utilizar métodos activos porque los estudiantes tienen diferentes orígenes, estilos de vida y difieren también en sus necesidades. La relación entre el estudiante y el profesor es una fuente para el aprendizaje si la comunicación es abierta, si se proponen actividades

significativas, si se involucra a los estudiantes en su proceso de enseñanza y si se establece con ellos sus propias metas de aprendizaje.

La investigación realizada en un tercio de las universidades de EEUU revela que los programas académicos no son específicos respecto a los temas o destrezas de la práctica interpersonal, cómo debería enseñarse y si estas destrezas deben ser evaluadas o no y cómo hacerlo. En el estudio de Davidson (2006) se utiliza una metodología triangular: realización de una encuesta, de una entrevista semi-estructurada y de la revisión de los planes de estudios. Se llega a la conclusión de que los contenidos del uso terapéutico del yo deben ser enseñados de una manera activa y los estudiantes deben ser conscientes del contenido de su aprendizaje.

Las investigaciones realizadas con estudiantes son reveladoras. Cuando se estudian los modos de relacionarse de los estudiantes con los pacientes, el resultado es la preferencia por el modo de resolución de problemas más que el modo colaborador. Esto correlaciona con el razonamiento clínico procedimental, preferido también por los profesionales más inexpertos. El modo colaborador requiere de destrezas de la práctica centrada en el paciente, las cuales son más difíciles de adquirir. Es muy importante conocer cuáles son las fortalezas, limitaciones y precauciones al elegir los modos de interacción.

Existen resultados contradictorios con respecto a la influencia del estilo del supervisor sobre el supervisado. Algunos trabajos evidencian que el supervisor es importante como modelo para el aprendizaje del uso terapéutico del yo a través de la relación establecida entre el supervisor y el supervisado. Sin embargo otro trabajo pone de manifiesto que un supervisor rígido y de moderada empatía mejora las calificaciones finales del alumno, No obstante, en

este último estudio se daban errores metodológicos que ponen en entredicho los resultados.

La empatía es el objeto de estudio de numerosos trabajos entre alumnos de profesiones sanitarias. Los estudios efectuados con estudiantes de Ciencias de la Salud revelaron que la persona, el tiempo dedicado a la escucha y una comunicación agradable y relajada eran los predictores de la empatía en este colectivo de educandos. Los grupos diagnósticos hacia los que los alumnos mostraban una mayor empatía eran los relacionados con patologías del sistema nervioso central y la depresión. Hacia los que mostraban menor empatía eran los pacientes cuyas patologías tenían relación con el abuso de sustancias. Una forma útil de mejorar la empatía fue la convivencia del estudiante de Terapia Ocupacional con una persona con discapacidad, así como el uso del juego de rol como técnica para enseñar la empatía.

El razonamiento clínico es un concepto importante muy relacionado con la relación terapéutica. El estudio con alumnos mientras realizan sus prácticas clínicas muestra cómo se produce una evolución en el tipo de razonamiento clínico utilizado por el estudiante, desde el procedimental al interactivo, en el cual se utiliza la práctica centrada en el paciente y la relación terapéutica cobra especial protagonismo. Las prácticas clínicas durante la formación del estudiante facilitan el desarrollo de habilidades interpersonales, así como la integración de los conocimientos teóricos adquiridos previamente al ponerlos en la práctica.

Uno de los resultados más importantes de las investigaciones es que, a pesar de la importancia de la calidad de las relaciones con los pacientes como factor importante para los resultados de la terapia, los profesionales se sienten mal preparados para ser ellos mismos agentes terapéuticos. Este vacío percibido entre la necesidad de los pacientes

y la preparación profesional da la oportunidad para desarrollar formación específica en este campo. A su vez las opiniones de los profesionales acerca de cuáles deben ser las “prioridades educativas” para trabajar en salud mental fueron: razonamiento clínico, práctica centrada en el paciente, uso terapéutico del yo, implicaciones funcionales en la enfermedad mental y uso terapéutico de la ocupación.

2.1.5. Metodologías y técnicas sugeridas para la enseñanza de la relación terapéutica

Todos los trabajos de investigación expuestos en el apartado anterior tienen en común el señalar como una necesidad primordial la utilización de metodologías activas de experimentación en la enseñanza de la relación terapéutica. El aprender sobre un fenómeno tan complejo como este requiere de la comprensión del concepto a un nivel teórico, de la vivencia experiencial de las relaciones humanas entre compañeros, con los profesores y con personas con limitaciones en sus roles ocupacionales por diversas causas.

Para desarrollar las capacidades interpersonales e intrapersonales necesarias en el uso terapéutico del yo los investigadores proponen las siguientes metodologías y técnicas: pedagogías contemporáneas de experimentación, metodologías experienciales, inmersión con personas de diversas culturas y con personas con discapacidad, entrenamiento en aconsejamiento a través de entrevistas secuenciales, aconsejamiento dirigido al propio estudiante, discusión de lecturas, desarrollo del rapport, utilización de metáforas, grabación de vídeos, análisis de vídeos, juegos de rol, autorreflexión crítica expresada verbalmente y por escrito, modelado, refuerzo positivo, diálogo entre el instructor y el aprendiz, diálogos grupales, estudio de casos y autoevaluación.

Las características del grupo de estudiantes, los recursos humanos y materiales disponibles, los destinatarios de la formación (universitarios o profesionales) harán que se haga más hincapié en el uso de unas técnicas u otras. La educación ha de realizarse preferiblemente desde la perspectiva de vivenciar la relación interpersonal y de desarrollar el autoconocimiento y la autoconsciencia. Todo esto supone un gran reto para las metodologías académicas tradicionales, fundamentalmente porque el profesor debe tener una actitud diferente hacia el alumno involucrándose más en la relación interpersonal con él.

2.1.6. Preguntas surgidas de estas investigaciones

Las diferencias metodológicas y limitaciones de estos estudios dejan sin respuestas preguntas acerca de la eficacia de las prácticas educacionales actuales en el uso terapéutico del yo. La literatura hasta la fecha da la impresión que la gran parte de los esfuerzos están siendo gastados en enseñar a los estudiantes los valores y actitudes integrales para la filosofía de la Terapia Ocupacional y estándares de la práctica (conciencia intrapersonal). Considerablemente menos atención parece haber sido mostrada hacia enseñar acerca de la acción intrapersonal, conciencia interpersonal, acción interpersonal y comunicación terapéutica.

En ausencia de alguna evidencia para apoyar una progresión natural o automática del reino de las ideas y sentimientos a la práctica real, esta podría ser un serio error que reduce la eficacia de la Terapia Ocupacional. Una evaluación objetiva de la pedagogía de la relación terapéutica ayudaría a determinar si, y hasta qué nivel, existe un problema en la educación de Terapia Ocupacional o no. El resultado de esta evaluación proporcionaría la posibilidad de implementar soluciones al problema.

Además surge la necesidad de realizar estudios con docentes de Terapia Ocupacional con el fin de explorar cuáles son sus necesidades para enseñar adecuadamente el uso terapéutico del yo, qué señalan como prioridad educativa, qué condiciones institucionales y contextuales son necesarias para crear un ambiente adecuado para la enseñanza de la relación terapéutica y, por último, qué formación han de tener ellos mismos para poder transmitir de manera adecuada esta enseñanza.

Con respecto a los planes de estudios los interrogantes se centran en si existe presencia o ausencia de la enseñanza de la relación terapéutica en el curriculum de forma sistemática o no, cuáles son los temas a focalizar, si los contenidos relacionados con el uso terapéutico del yo aparecen en una o más asignaturas como competencias específicas o transversales, cuáles son los métodos más útiles para enseñar la relación terapéutica y cuáles serían las formas de evaluación más adecuadas.

También sería interesante la realización de estudios longitudinales para ver cómo es la progresión en la adquisición de las habilidades y destrezas en el uso terapéutico del yo a través de la formación del estudiante y cómo influencia la realización del Prácticum en dicha adquisición. Otra cuestión interesante a investigar es cómo influyen las diferencias individuales del alumno, tales como su personalidad, sus circunstancias culturales, sus motivaciones, etc. en el aprendizaje del uso terapéutico del yo.

Por último se plantean cuestiones acerca de la opinión de los terapeutas ocupacionales, provenientes de diferentes campos de actuación, sobre las prioridades educativas de los futuros profesionales y la importancia dada a la relación terapéutica. También los pacientes deben escucharse y tenerse en cuenta, tanto en las

investigaciones como en la planificación de las enseñanzas, si no se corre el riesgo de ignorar sus verdaderas necesidades.

2.3. Investigaciones sobre la formación en Terapia Ocupacional y en relación terapéutica en España

Una vez vistas las investigaciones realizadas en otros países acerca de la enseñanza de la relación terapéutica en Terapia Ocupacional, es necesario conocer cuál es la realidad española en este tema. Constatamos la escasez de investigaciones de Terapia Ocupacional en España. Esto es debido a varios motivos, por un lado los terapeutas ocupacionales ejercen su labor en el ámbito clínico y el tiempo está dedicado fundamentalmente a la atención de los pacientes y, cuando se realiza investigación, se refiere mayoritariamente a aspectos clínicos; por otro lado es relativamente reciente la implantación de la titulación en la universidad.

A todo esto hay que añadir la insuficiencia de publicaciones específicas de Terapia Ocupacional en nuestro país, a fecha de hoy se ha dejado de publicar la revista de Terapia Ocupacional de la Asociación Profesional Española de Terapia Ocupacional (APETO), única publicación de todo el colectivo profesional de terapeutas ocupacionales en España. Sin embargo existen publicaciones online de calidad, como la Revista de Terapia Ocupacional Gallega promocionada por la Universidad de A Coruña. Los colegios profesionales de algunas comunidades autónomas, como Cataluña y Asturias también realizan publicaciones periódicas.

La presencia en la universidad favorece la investigación y a ello se debe la emergencia de algunas publicaciones relacionadas con la docencia en Terapia Ocupacional. Además la adaptación al Espacio Europeo en Educación Superior también favorece la reflexión sobre una nueva forma de aprender basada en competencias y la necesidad

de formar a los formadores para una nueva forma de enseñar (Castellanos, 2006). En general, lo investigado sobre enseñanza ha tenido poca difusión y los ámbitos de realización han sido en jornadas y congresos organizados por universidades (Romero, Corregidor, y Polonio, 2011).

No obstante, una vez están en vigor los nuevos estudios de grado, se ha hecho necesaria una metodología de enseñanza diferente a la tradicional. Para la adquisición de competencias es importante utilizar metodologías de aprendizaje activas. González-Alonso, Santamaría, Guijo y Ortiz (2015) han aplicado el aprendizaje cooperativo entre los alumnos de primero de Terapia Ocupacional de la Universidad de Burgos obteniendo unos resultados muy positivos. Estos autores también señalan que el esfuerzo a realizar por el docente es mayor por el seguimiento del trabajo realizado, además exige al estudiante una participación activa y responsable.

En la actualidad tan solo hay dieciséis tesis publicadas de Terapia Ocupacional en España, entre ellas se encuentran dos relativas a razonamiento clínico (Moruno, 2002 y Talavera, 2015), concepto muy importante dentro de la relación terapéutica. Hay que señalar que los autores de estas investigaciones han trabajado previamente en el ámbito de la salud mental. Esto puede indicar la especial relevancia dada a los aspectos relacionados con el uso terapéutico del yo en este campo de trabajo.

El estudio de González-Morales y López-Martín (2013) refleja la opinión de los profesionales. Los autores del trabajo señalan como competencias prioritarias para ser enseñadas a los futuros terapeutas ocupacionales las concernientes al uso terapéutico del yo. Esto nos reafirma en la necesidad y oportunidad de realizar nuestra investigación en este momento de consolidación de la disciplina en España.

En este capítulo hemos abordado la enseñanza de la relación terapéutica en Terapia Ocupacional. Para ello hemos realizado un recorrido por la enseñanza de la profesión en España desde sus orígenes a la actualidad. Una vez contextualizada hemos centrado nuestro trabajo en la relación terapéutica en Terapia Ocupacional en el contexto internacional y en los trabajos con docentes, profesionales y estudiantes. Por último se hace mención también a los trabajos realizados en España.

“A través de la relación con el otro experimentamos el sentido básico de nosotros mismos y es la base de la motivación por el hacer”.

Peloquin (2005, p. 165). Terapeuta ocupacional.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Con el capítulo tercero comenzamos la segunda parte de nuestro trabajo dedicada al desarrollo empírico de la investigación. Partimos de la exposición de las fases de la investigación, así como de los supuestos y las preguntas que guían nuestro estudio. En el diseño de la investigación argumentamos los criterios seguidos para seleccionar los procedimientos metodológicos escogidos y exponemos la triple vía de recogida de datos utilizada. Presentamos también los instrumentos empleados para la recogida de la información, así como los datos socioprofesionales de los participantes, los criterios utilizados para el análisis documental realizado y las categorías determinadas para estudiar las respuestas de las entrevistas. Ponemos fin al capítulo con un apartado dedicado al rigor en la investigación.

1. FASES DE LA INVESTIGACIÓN

En toda investigación, desde la planificación hasta la finalización de la misma, se produce un proceso continuo donde se suceden una serie de etapas. Estas fases se intercalan unas con otras y no es fácil determinar el principio y fin de cada una de ellas, podríamos decir que estas etapas se fusionan en el intento de responder a los objetivos planteados. A la vez surgen nuevas cuestiones a las que es necesario responder. Estos interrogantes deben incorporarse en el proceso ya que es importante la buena organización de las fases y atender las tareas de cada una de ellas para conseguir el óptimo desarrollo en la investigación. En nuestro estudio hemos seguido tres fases.

1.1. Primera fase: delimitación del problema, objetivos y metodología a seguir en la investigación

En esta primera fase se establecen de manera general la problemática a abordar, los objetivos, el soporte teórico y el diseño de la metodología a seguir en la investigación. Las tareas realizadas en esta fase fueron las siguientes:

- Búsqueda bibliográfica y análisis de los documentos sobre el objeto de estudio: la enseñanza de la relación terapéutica en Terapia Ocupacional y el análisis de la situación en España. Para ello se examinan los estudios realizados en otros países sobre el tema, los trabajos llevados a cabo en nuestro país y la selección de las herramientas a utilizar para alcanzar los objetivos de nuestro estudio.
- Elaboración del marco teórico y conceptual.
- Fundamentación metodológica de la investigación.
- Selección del instrumento o instrumentos a utilizar para alcanzar los objetivos de nuestro estudio.

1.2. Segunda fase: diseño de instrumentos y procedimientos de recogida de información. Recopilación de datos

En la segunda fase se realiza el estudio empírico. Se diseñan los instrumentos para la recogida de la información y se establecen las estrategias para llevar a cabo la búsqueda de los datos requeridos. Partimos de investigaciones realizadas en otros países cuyo objeto de estudio guardase relación con nuestros intereses. La finalidad es establecer comparaciones con España, además de la utilización de instrumentos validados. Las actividades realizadas fueron:

- Revisión de trabajos previos en los cuales se aborde la enseñanza de la relación terapéutica.
- Adaptación y planificación en el diseño del cuestionario.
- Validación y diseño final del cuestionario.
- Determinación de los participantes de la muestra: tamaño y propiedades.
- Aplicación del cuestionario y recogida de datos.
- Temporalización de la recogida de datos.
- Codificación y vaciado de los datos en SSPS versión 20.0 para realizar los cálculos estadísticos.
- Recogida de los planes de estudios y las competencias de todas las universidades españolas donde se imparte la titulación de Terapia Ocupacional.
- Selección de las palabras clave para realizar el análisis cualitativo de las competencias relacionadas con la relación terapéutica en Terapia Ocupacional.
- Análisis de los resultados de la búsqueda de las palabras clave.
- Diseño de las preguntas para la realización de la entrevista a los coordinadores de la titulación de Terapia Ocupacional.
- Análisis de las respuestas de la entrevista.

1.3. Tercera fase: análisis de datos y discusión. Elaboración de las conclusiones finales de la investigación

La última fase de la investigación consiste en la realización del análisis de los resultados y la reflexión sobre los hallazgos relacionándolos con los objetivos planteados en la investigación. En concreto las tareas realizadas son las siguientes:

- Un análisis de los datos e interpretación de los hallazgos relacionándolos con el marco teórico.
- Discusión de los resultados.
- Redacción del informe del estudio y conclusiones.
- Reflexión sobre las limitaciones y desarrollos futuros de la investigación.

2. SUPUESTOS BÁSICOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Al ser la relación terapéutica un aspecto clave y nuclear para el éxito y los resultados terapéuticos, surgen diversas preguntas: ¿cómo y cuándo adquieren los profesionales los conocimientos y las destrezas necesarias para ello?, ¿qué valoración dan los profesionales a este tema?, ¿hasta qué punto los estudiantes salen formados de la universidad para manejarse adecuadamente en este tipo de intervención?, ¿cómo se enseña?, ¿quién lo enseña?, ¿qué medios se utilizan para la educación en el uso terapéutico del yo?

Abordamos estas cuestiones utilizando una triple vía en el proceso de obtención de información. Consultamos a los profesionales a través de un cuestionario, hacemos un análisis documental de los planes de

estudios de Terapia Ocupacional y entrevistamos a los responsables de la titulación en las universidades donde se imparte.

Pretendemos con el estudio dirigido a los terapeutas ocupacionales determinar su nivel de entrenamiento en el uso terapéutico del yo, las formas en que aprendieron este tipo de intervención y conocer su valoración del mismo. Además indagamos en la importancia que tiene para ellos estas cuestiones en el proceso y los resultados de la terapia (incluyendo el razonamiento clínico y cómo la relación terapéutica influye en la forma en que el paciente se involucra con las actividades ocupacionales propuestas).

El examen de la presencia de elementos relacionados con el uso terapéutico del yo en las competencias de los planes de estudios nos proporciona la evidencia de cómo queda reflejado en la formación académica este fenómeno. Es necesario el establecimiento de unos criterios para seleccionar los términos afines. Con el fin de clasificar y escoger los términos nos hemos apoyado en anteriores investigaciones, en la definición del concepto de uso terapéutico del yo y en términos vinculados con la práctica centrada en el paciente. El análisis de la presencia de estos elementos nos permite también realizar un estudio comparativo entre las universidades.

Por último las entrevistas a las personas responsables de la titulación nos proporciona la evidencia de cómo, cuándo y de qué manera se enseñan las destrezas relacionadas con este asunto, las técnicas empleadas, si la importancia dada a estas habilidades se ajusta a la dedicación en horas destinadas a tal fin y si son evaluadas o no y por quién.

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El objeto de estudio determina el método de investigación a seguir. En nuestro caso hemos utilizado una metodología mixta cuantitativa y cualitativa de tipo transversal. La investigación cuantitativa se utiliza en estudios empíricos para aprender de los fenómenos causa-efecto. Implica una nula relación entre el investigador y el objeto a estudiar. Los métodos utilizados principalmente en la investigación cuantitativa son los cuestionarios y las encuestas. Por su parte la investigación cualitativa pretende comprender la realidad y sirve para construir nuevas hipótesis y teorías. El objeto de estudio participa de manera activa y es un enfoque más flexible que en la investigación cuantitativa porque explica los hechos en sí mismos (Soler y Enrique, 2012). En la investigación cualitativa se utilizan métodos como la observación, la entrevista y el análisis documental (Ugalde y Balbastre, 2013). También existen las metodologías mixtas de investigación y ambas se complementan entre sí.

Otra cuestión a considerar es el tipo de diseño. El estudio puede ser transversal o longitudinal. En el primero los datos de los participantes se toman una sola vez, en el segundo los datos se recogen varias veces entre la misma muestra a lo largo del tiempo. Los estudios transversales permiten comparar grupos en función de la edad, de la formación, de la experiencia profesional, del lugar de trabajo, etc. pero tienen la limitación de ser estáticos y no muestran evolución. Por el contrario los estudios longitudinales, al tomar los datos del mismo sujeto en varios momentos, permiten observar la evolución intraindividual; la desventaja de este tipo de estudios es que son mucho más costosos por el tiempo necesario para la realización del trabajo. Nuestra investigación es de tipo transversal porque la recogida de datos se realiza una sola vez en cada una de las tres vías de investigación.

Con la intención de explorar nuestro objeto de estudio “*la relación terapéutica y su enseñanza en Terapia Ocupacional: análisis de la situación en España*” hemos seleccionado una metodología cuantitativa y cualitativa de tipo transversal. Creemos que este enfoque es el más adecuado para acercarnos a las circunstancias que queremos conocer. Nos interesa indagar en la situación actual y no en cómo ha ido cambiando la enseñanza de este concepto. Tampoco nos interesa conocer la evolución de los profesionales en la percepción de sus conocimientos, de su opinión y de la valoración que hacen de este fenómeno.

3.1. Tres vías de recogida de datos en el diseño de la investigación

En el diseño de nuestra investigación hemos utilizado tres vías de recogida de datos con el objetivo de obtener una comprensión de la realidad lo más completa posible. Nos interesa conocer el punto de vista de los profesionales y para ello hemos utilizado un cuestionario. El cuestionario nos permite recoger información de un número extenso de personas, de sus características, de sus opiniones. En el cuestionario es el propio sujeto el que proporciona la información sin necesidad de la presencia del investigador. El cuestionario se diferencia de los tests en que no están baremados ni estandarizados, por ello las inferencias no se podrán realizar con respecto a la población total, aunque sí se podrán hacer con respecto a la muestra conseguida (Martín-Izard, 2010).

Además de los datos recogidos por medio del cuestionario hemos realizado un análisis de contenido. El propósito es conocer cómo están reflejados en los planes de estudios de Terapia Ocupacional las competencias concernientes a la relación terapéutica. Como indican Massot, Dorio y Sabariego (2004) “el análisis documental es una actividad sistemática y planificada que consiste en examinar

documentos ya escritos que abarcan una amplia gama de modalidades” (p. 349). Para recoger la información se utiliza como instrumento la lectura sistemática (Ruiz-Olabuenaga, 2009) y se sigue el mismo razonamiento lógico que en la entrevista; ambas técnicas de obtención de datos se complementan y permiten el contraste y validación de la información recogida (Massot et al., 2004).

Por último la realización de entrevistas es el tercer método utilizado para obtener datos en nuestro trabajo. Hemos entrevistado a personas responsables de titulación porque considerábamos de gran utilidad para nuestro estudio conocer sus opiniones, valoraciones y aportaciones y así complementar los hallazgos del análisis documental y del cuestionario. La entrevista implica una interacción inmediata y personal entre el entrevistado y el entrevistador y se encuadra en un proceso dinámico de comunicación. Siguiendo a Martín-Izard (2010):

La entrevista es una de las técnicas más utilizadas para obtener información en investigación educativa. Permite recoger información sobre acontecimientos y aspectos subjetivos de las personas: creencias, actitudes, opiniones, valores, conocimiento, etc., que de otra manera no estarían al alcance del investigador. (p. 89).

Estas tres vías de recogida de datos: cuestionario, análisis documental y entrevistas implican la combinación de metodologías cuantitativas y cualitativas para nuestra investigación. La justificación de por qué las hemos utilizado es porque cada una de ellas posee características específicas que, al complementarse, enriquecen el análisis del objeto de estudio.

Cronología de la recogida de datos

Cada una de las técnicas utilizadas en la investigación se ha realizado en diferentes momentos. Todo lo relativo al cuestionario fue un proceso largo. Su inicio fue conseguir el original utilizado en EEUU en un estudio similar, traducirlo, validarlo mediante la opinión de expertos y, por último, enviarlo a terapeutas españoles y recoger los datos. Las entrevistas constituyen una parte esencial del estudio porque suponen una interacción dinámica entre el entrevistador y las personas responsables de titulación y, por ello, conocedores directos de los asuntos relativos a la enseñanza de Terapia Ocupacional. Finalmente, buscamos los planes de estudios de la titulación para realizar un análisis documental de las competencias utilizadas en las distintas universidades. Todo el proceso queda recogido en la Tabla 14.

Tabla 14. Cronología de la recogida de datos a través de los diferentes instrumentos

Técnicas e instrumentos	Cronología de la recogida de datos
Cuestionario	Último trimestre del año 2012.
Entrevistas	Se realizan en el primer trimestre del año 2013.
Análisis documental	Se recogen en diciembre del año 2014. Se analizan los datos en el primer semestre del 2015.

3.1.1. Técnica de investigación cuantitativa: el cuestionario

La investigación cuantitativa trabaja con variables determinadas que se cuantifican y posteriormente se expresan en variables numéricas. Para el análisis de datos se utiliza la estadística. Este tipo de investigación es ampliamente utilizado en todos los ámbitos: psicológicos, educativos, ciencias de la salud, etc. Utiliza el cuestionario y la encuesta como técnicas de investigación. Nosotros hemos utilizado un cuestionario sobre el uso terapéutico del yo.

El cuestionario es el instrumento más utilizado en investigación para recolectar datos. Consiste en una serie de preguntas respecto a las variables a medir (Casas, Repullo y Donado, 2003). El contenido de las mismas puede ser muy variado y de dos tipos: abiertas y cerradas. Ambas tienen ventajas y desventajas. La elección de un tipo u otro de preguntas está en función de las características, intereses y objetivos del estudio.

Las preguntas cerradas son fáciles de codificar y, por tanto, de analizar. Además requieren menos esfuerzo por parte del encuestado ya que solo tiene que seleccionar la alternativa mejor según su criterio. Las preguntas cerradas necesitan de poco tiempo para su realización y la posibilidad de hacer comparaciones entre las respuestas de los entrevistados. Como principal desventaja podemos señalar que las opciones a veces no se ajustan al criterio de los encuestados y que las preguntas han de estar muy bien formuladas. Las preguntas abiertas proporcionan una información más amplia que las cerradas pero son más difíciles de codificar. Permiten profundizar en aspectos diversos a los cuales es difícil llegar con preguntas cerradas (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista, 2006).

La aplicación de los cuestionarios se realiza de dos maneras fundamentalmente: autoadministrado y por entrevista. En nuestro trabajo el cuestionario es autoadministrado y se realiza on-line. A los participantes les llega un mail donde nos presentamos, se explican los objetivos de la investigación, el tiempo aproximado de realización, el agradecimiento por la participación y el enlace a través del cual podrán realizar el cuestionario.

Muestra

En nuestra investigación se ha utilizado un muestreo no probabilístico. Esta forma de escoger la muestra es apropiada cuando

la posible población a investigar es numerosa. En investigación educativa el muestreo incidental o por conveniencia se constituye en la forma más habitual de selección de los participantes (Nieto, 2010; McMillan y Schumacher, 2005). Los sujetos participantes en el estudio han sido seleccionados por su accesibilidad y disponibilidad. El muestreo por conveniencia tiene limitaciones, somos conscientes de ello, fundamentalmente que la posibilidad de generalizar los resultados se reduce considerablemente porque los sujetos no se escogen de manera aleatoria. No obstante este trabajo tiene una gran capacidad exploratoria y, a la vez, es muy rentable en términos de recursos humanos y materiales.

Los participantes en nuestra investigación son todos terapeutas ocupacionales españoles o que residen en España. Según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013) “el número de terapeutas ocupacionales que ejercen su profesión en España es aproximadamente 5.300” (p. 28). Al mismo tiempo, los titulados en Terapia Ocupacional en nuestro país son alrededor de 9.000 (información no oficial de la Asociación Profesional Española de Terapia Ocupacional).

Para el propósito de la investigación realizada a los terapeutas ocupacionales enviamos un correo electrónico donde nos presentábamos, explicábamos los objetivos del trabajo animando a la participación voluntaria en el mismo y adjuntábamos el enlace para acceder al cuestionario y rellenarlo (Anexo IV). El correo electrónico se envió a todas las asociaciones y colegios profesionales de España para que, a través de ellos, se difundiera entre sus asociados y colegiados. Además pedimos la colaboración de AYTONA (empresa ubicada en Madrid desde 1998 dedicada a la formación de postgrado de terapeutas ocupacionales y a la realización de tratamientos); ellos contribuyeron a la investigación enviando el correo a todos los terapeutas ocupacionales de su base de datos, en ese momento era de 3.888 personas.

De las 1125 encuestas recogidas se descartaron aquellas que tenían sin responder algún ítem de las preguntas 1 y 2 (Indique su nivel de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones y ¿Cuáles son los siguientes tipos de entrenamiento en el uso terapéutico del yo recibido?) por considerar que la ausencia de respuesta podía afectar a los resultados. El número final de cuestionarios tenidos en cuenta fue de 813. El nivel de participación en nuestra investigación se aproxima a la décima parte de la población total de profesionales de la Terapia Ocupacional en España.

Datos socioprofesionales

Es importante tener en cuenta las características socioprofesionales de los participantes que respondieron a nuestro cuestionario. En la primera página del mismo se recogen las variables del género, la edad, el nivel académico máximo de formación y los años de experiencia profesional.

Con respecto al *género*, la Tabla 15 evidencia entre nuestros participantes una amplia mayoría de mujeres con una representación del 91,9 %; estando los hombres representados tan solo por un 8,1 %.

Tabla 15. Frecuencias y porcentajes de los participantes respecto al género

Género	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	66	8,1
Mujer	747	91,9
Total	813	100,0

Esta distribución está en relación con la mayor presencia de las mujeres en las profesiones de los ámbitos sociosanitarios (Hidalgo, 2015; Galiana, Bernabé y Ballester, 2014 y Gill de Albornoz y Chorén, 2010).

La *edad* de los participantes (Figura 5) en nuestro estudio está comprendida entre los 21 y 62 años, la media se sitúa en 29 años y 8 meses y la desviación típica es de 7,629. Como podemos observar una amplia mayoría (65,6 %) se sitúa en el tramo de edad de los 21 a 30 años, seguido del tramo comprendido entre los 31-40 años de edad (25,3 %).

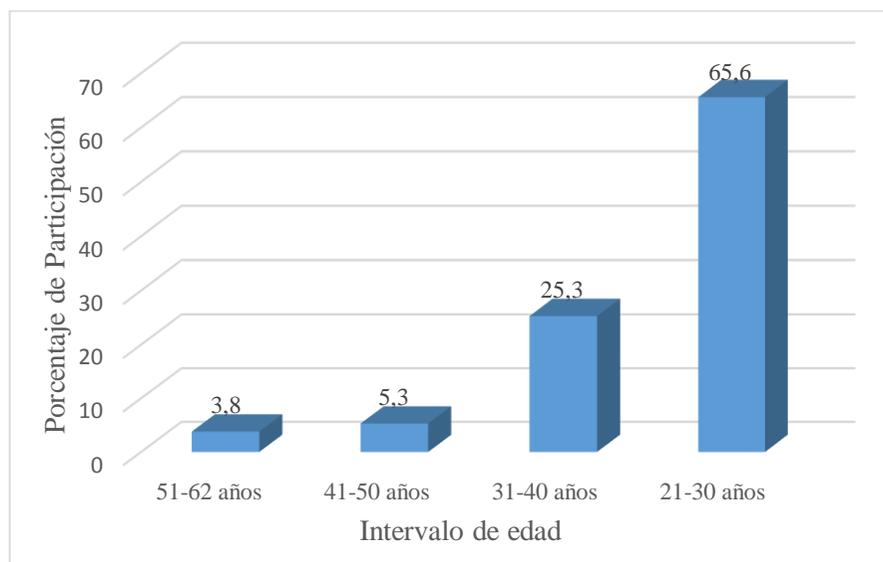


Figura 5. Edad de los participantes en porcentajes

Esta distribución de la edad de los profesionales está en consonancia con la propia historia de la formación de los terapeutas ocupacionales en España. Como exponíamos en el Capítulo II, hasta el año 1990 no existía en nuestro país más que una Escuela de Terapia Ocupacional. Además el número de estudiantes que terminaban su formación en cada promoción era muy escaso, en la mayoría de los cursos no llegaba a la treintena (Linares, 2005). A partir de la década de los noventa se empezó a impartir la titulación en diferentes universidades del territorio nacional, hasta llegar a las dieciocho existentes en la actualidad. Por este motivo la población de terapeutas ocupacionales

es mayoritariamente joven y este hecho queda reflejado también en la muestra.

Todos los participantes en nuestra investigación son profesionales titulados (diplomados o graduados) en Terapia Ocupacional. Partiendo de esta titulación los encuestados pueden haber realizado otras formaciones. La variable del *nivel académico máximo* alcanzado por cada uno de ellos la hemos querido tener en cuenta para investigar si un mayor nivel académico influye en nuestro objeto de estudio. La Figura 6 evidencia que la mayor parte de ellos (71,6%) tienen solo el nivel de diplomados o graduados.

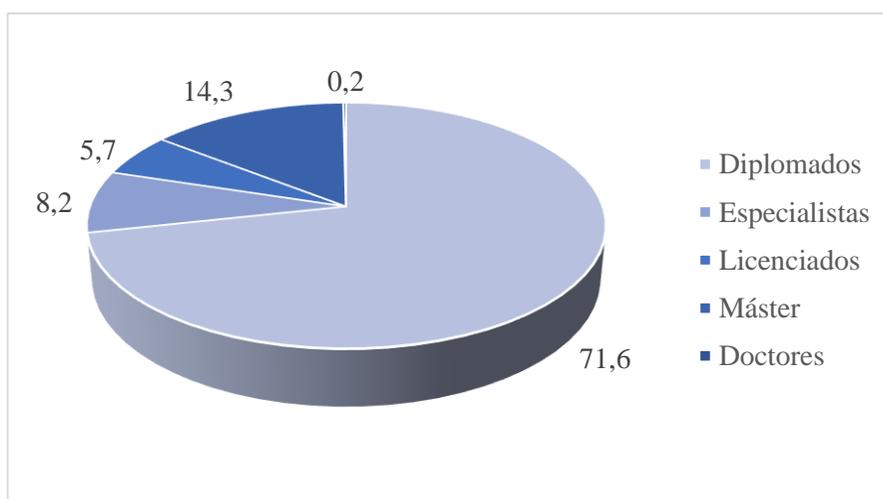


Figura 6. Nivel académico máximo de los participantes

El hecho de que el nivel académico máximo de los participantes sea el de diplomado/graduado puede relacionarse con los resultados de la edad. Debido a que un amplio porcentaje de los encuestados son menores de 30 años (Figura 5) es probable que su formación se haya enfocado más hacia la realización de una especialidad o un máster para el trabajo como clínicos que al estudio de otra titulación (nivel de licenciatura). La presencia minoritaria de doctores, tan solo un 0,2 %, es muy significativa; este dato puede estar relacionado con la

escasez de terapeutas ocupacionales en la docencia universitaria, en la cual es requerido este nivel académico.

Con respecto a la *experiencia profesional* podemos constatar que las dos terceras partes de los participantes (68,4%) se sitúan entre 1 y 10 años de experiencia profesional. No obstante es destacable que el 41,3% del total se encuentra en el intervalo de 1 a 5 años (Figura 7). Los encuestados con menos de 1 año de experiencia suponen el 13,3%. El 12,5% es el colectivo que lleva entre 11 y 20 años trabajando, siendo los terapeutas ocupacionales con más de 20 años de experiencia tan solo un 5,8% en nuestra muestra.

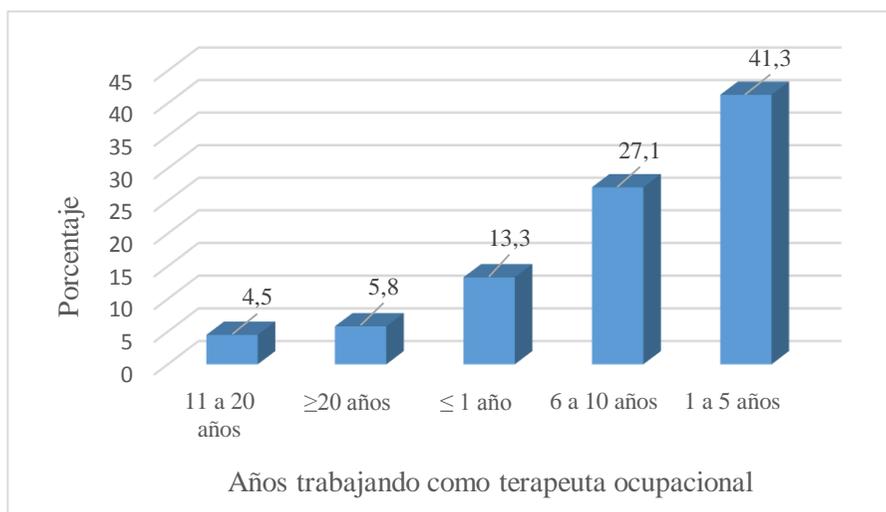


Figura 7. Experiencia profesional expresada en años

Los resultados están directamente relacionados con la edad de los participantes en nuestro estudio. Los años de experiencia profesional están relacionados con la edad de la persona, por ello los encuestados con menos de 10 años trabajando son mayoría porque una gran parte de los mismos tiene menos de 30 años. El grupo de más de 20 años de experiencia profesional pertenece a los terapeutas formados antes de 1990, es decir, cuando la titulación de Terapia Ocupacional se

impartía en un único centro en toda España y eran muy pocos los egresados cada año. Estos resultados se corresponden con los obtenidos por Linares, (2005) que explica el crecimiento de los titulados por el aumento de las universidades donde se imparte Terapia Ocupacional a partir de la década de los 90.

En la Figura 8 observamos que la mayoría de *los terapeutas ocupacionales trabajan* principalmente en el ámbito hospitalario con pacientes en rehabilitación (22,3%). Los pacientes ambulatorios en rehabilitación son el segundo campo profesional más frecuente (17,2%). El campo profesional menos habitual es el del colegio o sistema escolar (5,4%). La consulta privada (9,3%) y la Atención domiciliaria (7,4%) constituyen los campos de actuación restantes.

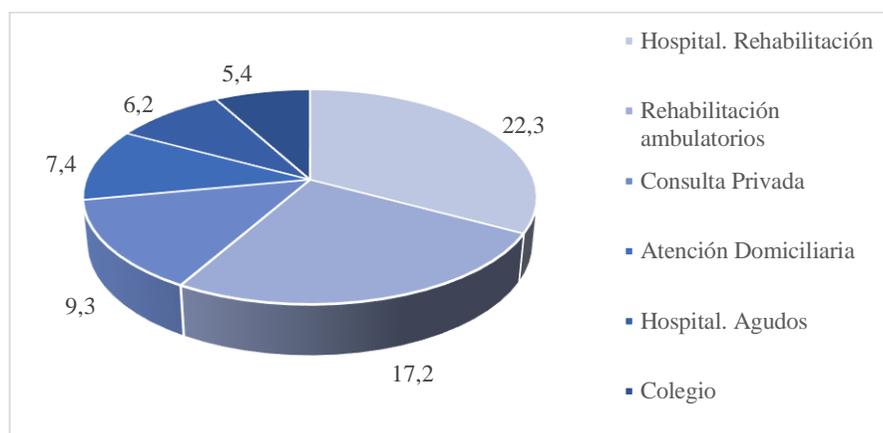


Figura 8. Campo profesional en que el terapeuta ocupacional trabaja con más frecuencia

Esta distribución refleja que los terapeutas ocupacionales encuestados trabajan mayoritariamente en el ámbito hospitalario, aunque no se especifica de qué tipo de hospital se trata sí son pacientes de rehabilitación. La consulta privada y la atención domiciliaria suponen el ejercicio libre de la profesión y esta práctica está menos extendida en España. También puede darse el caso que el cuestionario haya llegado en menor proporción a este colectivo. Los colegios

constituyen el menor porcentaje, probablemente porque los terapeutas ocupacionales trabajadores en el ámbito educativo en nuestro país lo hacen en su mayoría en Centros de Educación Especial.

En este ítem había un apartado abierto en el cual se podían poner otros ámbitos laborales. Fueron numerosas las contestaciones dadas. Entre ellas señalamos: la residencia, el centro de día, el centro de terapia infantil, la hipoterapia, la entidad tutelar, la comunidad terapéutica, la inserción laboral, la unidad de salud infantil, el centro penitenciario, los productos de apoyo y las asociaciones. Esto es una muestra de la variedad de campos profesionales donde pueden trabajar los profesionales de esta disciplina, tal y como queda reflejado en el Libro Blanco de Terapia Ocupacional (2005).

Por último terminamos este apartado de datos socioprofesionales considerando *la edad de los pacientes con los que el terapeuta ocupacional pasa la mayor parte del tiempo trabajando*. Los terapeutas ocupacionales trabajan en su gran mayoría con población adulta mayor de 18 años (86,6%), ya sean ancianos (42,4%) o adultos entre 19 y 65 años (44,2%) (Figura 9).

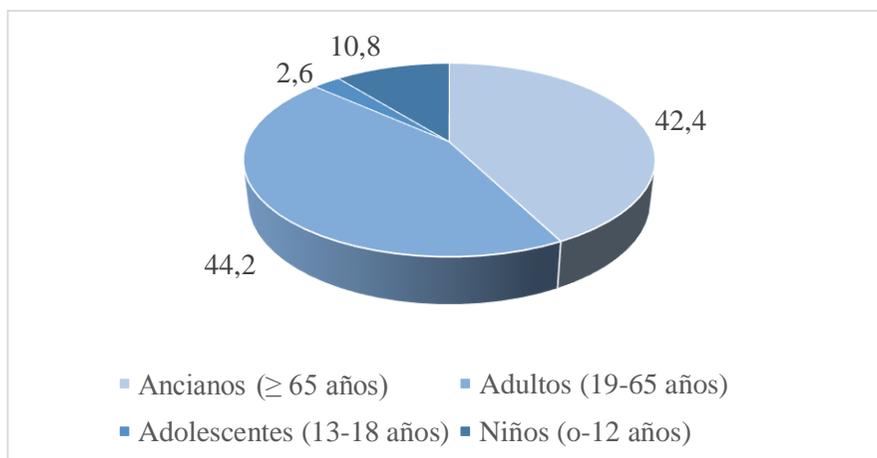


Figura 9. Población de pacientes, según la edad, con las que el terapeuta pasa la mayor parte del tiempo trabajando

El envejecimiento de la población española, adulta en su mayor parte, explica los resultados. Los participantes en nuestro estudio trabajan en su mayoría con personas comprendidas entre 19 y 65 años; es en este grupo de edad donde se produce una diversidad de circunstancias sociosanitarias por las cuales se hace necesaria la intervención del terapeuta ocupacional. Los ancianos constituyen un grupo de población destinatario de gran parte de la atención del terapeuta ocupacional. Ello se debe al aumento de la dependencia en estas edades, de la cual se derivan muchas necesidades atencionales, tanto en el domicilio, el hospital de día o en la residencia.

Los resultados obtenidos respecto a los niños se deben a que la atención en este grupo de edad se realiza desde la etapa de bebés. Los terapeutas ocupacionales trabajan en atención temprana (de 0 a 3 años) y en la etapa escolar. Los adolescentes son el grupo minoritario de atención por parte de los terapeutas ocupacionales, este resultado quizá se puede explicar porque las personas comprendidas entre los 13 y los 18 años son atendidas junto a los niños (por ejemplo en colegios) o junto a los adultos en hospitales o centros de rehabilitación, pero no en lugares específicos para adolescentes.

Instrumento

Tomamos como punto de partida el instrumento creado y utilizado en EEUU por Taylor y Ketkar (Taylor et al. 2009) para investigar sobre este tema, el Use-of-Self-Questionnaire (Anexo V) y lo adaptamos a las características españolas. El Cuestionario del Uso Terapéutico del Yo español (Anexo VI) es autoadministrado y lo testamos como forma piloto en un grupo de 12 terapeutas ocupacionales experimentados que trabajaban en diversos ámbitos de actuación. Después revisamos el cuestionario en base a los hallazgos del estudio piloto al que los expertos habían añadido críticas cualitativas.

Al principio del cuestionario se da la definición contemporánea del uso terapéutico del yo (la misma del cuestionario americano): “*El uso terapéutico del yo es el uso planificado de la personalidad, intuiciones, percepciones y juicios del terapeuta como parte del proceso terapéutico*” (Punwar y Peloquin, 2000, p. 76) para crear un marco común de referencia para el estudio. Además las cuestiones dirigidas a la relación terapéutica son consistentemente expresadas para referirse a la relación de los terapeutas con sus pacientes. El cuestionario contiene 14 apartados que a su vez se componen de distintas cuestiones. El instrumento está dividido en dos secciones; la primera parte recoge información demográfica e información descriptiva sobre los niveles de educación del encuestado y experiencia práctica. La segunda parte del estudio pregunta acerca de sus percepciones de la importancia de la relación terapéutica, las conductas interpersonales difíciles que encuentra en la práctica y sus actitudes hacia e interés por los pacientes.

En la primera sección, *Datos profesionales*, encontramos un conjunto de preguntas cerradas que nos dan información del nivel más alto de formación alcanzado (diplomado/graduado, licenciado, especialista, máster o doctor), edad, género y el tiempo de experiencia profesional en intervalos de menos de un año, de uno a seis años, de seis a diez años, de once a veinte años y, por último, más de veinte años. Estas preguntas introductorias recogen información sobre variables independientes de tipo personal y socioprofesional.

La segunda sección se compone de tres partes. La primera de ellas se subdivide a su vez en tres cuestiones. En la primera explora el nivel de acuerdo con afirmaciones relativas al uso terapéutico del yo, utiliza una escala Likert de cuatro opciones, donde 1 es muy en desacuerdo y 4 muy de acuerdo. La segunda indaga sobre el tipo de entrenamiento recibido con respuesta bifactorial de SI/NO. Por último, la tercera pregunta busca información sobre Marcos de Referencia/Modelos de Ocupación utilizados por el profesional (Figura 10). Esta información

se considera relevante porque el nivel de acuerdo con cada uno de los enunciados puede estar relacionado con la utilización de diferentes Marcos de Referencia/Modelos de Ocupación, así como de la influencia de la formación en el uso terapéutico del yo.

PARTE PRIMERA- ACERCA DE USTED				
1. Indique su nivel de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:				
1. Indique su nivel de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1.1. El uso terapéutico del yo es la destreza más importante en mi práctica como terapeuta ocupacional				
1.2. Mi relación con los pacientes es la clave determinante de los resultados de la terapia				
1.3. Cuando me diplomé/gradué estaba suficientemente entrenado en el uso terapéutico del yo				
1.4. Mi relación con un paciente dado afecta al compromiso del paciente con las actividades terapéuticas				
1.5. Hay conocimiento disponible suficiente en Terapia Ocupacional acerca del uso terapéutico del yo				
1.6.- El <i>Razonamiento Clínico</i> siempre debería incluir asuntos relacionados con el uso terapéutico del yo				
2. ¿Cuáles son los siguientes tipos de entrenamiento en el uso terapéutico del yo ha recibido?				
			Sí	No
2.1. Este tema estaba cubierto en varias clases y/o asignaturas en la escuela de Terapia Ocupacional				
2.2. Yo aprendí acerca de esto durante mis prácticas en la escuela de Terapia Ocupacional				
2.3. Hice formación continua con talleres o cursos en este tema				
2.4. Aprendí leyendo acerca de este tema				
2.5. Aprendí sobre esto a través de la interacción con profesionales de otras disciplinas en mi lugar de trabajo				
2.6. Busqué consulta o supervisión de un experto después de la escuela de Terapia Ocupacional				
2.7. Me formé en psicoterapia y esto influyó mi conocimiento en este área				
2.8. Me formé en otras disciplinas de salud mental				
3. Indique los Marcos de Referencia/Modelos de Ocupación que usted utiliza en su práctica				
Biomecánico – Modelo Canadiense - Modelo de Ocupación Humana - Cognitivo-Perceptivo - Psicodinámico – Control Motor/Neurodesarrollo - Otros				

Figura 10. Cuestiones sobre el nivel de acuerdo con el uso terapéutico del yo, formación del mismo y Marcos de Referencia/Modelos utilizados. Fuente: adaptación a partir del cuestionario Use-of-Self-Questionnaire

La importancia de la segunda parte del cuestionario es que ofrece una panorámica general de la práctica profesional en España de los terapeutas ocupacionales. Configura una realidad desconocida porque no hay estudios de esta naturaleza en nuestro país. En cuanto a nuestro objeto de estudio, la relación terapéutica en Terapia Ocupacional, la intencionalidad de abordar estas cuestiones es porque los datos obtenidos quizá puedan ser relevantes y es posible que tal vez también concluyentes.

Este apartado indaga sobre la práctica clínica del terapeuta ocupacional en su último año trabajado y la constituyen ocho cuestiones. Los aspectos examinados son el campo profesional, la duración e intensidad del tratamiento, el porcentaje de terapia individual o de grupo aplicado. En relación a los pacientes se pregunta sobre las edades, los tipos de dificultades por las que reciben tratamiento de Terapia Ocupacional, los síntomas que interfieren con la función y las conductas influyentes en los resultados de la terapia (Figura 11).

Las respuestas del terapeuta a las conductas interpersonales difíciles también aparecen en el cuestionario (Figura 12). La última cuestión (presentada como pregunta 13) es una Escala de las Acciones Terapéuticas (EAT) realizadas durante la sesión de terapia (Figura 13).

4. ¿En qué campo profesional pasa trabajando la MAYOR PARTE DE SU TIEMPO? (Público o Privado)
Hospital (pacientes agudos) Hospital (pacientes de rehabilitación) Pacientes de Rehabilitación Consulta privada Colegio o sistema escolar Atención domiciliaria
5. ¿Cuál es la duración del tratamiento para los pacientes que usted ve en su trabajo? (Señalar solo la respuesta más frecuente)
Menos de 1 semana -- 1-2 semanas -- 2-3 semanas -- 3-5 semanas -- De 5 semanas a 1 año - Pacientes de larga duración
6. ¿Cuál es la intensidad típica de la terapia que usted aplica en este centro? (Sólo una respuesta)
Menos de 10 sesiones 10-20 sesiones 21-30 sesiones Más de 31 sesiones
7. ¿Qué porcentaje de su trabajo supone terapia individual frente a la terapia de grupo?
Terapia Individual Terapia de Grupo Total 100%
8. ¿Con qué población de pacientes pasa la mayor parte de su tiempo trabajando?
Ancianos (>65) Adultos (19-64) Adolescentes (13-18) Niños (0-12)
9. ¿Cuál de las siguientes dificultades son el principal motivo de sus pacientes para recibir Terapia Ocupacional?
Motrices Sensoriales Psicosociales/Psiquiátricas/Abuso de sustancias
Limitaciones del aprendizaje/Cognitivas/Perceptuales/Intelectuales
10. Sin tener en cuenta los diagnósticos/problemas principales de sus pacientes ¿cuáles de los siguientes síntomas aparecen hasta el punto de interferir con la función?
Depresión Ansiedad Cambios de humor Alucinaciones Déficit Atencionales Hiperactividad
Estrés Postraumático Pensamientos delirantes
11. ¿Con qué frecuencia sus pacientes muestran las siguientes conductas hasta el punto en que éstas influyen en el proceso y en los resultados de la terapia?
Dificultad para involucrarse en la actividad Pasividad Dependencia Manipulación
Focalización en la pérdida Desesperación sobre el futuro Desconfianza
Conductas desadaptativas (p.e.: alcohol, drogas, maltrato) Hostilidad/Agresividad Negación Falta de realismo

Figura 11. Cuestiones sobre la práctica clínica en el último año (I)

Fuente: adaptación a partir del cuestionario Use-of-Self-Questionnaire

12. En respuesta a las conductas interpersonales difíciles de sus pacientes, ¿con qué frecuencia usted...?	nunca	casi nunca	frecuente	siempre
12.1 Reconoce que la conducta interpersonal difícil de un paciente ha tenido un impacto negativo en el resultado de la terapia.				
12.2 Siente que su trabajo es eficaz para prevenir la conducta interpersonal negativa de un paciente que pueda interferir en los resultados de la terapia.				
12.3 Deriva a otros profesionales para trabajar con un paciente con dificultades interpersonales.				
12.4 Trabaja con el paciente dirigiéndose a su conducta interpersonal difícil.				
12.5 Se apoya en la norma de la institución, equipo o de la actividad para abordar las dificultades interpersonales de las personas con las que usted trabaja.				

Figura 12. Cuestiones sobre la práctica clínica en el último año (II)

Fuente: adaptación a partir del cuestionario Use-of-Self-Questionnaire.

La Escala de Acciones Terapéuticas (EAT) está formada por 19 ítems relativos a diferentes acciones del terapeuta ocupacional realizados durante la sesión de terapia. Para las respuestas se utiliza una escala tipo Likert de cuatro alternativas: nunca, casi nunca, frecuente y siempre. La escala mide las estrategias o conductas que el profesional lleva a la práctica durante su intervención y refleja la diversidad de recursos interpersonales para optimizar la interacción con sus pacientes. El coeficiente alfa de Cronbach, con un valor de ,82, indica la elevada fiabilidad de la escala.

Los estadísticos que utilizamos para el análisis son el de Kolmogórov-Smirnov, el coeficiente de correlación de Pearson y la *t* de Student. Explicamos brevemente cada uno de ellos.

El estadístico Kolmogórov-Smirnov lo usamos con el fin de comprobar si la curva sigue una distribución normal o si se desvía hacia algunos de los extremos, determinando así la bondad de ajuste de la distribución. El coeficiente de correlación de Pearson es útil para medir el grado de relación lineal entre dos variables, de esta manera comprobamos hasta qué punto se corresponden o dependen ambas entre sí, pudiendo establecer correspondencias entre ellas. La *t* de Student la utilizamos como distribución de probabilidad cuando existe el problema de valorar la media de una población; el problema viene dado porque la distribución es normal y el tamaño muestral pequeño, por lo que manejamos la estimación de la desviación típica en lugar del valor real.

La suma de los ítems de la EAT la cruzaremos con las variables concernientes a las características del profesional: género, nivel de formación, edad, experiencia y marcos y/o modelos de intervención usados. También se relacionarán con las características del paciente: edad, motivo por el que reciben tratamiento y sintomatología. Los contextos de realización del tratamiento: hospital, asistencia domiciliaria, colegio, consulta privada, etc. y el tipo de intervención son también variables a tener en cuenta.

Los resultados de sumar los ítems de la EAT con el cruce de variables mencionados en el párrafo anterior, nos permitirán inferir las respuestas a las preguntas de qué cualidades del profesional, qué características del paciente y qué características del contexto de intervención hacen a un buen terapeuta ocupacional, en cuanto a la relación terapéutica se refiere.

13.- ¿Con qué frecuencia hace usted lo siguiente durante la sesión de terapia?	nunca	casi nunca	frecuente	siempre
13.1 Preguntar a un paciente sobre su historia de vida.				
13.2 Observar que la conducta de un paciente está relacionada con algo que usted ha dicho o hecho.				
13.3 Utilizar el contacto físico.				
13.4 Animar al paciente a la expresión verbal de sentimientos, pensamientos y conductas.				
13.5 Verbalizar las conductas interpersonales de un paciente durante la sesión de terapia.				
13.6 Elegir actividades que reten la percepción del paciente de su capacidad.				
13.7 Aconsejar a un paciente sobre cómo gestionar sus situaciones personales.				
13.8 Cambiar su propio estilo interpersonal para mejorar el encuentro con el paciente.				
13.9 Revelar algo personal sobre usted mismo para ayudar a establecer la confianza con el paciente.				
13.10 Considerar la personalidad del paciente para realizar la intervención.				
13.11 Transmitir empatía a través de expresiones verbales y no verbales.				
13.12 Focalizar en las estrategias de intervención.				
13.13 Decirle a un paciente cuya conducta no es aceptable que puede cambiarla por otra más adaptativa.				
13.14 Animar al paciente a que se ponga sus propias metas para la terapia.				
13.15 Decirle al paciente cuáles son sus capacidades y fortalezas.				
13.16 Reforzar positivamente cuando el paciente logra algo.				
13.17 Decir a un paciente a punto de derrumbarse que es bueno llorar.				
13.18 Expresar confianza al paciente.				
13. 19 Ayudar al paciente a identificar alternativas				

Figura 13. Cuestiones sobre la práctica clínica en el último año (III)

Fuente: adaptación a partir del cuestionario Use-of-Self-Questionnaire

La intención de la tercera y última parte del cuestionario es la de averiguar los componentes emocionales y cognitivos del terapeuta ocupacional. El interés de conocerlos radica en que el profesional,

como participante en la interacción terapeuta-paciente, despliega sus propias emociones. Dependiendo de su naturaleza y características el terapeuta tiene la oportunidad de manejarlos adecuadamente, lo cual redundará en un mayor beneficio para el paciente al verse reforzada la relación terapéutica. La Figura 14 muestra este último apartado del cuestionario constituido por 16 ítems.

14. En el último año, ¿con qué frecuencia ha tenido los pensamientos o sentimientos siguientes como terapeuta ocupacional?	nunca	casi nunca	frecuente	siempre
14.1. Sentir satisfacción en su trabajo como terapeuta ocupacional				
14.2. Sentir frustración con las actitudes/conductas/faltas llevadas a cabo por un paciente				
14.3. Pensar sobre cómo mejorar la ayuda al paciente durante su propio ocio o tiempo de familia				
14.4. Pensar sobre cambios en la carrera profesional				
14.5. Reflexionar positivamente en cosas que ha aprendido de un paciente				
14.7. Sentir tristeza fuera de la sesión de terapia por un paciente				
14.8. Sentir confianza sobre sus destrezas como terapeuta				
14.9. Desear tener apoyo, consejo y supervisión profesional en el uso terapéutico del yo				
14.10. Pensar sobre sus pacientes durante tiempos que no quiere				
14.11. Sentir confusión porque no comprende actitudes o conductas de un paciente				
14.12. Disfrutar del recuerdo de la interacción con un paciente				
14.13. Preocupación sobre lo que le pueda suceder a un paciente fuera de la sesión de terapia				
14.14. Cuestionar la calidad de terapia que da a un paciente				
14.15. Sentirse bien por un cumplido que le hace un paciente				
14.16.- Ser consciente de que ha llegado al límite de sus capacidades de intervenir en un paciente				
14.16. Otros - especificar				

Figura 14. Frecuencia de pensamientos o sentimientos del terapeuta
Fuente: adaptación a partir del cuestionario Use-of-Self-Questionnaire

Procedimiento

Las encuestas enviadas por email requieren procedimientos sistemáticos de seguimiento para asegurar índices de respuesta aceptables. De este modo nosotros usamos métodos de seguimiento estándar de estudios de investigación (Fowler, 2002; Forsyth y Kviz, 2006). Después de una semana del envío de la encuesta por correo electrónico enviamos otro correo de seguimiento. En él agradecíamos la participación a los terapeutas ocupacionales participantes y animábamos a aquellos que no lo habían hecho (Anexo VII). Se realizaron dos envíos adicionales más, con un intervalo de dos semanas entre ellos, para recordar la participación en el estudio, a la vez que se agradecía la colaboración de los que habían respondido. Tres semanas después del tercer intento, se cesó, no se procesaron nuevos cuestionarios y los datos fueron digitalizados para ser analizados por el programa SSPS.

3.1.2. Técnicas de investigación cualitativa: el análisis documental y la entrevista

El propósito de la búsqueda cualitativa es obtener una comprensión del mundo tal como es, más que buscar aprender acerca de los efectos de una manipulación experimental (Robson, 1993). Las investigaciones cualitativas tienen propiedades explicativas y pueden generar teorías que deben ser confirmadas con métodos cuantitativos (Ugalde y Balbastre, 2013). Los investigadores cualitativos buscan comprender fenómenos desde las perspectivas de los participantes investigados y no el formular verdades concretas y universales (Gay y Airasian, 2000). Los datos cualitativos se analizan de manera inductiva, de esta manera la exploración y la descripción de los fenómenos se realiza con un enfoque de mentalidad abierta (Gay y Airasian, 2000).

Las razones expuestas justifican que una aproximación cualitativa es útil para investigar fenómenos inexplorados, complejos y contextualmente sensibles. El contenido educacional usado en enseñar a estudiantes de Terapia Ocupacional a desarrollar y emplear la relación terapéutica durante la fase académica de su educación profesional abarca todo lo anterior: es un fenómeno que ya ocurre en clase todos los días, es altamente complejo y su cualidad es ampliamente determinada y comprendida por los individuos que lo enseñan.

En España es escasa la información sobre qué conceptos, valores y destrezas comprendidos en la relación terapéutica se enseñan. Existen algunos artículos que describen cursos de este tema impartidos en EEUU (Bailey y Cohn, 2009; Peloquin y Davidson, 1993) pero no se sabe si las prácticas descritas están ampliamente implementadas. En España se han impartido algunos cursos a profesionales, aunque existe insuficiente difusión de los mismos al resto de la comunidad de terapeutas ocupacionales. Si bien el uso terapéutico del yo es una idea bien definida (Marco de Trabajo de Terapia Ocupacional, 2014), los educadores pueden enfatizarla, enseñarla de manera transversal o ignorarla completamente. La aproximación cualitativa es necesaria para comprender qué se está enseñando en esta área.

El propósito de este estudio cualitativo es establecer una comprensión de las competencias relacionadas con la relación terapéutica encontradas en los planes de estudios de Terapia Ocupacional de las universidades españolas. Actualmente son dieciocho las universidades que imparten el grado de esta disciplina académica. También se ha entrevistado a seis coordinadores de la titulación para conocer su opinión y valoración del uso terapéutico del yo.

Análisis documental

El análisis documental consiste en el examen de documentos escritos, es una actividad que debe realizarse de una manera sistemática y planificada (Massot et al. 2009). La lectura de los documentos se tiene que realizar del mismo modo (Ruiz-Olabuenaga, 2009) y es importante seguir idéntica lógica de razonamiento que en la entrevista. Los datos obtenidos complementan el resto de las informaciones recogidas a través de otras técnicas permitiendo así la validación y el contraste de las mismas (Massot et al. 2009).

En nuestro estudio el análisis documental se utiliza para complementar los hallazgos de las entrevistas, además de obtener información relevante para el objeto de investigación. Los documentos utilizados han sido los planes de estudios de las universidades españolas en las que se imparte Terapia Ocupacional y los documentos clave de la titulación; es decir, la orden por la que se establecen los requisitos para la verificación de títulos universitarios del BOE (2009), el documento de ENOTHE (2008) y el Libro Blanco de Terapia Ocupacional (2005).

El análisis de contenido de los planes de estudios lo realizamos con el fin de enriquecer los datos obtenidos en el cuestionario y en la entrevista. La búsqueda de la presencia de términos afines con la relación terapéutica en las competencias de los planes de estudios proporciona un material útil para conocer la realidad de la enseñanza en España. Además permite realizar una comparación de las competencias plasmadas en los planes de estudios entre las diferentes universidades.

Acudimos al Registro de Universidades, Centros y Títulos (RUCT) para averiguar cuáles eran las universidades en las cuales se imparte actualmente la titulación de Terapia Ocupacional. Buscamos en cada una de las dieciocho encontradas las competencias del título

verificados por la ANECA. En la mayoría de los casos la información publicada es suficiente y cuando, ocasionalmente, esta es escasa, acudimos para ampliarla directamente a la Web de la Universidad. De esta manera hemos obtenido las competencias de la titulación de la gran mayoría de las universidades españolas (Anexo VIII). Después de obtenida la base de datos, es necesario establecer unos criterios para la selección de las palabras.

Criterios de selección de palabras

Seleccionamos las palabras clave afines con la relación terapéutica para analizar si aparecían, cómo, de qué manera y cuáles eran las de mayor presencia en las competencias del Título de Terapia Ocupacional en cada universidad. Nos hemos basado en los términos utilizados por Davidson (2006) en una investigación similar llevada a cabo en EEUU. Esta autora se basaba en las inteligencias intrapersonal y la interpersonal de las inteligencias múltiples de Gardner (1983) y hemos añadido las palabras que aparecen en la definición actual del uso terapéutico del yo de la 3ª edición del Marco de Trabajo de Terapia Ocupacional de la AOTA (2014).

Una parte integral del proceso de la terapia ocupacional es el uso terapéutico del yo que permite a los profesionales de Terapia Ocupacional desarrollar y gestionar su relación terapéutica con los clientes mediante el uso de la narrativa en el razonamiento clínico, la empatía y un enfoque de colaboración centrado en el cliente para la prestación de servicios. (p. 12).

También hemos incluido en nuestra búsqueda las palabras contenidas en el concepto de la práctica centrada en el cliente. Finalmente las palabras buscadas han sido las recogidas en la Tabla 16.

Tabla 16. Términos de la relación terapéutica buscados en las competencias

Términos de la definición de uso terapéutico del yo	Términos de la práctica centrada en el cliente	Inteligencia intrapersonal e interpersonal
Relación terapéutica	Comunicación	Límite/s
Uso terapéutico del yo	Respeto/respetar	Negociación
Narrativa	Escucha/escuchar	Crítica
Razonamiento	Colaboración	Autocrítica
Empatía/empática		Interpersonales
Centrado/a en el cliente		Autoconocimiento
		Autoconciencia

Entrevistas

La elección de la entrevista como instrumento metodológico se debe a que uno de los objetivos de nuestra investigación era conocer la presencia y la importancia del uso terapéutico del yo en la formación del terapeuta ocupacional, así como los elementos fundamentales a tener en cuenta en el proceso de enseñanza-aprendizaje. La opinión de los responsables de la titulación es clave para alcanzar este objetivo porque participan en la formación de manera directa.

La entrevista es una técnica que supone un proceso de comunicación. A través de ella se comprueban las perspectivas individuales del entrevistado. Su finalidad es la obtención de información de forma oral y personal de diversos aspectos subjetivos, así como de acontecimientos experimentados por la persona (Massot et al., 2009). La utilidad de las entrevistas es planteada por Barba (2013) porque sirven para obtener tanto descripciones como interpretaciones de los entrevistados, convirtiéndose así en la vía primordial para comprender la realidad.

Las entrevistas presentan un esquema elemental. Desde el principio las dos partes implicadas despliegan sus funciones de una manera definida. El entrevistador asume la responsabilidad de convocar,

definir los objetivos, diseñar la situación, servir de guía para la sesión y procurar que el proceso se desarrolle adecuadamente en un clima agradable, correcto, cuidadoso y considerado. Por su parte el entrevistado aporta la información necesaria para la realización del estudio.

Las entrevistas pueden llevarse a cabo con una sola persona, es el caso de las *entrevistas* individuales, o con diferentes personas en el caso de las *entrevistas grupales* (Ruiz-Olabuenaga, 2009). En nuestro estudio hemos puesto en práctica la entrevista individual porque la conversación se realiza exclusivamente entre los dos miembros de la interacción: entrevistador y entrevistado. El tipo de entrevista es *semiestructurada* porque contamos con un esquema previo de la información que se pretende lograr, pero las cuestiones se formulan abiertamente y existe flexibilidad para modificar el esquema durante la interacción.

Los entrevistados los hemos seleccionado siguiendo un *muestreo intencional* propio de la investigación cualitativa. Hemos querido escoger a personas que puedan garantizar la cantidad y calidad de la información. Pretendemos con la selección realizada escoger personas representativas de la docencia de la titulación de Terapia Ocupacional, además de su capacidad para proporcionar información privilegiada.

Los invitados a participar en la investigación fueron los responsables o coordinadores de Terapia Ocupacional de las dieciocho universidades en España donde se imparte la titulación. Se les envió un correo electrónico informando sobre la investigación, a la vez de invitarles a la participación en la misma a través de la realización de una entrevista telefónica. Fueron seis los coordinadores dispuestos a colaborar voluntariamente y contactamos con ellos para la realización de la misma.

La transcripción literal de las entrevistas se recoge en el Anexo IX y están codificadas de tal manera que la entrevista realizada al primer entrevistado se le asignó el código E1, al segundo entrevistado el E2, y así sucesivamente hasta la E6. Las características socioprofesionales de los participantes son necesarias tenerlas en cuenta porque influyen en sus respuestas.

Los seis participantes son tres hombres y tres mujeres de entre 38 y 47 años, con una media de edad de 42 años y 10 meses. Las universidades en las que trabajan son tanto públicas como privadas. Los entrevistados son cinco terapeutas ocupacionales y todos, excepto una, son licenciados. Al mismo tiempo, dos de ellos son doctores y los otros dos tienen un nivel de Máster. Otra entrevistada es doctora en Pedagogía y no tiene formación específica en Terapia Ocupacional. La categoría profesional de los profesores de las universidades públicas es de Titular de asignatura en dos casos y de contratado doctor en otro. Una de las entrevistadas desempeña el cargo de Decana.

La trayectoria como docentes oscila entre uno y catorce años. La dedicación a la docencia es parcial o total, según los casos, debido a que en las universidades públicas el tener cargo de responsabilidad supone una menor carga docente. En las universidades privadas es variable porque el profesor puede trabajar el total de su asignación docente además del desempeño del cargo. Los profesores indican que las horas de clase varían entre el primer y segundo semestre, este hecho indica la existencia de un peso desigual de la carga docente a lo largo del curso.

La experiencia clínica es una constante para todos los entrevistados terapeutas ocupacionales, alguno de ellos todavía compagina las dos actividades, y varios fueron profesores de prácticas clínicas en sus centros antes de ser profesores universitarios. La profesora que no es terapeuta ocupacional afirma no haber trabajado nunca en el ámbito

clínico, aunque tiene relación con la discapacidad. Los campos de desempeño de las labores clínicas son diversos: salud mental, geriatría, discapacidad física, pediatría, asesoramiento sobre productos de apoyo, etc.

Las asignaturas impartidas por los entrevistados pertenecen principalmente al área de conocimiento de Terapia Ocupacional. Las materias son variadas y cubren todo el espectro de la disciplina, desde los fundamentos teóricos a las aplicaciones prácticas según los ámbitos y campos de trabajo. La entrevistada licenciada en Pedagogía imparte asignaturas del área de conocimiento de Psicología Evolutiva y de la Educación. En la Tabla 17 podemos observar en detalle todos estos datos.

Tabla 17. Características socioprofesionales de los responsables de titulación entrevistados

Entrevistas	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
Características Socioprofesionales						
Edad	42	44	38	47	40	46
Género	Femenino	Masculino	Masculino	Femenino	Femenino	Masculino
Titulación	Doctora Pedagogía	Terapeuta Ocupacional Máster	Terapeuta Ocupacional Máster Doctorando	Terapeuta Ocupacional Doctora en Psicología	Terapeuta Ocupacional	Terapeuta Ocupacional Doctor en Psicología
Tipo de Universidad	Pública	Privada	Privada	Pública	Privada	Pública
Categoría Profesional	Contratada Doctora	Profesor Responsable	Profesor Responsable	Decana	Profesora Responsable	Coordinador
Experiencia docente	6 años	12 años	7 años	14 años	12 años	16 años
Dedicación docente	8 horas semanales	16 horas semanales	15 horas semanales	6 horas semanales	15 horas semanales	6 horas semanales
Área de conocimiento	Didáctica y Organización Escolar	Terapia Ocupacional Antropología	Terapia Ocupacional	Terapia Ocupacional	Terapia Ocupacional	Terapia Ocupacional
Trabajo como clínico	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Los resultados están en concordancia con la realidad española de quiénes son los coordinadores de la titulación de Terapia Ocupacional en las universidades. En una gran parte de los casos los responsables de la titulación son personas cuya relación con la disciplina es indirecta, lo más frecuente es que sean psicólogos o médicos y, en algunos casos, también pedagogos. Tal vez es por esta razón que los voluntarios para realizar la entrevista y colaborar en nuestro estudio son precisamente terapeutas ocupacionales, aunque la mayoría de los coordinadores o responsables de la titulación no lo sean.

Hubiese sido deseable contar con más entrevistas, el objetivo propuesto de conocer la opinión de los responsables de la titulación sobre la presencia y la importancia del uso terapéutico del yo en la formación del terapeuta ocupacional, así como los elementos fundamentales que han de tenerse en cuenta en su proceso de enseñanza-aprendizaje. No obstante, pensamos que los resultados encontrados en estas seis entrevistas son representativos para nuestro objeto de estudio.

El guión de la entrevista está recogido en la Tabla 18. Hemos tenido en cuenta en la elaboración de las preguntas que siguiesen una estructura y secuencia lógica. Hemos agrupado las preguntas relativas al mismo tema, a la vez que hemos evitado el uso de preguntas inductoras. Por último, las preguntas son abiertas para que el entrevistado se sienta con libertad para llevar el tema por donde estime oportuno.

Tabla 18. Guión de la entrevista realizada a coordinadores de Titulación de Terapia Ocupacional

Nos interesa conocer su opinión y valoración sobre algunos conceptos de la enseñanza de la Terapia Ocupacional. En primer lugar le preguntaré algunos datos personales y profesionales; en segundo lugar continuaremos con preguntas relativas a la relación terapéutica y el uso terapéutico del yo en Terapia Ocupacional, su opinión y valoración de estos conceptos, así como la forma en la que están recogidos estos conceptos en la enseñanza de esta disciplina en su universidad.

1. Acerca de usted:

- 1.1. Para empezar, ¿podría decirnos cuál es su edad y su sexo?
- 1.2. ¿Y su titulación?
- 1.3. En la universidad ¿cuál es su categoría profesional o puesto de trabajo?
- 1.4. ¿Desde cuándo trabaja como docente?
- 1.5. En la titulación de Terapia Ocupacional, ¿cuál es su tiempo de dedicación a la docencia?
- 1.6. Las asignaturas que imparte ¿a qué área de conocimiento pertenecen?
- 1.7. Además de docente, ¿ha trabajado o trabaja usted como clínico? ¿De qué especialidad?

Vamos a definir los conceptos a los que nos vamos a referir durante la entrevista para tener unos criterios comunes:

Relación terapéutica (RT):

La relación terapéutica es la interacción del terapeuta con el paciente, es decir: la comunicación, intercambios emocionales, colaboración y compañerismo entre terapeuta y paciente.

Uso Terapéutico del Yo (UTY):

“El uso terapéutico del yo es el uso planificado de la personalidad, intuiciones, percepciones y juicios del terapeuta como parte del proceso terapéutico”.

2. En la práctica de la Terapia Ocupacional ¿cuál es la valoración que hace usted de la relación terapéutica y del uso terapéutico del yo? ¿por qué?

3. Vamos a hablar sobre cómo aparecen en los planes de estudios de Terapia Ocupacional de su universidad los conceptos de relación terapéutica, uso terapéutico del yo y habilidades del terapeuta.

3.1. Los conceptos anteriores ¿se desarrollan en las competencias? ¿En cuáles?

3.2. ¿y en los contenidos?

3.3. ¿En qué asignaturas o áreas de conocimiento aparecen?

-
- 3.4. En las asignaturas ¿hay alguna metodología descrita?
- 3.5. En el Prácticum ¿se refleja en la evaluación realizada al alumno?
- 3.5.3. En cuanto al perfil del profesor de prácticas ¿hay algún requisito en cuanto a titulación, tiempo de experiencia profesional (como clínico) o como docente?
4. Con respecto a este tema, en la diplomatura de Terapia Ocupacional anterior al grado:
- 4.1. En los planes de estudios de la diplomatura ¿qué es lo que había respecto a relación terapéutica o uso terapéutico del yo?
- 4.2. ¿Aparecía en alguna asignatura o área de conocimiento?
- 4.3. ¿Estaban descritas las metodologías utilizadas?
- 4.4. En el Prácticum ¿estaba recogido lo relativo a estos temas en la evaluación al alumno?
- 4.5. El perfil del profesor de prácticas ¿era el mismo en la diplomatura que en el grado?
5. Si nos referimos a buenas experiencias o buenas prácticas docentes ¿conoce alguna en su propia titulación, o en otras, respecto a relación terapéutica?
6. Otros profesionales afines al terapeuta ocupacional ¿cómo adquieren las habilidades necesarias para establecer una adecuada relación terapéutica con el paciente o usuario?
7. Nos interesa conocer ¿Cuál es su valoración de las formas o métodos por los que se adquieren las habilidades necesarias para establecer la relación terapéutica?
8. La metodología de enseñanza de estos conceptos ¿piensa que es relevante? ¿por qué?
9. Desde la diplomatura al grado de Terapia Ocupacional ¿cómo considera la evolución en la enseñanza de la relación terapéutica y el uso terapéutico del yo en los futuros profesionales? ¿por qué?
10. Cuando terminan sus estudios de grado los terapeutas ocupacionales ¿cree que están mejor preparados en su formación inicial que los anteriores diplomados en estas destrezas? ¿por qué?
11. Si lo desea, puede añadir alguna observación o comentario a esta entrevista.

Gracias por su colaboración en este estudio.

Desarrollo de la entrevista

La entrevista la diseñamos para añadir más datos detallados y subjetivos a aquellos derivados del estudio de las competencias en los planes de estudios de Terapia Ocupacional (Martin Izard, 2010). Las ideas para las preguntas surgieron con el fin de completar el análisis realizado sobre las competencias del título. Algunos participantes añadieron observaciones o preguntas propias. Todo esto lo incluimos en el análisis de datos.

Durante las entrevistas se tomaban notas escritas a mano y se transcribían inmediatamente después. Las notas fueron enviadas a los participantes y se les pedía que las revisasen y las comentasen. Después modificamos las respuestas de los entrevistados teniendo en cuenta sus correcciones. Con el fin de analizar los datos obtenidos en las respuestas de las entrevistas hicimos una clasificación por categorías, además de cada una de ellas obtuvimos subcategorías para conseguir una mayor riqueza de análisis. Las categorías y subcategorías obtenidas se muestran en la Tabla 19.

Tabla 19. Categorías y Subcategorías para el análisis de datos

Categorías	Subcategorías
Presencia de los conceptos relacionados con la relación terapéutica	Competencias Asignaturas Prácticum
Áreas de conocimiento a las que pertenece	Específicas de la Titulación No específicas de la Titulación Ámbitos de actuación
Proceso didáctico	Metodología Evaluación
Diferencias entre diplomaturas y grados	Presencia Preparación durante la formación Prácticum
Experiencia, titulación, formación y trayectoria del entrevistado	Docente (en años y en dedicación) Rol dentro de la institución Actividad clínica en la actualidad o en el pasado

Valoración del Uso Terapéutico del Yo	En sí mismo como concepto En relación a la profesión
Si las competencias necesarias para la relación terapéutica tienen que ver con la personalidad o se adquieren por medio de formación específica	
En relación a otras profesiones	Conocimiento de buenas prácticas Adquisición de la formación en la relación terapéutica por parte de otros profesionales

4. RIGOR EN LA INVESTIGACIÓN

4.1. Los criterios de rigor del estudio

La calidad de la investigación está influenciada por los criterios de rigor utilizados o como la investigación de tipo cuantitativo o positivista afirma, con la validez y la fiabilidad que el investigador haya proporcionado a su trabajo a lo largo del proceso. A continuación profundizaremos en aquellas condiciones de rigor de nuestra investigación. Partimos de la diferenciación del paradigma positivista al paradigma naturalista en lo que a la calidad de investigación o al rigor de la misma se refiere.

En el paradigma positivista los criterios son: validez interna (se mide aquello que se quiere medir), validez externa (los resultados pueden ser generalizados), fiabilidad (existe estabilidad en los resultados en las diferentes aplicaciones del instrumento de medida) y objetividad (independencia de los resultados del investigador). Este paradigma es mayoritariamente aceptado por la comunidad científica. Aunque es el más adecuado en las investigaciones cuantitativas, en las investigaciones cualitativas tenemos que servirnos de otros elementos o criterios para asegurarnos de la credibilidad de la investigación.

A su vez, en el paradigma naturalista de la investigación cualitativa existen criterios que pueden usarse (Guba, 1981; Goetz y Le Compte, 1988). Los principales criterios son: credibilidad (criterio de verdad, aceptabilidad de los resultados de la evaluación, veracidad de la información), transferibilidad (posibilidad de transferir los resultados obtenidos a otros contextos, grupos o personas), dependencia (estabilidad de la información), confirmabilidad (los datos e informaciones obtenidas son independientes del evaluador y pueden ser obtenidos por otras personas).

4.2. La metaevaluación: análisis del rigor de la evaluación

Explicaremos qué estrategias metodológicas hemos empleado en la investigación para cumplir los criterios de la investigación naturalista establecidos por Guba (1989). Revisaremos a continuación la credibilidad, la dependencia, la transferibilidad y la conformabilidad de nuestro trabajo. Con ello cumplimos los criterios de rigor de Guba (1989).

4.2.1. Credibilidad

La credibilidad va unida al criterio de verdad y a la posibilidad de aceptación de los resultados de la evaluación y de veracidad de la información. Con el fin de asegurar la credibilidad se emplean procedimientos como la triangulación (de tiempo, de espacio, metodológica y de personas), el trabajo prolongado, la observación persistente, la recogida de material de adecuación referencial y las comprobaciones con los participantes. En nuestra investigación hemos utilizado el trabajo prolongado, la triangulación y las comprobaciones con los participantes.

El trabajo prolongado

La obtención de datos se ha realizado durante un período de tres años. En este tiempo se recogieron los datos del cuestionario, se buscaron y guardaron para el análisis posterior las competencias de todos los planes de estudios de Terapia Ocupacional, así como de los documentos clave (BOE donde se establecen los requisitos del título, el Libro Blanco de Terapia Ocupacional y el Documento de ENOTHE) y se realizaron las entrevistas a las personas responsables de la titulación.

La triangulación

En este estudio nos hemos servido de diferentes métodos y técnicas para la obtención de datos, en los cuales intervienen diferentes personas. De esta manera, los datos y la información así obtenidos son triangulados y comparados entre sí. Utilizamos el criterio de aceptar como más creíbles cuando coincidan. Seguimos así el criterio de Guba (1989) el cual afirma que no debería aceptarse ningún ítem de información que no sea verificado al menos por dos fuentes. En la medida que existe un análisis de todo el proceso, también se produce triangulación. En la investigación tenemos en cuenta la perspectiva del profesional, del estudio documental y de las entrevistas a las personas responsables de la titulación. Esta triple metodología del estudio permite realizar una contrastación, la cual aporta un nivel alto de credibilidad de la investigación. Además de esta triangulación metodológica que hemos descrito, también puede considerarse que se ha producido una triangulación de personas: por una parte, hemos utilizado como fuente de datos a los responsables de la titulación; por otra parte, nos hemos servido de las aportaciones de los profesionales de la Terapia Ocupacional.

Las comprobaciones con los participantes

Este procedimiento se ha llevado a cabo debatiendo, compartiendo y contrastando con los directores de la tesis, con profesionales de Terapia Ocupacional, con compañeros del departamento de Psicología en la universidad y con las personas entrevistadas, de tal modo que hemos podido profundizar cada vez más en los temas objeto de investigación.

4.2.2. Transferibilidad

Se refiere a la validez externa de la investigación. El criterio de transferibilidad indica si los resultados y la información obtenidos son relevantes en el contexto en el cual se realiza. De la misma manera permite que, hasta cierto punto, los resultados puedan ser transferibles a otros contextos de características similares, o bien puedan servir de orientación para la realización de otros trabajos por otros investigadores que se planteen problemas similares. Hemos utilizado diversas estrategias metodológicas para alcanzarlo.

Descripción minuciosa del contexto

Para poder transferir los hallazgos es necesario describir de forma minuciosa el contexto; describiendo las características de los participantes, de las instituciones y de los materiales (Goetz y LeCompte, 1988). En nuestro estudio hemos explicado con detalle las características socioprofesionales de las personas implicadas en la investigación, tanto de los profesionales que respondieron a los cuestionarios, como los de las personas entrevistadas, así como el contexto normativo y profesional de nuestro país en el que se somete a análisis el objeto de estudio.

Triangulación entre espacios, momentos y personas

El análisis de las competencias de los planes de estudios y de los documentos clave de la titulación nos permite realizar una triangulación. Con los criterios de presencia o ausencia de los términos afines a la relación terapéutica, analizamos todos los documentos utilizados. Las entrevistas nos permiten realizar un contraste entre los responsables de las diferentes universidades.

4.2.3. Dependencia

La dependencia o consistencia indica la estabilidad de la información, tanto del instrumento como del investigador. Las categorías y subcategorías utilizadas en el análisis de las entrevistas nos permiten obtener similitudes en la información, así como la comparación de resultados. Las técnicas empleadas con esta finalidad han sido las siguientes:

Análisis compartido de valoraciones y significados

Entre la investigadora principal, los directores de tesis, los expertos que participaron en la adaptación al español del cuestionario sobre el uso terapéutico del yo y los terapeutas ocupacionales. De utilidad ha sido el debate con los alumnos, con los que al mismo tiempo que se explicaban los conceptos relativos al objeto de estudio, se iban explicando los resultados obtenidos en la investigación y se intentaban posibles explicaciones al respecto.

Replicación de una vía de investigación

Las entrevistas a las personas responsables de la titulación se realizan a seis coordinadores de forma paralela. Esta circunstancia permite comparar los resultados y establecer semejanzas y diferencias.

4.2.4. Confirmabilidad

La confirmabilidad hace referencia a la independencia de los resultados y las opiniones del investigador. Se trata de demostrar la independencia del investigador con respecto a los datos obtenidos y que estos puedan ser validados por otros investigadores. Hemos utilizado los procedimientos siguientes:

Saturación

Hace referencia al procedimiento de reunir las suficientes pruebas y evidencias para poder garantizar la credibilidad de la investigación. En este estudio, ha sido necesario que los datos estuvieran presentes varias veces en las diferentes categorías y subcategorías para ser incluidos en el análisis,

Inclusión de transcripciones

Se incluyen textualmente las transcripciones de las entrevistas realizadas a las personas responsables de la titulación, las competencias de los documentos clave de Terapia Ocupacional y las de las dieciocho universidades donde se imparten los estudios. Estas transcripciones permiten la comprobación por parte de cualquier persona de los datos e informaciones tenidas en cuenta en la investigación.

Aportación de pruebas documentales

Aportando pruebas se hace posible la confirmación en cualquier momento de las interpretaciones hechas por los investigadores. Toda la documentación está en los anexos.

Revisión de informes

La confirmabilidad de los datos e interpretaciones se asegura por los implicados. Esta técnica consiste en la comprobación del informe por los participantes. Esta validación puede realizarse a través de seminarios, borradores, discusiones de grupo, etc. en nuestro estudio se realizó a través de seminarios y discusiones de grupo entre personas implicadas en la revisión de los planes de estudios de la titulación.

4.3. Implicaciones éticas

El proceso de una investigación lleva consigo una serie de implicaciones éticas relacionadas con la metodología, la fundamentación teórica y los objetivos del estudio. Sin embargo, los aspectos éticos de las investigaciones no siempre son tenidos en cuenta o, al menos, no se les presta la suficiente atención. El aspecto ético (por qué, para qué, con quién y para quién hacer) es el que define la dimensión técnica del estudio. Repasaremos las normas éticas seguidas para la recogida de la información y el acceso a la misma. En este sentido las claves son: confidencialidad y control de la información.

Los participantes conocen en todo momento los objetivos del estudio que se realiza, a las personas que realizan el estudio y la institución en las que se enmarca el trabajo. La fase de la investigación también es conocida por los participantes en la misma. En las entrevistas, y previamente a su realización, la investigadora principal hace una introducción donde se explica el objeto de la misma, las preguntas y plantea la posibilidad de resolver cualquier duda que pueda surgir. Además la confidencialidad de los datos está garantizada en la medida que solo los investigadores tienen acceso a la misma. Por último, y una vez transcritas las entrevistas, se les envía una copia a los

entrevistados por si quieren añadir, modificar o eliminar algo de lo que aparece en el documento.

Un elemento fundamental es *el uso de la información por parte del investigador*, debido a que el carácter de confidencialidad lleva consigo el derecho a la privacidad de los participantes. Por este motivo, el acceso a la información facilitada por los participantes está restringido a otras personas. A su vez, las identidades de los participantes solamente son conocidas por parte de la investigadora principal. Se muestra una descripción de las características socioprofesionales de cada uno de ellos, esto es así para ayudar a comprender y contextualizar sus opiniones y valoraciones. Se omiten nombres, lugares de trabajo y cualquier otro dato que pueda ayudar a la identificación de las personas.

Utilidades y efectos del estudio

La utilidad de este estudio radica en tres aspectos. En primer lugar, este estudio supone una investigación sobre la formación de los terapeutas ocupacionales en un concepto que ellos mismos consideran fundamental para los éxitos terapéuticos. En segundo lugar se busca una reflexión entre las personas responsables de titulación para que pueda mejorarse la práctica de la enseñanza de la relación terapéutica, sobre todo en metodologías y en formas de evaluación. Finalmente, el análisis de los planes de estudios refleja cómo están recogidas las competencias relativas a nuestro objeto de investigación; si existe una adecuación o no con las necesidades del profesional puede llevar a que se realicen las modificaciones oportunas.

Hemos iniciado la parte empírica de la tesis describiendo en el capítulo III la Metodología de la investigación. Para exponerla la hemos dividido en cuatro partes. En la primera de ellas hemos planteado las fases de la investigación. En la segunda hemos expuesto

los supuestos básicos y los interrogantes de nuestro estudio. Seguidamente hemos mostrado el diseño de la investigación describiendo las tres vías de recogida de datos. Por último hemos abordado el rigor en la investigación.

Las características socioprofesionales de los encuestados y de los entrevistados se muestran a lo largo del capítulo. También se describen cómo se han seleccionado los elementos para realizar el análisis documental de los planes de estudios, y el resultado final encontrado. Mostramos los criterios para seleccionar las preguntas de la entrevista y un guión de la misma en el tercer apartado del capítulo. Lo expuesto en el capítulo III nos permite presentar y discutir los resultados en el capítulo siguiente.

“Establecer una relación óptima con las personas requiere de la competencia más importante y delicada que el terapeuta ocupacional, intencionadamente, debe desarrollar y practicar: el uso terapéutico del yo. Para ello, el terapeuta necesita de un proceso de autoconocimiento de las propias formas de relacionarse, de los patrones para comunicarse y de las posibilidades de mejorarlos y potenciarlos”.

Taylor (2015, p. 428). Terapeuta ocupacional y psicoterapeuta.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El capítulo IV está dedicado a los Resultados y Discusión y se divide en tres grandes apartados. El primero de ellos muestra los hallazgos del cuestionario “Uso terapéutico del yo en Terapia Ocupacional” que fue enviado a terapeutas ocupacionales del ámbito nacional. La segunda parte del capítulo trata de cómo las competencias de la relación terapéutica aparecen en los planes de estudios de las dieciocho universidades que imparten Terapia Ocupacional en España. Para finalizar presentamos las entrevistas realizadas a responsables de dicha titulación. Con la discusión de los resultados pretendemos darles sentido al apoyarnos en las aportaciones de otros investigadores.

1. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO: “Uso terapéutico del yo en Terapia Ocupacional”

En este apartado abordamos el segundo objetivo de nuestra investigación, el cual consiste en *analizar las necesidades, las percepciones y la formación del terapeuta ocupacional relativas al uso terapéutico del yo en la práctica clínica*. Como exponíamos en la introducción, otros objetivos surgían de él y a todos ellos pretendemos dar respuesta en la primera parte de este capítulo. Vamos a ir pasando por los ítems para analizar y dar sentido a las respuestas de los profesionales.

El cuestionario está dividido en tres partes, cada una de las cuales constituida por varias preguntas: acerca del participante, de la práctica y de la experiencia profesional, además de los datos socioprofesionales recogidos al principio del mismo y que hemos presentado en el Capítulo III. Con ello obtenemos una panorámica de la situación del terapeuta ocupacional con respecto al uso terapéutico del yo, la valoración, el entrenamiento recibido, las acciones realizadas durante el ejercicio profesional y los sentimientos y pensamientos surgidos durante la práctica clínica, entre otros. Presentamos seguidamente los resultados y la discusión de la primera parte referida al participante.

1.1. Parte Primera: acerca del Participante

El apartado primero del cuestionario lo constituyen tres preguntas, después de las recogidas en la primera página como datos profesionales. Estas cuestiones pretenden recabar información sobre el uso terapéutico del yo, el entrenamiento recibido en las destrezas y habilidades concernientes al mismo y los Marcos de Referencia/Modelos de Ocupación utilizados en la práctica clínica del

encuestado. Estas preguntas son el punto de partida de nuestra investigación cuantitativa.

El nivel de acuerdo con afirmaciones relativas al uso terapéutico del yo; es decir, la relación con el paciente, cómo afecta ésta al nivel de compromiso del paciente con la actividad, la percepción de la disponibilidad de conocimiento sobre el tema, la preparación durante los estudios en la universidad y si el razonamiento clínico debe incluirse en el uso terapéutico del yo. Con los enunciados propuestos pretendemos conocer la opinión y la valoración, entre los terapeutas ocupacionales participantes en nuestro estudio, de este fenómeno en el proceso de intervención en el tratamiento de Terapia Ocupacional. La Tabla 20 nos muestra los aspectos mencionados.

Tabla 20. Nivel de acuerdo con cada una de las afirmaciones

Nivel de acuerdo	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Muy de acuerdo
1.1.El uso terapéutico del yo es la destreza más importante en mi práctica como terapeuta ocupacional	1,6	12,4	67,9	18,1
1.2.Mi relación con los pacientes es la clave determinante de los resultados de la terapia	1	8,6	49,1	41,3
1.3.Cuando me diplomé/gradué estaba suficientemente entrenado en el uso terapéutico del yo	25,8	59,8	13,2	1,2
1.4.Mi relación con un paciente dado afecta al compromiso del paciente con las actividades terapéuticas	1	12,4	54,2	32,3

1.5.Hay conocimiento disponible suficiente en Terapia Ocupacional acerca del uso terapéutico del yo	16	68,8	13,7	1,6
1.6.El Razonamiento Clínico siempre debería incluir asuntos relacionados con el uso terapéutico del yo	1,5	8,7	70,5	19,3

Podemos observar cómo la mayor parte de los terapeutas ocupacionales encuestados (86%) considera que el uso terapéutico del yo es la destreza más importante en su práctica profesional. Además nueve de cada diez están como mínimo de acuerdo con la afirmación de que la relación con los pacientes es la clave determinante de los resultados terapéuticos. Estos resultados corroboran los trabajos realizados por Cole y McLean (2003), los cuales sirven de punto de partida para posteriores estudios (Gorenberg, 201; Davidson, 2011, 2006; Peloquin, 2005 y Villares y Juanes 2007).

Contrasta con estos datos el que solo una minoría (14,4%) considera que estaba suficientemente entrenado en el uso terapéutico del yo cuando terminó la carrera, y tan solo un 15,3% creen que existen suficientes conocimientos en Terapia Ocupacional sobre el uso terapéutico del yo. Los trabajos de Gorenberg (2013) y Taylor et al. (2009) apuntan en esta dirección, aunque, en su caso, no es una minoría tan significativa.

La afirmación de que la relación establecida entre el paciente y el terapeuta afecta al compromiso con las actividades propuestas durante la terapia es cierta para una gran parte de los participantes (86,5%). En base a esta premisa, Taylor y Van Puymbrouck (2013) plantean formas de optimizar las actitudes hacia el tratamiento a través de la mejora en la relación terapéutica.

Por último, casi la totalidad de los participantes en nuestro estudio (90%) afirma que el razonamiento clínico siempre debería incluir asuntos relacionados con el uso terapéutico del yo. Las investigaciones de Talavera y Moruno (2012) junto con las de Schell (2005) sobre razonamiento clínico también establecen una relación directa entre ambos conceptos.

En general los resultados de las afirmaciones anteriores están en consonancia con el Marco de Trabajo de Terapia Ocupacional (3ª ed., 2014), el cual manifiesta:

Una parte integral del proceso de la terapia ocupacional es el uso terapéutico del yo que permite a los profesionales de Terapia Ocupacional desarrollar y gestionar su relación terapéutica con los clientes mediante el uso de la narrativa en el razonamiento clínico, la empatía y un enfoque de colaboración centrado en el cliente para la prestación de servicios. (p. 12).

La media y la desviación típica de los ítems del apartado 1 se muestran en la Tabla 21. En ella observamos que la media se sitúa por encima de 3 (de un máximo de 4) en la mayoría de las afirmaciones, excepto en las relacionadas con la percepción del nivel de entrenamiento en el uso terapéutico del yo al finalizar los estudios y en la creencia de que existe conocimiento disponible suficiente sobre este tema (en torno a una puntuación de 2). La desviación típica se sitúa en la mayoría de los enunciados en torno al 0,6, si bien cabe señalar que las afirmaciones de “la relación con los pacientes como clave determinante de la terapia”, “estaba suficientemente entrenado en uso terapéutico del yo cuando me gradué” y “mi relación afecta al compromiso del paciente con las actividades terapéuticas” alcanzan valores más altos, cercanos al 0,7.

Tabla 21. Media y desviación típica de cada una de las afirmaciones

1. Indique su nivel de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones.	Media	Desviación típica
1.1.El uso terapéutico del yo es la destreza más importante en mi práctica como terapeuta ocupacional	3,02	0,61
1.2.Mi relación con los pacientes es la clave determinante de los resultados de la terapia	3,31	0,67
1.3.Cuando me diplomé/gradué estaba suficientemente entrenado en el uso terapéutico del yo	1,9	0,66
1.4.Mi relación con un paciente dado afecta al compromiso del paciente con las actividades terapéuticas	3,18	0,68
1.5.Hay conocimiento disponible suficiente en Terapia Ocupacional acerca del uso terapéutico del yo	2,01	0,6
1.6.El Razonamiento Clínico siempre debería incluir asuntos relacionados con el uso terapéutico del yo	3,08	0,58

La percepción de los *Tipos de entrenamiento en el uso terapéutico del yo recibidos* se reflejan en la Figura 15. Las vías más frecuentes para la formación se producen a través de cauces informales, como son el contacto con otros profesionales (64,3%) y las lecturas realizadas por iniciativa propia. Casi la mitad de los encuestados (40,3%) afirman haberse formado durante las prácticas clínicas realizadas cuando cursaban sus estudios, mientras que tan solo la cuarta parte de los participantes siguieron asignaturas durante la carrera sobre este tema.

Los hallazgos de las entrevistas realizadas a los coordinadores de la titulación (en el apartado tercero de este mismo capítulo) pueden relacionarse con los encontrados aquí, ya que es en el Prácticum donde más se hacen presentes los contenidos y la evaluación de este concepto. Otros medios de entrenamiento son la formación en otras disciplinas de salud mental para una tercera parte de los encuestados y en psicoterapia en el 15,4% de ellos. La quinta parte de los

participantes en nuestro estudio aseguran que la supervisión y la formación continua mediante la realización de talleres o cursos es su manera de formarse en este asunto.

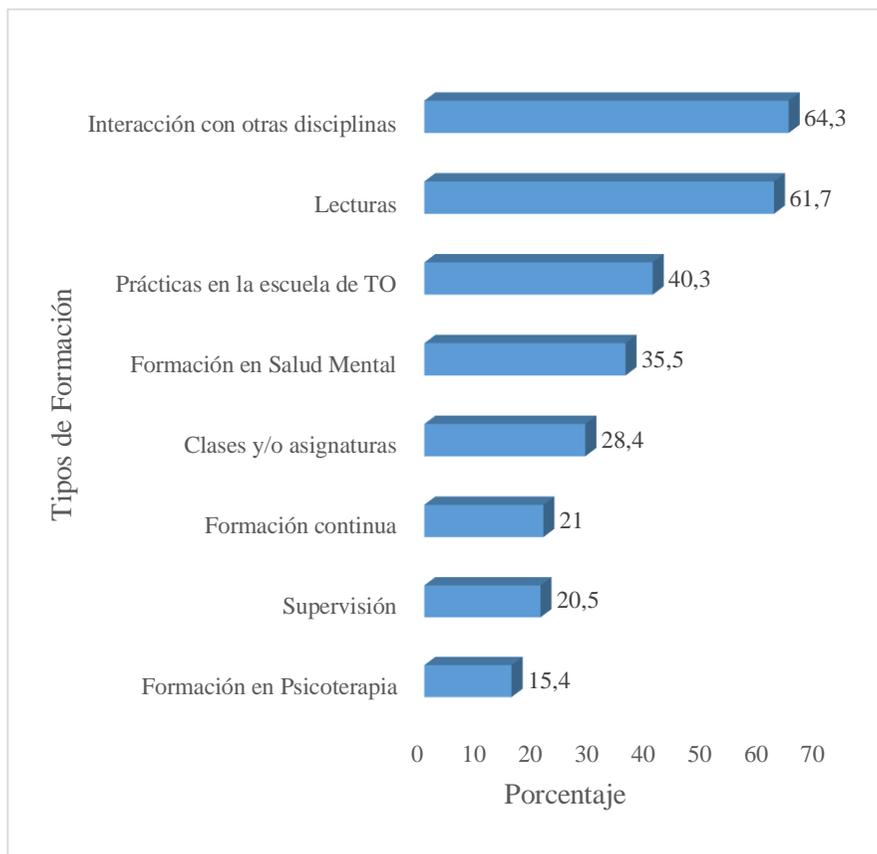


Figura 15. Tipos de entrenamiento recibidos en el uso terapéutico del yo en porcentaje

El trabajo en equipo es un componente importante de la práctica del terapeuta ocupacional, por ello no es de extrañar que la interacción con profesionales de otras disciplinas la valoren como una fuente de aprendizaje, sobre todo al haber afirmado anteriormente que no había conocimiento disponible suficiente en Terapia Ocupacional sobre este tema. La formación en otras disciplinas de salud mental y en psicoterapia es clave para el entrenamiento en la relación terapéutica,

ya que ésta es una de las destrezas señaladas como fundamentales por los terapeutas que trabajan en estos campos (Scanlan et al., 2015 y González-Morales y López-Martín, 2013).

Los terapeutas perciben que cuando realizan el Prácticum aprenden más de este fenómeno que con la formación teórica. El estudio de Maloney y Griffith (2013) señala que la principal forma de aprender sobre el tema es mediante la realización de las prácticas clínicas, Alonso y Bilbao (2004) también apoyan este argumento. En la misma línea Davidson (2006) apunta a la necesidad de utilizar métodos activos de enseñanza para el aprendizaje de las cuestiones relativas al uso terapéutico del yo.

La última pregunta de esta primera parte es sobre los *Marcos de Referencia o Modelos de Ocupación seguidos por los terapeutas ocupacionales en su práctica profesional* (Figura 16). Dichos modelos no son mutuamente excluyentes, por lo que un mismo terapeuta puede estar adscrito a más de uno. Los modelos más seguidos son los de Ocupación Humana (70,1%) y el marco de referencia Cognitivo-Perceptivo (69,2%). Por el contrario, los modelos con menos seguidores son el Canadiense (21,4%) y el Psicodinámico (25,5%). Estos resultados contrastan con la investigación de Muñoz-Gómez, Fernández-Acereño y Fuentes (2015) en la cual, si bien el Modelo de Ocupación Humana es el más conocido por los terapeutas ocupacionales, el más utilizado es el Marco de Referencia de Control Motor/ Neurodesarrollo. Los otros modelos y marcos de referencia señalados son el de Integración Sensorial (si bien este modelo puede ser considerado como una variante del de Neurodesarrollo), el Humanista, el cual podemos incluirlo dentro del Psicodinámico, y el Rehabilitador.

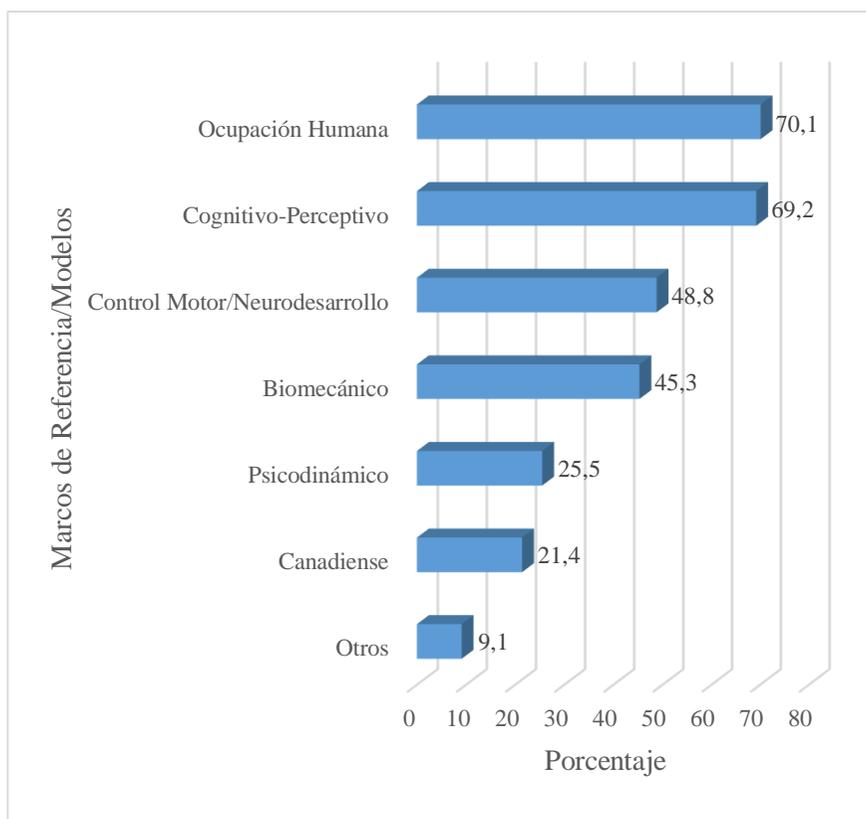


Figura 16. Porcentajes de utilización de los distintos Marcos de Referencia /Modelos de Ocupación

El Modelo de Ocupación Humana es específico de Terapia Ocupacional y puede emplearse en cualquier persona, con independencia de la edad y de la patología que presente (Kielhofner, 2004), quizá por ello es el más utilizado entre los profesionales de nuestro estudio. No obstante, como indicábamos en el párrafo anterior, los resultados de la investigación de Muñoz-Gómez, Fernández-Acereño y Fuentes (2015) indican que los más utilizados son los Marcos de Referencia de Rehabilitación y Control Motor/Neurodesarrollo.

Por otro lado, dado que las funciones perceptivo-cognitivas están alteradas en muchas de las patologías tratadas por los terapeutas

ocupacionales, el Marco de Referencia Cognitivo-Perceptivo es el preferido por más de las dos terceras partes de los encuestados. Los Marcos de Referencia del Neurodesarrollo y Biomecánico son utilizados en el ámbito clínico de la disfunción física (Polonio, 2001; Kielhofner, 2006) lugares de trabajo de una parte importante de los profesionales encuestados en nuestra investigación (Figura 16). El Marco de Referencia Psicodinámico se utiliza fundamentalmente en el ámbito de la Salud Mental (Moruno, Talavera y Cantero, 2012). El modelo Canadiense está menos difundido en nuestro país que el Modelo de Ocupación Humana, de ahí la menor frecuencia de uso; si bien ambos tienen indicaciones similares (Simó, Kronenberg y Pollard, 2006).

Una vez concluido el análisis sobre el participante abordaremos la segunda parte del cuestionario con el cual profundizaremos en la práctica profesional del terapeuta ocupacional.

1.2. Parte segunda: acerca de la Práctica

La segunda parte del estudio se refiere a cuestiones relativas a la práctica clínica del encuestado durante el último año de trabajo. La constituyen preguntas sobre la duración y la intensidad del tratamiento, la prevalencia de los tratamientos individuales o grupales, las dificultades, los síntomas, las conductas del paciente que influyen en el proceso y los resultados de la terapia y, por último, las respuestas a las conductas interpersonales difíciles de los pacientes y las acciones del terapeuta durante la sesión de tratamiento.

La *duración del tratamiento* en cuanto al tiempo y la *intensidad* (número de sesiones) están relacionadas. La mayor parte de los terapeutas ocupacionales (63,4%) trabaja con personas en terapias de larga duración (más de 1 año). Para la cuarta parte de ellos la duración del tratamiento de terapia se prolonga entre 5 semanas y 1 año. Una

duración inferior a 5 semanas es menos frecuente, tan solo supone una de cada diez. (Figura 17).

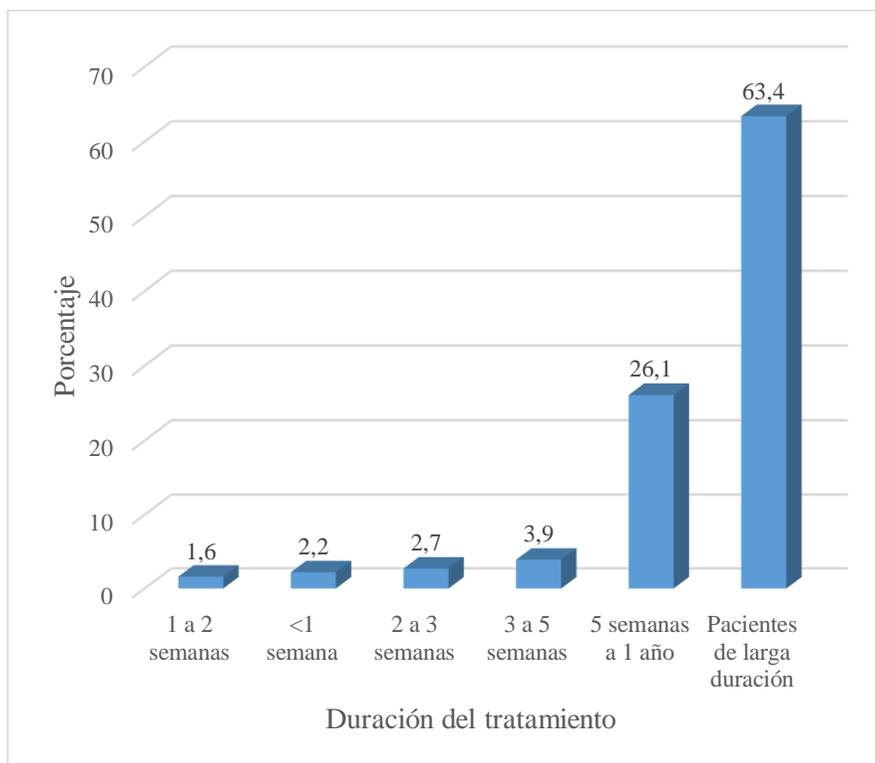


Figura 17. Duración del tratamiento

Estos resultados podemos relacionarlos con los datos sobre el lugar de trabajo. Como veíamos en la Figura 8, pocos terapeutas trabajan con pacientes agudos, la mayoría de ellos lo hacen con pacientes de rehabilitación, residencias, atención domiciliaria, etc. Los profesionales que ejercen en ámbitos como el asesoramiento de productos de apoyo, ayudas técnicas y ortesis son los que menos tiempo están con los pacientes. Esto es debido a que en este trabajo se trata de evaluar, recomendar y, en algunas ocasiones, entrenar en el uso de los elementos más útiles según las características personales del sujeto. No son sesiones de tratamiento propiamente dichas, aunque sí podemos considerarlas sesiones de intervención porque de

lo acertado de la selección del producto dependerá la calidad de vida del paciente. Además, según sea la relación establecida con el terapeuta asesor (por muy pocas que sean las sesiones de encuentro) así va ser el índice de uso y la utilidad de la ayuda técnica escogida (Taylor, 2008, Davidson, 2006).

Los resultados obtenidos anteriormente respecto al tiempo de terapia y a los lugares de trabajo también se relacionan con la *intensidad típica de la terapia aplicada*. En su mayoría es de larga duración, más de la mitad de los terapeutas ocupacionales trabajan con intensidades de terapia de más de 30 sesiones (57,0%). La intensidad menos frecuente es menor a 10 sesiones y solo se realiza en el 10,3% de los casos (Figura 18). El otro tercio se sitúa entre 10 y 30 sesiones.

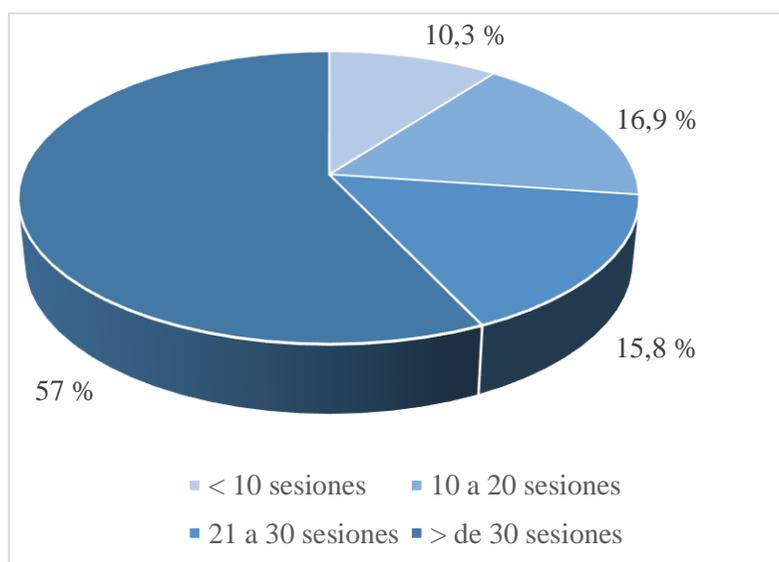


Figura 18. Intensidad típica de la Terapia Aplicada

El tratamiento de Terapia Ocupacional viene pautado habitualmente por un médico, el cual realiza la prescripción. A veces el paciente acude al departamento de Terapia Ocupacional de manera opcional y voluntaria. Lo más frecuente es que la frecuencia y el número de

sesiones estén condicionados por el momento del proceso en el que se encuentra la persona (si está en la fase aguda o crónica) y por el tipo de institución donde se realiza.

Las intervenciones menos frecuentes, en cuanto a número de sesiones, se realizan entre los terapeutas ocupacionales cuyo trabajo consiste en orientar sobre productos de apoyo (ortopedias y centros de asesoramiento de ayudas técnicas) y en aquellos que trabajan con poblaciones de pacientes agudos. Los profesionales cuyos tratamientos están destinados a personas con patologías crónicas, bien sea en hospitales de día, centros de rehabilitación psicosocial, residencias, asociaciones o centros penitenciarios son los que realizan intervenciones de larga duración y de mayor número de sesiones (Sánchez-Cabeza, 2010 y Rincón, Ruiz-González, García-Matamala y Teomiro, 2009).

La *distribución de los tratamientos entre individuales y grupales* está muy igualada (Figura 19), si bien es ligeramente superior en estos últimos (50, 84%) frente a los primeros (49,16%). La desviación típica en ambos grupos es muy elevada (34,39% en los tratamientos individuales y 34,37% en los grupales).

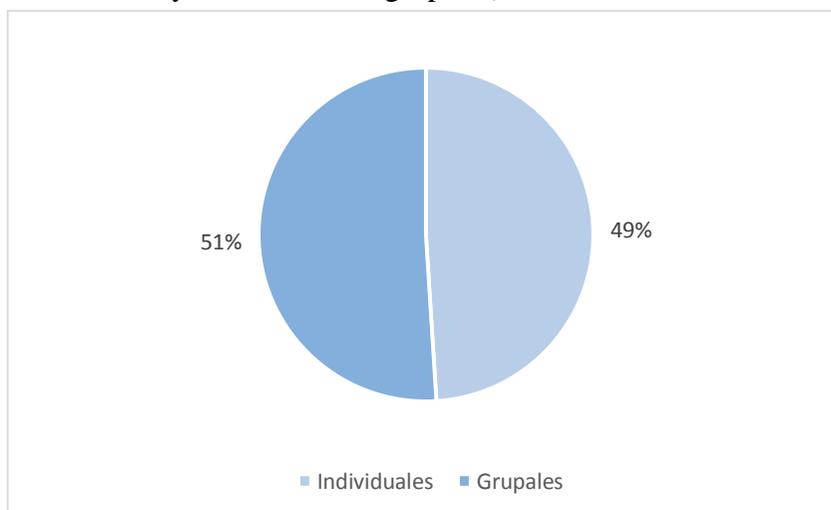


Figura 19. Tratamientos individuales y grupales

La realización de tratamiento individual o grupal está determinado por variables como la disponibilidad de espacio, de tiempo, de recursos humanos, de indicación terapéutica, etc. y ambas modalidades tienen sus ventajas e inconvenientes, tanto para el paciente como para el profesional que lleva a cabo la intervención (Sánchez-Rodríguez, Polonio y Pellegrini, 2013). Una de las cosas a tener en cuenta cuando se realizan tratamientos grupales es que el terapeuta tiene que atender al grupo como un todo y a las necesidades de cada paciente en particular (Durante y Noya, 1998). En cualquier caso, el terapeuta ocupacional debe estar preparado para hacer intervenciones individuales y en grupo, obtener el máximo partido en cada una de ellas es su reto (Taylor y Van Puymbrouck, 2013).

Ambos tipos de intervención (individual y grupal) se hacen necesarias para responder a las necesidades del paciente en los distintos momentos del proceso de tratamiento. El grupo aporta ventajas y oportunidades, posibilita el abordaje y el trabajo de aspectos que serían muy difíciles desde una perspectiva exclusivamente individual (García-Margallo Ortiz de Zárate, 2008). No obstante no podemos olvidar que el objetivo es el alcance de las metas personales. Por ello la combinación de tratamiento individual y grupal es la ideal al considerar el trabajo en grupo al servicio del plan de mejora del paciente (Grupo de mejora para la creación del Protocolo de Intervención desde la Terapia Ocupacional, 2013).

Nos interesa conocer cuáles son las dificultades que constituyen el *principal motivo de los pacientes para recibir tratamientos de Terapia Ocupacional*. Esto se relaciona con cuestiones anteriores tales como los Marcos de Referencia/Modelos de Ocupación utilizados, el lugar donde se realizan los tratamientos, la duración y la frecuencia de los mismos. Los resultados mostrados en la Figura 20 indican que las dificultades encontradas en la práctica terapéutica son

en su mayoría las relativas al ámbito de los aprendizajes, cognitivas, perceptuales e intelectuales (60,6%) junto con las motrices (55,0%). Otras dificultades frecuentes son las sensoriales (33,6%) y las psicosociales, psiquiátricas y abuso de sustancias (30,5%).

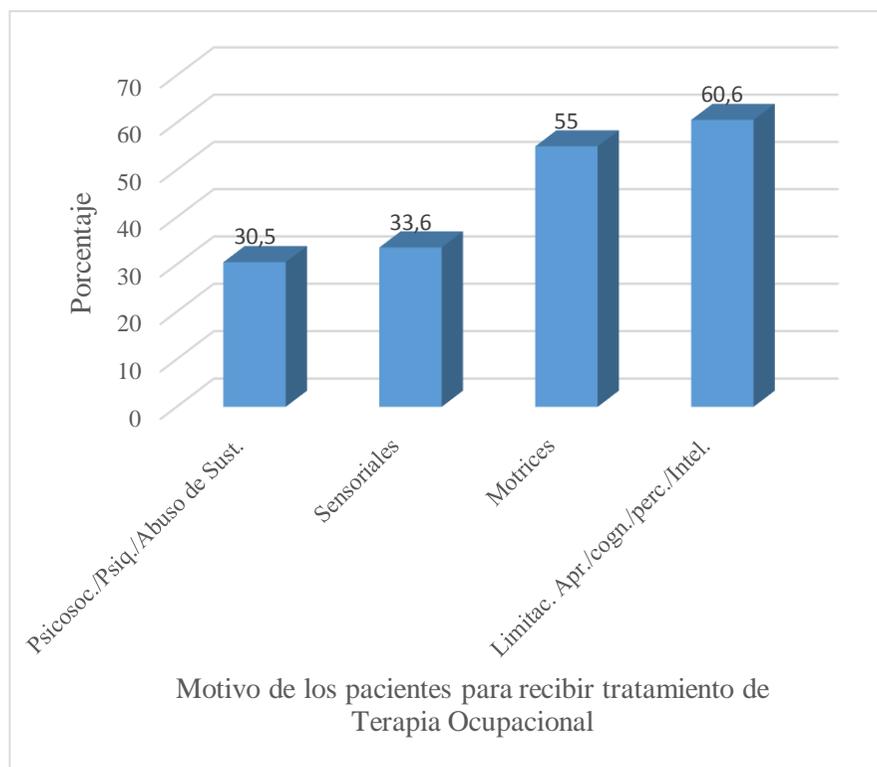


Figura 20. Dificultades que constituyen el motivo principal de los pacientes para recibir Terapia Ocupacional

Los resultados se deben a que muchas de las patologías en las que interviene el terapeuta ocupacional cursan con dificultades perceptivas y, como consecuencia de ello, suelen darse problemas cognitivos que afectan a los aprendizajes (Polonio, 2016), con independencia de que el origen de la disfunción sea motriz, sensorial o que sean problemas derivados por el abuso de sustancias y psiquiátricos (Valero y San Juan, 2010 y Sánchez-Rodríguez et al., 2013).

Los síntomas clínicos que con mayor frecuencia interfieren con la función (en esta disciplina por función entendemos la ocupación), sin tener en cuenta el diagnóstico principal de los pacientes, son: los déficits atencionales para los dos terceras partes junto con la depresión y la ansiedad presentes en la mitad de los pacientes. Las alucinaciones, los pensamientos delirantes y la hiperactividad, aun siendo menos frecuentes que los principales síntomas encontrados, se encuentran en alrededor de una quinta parte de las personas atendidas por nuestros encuestados. En una tercera parte de los mismos los cambios de humor interfieren con la función. El síntoma menos frecuente encontrado en la práctica terapéutica causando interferencia con la función es el estrés postraumático (5,9%) (Figura 21).

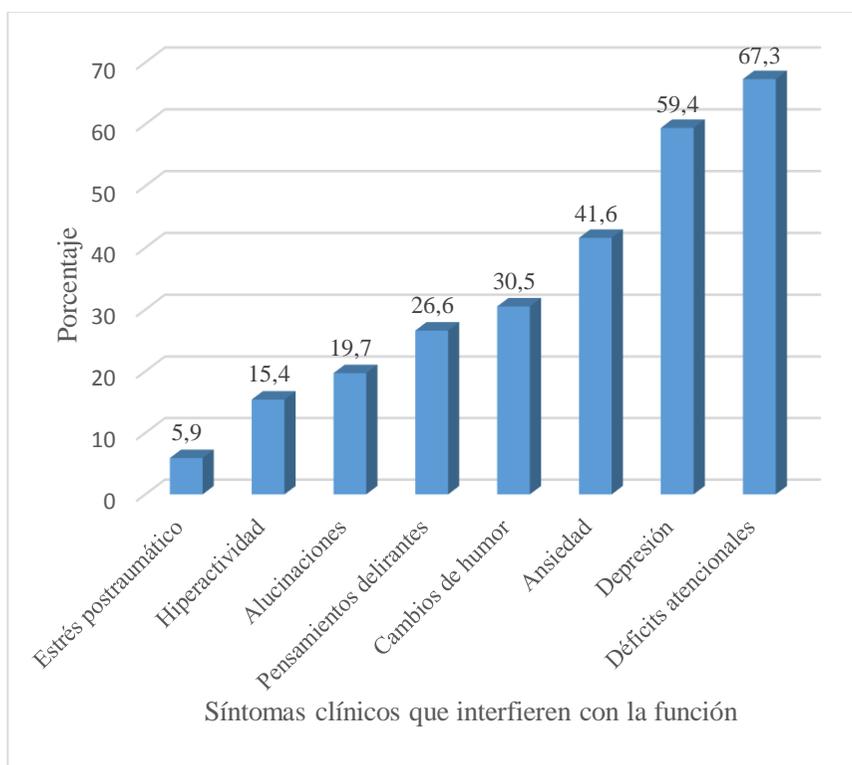


Figura 21. Síntomas que interfieren con la función con independencia del diagnóstico clínico

Los resultados encontrados en esta pregunta son significativos debido a que las ocupaciones requieren de unos mínimos de atención para resultar funcionales. La atención puede verse interferida por diversas causas, entre las que se encuentran la depresión y la ansiedad. Ambas están íntimamente relacionadas, de tal manera que cuando se produce una de ellas también se da la otra en mayor o menor medida (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El estrés postraumático tal vez está poco reflejado en los resultados porque es un trastorno que en sí mismo es poco tratado por los terapeutas ocupacionales, cuando lo hacen es asociado a otros síntomas como, por ejemplo, la ansiedad (Valero y San Juan, 2010). En definitiva los síntomas interfieren con las ocupaciones y el objetivo de la intervención en Terapia Ocupacional está dirigido a optimizar la funcionalidad de la persona en todos sus ámbitos y la recuperación de los roles ocupacionales alterados.

La pregunta 11 del cuestionario plantea cuestiones sobre las *conductas influyentes más frecuentemente* encontradas en Terapia Ocupacional y que interfieren en el proceso y resultados de la terapia (Figura 22). Entre ellas destaca la dificultad de involucrarse en la actividad en las dos terceras partes de los pacientes y, en más de la mitad de ellos, la pasividad y la dependencia. La negación, la falta de realismo y la desesperación se producen en alrededor de una de cada cuatro personas atendidas en los servicios de Terapia Ocupacional. Según nuestros entrevistados, las conductas influyentes menos comunes entre sus pacientes (entre la décima y la quinta parte de los mismos) son las conductas desadaptativas, la desconfianza, la focalización en la pérdida, la hostilidad y/o agresividad y la manipulación.

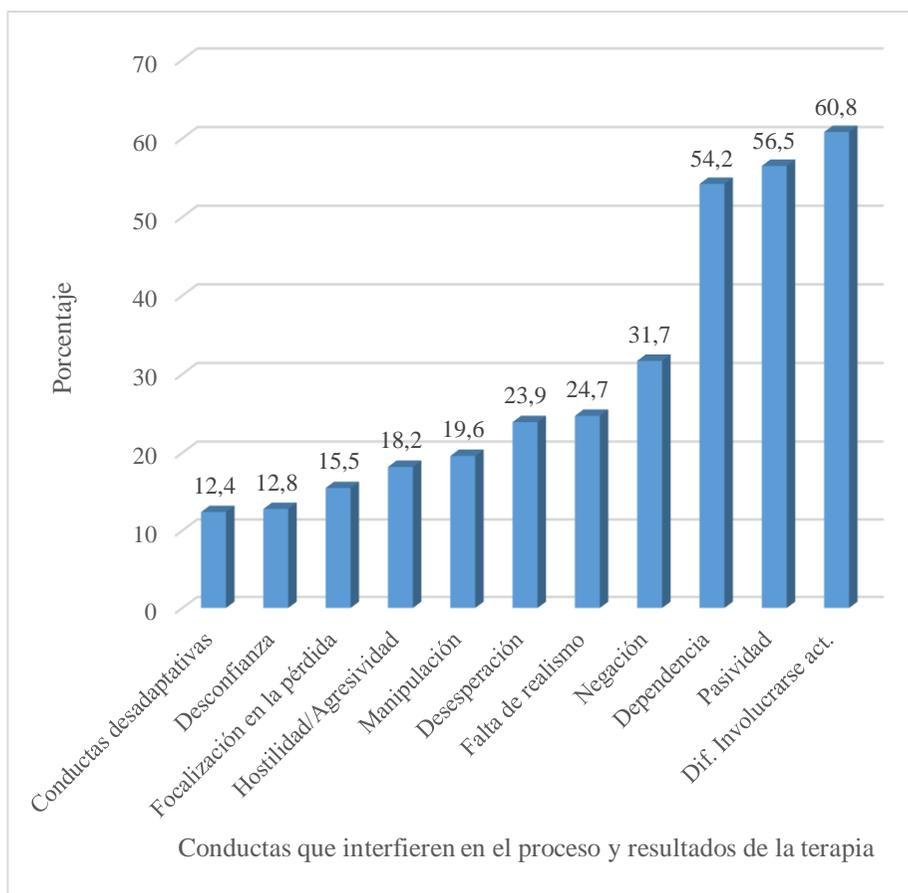


Figura 22. Frecuencia de conductas que influyen en el proceso y en los resultados de la terapia

Los resultados de este apartado ponen de relieve cómo la dificultad de los pacientes para involucrarse en la actividad es la conducta más influyente en el proceso y resultados de la terapia según la mayoría de los profesionales, esto está en relación con las motivaciones de las personas. Siguiendo el Modelo de Ocupación Humana, los aspectos volitivos son fundamentales para el éxito terapéutico y, desde este enfoque, se insiste en la importancia de encontrar aquellas actividades significativas para la persona y lograr así el mayor compromiso con la actividad propuesta.

Según Peloquin (2008) la discapacidad y la enfermedad interfieren en nuestra capacidad para hacer cosas importantes a nivel personal. Por otro lado, las actividades influyen de forma positiva en la salud y el bienestar. Taylor (2011) propone con su Modelo de Relación Intencional que el compromiso al realizar la actividad es mayor cuando el terapeuta ocupacional utiliza destrezas del uso terapéutico del yo durante el proceso de intervención.

Otro dato encontrado en este apartado es la opinión de los encuestados de la influencia de la dependencia en los resultados de la terapia, si bien no está diferenciado si se trata de dependencia física o emocional. En cualquier caso la enfermedad o la discapacidad aumenta las situaciones en las cuales la persona siente una pérdida de autonomía que, según la personalidad previa del paciente, aumentará los intentos manipulativos del entorno socio-familiar (Corominas y Sanz, 1995). También puede producir frustración por la nueva situación de desventaja hasta la adaptación a la situación y la recuperación de los roles perdidos.

Si bien la negación, la falta de realismo, la desesperación y la depresión pueden influir en el proceso terapéutico negativamente, en realidad son fenómenos normales después de un suceso traumático como puede ser una lesión medular, un accidente cerebro-vascular o un brote psicótico, entre otros (patologías en las que interviene habitualmente el terapeuta ocupacional). Estas reacciones normales han de ser respetadas y considerarlas como fases hasta la elaboración del duelo y posterior adaptación a la nueva realidad (Kübler-Ross y Kessler, 2006). Las vivencias relacionadas con estos fenómenos son complejas y requieren maestría en las habilidades del terapeuta ocupacional para poder acompañar a la persona durante estos momentos tan delicados.

Las *reacciones del terapeuta ocupacional frente a las conductas interpersonales difíciles* son exploradas en la pregunta 12 del cuestionario. Podemos observar que la mayoría (72,1%) de los profesionales reconocen un impacto negativo en los resultados de la terapia debido a este tipo de conductas. Nueve de cada diez terapeutas ocupacionales creen que su trabajo es eficaz para prevenir la conducta interpersonal negativa de un paciente.

La derivación (remisión de un paciente a otro profesional sanitario para ofrecerle atención complementaria) es utilizada con bastante frecuencia por parte de los encuestados (57,3%) debido a las dificultades interpersonales de las personas atendidas. La mayoría de los participantes en nuestro estudio (73,3%) afirma dirigirse a la conducta interpersonal difícil cuando trabaja con los pacientes. Por último, ocho de cada diez terapeutas se apoya en la norma de la institución, equipo o actividad para abordar las dificultades interpersonales. (Tabla 22).

Tabla 22. Respuesta a las conductas interpersonales difíciles de los pacientes

12. En respuesta a las conductas interpersonales difíciles de sus pacientes, ¿con qué frecuencia usted...?	Nunca	Casi nunca	Frecuente	Siempre
12.1 Reconoce que la conducta interpersonal difícil de un paciente ha tenido un impacto negativo en el resultado de la terapia.	1,8	26,1	64,2	7,9
12.2. Siente que su trabajo es eficaz para prevenir la conducta interpersonal negativa de un paciente que pueda interferir en los resultados de la terapia.	0,4	9,6	75,1	14,9
12.3. Deriva a otros profesionales para trabajar	8,7	33,9	43,3	14,0

con un paciente con dificultades interpersonales.				
12.4. Trabaja con el paciente dirigiéndose a su conducta interpersonal difícil.	3,2	23,5	63,1	10,2
12.5. Se apoya en la norma de la institución, equipo o de la actividad para abordar las dificultades interpersonales de las personas con las que ustedes trabaja.	1,5	16,8	57,2	24,5

Las conductas interpersonales difíciles de los pacientes influyen negativamente en los resultados de la terapia porque suponen un obstáculo para el compromiso con la actividad (Taylor 2008). La percepción de los terapeutas de realizar un trabajo eficaz es importante, sobre todo si tenemos en cuenta que la gran mayoría de los participantes en nuestra investigación son jóvenes (su media de edad no llega a los 30 años). Dirigirse a la conducta difícil por parte del terapeuta se relaciona con una focalización en el síntoma y en la necesidad de que la conducta disfuncional disminuya.

Tal vez el apoyo en la institución supone una compensación a la posibilidad de la derivación debido a que la mayoría de los terapeutas ocupacionales trabajan en instituciones en las cuales las normas están bien establecidas.

La Tabla 23 nos muestra la media y la desviación típica de las respuestas dadas por los terapeutas ocupacionales a las conductas interpersonales difíciles de los pacientes, en ella podemos observar que en la mayor parte de las respuestas la media se sitúa en torno a 3, siendo la máxima puntuación 4. La desviación típica se sitúa en la mayoría de las preguntas en el 0,6, aunque es significativo que en la pregunta sobre la derivación a otros profesionales la desviación es mayor (0,83), lo cual indica que entre los encuestados esta cuestión

presenta una mayor dispersión en las respuestas. Otra cuestión interesante a comentar es que los terapeutas ocupacionales estiman su trabajo como eficaz para prevenir las conductas interpersonales difíciles, con una media superior a 3 y con una desviación típica del 0,5; es decir, manifiestan un alto nivel de acuerdo con esta percepción.

Tabla 23. Media y desviación típica de cada una de las respuestas del terapeuta a las conductas interpersonales difíciles del paciente

	Media	Desviación típica
12.1. Reconoce que la conducta interpersonal difícil de un paciente ha tenido un impacto negativo en el resultado de la terapia.	2,78	0,61
12.2. Siente que su trabajo es eficaz para prevenir la conducta interpersonal negativa de un paciente que pueda interferir en los resultados de la terapia.	3,04	0,51
12.3. Deriva a otros profesionales para trabajar con un paciente con dificultades interpersonales.	2,63	0,83
12.4. Trabaja con el paciente dirigiéndose a su conducta interpersonal difícil.	2,8	0,65
12.5. Se apoya en la norma de la institución, equipo o de la actividad para abordar las dificultades interpersonales de las personas con las que ustedes trabaja.	3,05	0,69

La pregunta 13 del cuestionario la constituye la Escala de Acciones Terapéuticas (EAT) e indaga sobre la frecuencia de las *acciones de los terapeutas ocupacionales durante las sesiones*. Casi todos ellos, nueve de cada diez, afirman preguntar con frecuencia o siempre por la historia de vida de la persona atendida. La mayoría de los encuestados observan que la conducta de un paciente es una respuesta a algo dicho o hecho por el terapeuta durante la sesión. Contactar físicamente, alentar a la expresión verbal de los sentimientos, los pensamientos y las conductas es algo muy utilizado por los participantes de nuestro estudio. A su vez los terapeutas

ocupacionales verbalizan casi siempre las conductas interpersonales de sus pacientes.

La elección de actividades que retan la percepción de la capacidad del paciente es una opción elegida por la gran mayoría de los terapeutas. Las tres cuartas partes manifiestan aconsejarles sobre cómo gestionar sus situaciones personales. Más de la mitad de los encuestados cambian con frecuencia su estilo interpersonal con el objetivo de mejorar su encuentro con el paciente y prácticamente todos ellos consideran la personalidad de la persona atendida para realizar la intervención. La autorrevelación (decir algo personal) es utilizada por la mitad de los terapeutas para ayudar a establecer relaciones de confianza y la empatía es transmitida a través de expresiones verbales y no verbales por todos los terapeutas.

Animar al paciente a ponerse sus propias metas terapéuticas es habitual para nueve de cada diez encuestados, los cuales focalizan en las estrategias de intervención y les dicen a sus pacientes la posibilidad de cambiar sus conductas disfuncionales en otras más adaptativas. Esta alta proporción de terapeutas también verbalizan a las personas atendidas cuáles son sus fortalezas y capacidades. El refuerzo positivo es utilizado por prácticamente todos los terapeutas ante los logros de sus pacientes, les expresan confianza y, cuando es necesario, les ayudan a identificar alternativas. Por último las dos terceras partes de los encuestados las animan a llorar cuando están a punto de derrumbarse. La Tabla 24 muestra estos resultados.

Tabla 24. Acciones del terapeuta ocupacional durante la sesión de terapia

13. ¿Con qué frecuencia hace usted lo siguiente durante la terapia?	Nunca	Casi nunca	Frecuente	Siempre
13.1. Preguntar a un paciente sobre su historia de vida.	0,7	7,4	48,5	3
13.2. Observar que la conducta de un paciente está relacionada con lo que usted ha dicho o hecho.	1,3	17,1	60	3
13.3. Utilizar el contacto físico.	0,4	11,5	57,1	3
13.4. Animar al paciente a la expresión verbal de sentimientos, pensamientos y conductas.	0,1	3	44,7	4
13.5. Verbalizar las conductas interpersonales de un paciente durante la sesión de terapia.	3,1	23	58,3	15,6
13.6. Elegir actividades que reten la percepción del paciente de su capacidad.	1,2	12,4	62,1	24,3
13.7. Aconsejar a un paciente sobre cómo gestionar sus situaciones personales.	3,6	22,3	59,1	14,9
13.8. Cambiar su propio estilo interpersonal para mejorar el encuentro con el paciente.	3,5	24,7	58,9	12,9
13.9. Revelar algo personal sobre usted mismo para ayudar a establecer la confianza con el paciente.	10,5	39,9	42,5	7,1
13.10. Considerar la personalidad del paciente para realizar la intervención.	0,1	3	45,6	51,3
13.11. Transmitir empatía a través de expresiones verbales y no verbales.	0	0,4	30,9	68,7
13.12. Focalizar en las estrategias de intervención.	0,5	6,4	63,2	29,8

13.13. Decirle a un paciente cuya conducta no es aceptable que puede cambiarla por otra más adaptativa.	1,5	10,9	60,2	27,4
13.14. Animar al paciente a que ponga sus propias metas para la terapia.	0,8	10,2	53,7	35,3
13.15. Decirle al paciente cuáles son sus capacidades y fortalezas.	0,4	4	45,7	49,9
13.16. Reforzar positivamente cuando el paciente logra algo.	0,1	0,9	18,7	80,2
13.17. Decir a un paciente a punto de derrumbarse que es bueno llorar.	5,8	28,5	48,9	16,8
13.18. Expresar confianza al paciente.	0,1	1,3	37,1	61,4
13.19. Ayudar al paciente a identificar alternativas.	0,3	2,8	44,7	52,2

Los resultados muestran, por un lado, las acciones del terapeuta ocupacional que definen los modos o estilos terapéuticos descritos por Taylor (2008), por otro lado, exploran la narrativa y su importancia en la intervención y, por último, analizan conductas del terapeuta influyentes en el proceso y resultados de la terapia tales como contactar físicamente, animar a la expresión verbal de los sentimientos, pensamientos o conductas y revelar algo personal como forma de ayudar a establecer relaciones de confianza.

Gorenberg y Taylor (2014) y Taylor et al. (2011) clasifican en seis los modos terapéuticos. Sus investigaciones muestran que el estilo de aconsejar y el de resolver problemas guardan estrecha relación con el razonamiento procedimental, el más utilizado entre los terapeutas con menos experiencia. Estos modos son utilizados con frecuencia por muchos de nuestros encuestados, quizá debido a la juventud de la

mayoría de los terapeutas ocupacionales de nuestra muestra (menores de 30 años). El modo empático es el más utilizado, probablemente por la alta valoración de la empatía entre los profesionales de Terapia Ocupacional (Abreu, 2011). El modo alentador es usado cuando el terapeuta anima y refuerza positivamente al paciente. El estilo colaborador es aquel en el cual las metas terapéuticas son colocadas entre las distintas personas intervinientes en el proceso terapéutico. Además los profesionales afirman tener en cuenta la personalidad del paciente para utilizar un modo terapéutico u otro.

La cuestión de preguntar a un paciente sobre su historia de vida es una necesidad entre los terapeutas ocupacionales (Rueda, 2012). Se utiliza como una forma de diagnóstico ocupacional (Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional OPHI-II, Kielhofner, 2004) y en el Marco de Trabajo de Terapia Ocupacional (AOTA, 2014) aparece el uso de la narrativa (o historia de vida) en el razonamiento clínico como medio para gestionar la relación terapéutica.

En la Tabla 25 se presentan la Media y la Desviación Típica de las Acciones del terapeuta ocupacional durante la sesión de terapia. La media de la mayoría de los ítems de este apartado están por encima de 3, en un máximo de 4, y tan solo en el ítem de la revelación de algo personal la media es de 2,46. En cuanto a las desviaciones típicas se sitúan entre 0,44 (refuerzo positivo) y 0,8 (decirle a un paciente que es bueno llorar cuando está a punto de derrumbarse). Estos resultados demuestran el gran acuerdo entre los terapeutas ocupacionales sobre lo que hacen durante la sesión de tratamiento.

Tabla 25. Media y Desviación Típica de las Acciones del terapeuta ocupacional durante la sesión de terapia

13. ¿Con qué frecuencia hace usted lo siguiente durante la terapia?	Media	Desviación Típica
13.1. Preguntar a un paciente sobre su historia de vida.	3,35	0,64
13.2. Observar que la conducta de un paciente está relacionada con lo que usted ha dicho o hecho.	3,02	0,66
13.3. Utilizar el contacto físico.	3,19	0,64
13.4. Animar al paciente a la expresión verbal de sentimientos, pensamientos y conductas.	3,49	0,56
13.5. Verbalizar las conductas interpersonales de un paciente durante la sesión de terapia.	2,86	0,7
13.6. Elegir actividades que reten la percepción del paciente de su capacidad.	3,1	0,64
13.7. Aconsejar a un paciente sobre cómo gestionar sus situaciones personales.	2,85	0,71
13.8. Cambiar su propio estilo interpersonal para mejorar el encuentro con el paciente.	2,81	0,69
13.9. Revelar algo personal sobre usted mismo para ayudar a establecer la confianza con el paciente.	2,46	0,78
13.10. Considerar la personalidad del paciente para realizar la intervención.	3,48	0,56
13.11. Transmitir empatía a través de expresiones verbales y no verbales.	3,68	0,47
13.12. Focalizar en las estrategias de intervención.	3,22	0,58
13.13. Decirle a un paciente cuya conducta no es aceptable que puede cambiarla por otra más adaptativa.	3,13	0,65
13.14. Animar al paciente a que ponga sus propias metas para la terapia.	3,23	0,66
13.15. Decirle al paciente cuáles son sus capacidades y fortalezas.	3,45	0,59
13.16. Reforzar positivamente cuando el paciente logra algo.	3,79	0,44
13.17. Decir a un paciente a punto de derrumbarse que es bueno llorar.	2,77	0,8
13.18. Expresar confianza al paciente.	3,6	0,53
13.19. Ayudar al paciente a identificar alternativas.	3,49	0,57

Hemos realizado un análisis inferencial de la Escala de Acciones Terapéuticas (EAT) tomando en consideración distintas variables. Con ello pretendemos obtener una mayor riqueza de matices en el estudio y definir qué características personales y del entorno, así como las condiciones, hacen del terapeuta ocupacional un mejor profesional.

La EAT está formada por 19 ítems relativos a diferentes acciones que el terapeuta ocupacional puede llevar a cabo durante la sesión de terapia. La escala mide las estrategias o conductas realizadas por el profesional en la práctica durante su intervención con el paciente. También refleja la diversidad de recursos interpersonales para optimizar la interacción con sus pacientes. Tener una puntuación elevada significa que el terapeuta posee y usa en su repertorio de actuaciones un amplio abanico de estrategias y acciones. Estas características le permiten adaptarse a las necesidades de sus pacientes. La calidad como profesional es mayor porque acomoda su forma de relacionarse según sean las necesidades del paciente variando su propio estilo interpersonal.

Para las respuestas se utiliza una escala tipo Likert de cuatro alternativas: nunca, casi nunca, frecuente y siempre. Los ítems representan diferentes modos de realizar la labor terapéutica (Figura 23). Las acciones utilizadas por el profesional pueden estar condicionados por distintas variables como el género, el nivel de formación, la edad, la experiencia, la edad y la patología de la población atendida, etc. Todas ellas las analizaremos detalladamente a lo largo de este apartado.

13.- ¿Con qué frecuencia hace usted lo siguiente durante la sesión de terapia?	nunca	casi nunca	frecuente	siempre
13.1 Preguntar a un paciente sobre su historia de vida.				
13.2 Observar que la conducta de un paciente está relacionada con algo que usted ha dicho o hecho.				
13.3 Utilizar el contacto físico.				
13.4 Animar al paciente a la expresión verbal de sentimientos, pensamientos y conductas.				
13.5 Verbalizar las conductas interpersonales de un paciente durante la sesión de terapia.				
13.6 Elegir actividades que reten la percepción del paciente de su capacidad.				
13.7 Aconsejar a un paciente sobre cómo gestionar sus situaciones personales.				
13.8 Cambiar su propio estilo interpersonal para mejorar el encuentro con el paciente.				
13.9 Revelar algo personal sobre usted mismo para ayudar a establecer la confianza con el paciente.				
13.10 Considerar la personalidad del paciente para realizar la intervención.				
13.11 Transmitir empatía a través de expresiones verbales y no verbales.				
13.12 Focalizar en las estrategias de intervención.				
13.13 Decirle a un paciente cuya conducta no es aceptable que puede cambiarla por otra más adaptativa.				
13.14 Animar al paciente a que se ponga sus propias metas para la terapia.				
13.15 Decirle al paciente cuáles son sus capacidades y fortalezas.				
13.16 Reforzar positivamente cuando el paciente logra algo.				
13.17 Decir a un paciente a punto de derrumbarse que es bueno llorar.				
13.18 Expresar confianza al paciente.				
13. 19 Ayudar al paciente a identificar alternativas				

Figura 23. Escala de Acciones Terapéuticas (EAT)

En definitiva, pretendemos conocer qué hace de un terapeuta ocupacional tener más capacidad para adaptarse a las necesidades y

características de sus pacientes y, por ello, ser mejor clínico. Utilizar pocas estrategias apunta a un perfil profesional en el cual el terapeuta tiene una misma o parecida forma de interactuar con la mayoría de las personas atendidas. Por el contrario, utilizar muchas y diversas acciones interpersonales, según sean las peculiaridades del paciente, hace que el profesional mejore la calidad de su intervención. El uso de un mayor número de acciones en la interacción indica también la posesión de más competencias del terapeuta ocupacional para realizar su labor.

En primer lugar vamos a efectuar un análisis de la escala en conjunto con el fin de conocer sus características y, posteriormente, cruzaremos los datos con cada una de las variables seleccionadas. En definitiva, pretendemos conocer qué hace del terapeuta ocupacional tener más capacidad de adaptarse a las necesidades y particularidades de las personas atendidas.

La escala EAT, después de la eliminación de las observaciones extremas, arroja los siguientes datos: Media = 60,76; Desviación típica = 5,53; Asimetría = -,086 y Curtosis = -,367. Con estos resultados podemos afirmar que presenta una distribución de frecuencias aproximadamente normal (ver Figura 24 y Figura 25), a pesar de que la prueba de Kolmogorov-Smirnov indica lo contrario ($KS = ,064$; $gl = 739$; $p < ,001$), lo que está relacionado con la elevada potencia estadística de la prueba debido al tamaño muestral grande. El coeficiente alfa de Cronbach, con un valor de ,82, indica la elevada fiabilidad de la escala.

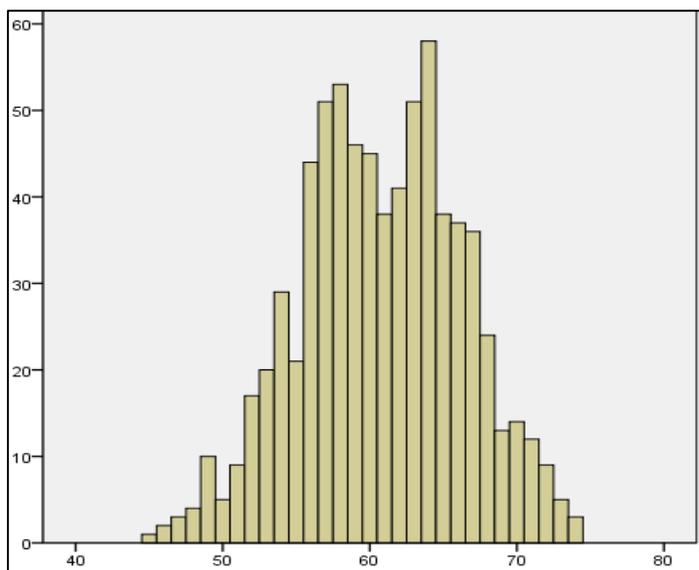


Figura 24. Histograma de la escala Acciones terapéuticas

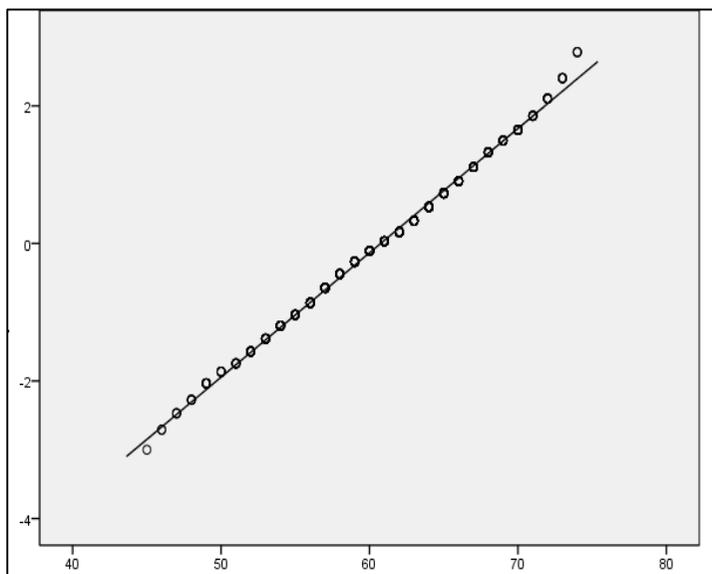


Figura 25. Gráfico Normal Q-Q de Acciones terapéuticas

Una vez vistos los resultados de la escala en su conjunto vamos a cruzarlos con diversas variables, ello nos permitirá tener una

perspectiva de cómo influyen estas en la actuación del profesional. Intentamos conocer cuáles son los factores que afectan al terapeuta ocupacional para utilizar más o menos acciones de su repertorio interpersonal al interactuar con el paciente. Estos factores pueden deberse a aspectos personales, del paciente o del contexto donde se realiza la intervención. Las variables consideradas son: la edad, el género y el nivel académico del terapeuta ocupacional, su experiencia clínica, el Modelo o Marco de Referencia utilizado, el campo o lugar donde ejerce su tarea, la edad de la población clínica atendida, los tipos de alteraciones por las cuales el paciente recibe tratamiento, los síntomas y, por último, las conductas que dificultan la relación terapéutica.

Relación de las acciones terapéuticas con la edad

El coeficiente de correlación de Pearson entre la edad y las acciones terapéuticas da un valor de ,03 (Sig. \geq ,05), por lo que no se puede afirmar que la relación lineal entre ambas variables sea significativa. Este resultado evidencia cómo los años del terapeuta no suponen un logro en cuanto a un mayor número de acciones para la intervención. Las competencias para las interacciones interpersonales se consiguen por otras vías hasta constituir el bagaje del profesional.

Relación de las acciones terapéuticas con el género

La prueba t de Student para dos muestras independientes indica que la frecuencia de las acciones terapéuticas es independiente del género ($t_{737} = -1,241$; Sig. \geq ,05). El género puede no influir porque las acciones tienen más que ver con el modo de emplear las técnicas y la forma de hacer que con los aspectos específicos del género (Tabla 26). Este resultado está en consonancia con los del estudio en profesionales de enfermería de Arroyo, Lancharro, Romero y Morillo

(2011); en él quedaba de manifiesto cómo el género era independiente del enfoque dado a su labor.

Tabla 26. Acciones terapéuticas por género

Género	M	Dt	T	Sig.
Hombre	59,90	5,14	-1,241	,215
Mujer	60,83	5,56		

M: media; Dt: desviación típica

Relación del nivel de estudios con las acciones terapéuticas

En la Tabla 27 se presentan los datos de cruzar las acciones terapéuticas con cada uno de los niveles académicos. La prueba F del Análisis de Varianza ha arrojado un resultado estadísticamente significativo ($F_{4;734} = 2,514$; Sig. $\leq ,05$), a pesar de que el tamaño del efecto es muy pequeño. Las comparaciones post-hoc de Tukey muestra que los terapeutas con formación de doctor y/o máster, junto con los licenciados, tienen una frecuencia de acciones terapéuticas mayor que la de los terapeutas con otras formaciones. Los especialistas llevan a cabo menos acciones terapéuticas que los diplomados o graduados.

Tabla 27. Acciones terapéuticas por nivel académico

Nivel académico	M	Dt	F	Sig.
Diplomado/Graduado	60,70	5,56		
Licenciado	61,73	5,11	2,51	,04
Especialista	59,02	5,80		
Máster y Doctor	61,6	5,23		

M: media; Dt: desviación típica

Estos datos reflejan que a más formación del terapeuta ocupacional mayor es el número de acciones terapéuticas durante la sesión y, por tanto, más capacidad para adaptarse a las necesidades del paciente.

No obstante es preciso detenernos en algunos matices. Los licenciados en otras disciplinas manifiestan realizar un mayor número de acciones que los demás, esto puede deberse a la naturaleza de esa otra formación, si es del ámbito de la salud, sin duda enriquece al profesional y le proporciona más herramientas para la realización de su labor. Algo similar podría decirse con respecto a los profesionales que han realizado un máster o un doctorado.

Cabría esperar que el índice más bajo en cuanto a la frecuencia de acciones terapéuticas se diese en el grupo de los diplomados/graduados debido a su menor nivel de formación, sin embargo esto no es así. El grupo compuesto por los especialistas es el que manifiesta poner en práctica menos acciones de interacción con el paciente. La explicación de este resultado puede estar en la naturaleza de dicha especialidad. Por ejemplo el terapeuta ocupacional ha podido especializarse en terapia del miembro superior, o en fabricación de prótesis, o en dispositivos sobre control de entorno para el uso por discapacitados, etc. En definitiva, especialidades no vinculadas con la del uso terapéutico del yo porque no abordan los aspectos relacionales con el paciente, sino que se centran más en otros aspectos técnicos de la intervención.

Relación de la experiencia con acciones terapéuticas

No existe una relación significativa de la frecuencia de las acciones terapéuticas con la experiencia ($F_{4;734} = ,960$; Sig. $\geq ,05$) (ver Tabla 28). No obstante, podemos observar una ligera tendencia en la cual, a más años de experiencia, mayor es la frecuencia de acciones terapéuticas durante la sesión. Esta tendencia presenta una salvedad, ya que en el intervalo de 1-5 años es ligeramente más alta la frecuencia (60,97) que en el intervalo de 6-10 años que es levemente inferior (60,56).

Tabla 28. Acciones terapéuticas por experiencia

Experiencia	M	Dt	F	Sig.
<1 año	60,02	5,89		
1-5 años	60,97	5,46	,96	,429
6-10 años	60,56	5,47		
11-20 años	60,67	5,53		
>20 años	61,81	5,58		

M: media, Dt: desviación típica

La diferencia de los tipos de razonamiento clínico utilizado por el terapeuta ocupacional puede estar detrás de estos resultados. Según Schell (2015) los terapeutas ocupacionales experimentados utilizan más un razonamiento clínico interactivo (en el que se despliegan destrezas del uso terapéutico del yo). A su vez los profesionales más novatos recurren fundamentalmente a un razonamiento procedimental, en el cual son menos necesarias las habilidades de la relación terapéutica. La utilización de un razonamiento clínico interactivo es una aspiración para el profesional. Supone un amplio conocimiento y dominio de estrategias de intervención entre las que se encuentran las acciones terapéuticas recogidas en los ítems de la EAT. No obstante los resultados manifiestan una tendencia y no una diferencia significativa.

Relación del Modelo o Marco de Referencia con acciones terapéuticas

En la Tabla 29 se observa la existencia de una relación significativa, Sig. \leq ,05, entre la cantidad de acciones terapéuticas y los Modelos o Marcos de Referencia utilizados por el terapeuta ocupacional. Los profesionales que siguen el Marco de Referencia Cognitivo-Perceptivo, junto con los englobados en los otros Modelos presentan un mayor índice en la frecuencia de acciones terapéuticas que los que no los siguen.

Tabla 29. Acciones terapéuticas por Modelos y Marcos de Referencia

Modelo y/o Marco de Referencia	Si		No		d	t Student	
	M	Dt	M	Dt		t ₇₃₇	Sig.
Biomecánico	61,06	5,52	60,51	5,53	,1	1,338	,181
Canadiense	61,28	5,28	60,61	5,59	,12	1,361	,174
Ocupación Humana	60,99	5,45	60,18	5,71	,15	1,804	,072
Cognitivo-Perceptivo	61,03	5,49	60,11	5,58	,17	2,072	,039
Psicodinámico	61,09	5,58	60,64	5,51	,08	,977	,329
Motor/Neurodesarrollo	61,08	5,62	60,45	5,43	,11	1,541	,124
Otros Modelos	62,57	5,16	60,59	5,54	,36	2,737	,006

M: media; Dt: desviación típica; t_{gl}: estadístico de contraste t de Student; Sig.: nivel de significación crítico; d: tamaño del efecto d de Cohen

Estos datos podemos atribuirlos a la amplia diversidad de campos de actuación donde se implementa el Marco de Referencia Cognitivo-Perceptivo y en los cuales las acciones relativas al uso terapéutico del yo se llevan a la práctica, así como al gran número de profesionales seguidores de este modelo. La formulación de los ítems de la EAT también puede tener que ver con los resultados porque muchos de ellos muestran acciones encuadrados dentro de este Marco de Referencia.

Los otros modelos no especificados en la Tabla 29 utilizados por los terapeutas ocupacionales también muestran una relación significativa con la frecuencia de acciones terapéuticas durante la sesión. Esto puede deberse a que cuando un profesional se especializa en algún modelo concreto despliega más herramientas del uso terapéutico del yo y, sobre todo, es más consciente de su uso. Ello mejora la calidad asistencial dada al paciente por parte de un terapeuta ocupacional altamente motivado en la realización de su tarea.

Si bien no existe una relación significativa, sí podemos observar una tendencia a usar un elevado número de acciones terapéuticas mostrada por los terapeutas ocupacionales adscritos al Modelo Canadiense. Esto se explica porque dicho modelo se basa en la práctica centrada en el paciente, el cual presenta un amplio abanico de destrezas de la relación terapéutica. Con respecto al Marco de Referencia Psicodinámico, los resultados se explican porque en él la relación terapéutica es uno de los pilares fundamentales en la intervención.

Relación del campo profesional con acciones terapéuticas

No existe una relación significativa de la frecuencia de las acciones terapéuticas con el campo profesional ($F_{5, 506} = ,528$; Sig. $\geq ,05$) (ver Tabla 30). Sin embargo podemos observar una tendencia en la cual los terapeutas que trabajan con pacientes de rehabilitación en régimen ambulatorio, seguidos de los atendidos en el colegio/sistema escolar y los pacientes de rehabilitación en el ámbito hospitalario, manifiestan una mayor frecuencia en las acciones terapéuticas que el resto. Los profesionales trabajadores en atención domiciliaria, en el ámbito hospitalario con pacientes agudos y en consulta privada refieren menor frecuencia de acciones terapéuticas con sus pacientes que los demás.

Tabla 30. Acciones terapéuticas por campo profesional

Campo profesional	M	Dt	F	Sig.
Hospital (agudos)	60,81	5,61		
Hospital (rehabilitación)	61,04	5,36		
Rehabilitación ambulatorios	61,74	5,22	,528	,756
Consulta privada	60,86	6,01		
Colegio/sistema escolar	61,18	5,52		
Atención domiciliaria	60,52	5,84		

M: media; Dt: desviación típica

Los resultados pueden atribuirse a las características propias del paciente de rehabilitación, aunque también pueden deberse al contexto donde se realiza la intervención. Parece que cuanto más estable o definido es ese contexto (rehabilitación ambulatoria, hospitalaria o sistema escolar), más propicio es para la realización de un mayor número de acciones terapéuticas por parte del terapeuta ocupacional. Los profesionales trabajadores en atención domiciliaria, en consulta privada o que atienden pacientes agudos en un hospital manifiestan efectuar menos acciones terapéuticas que los anteriores, probablemente porque los sucesos ocurridos durante la sesión son de naturaleza diferente, y el terapeuta puede variar menos su repertorio de acciones.

Relación de la edad de los pacientes con las acciones terapéuticas

No existe una relación significativa de la frecuencia de las acciones terapéuticas con la edad de los pacientes atendidos ($F_{3;733} = 2,527$; Sig. $\geq 0,05$) (ver Tabla 31). Sí observamos una tendencia en la cual los terapeutas ocupacionales que trabajan con adolescentes recurren a un mayor número de acciones terapéuticas, seguidos por los que se ocupan de los niños. Los profesionales encargados de atender a la población mayor de 65 años son los que menos diversidad de acciones terapéuticas realizan.

Tabla 31. Acciones terapéuticas según la edad de los pacientes

Población clínica	M	Dt	F_{3;733}	Sig.
Ancianos (>65)	60,26	5,66		
Adultos (19-65)	60,89	5,41	2,52	,056
Adolescentes (13-18)	62,45	4,66		
Niños (0-12)	61,83	5,56		

M: media; Dt: desviación típica

Las características propias de la adolescencia pueden explicar estos resultados, máxime cuando nos referimos a chicos que atraviesan

situaciones difíciles. Por un lado la diversidad de necesidades del adolescente requiere del terapeuta una elevada capacidad de adaptación. Por otro lado los motivos concretos por los que recibe tratamiento de Terapia Ocupacional requieren del profesional un despliegue y una amplitud de estrategias. Los ancianos pueden presentar una pauta más estable en cuanto a las características de la interacción con ellos, motivo por el cual necesitan menos cantidad de acciones terapéuticas. El fin último en todos los casos es acomodarse a las demandas del paciente.

Relación de los tipos de alteraciones con acciones terapéuticas

No existe relación entre los tipos de alteraciones para recibir tratamiento y las actividades terapéuticas Sig. \geq ,05 (Tabla 32). Existe una ligera tendencia en cuanto a que los terapeutas ocupacionales ocupados de pacientes con limitaciones sensoriales y del aprendizaje realizan más acciones terapéuticas que los demás.

Tabla 32. Acciones terapéuticas por tipos de alteraciones y pruebas t de Student

Tipos de alteraciones	Sí		No		Prueba t de Student		
	M	Dt	M	Dt	d	t ₇₃₇	Sig.
Motrices	60,78	5,55	60,73	5,52	,01	,122	,903
Sensoriales	61,22	5,74	60,51	5,41	,13	1,673	,095
Psicosociales/Psiquiátricas	60,79	5,43	60,74	5,58	,01	,108	,914
Limitaciones de aprendizaje	60,97	5,58	60,39	5,44	,10	1,371	,171

M: media; Dt: desviación típica; t_{gl}: estadístico de contraste t de Student y grados de libertad; Sig: nivel de significación crítico; d: tamaño del efecto d de Cohen

La explicación a estos resultados la encontramos en la frecuencia de la comorbilidad de varios tipos de alteraciones en la misma persona; por ejemplo, dificultades motrices junto con limitaciones del

aprendizaje. Las alteraciones psiquiátricas y psicosociales pueden también presentarse con dificultades sensoriales. Otra interpretación de los resultados es que los terapeutas ocupacionales se ocupan de pacientes con diversidad de alteraciones; es decir, un único profesional trata a pacientes con diversas patologías, según el contexto en el cual realiza su intervención.

Relación de los síntomas con acciones terapéuticas

Los terapeutas ocupacionales desarrollan un gran número de acciones terapéuticas en los pacientes con estrés postraumático y con cambios de humor (Sig. \leq ,05). Además observamos una tendencia en la cual los profesionales utilizan más estrategias para la interacción con el paciente cuando este se muestra ansioso o hiperactivo que cuando tiene alucinaciones. (Tabla 33).

Tabla 33. Acciones terapéuticas por síntomas y pruebas t de Student

Síntomas	Sí		No		Prueba t de Student		
	M	Dt	M	Dt	d	t₇₃₇	Sig.
Depresión	60,62	5,41	60,99	5,74	,07	-,885	,376
Ansiedad	61,04	5,65	60,53	5,43	,09	1,263	,207
Cambios de humor	61,33	5,46	60,48	5,55	,16	1,976	,049
Alucinaciones	60,96	5,34	60,70	5,58	,05	,516	,606
Déficits atencionales	60,88	5,49	60,44	5,64	,08	,991	,322
Hiperactividad	61,31	5,48	60,65	5,54	,12	1,216	,224
Estrés postraumático	63,07	5,00	60,60	5,53	,45	2,940	,003
Pensamientos delirantes	60,46	5,20	60,87	5,66	,07	-,903	,367

M: media; Dt: desviación típica; t_{gi}: estadístico de contraste t de Student y grados de libertad; Sig.: nivel de significación crítico; d: tamaño del efecto d de Cohen

El estrés postraumático se presenta en numerosos pacientes porque la discapacidad, la disfunción o la enfermedad por la que reciben tratamiento suponen un fuerte impacto para el individuo. La pérdida de los roles ocupacionales a menudo tiene un efecto traumático en la

persona, produciéndole, entre otras cosas, cambios en el estado anímico y ansiedad. Por estos motivos los profesionales amplían su repertorio de acciones terapéuticas con el fin de responder a las necesidades específicas de sus pacientes.

El terapeuta no solo ayudará a la persona para que vuelva a ejecutar, en la medida de lo posible, las ocupaciones realizadas antes de la enfermedad. La función del buen profesional será la de utilizar una amplia gama de recursos personales para animar, apoyar, acompañar, entender, corregir conductas disfuncionales, etc. En definitiva, usar la mayor cantidad de acciones de interacción con el paciente.

Relación de las acciones terapéuticas con las conductas que dificultan la relación terapéutica

El terapeuta ocupacional desarrolla una mayor cantidad de acciones terapéuticas cuando el paciente presenta conductas tales como desesperación sobre el futuro, focalización en la pérdida y hostilidad/agresividad (con Sig. \leq ,05). Además, en el caso de conductas como la desconfianza y la falta de realismo también exigen del profesional estrategias que le permitan adaptarse a la situación del paciente. Cuando se produce pasividad y dependencia las acciones realizadas disminuyen (Tabla 34).

Tabla 34. Acciones terapéuticas por conductas que dificultan la relación terapéutica y pruebas t de Student

Conductas	Si		No		Prueba t de Student		
	M	Dt	M	Dt	d	t₇₃₇	Sig.
Dificultad involucración	60,80	5,53	60,67	5,54	,02	,307	,759
Pasividad	60,77	5,60	60,73	5,43	,01	,081	,935
Dependencia	60,77	5,64	60,74	5,38	,01	,082	,935
Manipulación	61,21	5,24	60,63	5,60	,10	1,159	,247
Focalización pérdida	61,76	5,71	60,55	5,48	,22	2,219	,027
Desesperación futuro	61,98	5,40	60,33	5,52	,30	3,595	<,001
Desconfianza	61,63	5,08	60,62	5,59	,18	1,718	,086
Desadaptativas	61,54	5,39	60,63	5,55	,16	1,510	,132
Hostilidad/Agresividad	61,59	5,32	60,55	5,57	,19	2,038	,042
Negación	60,85	5,74	60,71	5,43	,03	,339	,735
Falta de realismo	61,32	5,44	60,55	5,55	,14	1,675	,094

M: media; Dt: desviación típica; t_g: estadístico de contraste t de Student y grados de libertad; Sig.: nivel de significación crítico; d: tamaño del efecto d de Cohen

El profesional tiene que poner en marcha una batería de acciones terapéuticas para minimizar los efectos sobre el tratamiento de conductas como la desesperación por el futuro, la focalización en las facultades perdidas, la agresividad, la desconfianza y la falta de realismo. Estas manifestaciones, normales en las circunstancias del paciente, han de ser tratadas con mimo y con mucha destreza por parte del terapeuta; de lo contrario, los posibles beneficios del tratamiento se verán disminuidos. La persona necesita ser escuchada en las distintas fases del duelo por las que atraviesa, de ahí que el terapeuta

ocupacional utilice diversidad de acciones para amoldarse a la situación del paciente.

No podemos dejar de lado conductas tales como la pasividad, la dependencia y la dificultad para involucrarse en las actividades propuestas. Aunque los resultados indican menos acciones en estos casos, tenemos que considerarlos con cautela. Se trata de conductas en las que, aparentemente, no hay una oposición ni al terapeuta ni a la dinámica de la interacción. Sin embargo boicotean la buena marcha del tratamiento, por ello los terapeutas deberían tenerlas en cuenta y actuar en consecuencia.

1.3. Parte tercera: acerca de la Experiencia Profesional

La tercera y última parte del cuestionario investiga sobre la experiencia en cuanto a sentimientos y pensamientos de los terapeutas ocupacionales como profesionales sanitarios. Este apartado lo constituye una única pregunta constituida por quince ítems para ser contestado en una escala Likert de cuatro opciones, más un último ítem abierto a que puedan añadirse otros, si así lo considera el encuestado. Lo que proporciona esta última parte son matices enriquecedores de los resultados.

Nos ocupamos aquí de la frecuencia de los sentimientos o pensamientos de los participantes en su práctica como terapeuta ocupacional (pregunta 14 del cuestionario). La satisfacción es sentida por casi todos, frente a la frustración que es mucho menos frecuente, tan solo del 40% (tampoco se especifica a qué se debe la frustración, si es por la interacción con los pacientes o por las condiciones laborales). La reflexión positiva sobre lo aprendido de un paciente es un hecho para la práctica totalidad de los encuestados. Sienten satisfacción cuando recuerdan con agrado las interacciones con sus pacientes y se muestran confiados sobre sus destrezas como

terapeutas en la misma proporción, si bien desean con frecuencia tener apoyo profesional en el uso terapéutico del yo.

La mayoría de los terapeutas ocupacionales (nueve de cada diez) afirman sentirse bien cuando un paciente les hace un cumplido. Las tres cuartas partes de los encuestados afirman que durante su tiempo libre piensan en cómo mejorar la ayuda a sus pacientes y se cuestionan frecuentemente la calidad de la terapia aplicada. No obstante, la mitad de ellos piensan en realizar cambios en la carrera profesional y se sienten preocupados por lo que les pueda ocurrir a sus pacientes fuera de las sesiones de terapia.

Una tercera parte de los participantes en nuestro estudio sienten tristeza por un paciente fuera de la consulta, piensan en sus pacientes en tiempos que no quieren y sienten confusión ante actitudes y conductas que no comprenden. Por último, la mitad de los terapeutas ocupacionales afirman ser conscientes de haber llegado al límite de sus capacidades de intervención con un paciente. Todos estos resultados podemos verlos en detalle en la Tabla 35.

Tabla 35. Frecuencia de los sentimientos o pensamientos de los terapeutas ocupacionales en su práctica

14. En el último año, ¿con qué frecuencia ha tenido los pensamientos o sentimientos siguientes como terapeuta ocupacional?	Nunca	Casi nunca	Frecuente	Siempre
14.1. Sentir satisfacción en su trabajo como terapeuta ocupacional.	0,4	7,8	69	22,8
14.2. Sentir frustración con las actitudes/conductas/faltas llevadas a cabo por un paciente.	3,1	56,3	39,9	0,7
14.3. Pensar sobre cómo mejorar la ayuda a un	2,8	15,1	56,9	25,1

paciente durante su propio ocio o tiempo de familia				
14.4. Pensar sobre cambios en la carrera profesional.	10,8	27,8	47,6	13,8
14.5. Reflexionar positivamente en cosas que ha aprendido de un paciente.	0,1	5,9	60,8	33,2
14.6. Sentir tristeza fuera de la sesión de terapia por un paciente.	6,6	55,9	36,6	0,8
14.7. Sentir confianza sobre sus destrezas como terapeutas.	0,1	12,1	75,2	12,5
14.8. Desear tener apoyo, consejo y supervisión profesional en el uso terapéutico del yo.	2	19,3	56,5	22,1
14.9. Pensar sobre sus pacientes en tiempos que no quiere.	7,3	55,1	34,2	3,4
14.10. Sentir confusión porque no comprende actitudes o conductas de un paciente.	5,4	56	37,7	0,8
14.11. Disfrutar del recuerdo de la interacción con un paciente.	1,1	15	67,2	16,8
14.12. Preocupación sobre lo que le puede suceder a un paciente fuera de la sesión de terapia.	3,1	41,1	51,4	4,5
14.13. Cuestionar la calidad de terapia que da a un paciente.	2,4	23,9	57,7	15,9
14.14. Sentirse bien por un cumplido que le hace un paciente.	0,5	10,7	61,9	26,9
14.15. Ser consciente de que ha llegado al límite de sus capacidades de intervenir con un paciente.	5	44,7	45,7	4,6
14.16. Otros – especificar.				

Son llamativos los resultados de los sentimientos de satisfacción por su alto porcentaje, sobre todo si los contrastamos con los de frustración que se producen en menos de la mitad de los casos, esto quizá es porque los profesionales de Terapia Ocupacional son, en gran medida, vocacionales (Testa, 2012). El dato de que la mitad de los terapeutas hayan pensado en realizar cambios en la carrera profesional puede explicarse por diversos motivos, tales como mejorar las condiciones de trabajo o alcanzar un mayor nivel de especialización.

Es importante la huella en la vida personal del terapeuta de las interacciones terapéuticas y que se manifiesta en los recuerdos positivos, en aprendizajes, en preocupaciones, en los sentimientos de tristeza relacionados con los pacientes, en pensar cómo ayudar mejor. A veces esta presencia de sentimientos y pensamientos puede llegar a ser indeseada porque invade momentos de ocio o familiares y, en cualquier caso, por el hecho de no ser deseada indica su condición de inconveniente para la persona.

Estos datos dan un perfil del terapeuta muy sensible al encuentro con el paciente e indican un nivel de engagement (vinculación positiva) con el trabajo elevado, a la vez que ponen en evidencia para Gupta, Paterson, von Zweck y Lysaght (2012) la necesidad de aprender habilidades personales y utilizar estrategias de coping para neutralizar lo más posible el riesgo de sufrir burnout (síndrome del quemado), muy alto entre los profesionales sanitarios (León, 2015). En concreto este síndrome entre los terapeutas ocupacionales, según Piñol (2014) es un impedimento para realizar una atención de calidad, a la vez que tiene consecuencias negativas para el individuo y la organización (González, Moreno, Peñacoba, Alcocer, Alonoso, Del Barco y Ardoy, 2003).

La alta confianza percibida en las destrezas profesionales puede relacionarse con un autoconcepto sobrevalorado, ya que cuanto más

experto es el profesional mayor es la conciencia de lo desconocido y, además, contrasta con el cuestionamiento sobre la calidad de la terapia aplicada, si bien este aspecto puede deberse a elevados niveles de autoexigencia. Sería deseable una profundización mayor sobre este punto con el fin de afinar más en la posible explicación del mismo.

Un alto porcentaje de los encuestados desea tener apoyo profesional en el uso terapéutico del yo. Esto muestra la valoración positiva sobre este fenómeno y que su percepción acerca de sus conocimientos y destrezas sobre el mismo es mejorable. El deseo de tener apoyo lo podemos relacionar con los resultados sobre cómo se entrenan los terapeutas ocupacionales en el uso terapéutico del yo: el aprendizaje a través del contacto con otros profesionales, la supervisión y la realización de psicoterapia son procedimientos habituales entre los terapeutas.

La percepción de haber llegado al límite de sus capacidades para intervenir con un paciente está presente entre la mitad de los terapeutas, esta apreciación es positiva para no alargar indefinidamente los tratamientos y también para poder establecer pautas con el fin de desempeñar los roles ocupacionales de las personas una vez alcanzada la recuperación posible. La destreza de conocer los límites para intervenir es una de las competencias que se encuentran presentes en la mayoría de los planes de estudios de la titulación, según veremos en el segundo apartado de este mismo capítulo.

La última cuestión de esta escala es abierta y pregunta por otros sentimientos o pensamientos como terapeuta ocupacional y que no estén recogidos en los ítems anteriores. Los encuestados manifiestan sentimientos y deseos de más reconocimiento por parte de otros profesionales, la necesidad de más formación, impotencia ante las necesidades de los pacientes y de las exigencias de los familiares,

valoración del trabajo en equipo, el peso de la carga administrativa del trabajo, y la frustración de no tener las herramientas adecuadas para la intervención.

Podemos destacar que de todas las respuestas, los sentimientos positivos como la satisfacción por la formación y la supervisión son muy escasos en comparación con los negativos, lo cual manifiesta las demandas y necesidades de los terapeutas ocupacionales para incrementar sus sentimientos de competencia y, sobre todo, de reconocimiento porque el trabajo no solo ha de estar valorado por uno mismo, también lo ha de estar por los demás.

La Tabla 36 muestra la media y la desviación típica de la última parte del cuestionario relativa a los pensamientos y sentimientos de los terapeutas ocupacionales. En ella podemos observar que la media de los ítems está entre 2,32 y 3,27, sobre una puntuación máxima de 4. En cuanto a la desviación típica se sitúa entre 0,5 y 0,85. Esto indica una variabilidad alta en las respuestas de este ítem relativo a los pensamientos acerca del pensamiento del cambio de la carrera profesional.

Tabla 36. Media y desviación típica de los sentimientos o pensamientos de los terapeutas ocupacionales en su práctica

14. En el último año, ¿con qué frecuencia ha tenido los pensamientos o sentimientos siguientes como terapeuta ocupacional?	Media	Desviación Típica
14.1. Sentir satisfacción en su trabajo como terapeuta ocupacional.	3,14	0,55
14.2. Sentir frustración con las actitudes/conductas/faltas llevadas a cabo por un paciente.	2,38	0,56
14.3. Pensar sobre cómo mejorar la ayuda a paciente durante su propio ocio o tiempo de familia	3,04	0,72
14.4. Pensar sobre cambios en la carrera profesional.	2,64	0,85

14.5. Reflexionar positivamente en cosas que ha aprendido de un paciente.	3,27	0,57
14.6. Sentir tristeza fuera de la sesión de terapia por un paciente.	2,32	0,6
14.7. Sentir confianza sobre sus destrezas como terapeutas.	3	0,5
14.8. Desear tener apoyo, consejo y supervisión profesional en el uso terapéutico del yo.	2,99	0,71
14.9. Pensar sobre sus pacientes en tiempos que no quiere.	2,34	0,66
14.10. Sentir confusión porque no comprende actitudes o conductas de un paciente.	2,34	0,59
14.11. Disfrutar del recuerdo de la interacción con un paciente.	3	0,6
14.12. Preocupación sobre lo que le puede suceder a un paciente fuera de la sesión de terapia.	2,57	0,63
14.13. Cuestionar la calidad de terapia que da a un paciente.	2,87	0,69
14.14. Sentirse bien por un cumplido que le hace un paciente.	3,15	0,61
14.15. Ser consciente de que ha llegado al límite de sus capacidades de intervenir con un paciente.	2,5	0,67
14.16. Otros – especificar.		

En la primera parte del capítulo hemos analizado las respuestas de los encuestados. De esta manera conocemos la realidad sobre el tema en España de la formación de los terapeutas ocupacionales, aunque con las limitaciones debidas a las características propias de nuestro estudio. En el primer apartado del capítulo hemos abordado la perspectiva de los profesionales, emprenderemos en la segunda y tercera parte de este capítulo la investigación realizada en el ámbito académico. Para ello estudiaremos las competencias plasmadas en los planes de estudios y analizaremos las entrevistas realizadas a responsables de la titulación.

2. COMPETENCIAS AFINES CON LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS PLANES DE ESTUDIOS

En este apartado hemos investigado los contenidos manifiestos de las competencias en los planes de estudios y en los documentos base de la titulación de Terapia Ocupacional. Para ello hemos tomado como elementos palabras afines a la relación terapéutica siguiendo criterios bien definidos. Los datos reflejan presencias y ausencias significativas de las palabras buscadas. El análisis detallado de las universidades revela la consideración que en cada una de ellas se da a nuestro objeto de estudio. Finalmente aportamos argumentos que ayuden a explicar los resultados obtenidos. Con todo ello, y en el último capítulo, podremos obtener conclusiones que nos permitirán plantear propuestas de mejora.

2.1. Términos afines con la Relación Terapéutica en las Competencias

El tercer objetivo de nuestra investigación consiste en estudiar cómo están reflejadas las competencias relacionadas con el uso terapéutico del yo en los planes de estudios y en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la Terapia Ocupacional en las dieciocho universidades españolas que imparten la titulación.

Para examinar la presencia de los elementos afines con este concepto hemos buscado términos congruentes con la relación terapéutica. La selección de dichos términos (Tabla 37) la hemos realizado en base a tres criterios: el primero de ellos son las palabras que surgen de la definición actual del uso terapéutico del yo (AOTA, 2014) y que hemos reproducido en este mismo capítulo en el apartado primero; el segundo criterio son las palabras relacionadas con la práctica centrada

en el cliente (concepto emergente al final de la definición mencionada anteriormente) y el tercer criterio son palabras seleccionadas de las inteligencias intrapersonal e interpersonal de las inteligencias múltiples de Gardner (1983), estas últimas utilizadas por la doctora Davidson en sus investigaciones sobre este tema realizadas en EEUU en los años 2006 y 2011.

Tabla 37. Términos afines con la relación terapéutica

Términos de la definición de uso terapéutico del yo	Términos de la práctica centrada en el cliente	Inteligencia intrapersonal e interpersonal
Relación terapéutica	Comunicación	Límite/s
Uso terapéutico del yo	Respeto/respetar	Negociación
Narrativa	Escucha/escuchar	Crítica
Razonamiento	Colaboración	Autocrítica
Empatía/empática		Interpersonales
Centrado en el individuo y/o población		Autoconocimiento Autoconciencia

Los resultados obtenidos en nuestra búsqueda se muestran en la Figura 26. En ella podemos observar que la distribución de la presencia de los términos buscados es muy desigual, el veinticinco por ciento de las palabras no aparecen en absoluto, y otros, en cambio, se encuentran en el cien por cien de los dieciocho planes de estudios analizados. Esta distribución es significativa y requiere de la realización de un análisis que explique los resultados. Podemos pensar, en un principio, que se debe a las fechas en las que se realizaron los planes de estudios o, también, a las personas implicadas en la elaboración de los mismos.

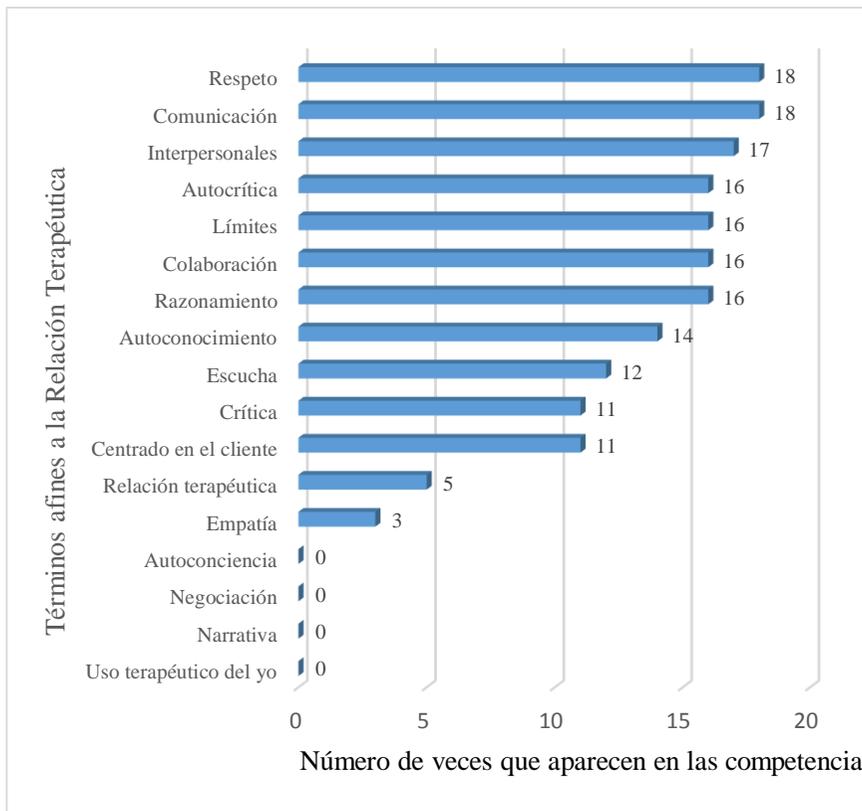


Figura 26. Número de veces que aparecen en las competencias los términos afines a la relación terapéutica

Estos datos pueden deberse a que cuando se elaboraron los planes de estudios en las universidades y se establecieron las competencias, las personas que los realizaron se basaron en los mismos documentos, concretamente en el Libro Blanco de Terapia Ocupacional (2005), en las competencias señaladas por ENOTHE/COTEC (2008) y en el BOE (2009). Es más llamativa la ausencia de conceptos como narrativa, uso terapéutico del yo, negociación o autoconciencia, tal vez este resultado se debe al mismo motivo señalado anteriormente, ya que en dichos documentos no aparece esta terminología.

Si las palabras las colocamos en los tres grupos mencionados los hallazgos son los mostrados en las Figuras 26, 27 y 28.

En la Figura 27 observamos el número de veces que aparecen en las competencias las palabras clave de la definición de uso terapéutico del yo. Podemos comprobar cómo el concepto de razonamiento es el más frecuente, seguido del concepto práctica centrada en el cliente. Con menos frecuencia se encuentran el de relación terapéutica y empatía, los términos uso terapéutico del yo y narrativa no se encuentran en ninguno de los planes de estudios analizados.

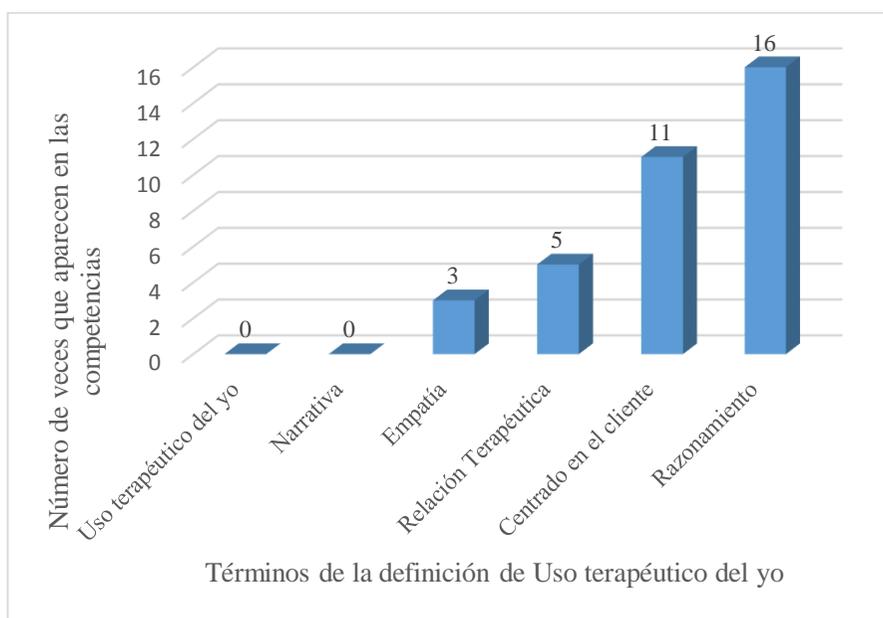


Figura 27. Número de veces que aparecen en las competencias los términos de la definición de uso terapéutico del yo

Los resultados evidencian una escasa presencia de las palabras clave del uso terapéutico del yo en las competencias analizadas. Tal vez se deba a que la última definición de este fenómeno es la recogida en el tercer Marco de Trabajo de Terapia Ocupacional (2014) y, como expusimos anteriormente, es probable que los planes de estudios se realizaran tomando como referencia las competencias del Título de Terapia Ocupacional reflejadas en los documentos clave. En definitiva, la definición del uso terapéutico del yo es más reciente que

las últimas actualizaciones de los planes de estudios de Terapia Ocupacional. Se apunta la necesidad de realizar una revisión de los mismos.

La Figura 28 muestra el número de veces que se encuentran los términos relativos a la práctica centrada en el cliente en las competencias. Los cuatro conceptos: comunicación, respeto, escucha y colaboración están muy presentes, en concreto los dos primeros se encuentran en todos los planes de estudios y la colaboración junto con la escucha están recogidas en más de las dos terceras partes de los documentos analizados.

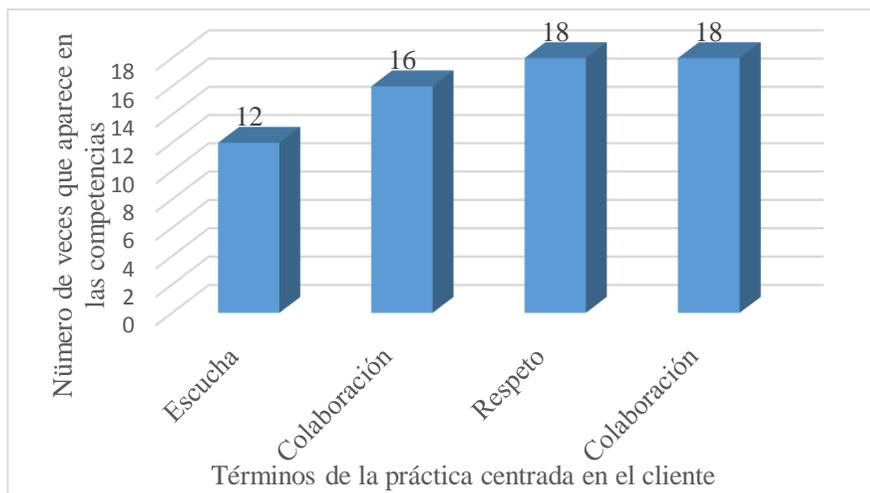


Figura 28. Número de veces que aparecen los términos de la práctica centrada en el cliente

La práctica centrada en el cliente es clave en Terapia Ocupacional y por ello las palabras relacionadas con este concepto se encuentran en casi la totalidad de los planes de estudios de las universidades españolas. Esto puede deberse a que la profesión está muy impregnada por este planteamiento del trabajo terapéutico desde hace décadas (Corring y Cook, 2006, Maitra y Erway, 2006, Law, 1998 y C.A.O.T., 1991). La práctica centrada en el cliente está íntimamente relacionada con el Modelo Canadiense de Terapia Ocupacional (Simó

y Urbanowski, 2006). Sin embargo, los terapeutas ocupacionales participantes en el nuestro estudio respondieron que usaban dicho modelo de una manera minoritaria. Tal vez en su conjunto no es muy utilizado, pero la práctica centrada en el cliente sí se emplea con independencia del modelo seguido por el profesional y, por ello, las palabras afines a este concepto tienen plena representación en los planes de estudio.

Por último, en la Figura 29 observamos cuántas veces se reflejan en las competencias los términos relacionados con las inteligencias múltiples, en concreto con las inteligencias intrapersonal e interpersonal. De los siete elementos seleccionados encontramos que los límites, la crítica, la autocrítica, las relaciones o las habilidades interpersonales y el autoconocimiento se hallan en más de las dos terceras partes de los planes de estudios investigados. Contrasta con esta representación la nula presencia de la negociación (perteneciente a la inteligencia interpersonal) y la autoconciencia (perteneciente a la inteligencia intrapersonal).

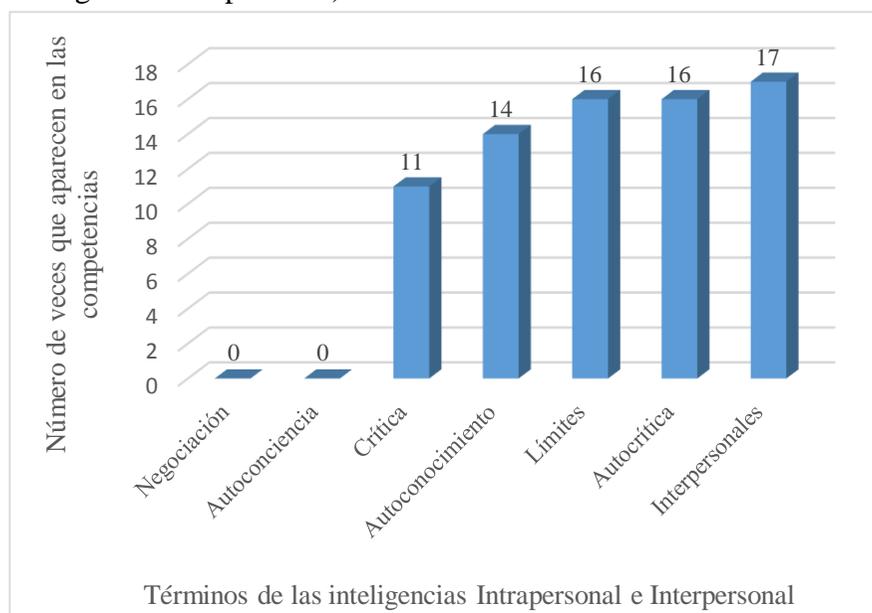


Figura 29. Número de veces que aparecen en las competencias los términos relacionados con las inteligencias intrapersonal e interpersonal

Podemos considerar en conjunto nuestros hallazgos y los encontrados por Davidson en el año 2006 en la investigación realizada en universidades estadounidenses. En dicho estudio los conceptos tales como colaboración, empatía, autoconciencia, comunicación y escucha aparecían en más de la mitad de los planes de estudios de las universidades examinadas. Los términos menos frecuentes fueron los límites y la negociación.

Si comparamos nuestros resultados y los suyos encontramos semejanzas en la mayoritaria representación de los términos de colaboración y comunicación, así como la escasa o nula presencia de la negociación. Las diferencias entre las dos investigaciones las hayamos en que nuestro estudio evidencia la aparición muy frecuente del término límites, frente al americano en el cual no llega a la mitad. La otra gran diferencia estriba en la palabra empatía, la cual aparece tan solo tres veces en las competencias de los planes de estudios españoles y, en cambio, es mayoritaria en el estudio americano.

2.2. Elementos de la Relación Terapéutica en los Planes de Estudios de Terapia Ocupacional

Si analizamos la presencia de los elementos de la relación terapéutica en los planes de estudios de Terapia Ocupacional en las universidades españolas (Figura 30) encontramos que en todas ellas están presentes, con una oscilación de entre seis y doce, los términos encontrados de un máximo de diecisiete. Observamos también que en las dos terceras partes de las universidades las palabras relacionadas con el uso terapéutico del yo tienen una presencia elevada, de diez a doce palabras.

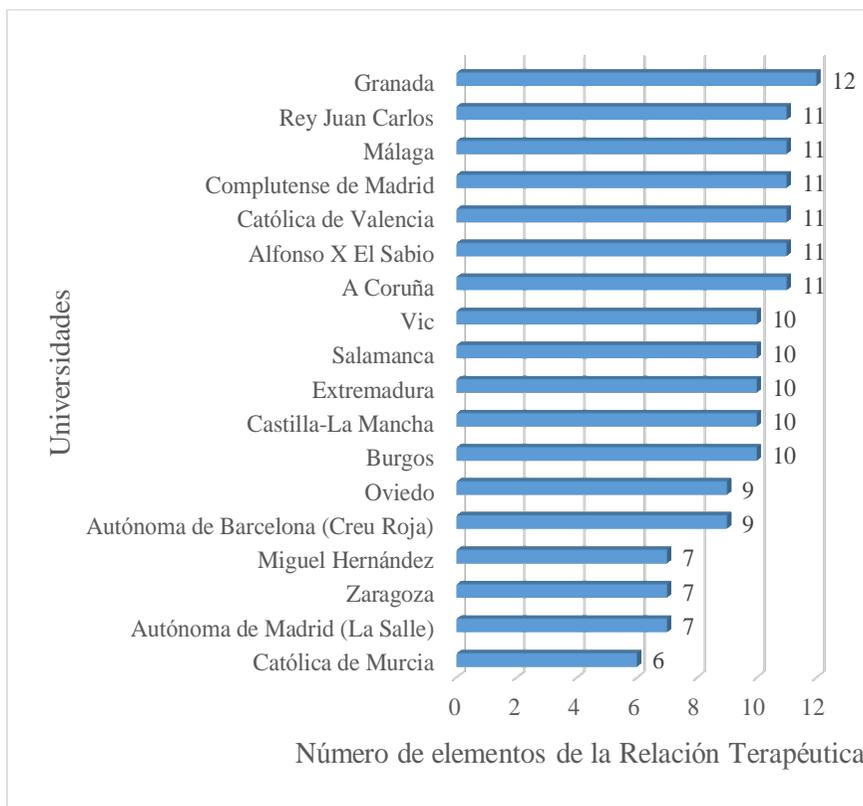


Figura 30. Elementos de la relación terapéutica encontrados en los planes de estudios de las distintas Universidades

La presencia de términos relacionados con el uso terapéutico del yo en todos los planes de estudios de la Titulación de Terapia Ocupacional da idea de la importancia dada a este fenómeno. La desigual representación en las dieciocho universidades de las palabras afines con la relación terapéutica no depende de la naturaleza, pública o privada, de la universidad. Por ejemplo, si tomamos las cuatro universidades de menor presencia de los términos investigados observamos que dos de ellas son privadas y las otras dos públicas. En cuanto a las universidades en las cuales se encuentra una mayor prevalencia de los términos analizados, cinco son públicas y dos son privadas, pero es necesario considerar que once de las dieciocho

universidades son públicas, por tanto el resultado tampoco es significativo en cuanto a esta característica.

La explicación a las diferencias halladas entre las universidades quizá podamos atribuirle más a la diversa formación de las personas que realizaron los planes de estudios, o bien a que utilizasen en mayor o menor medida los tres documentos clave: Libro Blanco de Terapia Ocupacional (2005), B.O.E. (2009) y documento de ENOTHE/COTEC (2008). Si observamos la Tabla 38 vemos con detalle qué elementos de la relación terapéutica aparecen en los planes de estudios de cada universidad.

Tabla 38. Elementos de la relación terapéutica en las competencias de las diferentes universidades

Universidades	Términos afines a Relación Terapéutica																
	Relación terapéutica	Uso terapéutico del yo	Narrativa	Razonamiento	Empatía	Centrado en individuo y población	Comunicación	Respeto	Escucha	Colaboración	Límites	Negociación	Crítica	Auto-crítica	Interpersonales	Autoconocimiento	Autoconciencia
A Coruña	X			X		X	0	0	0	0	I	I	I	I	I	I	
Alfonso X El Sabio				X		X	0	0	0	0	I	I	I	I	I	I	
A. Barcelona (Creu Roja)				X		X	0	0	0	0	I	I	I	I	I	I	
A. Madrid (La Salle)				X		X	0	0	0	0	I	I	I	I	I	I	
Católica de Valencia				X		X	0	0	0	0	I	I	I	I	I	I	
Católica de Murcia				X		X	0	0	0	0	I	I	I	I	I	I	
Complutense de Madrid				X		X	0	0	0	0	I	I	I	I	I	I	
Burgos				X		X	0	0	0	0	I	I	I	I	I	I	
Castilla-La Mancha				X		X	0	0	0	0	I	I	I	I	I	I	
Extremadura				X		X	0	0	0	0	I	I	I	I	I	I	
Granada		X		X		X	0	0	0	0	I	I	I	I	I	I	
Málaga		X		X	X	X	0	0	0	0	I	I	I	I	I	I	
Oviedo				X		X	0	0	0	0	I	I	I	I	I	I	
Salamanca		X		X		X	0	0	0	0	I	I	I	I	I	I	
Vic		X		X		X	0	0	0	0	I	I	I	I	I	I	
Zaragoza				X	X	X	0	0	0	0	I	I	I	I	I	I	
Miguel Hernández de Elche				X	X	X	0	0	0	0	I	I	I	I	I	I	
Rey Juan Carlos				X		X	0	0	0	0	I	I	I	I	I	I	

Nota. X: términos del uso terapéutico del yo 0: términos de la práctica centrada en el paciente I: términos de la Inteligencia Múltiple

Los datos mostrados en la Tabla 38 evidencian que hay universidades como las de A Coruña, Granada y Málaga en las cuales la presencia de los elementos de la relación terapéutica es muy equilibrada entre los tres grupos realizados (definición de uso terapéutico del yo, práctica centrada en el cliente y habilidades interpersonales e intrapersonales). En otras universidades como La Salle (centro adscrito a la Universidad Autónoma de Madrid) y la Universidad Miguel Hernández de Elche existen diferencias en cuanto a los términos de cada grupo encontrados, en la primera de ellas no existe ningún elemento del uso terapéutico del yo y en la segunda solo encontramos el término *interpersonales* en el grupo de inteligencias intrapersonales e interpersonales. El resto de universidades muestran resultados homogéneos entre sí, con presencia mayoritaria de las palabras relacionadas con la práctica centrada en el cliente, seguida de las inteligencias interpersonales e intrapersonales (en igual medida); el grupo de la definición de uso terapéutico del yo es el que menor representación tiene si consideramos el conjunto de universidades.

2.3. Competencias de la Relación Terapéutica en los Documentos Base de Terapia Ocupacional

Presentamos en la Tabla 39 las competencias del BOE (2009), Libro Blanco de Terapia Ocupacional (2005) y documento de ENOTHE/COTEC (2008) donde se encuentran los términos investigados con el fin de comprender mejor los resultados anteriores. El fin es comparar los tres documentos, analizar semejanzas y diferencias y establecer relaciones entre ellos.

Tabla 39. Comparación de las competencias de la relación terapéutica en los documentos base

BOE	LIBRO BLANCO	ENOTHE/COTEC
<p>Reconocer los elementos esenciales de la profesión de terapeuta ocupacional, incluyendo los principios éticos, las responsabilidades legales, el ejercicio profesional centrado en individuos y poblaciones, respetando su autonomía y el secreto profesional.</p>		<p>Trabajar según los principios de la práctica centrada en el paciente.</p>
<p>Proceso de Terapia Ocupacional y razonamiento profesional.</p>	<p>Capacidad de utilizar el razonamiento clínico revisando y reajustando el tratamiento</p>	<p>Usar de manera profesional y ética el razonamiento efectivo en todas las partes del proceso de Terapia Ocupacional.</p>
<p>Colaborar con grupos y comunidades para promover la salud y el bienestar de sus miembros mediante la participación en la ocupación significativa.</p>		<p>Adaptar y aplicar el proceso de Terapia Ocupacional en estrecha colaboración de individuos/población. Colaborar con los pacientes para abogar al derecho de tener sus necesidades ocupacionales satisfechas</p>

Reconocer la influencia de las **diferencias individuales, religiosas, culturales**, así como de las **costumbres** sobre la ocupación y la participación.

Desarrollar la práctica profesional con **respeto** a otros profesionales, adquiriendo habilidades de trabajo en equipo.

Escuchar de manera activa, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas y las demandas ocupacionales de los individuos y poblaciones y comprender el contenido de esta información.

Establecer una **comunicación interpersonal** asertiva con todos los interlocutores que sean relevantes durante el proceso de Terapia Ocupacional.

Capacidad para una **comunicación** efectiva con el usuario, familias, grupos sociales y otros profesionales

Capacidad para establecer una **relación terapéutica** apropiada a los diferentes momentos del ciclo vital de la persona

Construir una **relación terapéutica** como base del proceso de la Terapia Ocupacional.

Capacidad para establecer una relación de **empatía** con el usuario, familia, grupos sociales y otros profesionales

Apreciar y **respetar** las diferencias individuales, creencias culturales, costumbres y su influencia sobre la ocupación y la participación
 Demostrar seguridad, **autoconocimiento**, **autocrítica** y conocimientos de sus propias **limitaciones** como terapeuta ocupacional

Fuente: elaboración propia a partir del BOE (2009), Libro Blanco de Terapia Ocupacional (2005) y documento de ENOTHE/COTEC (2008)

Por su parte la World Federation of Occupational Therapists (WOFT) en el año 2008 recomendó que las competencias de la formación en Terapia Ocupacional deberían incluir, entre otras, las áreas de *relación terapéutica* y profesional, *proceso* de Terapia Ocupacional y *razonamiento* y conducta profesional.

Además, en el Libro Blanco (2005) el grupo de trabajo manifiesta que:

La formación de grado debe poner mayor énfasis en la adquisición y desarrollo de competencias más básicas que incluyan conocimientos específicos, teóricos, metodológicos y genéricos de Terapia Ocupacional que faciliten poder realizar tratamientos y contemplen competencias deontológicas, así como el desarrollo de actitudes acordes con

la relación de ayuda profesional como para establecer una *relación terapéutica* óptima en cada situación...En cambio, para la formación de postgrado las competencias específicas más valoradas cubren aspectos más pragmáticos, con el desarrollo de una determinada manera de solucionar los problemas o forma de *razonar* de un terapeuta ocupacional y de la calidad de la intervención como la habilidad para establecer una *relación terapéutica* adecuada a cada momento del ciclo vital. (pp. 83-84).

Constatamos que la relación terapéutica, el razonamiento y el proceso de Terapia Ocupacional deben estar incluidos en las competencias de la formación de esta disciplina. Así queda reflejado en la Tabla 39, en ella el razonamiento está en los tres documentos principales utilizados. Por su parte la práctica centrada en el paciente y/o poblaciones, la colaboración, la comunicación y la relación terapéutica los encontramos en dos de los documentos y, por último, el respeto por las diferencias, la escucha, la empatía, el autoconocimiento, lo interpersonal, la autocrítica y las limitaciones aparecen en una ocasión, si bien se refieren al reconocimiento de las propias limitaciones como terapeuta, es decir, tiene más que ver con la inteligencia intrapersonal y menos con el establecimiento de límites al paciente, perteneciente a la inteligencia interpersonal.

Podemos comprobar también la ausencia de competencias que incluyan palabras tales como autoconciencia, narrativa, negociación y uso terapéutico del yo; es decir, las mismas ausencias encontradas en el análisis de los planes de estudios. Esto nos reafirma en que las universidades, cuando diseñaron los contenidos de sus titulaciones, se basaron en las competencias descritas en el Libro Blanco de Terapia Ocupacional (2005), en el documento de ENOTHE/COTEC (2008) y en el BOE (2009). Por otro lado, aunque no encontramos los términos explícitos en los documentos, es posible que pudiésemos

aproximarnos conceptualmente a ellos en el resto de las competencias de los planes de estudios.

El análisis realizado en este apartado clarifica cómo están consideradas las competencias en los planes de estudios de la titulación de Terapia Ocupacional en las universidades españolas. También hemos estudiado cuáles son las fuentes, o documentos clave, de las que se han basado para confeccionar las competencias investigadas.

En la última parte del capítulo analizaremos las entrevistas a las personas responsables de la titulación. Realizaremos el estudio siguiendo las categorías y subcategorías expuestas anteriormente en el capítulo del Marco Metodológico.

3. ENTREVISTAS A RESPONSABLES DE LA TITULACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

Vamos a tratar en la última parte del capítulo Resultados y Discusión las valiosas aportaciones de algunas de los coordinadores o personas responsables de la titulación de Terapia Ocupacional, con ello abordamos el segundo apartado del tercer y último objetivo de nuestro trabajo que consiste en estudiar cómo están reflejadas las competencias relacionadas con el uso terapéutico del yo en los planes de estudios y en el proceso de enseñanza- aprendizaje de la Terapia Ocupacional en las universidades españolas.

En concreto la segunda parte del tercer objetivo del que nos ocupamos aquí es la de *conocer la opinión de los responsables de la titulación sobre la presencia y la importancia del uso terapéutico del yo en la formación del terapeuta ocupacional, así como los elementos fundamentales que han de tenerse en cuenta en su proceso de*

enseñanza-aprendizaje. Para alcanzar el objetivo hemos realizado entrevistas a coordinadores de la titulación en las universidades.

La invitación a participar en nuestro estudio se realizó a todas las personas responsables, dieciocho en total, y las que manifestaron su deseo de colaborar fueron seis. Como exponíamos en el Capítulo III, de las seis personas entrevistadas cinco son terapeutas ocupacionales (además de otras titulaciones), y la otra es doctora en Pedagogía. Los resultados están en consonancia con la realidad española de quiénes son los coordinadores de la titulación de Terapia Ocupacional en las universidades. En una gran parte de los casos los responsables de la titulación son personas cuya relación con la disciplina es indirecta, lo más frecuente es que sean psicólogos, médicos y, en algunos casos, pedagogos. Tal vez es por esta razón que los voluntarios para realizar la entrevista y colaborar en nuestro estudio son precisamente terapeutas ocupacionales, aunque la mayoría de los coordinadores o responsables de la titulación no lo sean.

Para realizar el análisis de las entrevistas hemos elaborado una matriz con categorías y subcategorías, las cuales nos permiten ir desgranando las respuestas de nuestros entrevistados. Las entrevistas se presentan como E1, E2, E3, E4, E5 y E6 según se corresponden con la Entrevista 1, Entrevista 2... y así sucesivamente. La transcripción literal de las entrevistas las podemos encontrar en el Anexo IX. Presentamos en detalle sus opiniones utilizando citas textuales de algunas de sus respuestas, además de contrastar estos resultados con otros estudios cuando esto es posible. La Tabla 40 presenta las categorías de análisis de contenidos de las entrevistas.

Tabla 40. Categorías de análisis de contenidos de las entrevistas

Categorías	Subcategorías
Presencia de los conceptos relacionados con la relación terapéutica	Competencias Contenidos Asignaturas Prácticum
Áreas de conocimiento a las que pertenece	Específicas de la Titulación No específicas de la Titulación
Proceso didáctico	Metodología Evaluación
Diferencias entre diplomaturas y grados	Presencia Preparación durante la formación Prácticum
Valoración del Uso Terapéutico del Yo	En sí mismo como concepto En relación a la profesión
Si las competencias necesarias para la relación terapéutica tienen que ver con la personalidad o se adquieren por medio de formación específica	
En relación a otras profesiones	Conocimiento de buenas prácticas Adquisición de la formación en la relación terapéutica por parte de otros profesionales

3.1. Presencia de los conceptos afines con la Relación Terapéutica

Los conceptos vinculados con la relación terapéutica están presentes en las universidades donde trabajan nuestros entrevistados, excepto en la entrevista realizada a la coordinadora no titulada en Terapia Ocupacional la cual manifiesta expresamente su desconocimiento:

Bueno...realmente no lo sé, mi función es la de coordinar las diferentes asignaturas, los distintos profesores y organizar horarios y grupos, pero no conozco en detalle los aspectos por los que me preguntas. Supongo que están reflejados en alguna asignatura pero eso habría que preguntárselo a los profesores

terapeutas ocupacionales; aunque en esta universidad son escasos y su presencia se limita casi exclusivamente a los centros de prácticas. (E1).

Los demás entrevistados muestran su conocimiento del tema y señalan las competencias, las asignaturas y el Prácticum donde aparecen las nociones de las que estamos tratando. Si entramos en detalle las encontramos de la siguiente manera:

Competencias

Si bien con distintos niveles de precisión, los coordinadores mencionan las competencias generales o específicas afines a nuestro objeto de estudio como a aquellas relativas a las habilidades profesionales, relaciones interpersonales, comunicación, escucha, razonamiento, práctica centrada en individuos y/o poblaciones, compromiso ético y reconocer las propias limitaciones.

En el análisis realizado de los planes de estudios (apartado 2 de este mismo capítulo) comprobábamos la presencia en las competencias de términos clave de la relación terapéutica. Los entrevistados señalan no solo las competencias en las que aparecen los términos vinculados, si no también, y esto es destacable, aquellas competencias que están relacionadas con nuestro tema, aunque no contengan ninguna de las palabras clave. En definitiva, se amplía y enriquece el material considerado.

Sí, se desarrollan en aquellas competencias relacionadas con las relaciones profesionales y clínicas y en las habilidades de comunicación, en concreto son las siguientes:

Orientación a la persona

Conocer y comprender los conocimientos de Pedagogía, Psicología y Psicopatología aplicables al ser humano en todos

los momentos del ciclo vital de modo que capaciten para evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional. (E5).

Sí, sí, por supuesto, pero ya te imaginas que no me los sé de memoria, déjame que lo consulte y ahora te digo. Aquí está:

Habilidades interpersonales

Capacidad para comunicarse de manera efectiva en un entorno de trabajo.

Capacidad para comunicarse con personas no expertas en la materia.

Escuchar de manera activa, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas y las demandas ocupacionales de los individuos y poblaciones y comprender el contenido de esta información.

Establecer una comunicación interpersonal asertiva con todos los interlocutores que sean relevantes durante el proceso de Terapia Ocupacional. (E4).

Además, algunos también mencionan otras competencias tales como:

Apreciar y respetar las diferencias individuales, creencias culturales, costumbres y su influencia en la ocupación y la participación. (E2).

Demostrar seguridad, autoconocimiento, autocrítica y conocimientos de sus propias limitaciones como terapeuta ocupacional. (E3).

Orientación a la persona. Moral y ética. (E5).

Demostrar seguridad, autoconocimiento, autocrítica y conocimientos de sus propias limitaciones como terapeuta ocupacional. (E5, E6).

Estos resultados son congruentes con los encontrados en el apartado 2 de este mismo capítulo dedicado al análisis de las competencias. En él hallábamos que en todas las universidades están presentes las competencias afines a la relación terapéutica y los responsables de la titulación así lo corroboran. Son llamativas algunas cuestiones como las de añadir la moral y la ética al uso terapéutico del yo, ya que tal vez estos aspectos atañen a toda la profesión y no solo a la relación terapéutica.

Es destacable también la mención de competencias vinculadas a otras disciplinas, tales como la Psicología, la Psicopatología y la Pedagogía. Son importantes los conocimientos básicos de las mismas y aplicarlos al ser humano en su trayectoria vital. Sin ellos no es posible evaluar al paciente y tampoco permiten capacitar al terapeuta ocupacional para aplicar los tratamientos.

Contenidos

En ocasiones las respuestas hacen referencia a los lugares donde se encuentran en los planes de estudios de la titulación. Otras veces son más propias de las competencias que de los contenidos propiamente dichos. Se pone en evidencia que nuestros entrevistados no sitúan los contenidos concretos de la relación terapéutica en esferas específicas, lo cual sería esperable tratándose de un concepto tan altamente valorado por ellos mismos:

En los contenidos está recogido en una parte de los temas introductorios, junto con otros conceptos de carácter general de la disciplina. Como te digo no hay una dedicación

exhaustiva de ello, se tratan como aspectos importantes pero de carácter general. (E3).

Habría que revisar todas las guías docentes de las asignaturas para ver qué contenidos desarrollan estas competencias y cómo los desarrollan, pero sí me consta que están en los contenidos aunque sin hacer ese rastreo por asignaturas pues no sepa concretar. (E4)

Los contenidos específicamente son los relativos a relación terapéutica, a las habilidades a adquirir por el terapeuta ocupacional en la relación terapéutica (comunicación, empatía, habilidades interpersonales, práctica centrada en el paciente...) y, por último, los específicos del uso terapéutico del yo. (E2).

Los resultados podemos compararlos con los de las investigaciones de Davidson (2006, 2011) Esta autora afirmaba, basándose en las aportaciones de los profesores universitarios, que los contenidos del uso terapéutico del yo se encontraban difusos en los planes de estudios de las universidades estadounidenses por tratarse de temas demasiado sutiles y, debido a esta característica, existían dificultades metodológicas para ser impartidos, así como para la realización de evaluaciones acordes con los asuntos tratados.

El hecho de que los entrevistados no puedan concretar los contenidos de la relación terapéutica, ni cuáles son ni dónde se encuentran, quizá es debido a que no son los encargados de impartir en sus asignaturas este concepto y por eso desconocen lo relativo a su enseñanza. El conocimiento se basa fundamentalmente en su experiencia profesional como clínicos y como docentes de prácticas clínicas.

Asignaturas

Si bien la consideración de que la relación terapéutica tiene un alto valor para la profesión es unánime entre todos los entrevistados, no encontramos asignaturas exclusivas donde se aborde este fenómeno. Los coordinadores señalan que es en distintos momentos y en diferentes asignaturas, a lo largo de la formación académica, cuando se tratan estos asuntos:

En las asignaturas que tratan de las actividades de la vida diaria en los distintos momentos del ciclo vital y en las que abordan las patologías físicas, psiquiátricas, pediátricas y geriátricas, es decir, en la aplicación práctica de la Terapia Ocupacional a las diferentes patologías. (E3).

En las asignaturas específicas del módulo de Terapia Ocupacional y en las de Autonomía Personal, además, claro está, en las asignaturas de Psicología. Yo creo que están en las que deben estar, el uso terapéutico del yo es una destreza del terapeuta ocupacional y por eso los contenidos deben aparecer en esos módulos, en Psicología también por tratarse de habilidades relacionadas con aspectos fundamentalmente psicológicos. (E4).

Es de destacar que en una de las entrevistas aparece la asignatura de *Habilidades de Intervención del Terapeuta Ocupacional* (E5), dando idea de la especial consideración a las destrezas de intervención necesarias para la práctica clínica. Sin embargo existe una contradicción, ya que esta asignatura no es impartida por un profesional de la disciplina. Quizá esto se explique porque en los anteriores planes de estudios de la diplomatura, existía una asignatura parecida, en concreto una optativa denominada *Habilidades Sociales*, impartida desde el departamento de Psicología.

Los entrevistados mencionan asignaturas concretas y, además, como dice uno de ellos “están en las que deben estar” (E4) porque tratan de la intervención en los distintos momentos del ciclo vital y de las asignaturas específicas de la Terapia Ocupacional. No obstante, el uso terapéutico del yo aparece como una parte del proceso terapéutico tanto en el Marco de Trabajo de la Terapia Ocupacional (AOTA, 2014), como en los principales manuales de la disciplina (Schell, Gillen, y Scaffa, 2015, Moruno y Romero, 2003 y Polonio, 2001). Se deduce de ello que el lugar natural dentro de los programas de formación del terapeuta ocupacional sea en los conceptos fundamentales y parte importante del proceso terapéutico.

Prácticum

Si hay una ubicación común para la presencia de la relación terapéutica esta es la del Prácticum, aunque no en todas las ocasiones tiene la misma consideración y protagonismo. Es fundamentalmente en la evaluación del alumno por parte del tutor del centro de prácticas, sin embargo hay excepciones:

Bueno... en el Prácticum... mmm... decirte que la coordinadora no trata este tema en las estancias clínicas. Solo hay un ítem que valora de forma numérica cómo es la relación del estudiante con los pacientes y ya está, sin hacer hincapié en la formación del estudiante en esta parcela o vigilar si el terapeuta ocupacional del centro de prácticas trabaja o no estos aspectos con el estudiante. Cuando yo tenía alumnos en estancias clínicas, yo lo trabajaba con ellos porque lo creía oportuno, no porque desde la Universidad de donde provenían mis alumnos me dijeran que lo trabajase o enseñase. (E2).

En otras entrevistas las respuestas están orientadas afirmativamente a la presencia en la evaluación del estudiante por parte de su tutor de prácticas clínicas de los aspectos vinculados con la relación terapéutica:

Sí, los aspectos relativos a la relación terapéutica se evalúan por el profesor del centro de prácticas donde va el estudiante. El alumno conoce de antemano qué aspectos van a ser evaluados por su tutor, aunque claro, no sabe qué criterios tiene para realizar dicha evaluación. (E4).

Sí, por supuesto, en el Prácticum se refleja en las fichas de evaluación del alumno, en concreto se evalúa cómo es el contacto inicial del estudiante con los pacientes, el control de las emociones, la utilización del lenguaje verbal y no verbal, etc.; esta evaluación la realizan los tutores del centro de prácticas. (E5).

El Prácticum es una excelente oportunidad para desplegar las destrezas del alumno en todos los ámbitos profesionales, entre ellas las de la relación terapéutica. Uno de los objetivos del Prácticum es que el alumno sea capaz de aplicar los conocimientos teóricos a las necesidades reales. El interrogante es si los contenidos del uso terapéutico del yo han sido enseñados adecuadamente en la universidad para que el estudiante pueda ponerlos en práctica en la clínica.

La afirmación de que el alumno desconoce cuáles son los criterios por los cuales va a ser evaluado es significativa. Por su parte el tutor de prácticas debe tener experiencia clínica desde un año en adelante, pero no tiene por qué tener experiencia docente (es lo que afirman los entrevistados como exigencias de la universidad para enviar a sus alumnos). Estos factores dejan la consideración del fenómeno aquí

tratado como algo subjetivo al arbitrio del profesor tutor del centro donde se realiza el Prácticum, tanto en el aspecto de la docencia como en el de la evaluación.

3.2. Áreas de conocimiento a las que pertenece

Las áreas de conocimiento a las que pertenece el tema de la relación terapéutica señaladas por los entrevistados son fundamentalmente dos, la de Terapia Ocupacional y la de Psicología:

...de las áreas de conocimiento de la Psicología, la Psicología aplicada y... de Terapia Ocupacional, ya que existen distintas materias específicas según sea la aplicación en los distintos campos clínicos, tales como Psiquiatría, Discapacidades Físicas, Pediatría, Geriatria, etc... (E2).

En las áreas de Terapia Ocupacional y en la de Psicología. (E6).

Que se vincule el uso terapéutico del yo a estas dos áreas de conocimiento es lógico. Se trata de un fenómeno que sucede durante la interacción terapéutica y que se relaciona con aspectos intrapersonales e interpersonales (De las Heras de Pablo, 2015; Davidson, 2011 y Taylor, 2011). Según Taylor (2008) el dominio de las destrezas de la relación terapéutica supone una alta cualificación del terapeuta ocupacional que, además de conocer técnicas de intervención específicas de su especialidad, es necesario que maneje bien el uso terapéutico del yo para conseguir éxitos terapéuticos. Vemos por tanto cómo las áreas de conocimiento a las que pertenece son fundamentalmente específicas de la titulación de Terapia Ocupacional, si bien la presencia del área de Psicología es destacable.

3.3. Proceso didáctico

En el proceso de enseñanza-aprendizaje es muy importante tener en cuenta dos aspectos: en primer lugar los elementos fundamentales que lo constituyen, tales como el conjunto de procedimientos o técnicas empleados para alcanzar los objetivos planteados (es decir la metodología utilizada) y en segundo lugar cómo se plantea la evaluación o valoración de los conocimientos y las actitudes adquiridas por los estudiantes.

Según los entrevistados la metodología a emplear depende del profesor encargado de impartir la asignatura, esto es así en todas las asignaturas y para los contenidos objeto de estudio también. Lo mismo podemos decir de la evaluación, cada profesor tiene libertad para decidir cómo y qué evaluar. Una de las participantes nos detalla los métodos empleados:

Sí, hay distintas metodologías empleadas para enseñar la relación terapéutica, entre ellas tenemos las lecturas, los portafolios, las técnicas de resolución de problemas, los casos prácticos, el aprendizaje basado en problemas, las prácticas en distintos entornos, el trabajo grupal y el role-playing. (E4).

Los demás entrevistados no dan apenas detalles sobre los métodos empleados en la enseñanza de la relación terapéutica, o bien desconocen si existe:

Pues... realmente yo creo que no, la metodología aparece descrita en las asignaturas de una forma general pero no se entra en detalle en los métodos de enseñanza de cada competencia y en concreto de las que estamos hablando pues... tampoco se describen. (E2).

Estos resultados podemos compararlos con los encontrados por Davidson (2008). En su investigación las metodologías descritas eran similares a las señaladas aquí. Davidson también menciona la grabación en vídeo, tanto para analizar interacciones de pacientes con sus terapeutas como para grabar a los alumnos. Las grabaciones permiten observar cuáles son las pautas de interacción y descubrir debilidades y fortalezas de cada participante. La gran diferencia entre los dos estudios es que en el americano la mayoría de los entrevistados pueden detallar los métodos de enseñanza utilizados; en nuestra investigación es una minoría la que puede dar esta información.

Aunque los entrevistados manifiestan un pobre conocimiento sobre los métodos empleados por los diferentes profesores para la enseñanza de la relación terapéutica, sí exponen sus opiniones acerca de cuáles deben ser. Coinciden en afirmar que han de utilizarse fundamentalmente técnicas activas y a través de la práctica, aunque precedidas de formación teórica:

... debido a la importancia que tienen para el trabajo en la clínica, estos conceptos deberían enseñarse previamente en la universidad y utilizarse metodologías activas para dicha enseñanza pues son las más efectivas. Primero una parte de teoría y después métodos prácticos. (E6).

La utilidad de las metodologías activas como las más adecuadas para aprender los contenidos de la relación terapéutica es apoyada por diversos autores (Davidson, 2008; Ferraro y Crist, 2004 y Blatner, 2000). Por su parte De las Heras (2015) sostiene que la mejor manera para aprender la manera de tratar a los pacientes es que en la facultad el alumno experimente con los profesores esa forma de relacionarse; el estudiante debe aprender Terapia Ocupacional viviendo la Terapia Ocupacional desde el primer curso de facultad.

Los entrevistados manifiestan un gran desconocimiento de cómo se realiza la evaluación de los contenidos relativos al uso terapéutico del yo. Podemos inferir que si los contenidos son impartidos en diversas asignaturas donde se tratan varios temas, la evaluación será la utilizada en esas materias, pero no se señala una forma específica de evaluar los asuntos aquí tratados. Lo único mencionado a este respecto es lo expuesto en el apartado del Prácticum.

La realización de una evaluación estática en el Prácticum es una dificultad añadida. Se evalúan al alumno aspectos tales como cuáles son sus habilidades de comunicación con el paciente, cómo realiza el razonamiento clínico, la adecuación al establecer la relación, etc. Todo esto es importante pero lo que sería significativo es evaluar la evolución de todo ello desde el comienzo al final del período de prácticas (Ferrero y Crist, 2004).

Siguiendo a Gabilondo (2012) cuando sostiene que *“lo que no se evalúa se devalúa... lo que se evalúa mal se deteriora... La evaluación ha de ser una puesta en valor... y su objetivo ha de ser crear condiciones para mejorar, incluso señalar cómo hacerlo”* (pár.1), salta a la vista que nos encontramos con una importante dificultad en la enseñanza de la relación terapéutica. La mayoría de las veces no queda clara la metodología utilizada y en la totalidad de los casos la evaluación, cuando existe, es realizada por personas no formadas para ello.

En el proceso de enseñanza aprendizaje de la relación terapéutica, el alumno puede tener una falta de conciencia de lo que está aprendiendo. Esto es debido a las metodologías utilizadas en la enseñanza del tema pero, sobre todo, a las dificultades encontradas en cómo se realiza la evaluación.

3.4. Diferencias entre Diplomatura y Grado

En líneas generales, no hay grandes diferencias entre la diplomatura y el grado en lo relativo a la enseñanza de la relación terapéutica. No obstante, el aumento en un curso el tiempo destinado a la formación es señalado por los coordinadores como algo positivo y que puede redundar en una mejor preparación del futuro profesional. En estos temas es muy parecida la formación, tanto en el período de enseñanza en la facultad como durante la realización de las prácticas clínicas.

En diplomatura y en grado no hay diferencias, es igual en ambos, lo cierto es que en estos temas no existe prácticamente ninguna modificación. La presencia de estos temas en la diplomatura era de una forma difusa entre varias asignaturas, como ahora. (E2).

Algo similar a lo de ahora, en el grado, pero con menor duración y especialización en las asignaturas, aunque básicamente era muy parecido, en realidad no ha variado mucho... Estaba en las asignaturas de Teoría y Técnicas de la Terapia Ocupacional (I, II y III); tengo que decir que estas materias hacen referencia a la aplicación de la disciplina en todos los campos de trabajo y en todas las edades. Además de las anteriores asignaturas, también estaban en las de Psicología. (E4).

Según Alonso y Bilbao (2004) en la documentación para el alumno del Prácticum en la diplomatura aparecía expresamente en los objetivos: *el alumno será capaz de emplear y practicar las habilidades de comunicación y relación entre cliente/paciente* (p. 223). Estas autoras también señalan que en el BOE vigente durante la impartición de la diplomatura propone en el Prácticum como uno de sus contenidos *la relación terapéutica con el paciente* (p. 207).

Según refieren los entrevistados las diferencias fundamentales entre la diplomatura y el grado es la realización del Trabajo de Fin de Grado y que en la actualidad, al ser un año más de estudios, existe un mayor detalle y los conceptos no quedan tan difusos como antes, en la diplomatura. Las metodologías docentes tampoco han variado significativamente, aunque tal vez ahora están más detalladas. En ambos casos la decisión sobre los métodos a emplear es del profesor encargado de impartir cada materia. Quizá esto es debido a que, a pesar de su importancia, no se ha considerado como algo central a considerar en los planes de estudios:

Bueno, yo creo que no ha habido mucha evolución desde la diplomatura al grado, puesto que en ningún caso se ha contemplado como aspectos centrales de la enseñanza en los planes de estudios. En este punto creo que es necesario hacer una reflexión al respecto. (E6).

Este apunte de la necesidad de reflexionar porque no hay diferencias significativas entre la diplomatura y el grado es interesante. Pasar de 180 horas en la diplomatura a 240 horas en el grado supone un incremento sustancial de tiempo. Lo esperable es que la formación del graduado sea mejor que la del diplomado porque se ha profundizado en las materias más significativas de la disciplina, porque se han impartido otras nuevas consideradas importantes para el bagaje del terapeuta ocupacional o porque el alumno madure más al ser mayor el tiempo dedicado a su preparación profesional.

El momento en el cual se realizan las entrevistas puede influir en las opiniones de los responsables de la titulación con respecto a las diferencias entre la diplomatura y el grado. Las entrevistas se hicieron en un tiempo de transición en que todavía convivían en las universidades los planes de estudios antiguos con los nuevos. Tal vez

este hecho mediatiza las respuestas porque los profesores están inmersos en dos realidades. Tal vez la estimación de las diferencias entre la diplomatura y el grado haya que realizarla cuando se pueda tener más perspectiva temporal, más objetividad.

3.5. Valoración del Uso Terapéutico del Yo

Los coordinadores terapeutas ocupacionales estiman en alto valor el uso terapéutico del yo. Sin duda el hecho de tener experiencia clínica influye de una manera determinante, dado que también manifiestan que durante su formación académica no recibieron una enseñanza específica en estos asuntos. La valoración podemos considerarla desde dos puntos de vista: como concepto en sí mismo y en relación a la profesión.

Como concepto

Cuando los entrevistados opinan sobre la relación terapéutica están de acuerdo en considerarla como un aspecto nuclear del proceso terapéutico:

Desde mi punto de vista son aspectos centrales del proceso terapéutico, dado que, en muchos casos, tal relación y su manejo por parte del terapeuta ocupacional es la base, conforma las condiciones de posibilidad de un cambio en el desempeño ocupacional del sujeto. Especialmente en algunos ámbitos de actuación, como en salud mental y geriatría. (E6).

Es una herramienta esencial para el trabajo de los terapeutas ocupacionales, además de una habilidad que deben manejar de manera experta. Es muy importante para ser un buen profesional manejar adecuadamente el Uso Terapéutico del Yo. (E4).

La valoración conceptual del uso terapéutico del yo por parte de los entrevistados coincide con los resultados de los cuestionarios. En ellos nueve de cada diez terapeutas consultados respondían que este concepto es la destreza más importante de la práctica profesional; a su vez consideran que la relación terapéutica es la clave de los resultados de la terapia (apartado 1 de este mismo capítulo).

En relación a la profesión

Según la opinión de nuestros entrevistados la relación terapéutica es esencial en el trabajo cotidiano del terapeuta ocupacional. Ellos fundamentan esta afirmación en la naturaleza misma de la profesión, que no es otra que la intervención con personas en situaciones de dificultad como, por ejemplo, la discapacidad. La recuperación de los roles ocupacionales es el objetivo de la intervención. Es importante la visión del profesional como un agente para el cambio, su función no está limitada a ser alguien que indica actividades para la recuperación sino que su persona es un elemento esencial para la recuperación.

A mi juicio, la relación terapéutica en el quehacer diario del terapeuta ocupacional es vital ya que el trabajo diario con personas con discapacidad es mucho más efectivo para ambas partes si se crea una relación de empatía y confianza entre ellos, ya que, como dice Kielhofner, la motivación es el primer paso para la acción, y me temo que si el paciente no confía o no cree en su terapeuta ocupacional la motivación se verá alterada, disminuida. Además creo que en la discapacidad debemos buscar el bienestar y calidad de vida de los pacientes y, para ello, es necesario que el paciente me vea como un agente más en su meta de llegar a ese bienestar; siendo vital escucharle (diferente de oírle). (E2).

La consideración dada a este fenómeno por los entrevistados está en consonancia con los valores propios de la profesión. Como veíamos en el capítulo II, el uso terapéutico del yo ha sido entendido de diferentes maneras en los diversos paradigmas, pero siempre se ha tenido por un elemento importante (Peloquin, 2005 y Villares y Juanes, 2007). Además se considera beneficioso no solo para el paciente, también el terapeuta ocupacional está implicado en la interacción y por ello entran en juego aspectos personales como sus sentimientos y emociones.

Para Taylor (2015) y De las Heras (2015) la relación terapéutica es el pilar sobre el que construir el edificio de intervención del proceso terapéutico. Por este motivo diversos autores ven la necesidad de una formación continuada que tenga en cuenta los niveles de cada profesional para implementar la enseñanza adecuada a sus características (Gorenberg y Taylor, 2014). Los autores mencionados afirman que la formación en este campo debe realizarse durante toda la trayectoria del profesional, iniciándose al principio de la enseñanza académica y profundizando en ello a lo largo de la trayectoria como terapeuta ocupacional.

3.6. Personalidad versus Formación

En este punto abordamos si las competencias necesarias para establecer la relación terapéutica se nace con ellas o se consiguen a lo largo de la vida, o dicho de otra manera, si tienen que ver con la personalidad del terapeuta o se adquieren a través de formación específica. Algunos se inclinan a pensar que estas destrezas están vinculadas con la personalidad.

Pues mira, yo pienso que en muchos casos queda más a la personalidad y a las habilidades personales propias del profesional que a la formación recibida al respecto, salvo en el

caso de los psicólogos, me refiero a los que se dedican a la psicoterapia, que creo que se forman específicamente en la adquisición de habilidades para establecer y mantener la relación terapéutica. (E3).

En otros casos los terapeutas ocupacionales opinan que las destrezas necesarias para el uso terapéutico del yo se consiguen a través de formación específica, siguiendo técnicas activas y formación teórica, además de la experiencia:

Creo que hay escasa formación especializada al respecto en los grados. Quizá son habilidades que se adquieren a través de la formación de Postgrado y de manera autodidacta, por el interés personal que el profesional tenga en estos temas y se forme en los mismos. (E4).

Fundamentalmente, gracias a la experiencia... Creo que es un aspecto que no se contempla con la suficiente atención en los planes de estudios, puesto que deberían articularse con actividades y métodos específicos de aprendizaje, dada la trascendencia que tiene para el futuro profesional y, en la actualidad están ausentes. (E6).

La disparidad de opiniones de los entrevistados muestra cierta confusión en el tema. Si las habilidades de la relación terapéutica son debidas a la personalidad, el asunto deja poco margen para la formación. Lo mismo podemos decir si las atribuimos a la experiencia, es cuestión de dejar que el tiempo realice su labor. Sin embargo, si las destrezas del uso terapéutico del yo se adquieren, la puerta de la enseñanza de las mismas se abre.

Según muestran los resultados de las investigaciones llevadas a cabo por Taylor et al. (2011) y Talavera (2015), la personalidad y la

experiencia del profesional influyen en los modos terapéuticos y en el razonamiento clínico utilizados. A menor experiencia del terapeuta ocupacional el razonamiento empleado se ciñe más a los protocolos (procedimental). En el caso de profesionales expertos el razonamiento clínico es interactivo y los terapeutas cambian más sus modos terapéuticos según las necesidades del paciente.

A su vez, cuando se pregunta a los terapeutas sobre la necesidad de recibir formación en relación terapéutica, la mayoría de ellos manifiesta que en su época de aprendizaje académico no obtuvieron la suficiente y que ha sido después, durante el ejercicio de su actividad profesional, cuando han sentido la necesidad de mejorar sus destrezas en este campo. Para ello han utilizado vías formales y no formales (Taylor et al. 2009).

Volviendo al tema inicial de si las destrezas requeridas para establecer una óptima relación con el paciente es un asunto de personalidad o de formación, creemos poder afirmar que es una cuestión donde confluyen los diversos elementos mencionados. Por un lado, existen factores de la personalidad del profesional que le hacen tener aptitudes para unas determinadas formas de interacción con el paciente y, por otro lado, existe la posibilidad de optimizar las capacidades que no se encuentren excesivamente desarrolladas.

3.7. En relación a otras profesiones

En este punto todos los participantes en el estudio tienen una respuesta unánime: no saben cómo el resto de profesionales se forman al respecto, aunque hayan trabajado como profesionales en la clínica. Es de destacar este resultado porque el trabajo del terapeuta ocupacional es fundamentalmente en equipo.

La verdad es que no, no conozco nada al respecto, no tengo referencias de otras carreras en mi universidad ni en otras sobre si tratan el tema de la relación terapéutica, ni tampoco en otras universidades donde se imparte Terapia Ocupacional; intuyo que otras titulaciones relacionadas con la salud pueden tratar la relación terapéutica por la importancia que tiene, pero desconozco si en la práctica se hace. Cuando yo estudié Terapia Ocupacional no me formaron en nada de esto y, al trabajar como clínico, descubrí su importancia, por eso en las clases hago hincapié en ello, porque sé que en la práctica clínica es muy importante. (E2).

A pesar de este hallazgo, una buena parte de los participantes en nuestra encuesta (apartado primero de este capítulo) afirman haber aprendido sobre relación terapéutica en su interacción con otros profesionales. Los entrevistados desconocen cómo se enseña la relación terapéutica en otras disciplinas, pero son permeables a aprender acerca de este fenómeno al tener contacto con otros miembros del equipo terapéutico cuando trabajan.

Al mismo tiempo la Terapia Ocupacional se nutre del conocimiento de otras disciplinas afines, tales como la Medicina, la Psicología, la Sociología, la Pedagogía... Los responsables de titulación en la universidad desconocen cómo se enseña un concepto y unas destrezas destacadas como nucleares en otras profesiones. No ocurre lo mismo en otros temas; este hecho es llamativo y debe hacernos reflexionar.

A lo largo del capítulo hemos tratado de dar respuesta a los objetivos segundo y tercero de nuestra tesis. Hemos presentado los resultados y la discusión de los datos obtenidos a través de la triple vía utilizada en nuestra investigación: realización de un cuestionario a profesionales y posterior análisis estadístico descriptivo e inferencial, análisis documental de los planes de estudios de las dieciocho

universidades donde se imparte la titulación y, por último, hemos estudiado las entrevistas realizadas a las personas responsables de Terapia Ocupacional.

“La ocupación humana tiene un rol básico en crear, afianzar y experimentar sentido en la vida”.

De las Heras (2015, p. 3). Terapeuta ocupacional.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

En el capítulo cuarto hemos mostrado los resultados y la discusión de los datos encontrados en la investigación. Es el momento de realizar las conclusiones derivadas de los mismos. El capítulo quinto está dedicado a las conclusiones, las limitaciones del trabajo y las perspectivas futuras de investigación. Con ello creemos haber abordado los aspectos esenciales necesarios para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Iniciábamos esta tesis con el propósito de profundizar en la enseñanza de la relación terapéutica en Terapia Ocupacional en el ámbito español. Para ello planteábamos tres objetivos principales de los cuales se derivaban otros y, así, hemos podido aproximarnos al conocimiento de la realidad nacional en esta materia al utilizar tres vías para la obtención de datos: la opinión de los terapeutas ocupacionales, el análisis de las competencias afines a la relación terapéutica presentes en los planes de estudios de las dieciocho universidades españolas y las entrevistas realizadas a responsables de la titulación. Esta información es útil para comprender y mejorar la enseñanza de la relación terapéutica en los futuros terapeutas ocupacionales, por lo que es un trabajo encuadrado dentro del paradigma de la investigación educativa (Bisquerra, 2004).

Debido a la propia experiencia clínica y docente tenemos plena conciencia de la importancia del uso terapéutico del yo en el proceso de intervención con el paciente. Es necesario conocer las necesidades de los profesionales en este asunto y realizar un análisis en profundidad de lo que se está haciendo en la materia. Al mismo tiempo, la enseñanza de las destrezas y habilidades necesarias para manejar este fenómeno pueden ser transmitidas, en parte, a través del vínculo establecido entre los docentes y los estudiantes mediante el proceso de formación como terapeutas ocupacionales.

El trabajo que desarrollarán los futuros profesionales va a estar asociado a las experiencias, emociones y conocimientos propios. Tenemos la convicción de que es precisa una formación que vaya más allá de la adquisición de conocimientos teóricos y abarque aspectos personales tales como la autoconciencia, el reconocimiento de las propias limitaciones, el desarrollo de la empatía, las habilidades de comunicación, la aceptación de uno mismo, los sentimientos surgidos al tener contacto con la discapacidad, entre otros. Todos estos elementos configuran la identidad personal y profesional (ambas

íntimamente unidos) del terapeuta ocupacional e influirán en las interacciones con los pacientes.

Hemos realizado una aproximación teórica y práctica a la situación en España de la enseñanza de la relación terapéutica en Terapia Ocupacional, a través de ella consideramos la posibilidad de ofrecer un perfil de los profesionales, así como de las fortalezas y debilidades de la formación en este asunto durante la etapa universitaria de los futuros terapeutas ocupacionales. Presentamos las conclusiones a las que hemos llegado, las limitaciones del estudio realizado y, por último, los futuros desarrollos para investigar sobre este tema.

1. CONCLUSIONES

Tomando como punto de partida las preguntas de investigación planteadas en la Introducción, nos marcamos tres objetivos generales de los que en alguno de ellos se derivan objetivos intermedios. El enfoque de los mismos es obtener información relevante para responder a los interrogantes que han servido de hilo conductor y motor de nuestro trabajo. En este momento próximo a terminar la investigación consideramos haber dado respuesta a los interrogantes surgidos aunque, a veces, las cuestiones se han quedado como temas a abordar en futuros trabajos.

La obtención de datos la hemos realizado a través de una triple vía: en primer lugar el cuestionario sobre aspectos del uso terapéutico del yo formado por diversas preguntas; en segundo lugar el estudio relativo a los planes de estudios de Terapia Ocupacional llevado a cabo obteniendo los elementos de la definición del uso terapéutico del yo, la práctica centrada en el paciente y las inteligencias interpersonales e intrapersonales de Gardner y, una vez determinados los elementos constituyentes, hemos realizado una búsqueda en las competencias, tanto generales como específicas de todas las

universidades españolas que imparten el título; por último, la tercera vía utilizada para obtener datos han sido las personas responsables de la titulación de Terapia Ocupacional, las cuales han aportado su visión a través de las entrevistas realizadas. Los resultados y la discusión se encuentran en el capítulo cuarto.

En esta sección presentamos las conclusiones. Esperamos con ello contribuir a la investigación en la enseñanza de Terapia Ocupacional y más concretamente a la enseñanza de la relación terapéutica en esta disciplina. Se abren también nuevas vías de investigación que ayudarán a mejorar la formación de los profesionales, tanto los actuales como los venideros, a través de cursos específicos en relación terapéutica y análisis desde la perspectiva del paciente.

De forma paralela al proceso investigador han ido surgiendo y hemos ido elaborando las principales conclusiones expuestas a continuación. Las presentamos siguiendo el orden de los objetivos planteados al inicio de la investigación.

Con respecto al primer objetivo general propuesto en esta tesis consistente en *delimitar el uso terapéutico del yo en Terapia Ocupacional, así como los principales ámbitos de interés y las tendencias en las investigaciones realizadas sobre el mismo*, hemos llevado a cabo un análisis riguroso de los diferentes estudios al respecto realizados en distintos países del mundo con características socio-culturales diversas. Esto es imprescindible tenerlo presente porque nuestro objeto de estudio, la relación terapéutica y su enseñanza, está íntimamente vinculado con las interacciones entre las personas. Los intercambios interpersonales son diferentes según los distintos contextos socioeconómicos y culturales; a pesar de ello todos los trabajos encontrados, con independencia del contexto cultural, señalan la importancia del vínculo terapéutico para los resultados terapéuticos.

- a) La delimitación del concepto del uso terapéutico del yo la hemos realizado diferenciando el significado de la relación terapéutica en Psicoterapia, donde es el elemento central del proceso porque la intervención se focaliza en los aspectos de la interacción terapeuta-paciente, y en Terapia Ocupacional en la cual se constituye como elemento clave para que el paciente se involucre en las actividades propuestas. Hemos realizado un recorrido a través de la evolución del concepto del uso terapéutico del yo, teniendo en cuenta el paradigma de Terapia Ocupacional existente en cada momento y sus implicaciones en las conceptualizaciones teóricas y prácticas. En el paradigma contemporáneo se pone un especial énfasis en los aspectos volitivos de la persona y la importancia del compromiso del paciente con las actividades propuestas para optimizar el éxito terapéutico. Desde esta perspectiva cobra especial relevancia cómo sea la relación entre el profesional y el paciente. El terapeuta ocupacional debe conocer y manejar con maestría las destrezas necesarias del uso terapéutico del yo. En este tema están de acuerdo todos los autores consultados.
- b) El ámbito de interés del tema que nos ocupa es a la vez clínico y docente. Los resultados y las conclusiones obtenidos de las investigaciones sobre la materia se enriquecen mutuamente. En el primer capítulo hemos presentado los aspectos teóricos de la relación terapéutica en Terapia Ocupacional, destacando el valor que, desde los albores de la profesión, ha tenido y tiene este fenómeno. Con ello podemos concluir la relevancia y la alta consideración que los autores dan al uso terapéutico del yo dentro de la Terapia Ocupacional. Al mismo tiempo, y tal como mostramos en el capítulo segundo, los ámbitos de

interés de las investigaciones se centran en los estudiantes, los profesionales y, en menor medida, los docentes.

- c) Si nos centramos en las tendencias y principales líneas de investigación realizadas sobre el fenómeno de la relación terapéutica, observamos que se han tomado a los estudiantes, profesionales y docentes como sujetos sobre los cuales realizar las investigaciones. En ellos se han realizado estudios sobre los elementos constituyentes del uso terapéutico del yo, tales como la empatía, las destrezas comunicativas, las habilidades interpersonales, la práctica centrada en el paciente y el uso de la narrativa, entre otros.

Los estudiantes han formado parte del mayor número de estudios sobre la materia. Son frecuentes los trabajos acerca de sus niveles de empatía, sobre los cambios experimentados antes y después de tomar contacto con personas en las que la discapacidad forma parte del día a día. Los elementos de la práctica centrada en el paciente son objeto de estudio. Se investiga si los estudiantes tienen capacidad para establecer límites, si son capaces de poner en práctica habilidades de negociación y si los objetivos de los tratamientos los ponen junto con el paciente. Todo esto se lleva a cabo fundamentalmente durante los períodos de prácticas clínicas.

Los estudios realizados a profesionales se dirigen a conocer cuáles son, en su opinión, las destrezas más importantes para la práctica clínica y también cómo las adquirieron ellos a lo largo de su trayectoria. Existen también estudios recientes cuya finalidad es explorar acerca de los modos del uso terapéutico del yo y las capacidades del profesional para cambiar de modo según el paciente y el momento dentro del proceso terapéutico.

Las investigaciones en el ámbito docente no se han realizado hasta épocas más recientes. El acento está puesto fundamentalmente en las metodologías utilizadas y en el énfasis de las ventajas de utilizar métodos activos en el proceso de enseñanza-aprendizaje del uso terapéutico del yo. También De las Heras (2015) señala la conveniencia de que durante la formación en la universidad el alumno tenga un vínculo con los profesores y esto pueda ser la base del aprendizaje de la relación terapéutica, lo cual señala el alto valor dado a este fenómeno. En lo relativo a los contenidos de las asignaturas, la investigación es muy escasa en este tema.

- d) Una última conclusión del primer objetivo es que, si bien desde los albores de la disciplina se ha escrito sobre la importancia del fenómeno de la relación terapéutica, hasta una época reciente no se ha investigado acerca de la enseñanza de este importante aspecto del proceso en Terapia Ocupacional. Una parte de los estudios está dedicada al análisis de las necesidades de la práctica clínica. Estos trabajos señalan cómo el uso terapéutico del yo es un asunto nuclear para el éxito terapéutico y expresan que la enseñanza de las destrezas vinculadas con la relación terapéutica debe considerarse prioritaria en la formación de los futuros profesionales.

El segundo objetivo general planteado en nuestra investigación consiste en *analizar las necesidades, las percepciones y la formación del terapeuta ocupacional relativas al uso terapéutico del yo en la práctica clínica*. Para abordarlo nos planteamos otros objetivos intermedios que emanan de él, exponemos las conclusiones obtenidas de cada uno de ellos después de analizar los resultados:

- I. El primer objetivo intermedio derivado del más general expuesto anteriormente consiste en *determinar la opinión de los terapeutas ocupacionales sobre el uso terapéutico del yo para el proceso y resultados de la Terapia Ocupacional*. El acuerdo es unánime entre los encuestados: la gran mayoría afirma que la relación entre el terapeuta y el paciente es la clave de los resultados de la terapia y, además, añaden que el uso terapéutico del yo es la destreza más importante. Esta relevancia radica en que gracias a ella se consigue un mayor compromiso del paciente con las actividades propuestas, lo cual redundará en el logro de mayores éxitos terapéuticos. Es significativo que para nueve de cada diez encuestados el razonamiento clínico debe incluir aspectos del uso terapéutico del yo. Esto está expresamente descrito en la última definición del concepto dado por la AOTA. Junto a esta opinión tan altamente valorativa sobre la relación terapéutica, encontramos cómo los profesionales afirman haber recibido una insuficiente formación en la materia y además creen que no existe conocimiento suficiente sobre la misma.

Estos resultados pueden tener serias consecuencias porque si los terapeutas ocupacionales asumen dichas creencias difícilmente se pondrán en disposición de formarse en relación terapéutica. Quizá el profesional piensa que hay poco conocimiento sobre el tema porque ha recibido una formación insuficiente en el mismo. En cualquier caso la gran diferencia percibida entre la importancia dada al fenómeno que nos ocupa, el conocimiento disponible y la formación recibida debe hacernos reflexionar. La distancia entre ellos es demasiado grande como para no tenerla en cuenta y tomar las medidas oportunas.

- II. Otro objetivo intermedio derivado del segundo objetivo general es el de *identificar cómo los terapeutas ocupacionales adquieren las destrezas para el uso terapéutico del yo*. La formación, según las dos terceras partes de los encuestados, se realiza a través de cauces informales. En concreto refieren la interacción con profesionales de otras disciplinas y las lecturas sobre el tema. La realización de las prácticas clínicas supone para casi la mitad de ellos su manera de formarse acerca de relación terapéutica, frente tan solo a una cuarta parte que afirma haber aprendido durante las clases y/o asignaturas. La formación continua después de terminar la carrera, la supervisión y el aprendizaje en Psicoterapia constituyen para la quinta parte de los participantes sus maneras de entrenamiento en el tema de la relación terapéutica. Además una tercera parte de los terapeutas ocupacionales afirman haberse formado en otras disciplinas afines a la Salud Mental como medio de entrenamiento en el fenómeno tratado.

La motivación de los profesionales para realizar formación sobre el tema puede deberse a dos motivos: la percepción de ser un asunto poco tratado en las clases y el convencimiento de haber aprendido sobre el mismo durante la realización de las prácticas. Los terapeutas ocupacionales leen, supervisan y se forman en relación terapéutica interactuando con profesionales de otras disciplinas sanitarias, también profundizan en sus conocimientos en Salud Mental y Psicoterapia. En definitiva sienten la necesidad de progresar en su aprendizaje y lo hacen dirigiendo la mirada hacia otras profesiones. Posiblemente esto es debido a la ignorancia de lo que la suya propia les puede ofrecer y por la creencia de escasez de conocimiento sobre el uso terapéutico del yo en Terapia Ocupacional.

- III. El tercer objetivo intermedio es el de *especificar el tipo de conductas interpersonales difíciles que los terapeutas ocupacionales se encuentran dentro de la relación terapéutica*. El interés de esta cuestión radica en la posibilidad del profesional de modular su tipo de interacción con el paciente según sean las conductas interpersonales consideradas como peliagudas. La interacción influye en los resultados de la terapia, es una meta para el terapeuta ocupacional conseguir la implicación del paciente en las actividades propuestas y las conductas interpersonales difíciles constituyen un obstáculo.

Los profesionales señalan directamente la hostilidad y la agresividad como conductas producidas en uno de cada cinco pacientes, pero también se debe considerar como agresivas otras conductas tales como la pasividad, la desconfianza, las conductas desadaptativas (consumo de sustancias, actuaciones impulsivas, autoagresiones, etc.), los intentos manipulativos y la dependencia emocional; dichos comportamientos están presentes en un alto porcentaje de los pacientes atendidos en los servicios de Terapia Ocupacional. La falta de realismo junto con la negación podemos considerarlas desde dos puntos de vista: por un lado pueden ser parte de la fase inicial dentro del proceso de adaptación a la nueva situación después del traumatismo, son fases necesarias y pasajeras; pero por otro lado, la persona puede llegar a estancarse en ellas, impidiéndole progresar en la elaboración de la discapacidad y frenando su adaptación a la misma. La desesperación y la focalización en la pérdida, a pesar de ser fenómenos normales dentro de la elaboración del duelo, si se constituyen como dominantes en la forma de afrontamiento de la persona se convierten en perjudiciales, les dificultará la vinculación con

el terapeuta e impedirá la valoración de nuevas oportunidades emergentes.

Podemos decir como conclusión que, aunque los terapeutas ocupacionales señalan como principal conducta con influencia negativa en los resultados terapéuticos la dificultad de involucrarse en la actividad por parte del paciente, este problema para implicarse en la misma se debe a factores tanto intrapersonales como interpersonales, de ahí la importancia de cómo maneje el profesional las diversas situaciones producidas. Las reacciones a las conductas difíciles de los pacientes por parte de los terapeutas son fundamentalmente apoyarse en las normas institucionales, del equipo o de la actividad y la focalización en el comportamiento con el objetivo de cambiarlo. Es destacable el sentimiento de utilidad del trabajo del terapeuta ocupacional para prevenir conductas interpersonales difíciles. Se trata de una percepción de autoeficacia elevada en profesionales muy jóvenes (la media de edad no llega a los treinta años) cuando anteriormente afirmaban no haber sido formados suficientemente en aspectos del uso terapéutico del yo.

- IV. El cuarto objetivo intermedio es el de *definir las acciones de los terapeutas ocupacionales durante la sesión de terapia y determinar la frecuencia de las mismas*. La utilidad de preguntar sobre lo realizado por el terapeuta durante la sesión estriba en que nos permite obtener matices sobre sus formas de interactuar con el paciente. El uso de unas acciones u otras definen distintos modos terapéuticos utilizados por el profesional. En general la interacción terapeuta-paciente refleja una dinámica enriquecedora para ambas partes.

Son muchos los terapeutas que preguntan sobre la historia de vida del paciente. Esta cuestión puede considerarse desde dos vertientes no excluyentes entre sí: la primera de ellas relacionada con la necesidad de confeccionar la historia clínica, la segunda con la construcción de la narrativa del paciente, de cómo incorpore el relato de la enfermedad a su vida. El contacto físico (aunque no se discrimina si es por la necesidad específica de la intervención, por ejemplo para la colocación de una férula, o para dar apoyo o consuelo), al igual que la expresión verbal de las conductas interpersonales y dar ánimos es una constante entre los participantes de nuestro estudio.

La elección de las actividades en función de suponer un reto para la capacidad del paciente es una opción preferida entre los terapeutas y puede ser considerada como una expresión de confianza en las posibilidades del paciente. Entre los encuestados los modos empatizador (utilizando expresiones tanto verbales como no verbales) y colaborador son los más frecuentes, seguidos por los modos alentador y resolutor de problemas. La consideración de la personalidad del paciente es para casi todos los profesionales un hecho, sin embargo, son bastantes menos los que cambian el estilo interpersonal durante el devenir del proceso terapéutico.

Otra conclusión es que los modos terapéuticos utilizados por los participantes de nuestro estudio están en consonancia con los hallazgos de anteriores investigaciones (Taylor et al. 2011 y Talavera 2015). Además cuanto más joven y menos tiempo lleva trabajando el terapeuta ocupacional, más usa los modos resolutor de problemas y alentador, ambos propios del razonamiento clínico procedimental. Es preciso recordar que, en nuestra investigación, la media de edad de los participantes

no llega a los treinta años y la cantidad de tiempo trabajado en la mitad de ellos es menor de cinco años.

- V. El quinto objetivo nos lleva a *caracterizar los sentimientos, pensamientos y nivel de preocupación comunicados por los terapeutas ocupacionales*, con ello hacemos referencia a la experiencia profesional. Los sentimientos y pensamientos positivos son dominantes entre los encuestados, se manifiestan en altos niveles de satisfacción, de reflexión sobre lo aprendido con los pacientes, de sentimientos de confianza en su trabajo, del disfrute al recordar la interacción con un paciente, de sentirse bien por los cumplidos recibidos por la persona atendida. Esta experiencia profesional manifestada en sentimientos y pensamientos positivos está en consonancia con bajos sentimientos de frustración, de tristeza, de confusión por no comprender actitudes o conductas de un paciente así como la poca preocupación por lo que le pueda suceder a un paciente fuera de la sesión.

Otras vivencias pueden tener diferentes lecturas, según la interpretación realizada. Pensar en la manera de mejorar la ayuda a un paciente durante el tiempo personal puede indicar una preocupación positiva pero también una dificultad por parte del terapeuta de desconectar del trabajo, pudiéndose constituir esto en un precursor de burnout. Pensar en cambios en la carrera profesional puede indicar una insatisfacción con aspectos de la misma tales como condiciones laborales, ámbito de actuación u otros o bien expresar necesidades de especialización y mejora profesional.

El deseo de una mayoría de recibir apoyo, consejo y supervisión en aspectos relativos al uso terapéutico del yo pone de manifiesto una concienciación de su importancia y a

la vez revela las carencias de los terapeutas ocupacionales en esta materia. La conciencia de haber llegado al límite de las posibilidades en un paciente es difícil para el profesional, con frecuencia existe una exigencia o una percepción de que se puede lograr más, supone para el terapeuta ocupacional la renuncia a su omnipotencia y la aceptación de que se ha conseguido el máximo en las circunstancias particulares de cada persona.

Si consideramos las aportaciones obtenidas con el ítem abierto al final de la pregunta podemos concluir que los terapeutas ocupacionales se sienten satisfechos y motivados con su profesión, a la vez de mostrarse deseosos de obtener una mayor formación y de disponer de más herramientas específicas para realizar su trabajo, tanto en la evaluación como en la intervención terapéutica. Son frecuentes las manifestaciones de falta de comprensión y valoración de su tarea por parte del resto del equipo y de la institución en la cual desempeñan su labor. A pesar de todo ello se sienten bien por tener oportunidades formativas y, sobre todo, por ejercer una profesión que les satisface y consideran importante.

- VI. El último objetivo que nos proponemos con el cuestionario es el de *explorar la relación entre la cantidad de acciones terapéuticas utilizadas por los terapeutas ocupacionales y características tales como su edad, género, nivel de estudios, experiencia y modelos de intervención; así como las peculiaridades de los pacientes y de los contextos de actuación*. Pretendemos conocer qué rasgos y circunstancias hacen a un buen profesional de la Terapia Ocupacional. Partimos del supuesto que el uso de un mayor número de acciones terapéuticas en la interacción indica también una mejor competencia del terapeuta para realizar su labor. Las

posibilidades de adaptarse a las necesidades del paciente y cambiar los propios modos terapéuticos requieren del dominio de las diversas acciones a utilizar, según lo requieran las circunstancias.

La característica del terapeuta ocupacional que influye significativamente en el número de acciones terapéuticas realizadas es el nivel de formación, a más nivel alcanzado, mayor despliegue de estrategias en la interacción con el paciente. En el extremo opuesto ni la edad ni el género del profesional correlacionan con las acciones llevadas a cabo. Con respecto a la experiencia existe una tendencia, aunque no es significativa, en la cual las acciones terapéuticas aumentan cuanto mayor es el tiempo en la práctica clínica; el no ser significativa nos lleva a la conclusión de que la experiencia, por sí misma, no es suficiente para optimizar las cualidades profesionales, ha de estar acompañada de formación y de una búsqueda activa para la mejora en el ejercicio profesional.

Los pacientes que presentan estrés postraumático y cambios de humor requieren más actividades por parte del profesional en la interacción con ellos que otras conductas, ello es debido a la gran repercusión en sus vidas de la discapacidad, la enfermedad o cualquier otro motivo por el cual reciben tratamiento de Terapia Ocupacional. A su vez, la desesperación sobre el futuro, la focalización en la pérdida, la hostilidad y la ansiedad son las sintomatologías por las cuales los profesionales despliegan un mayor arsenal de acciones terapéuticas para intervenir.

En este sentido es necesario recalcar que otros síntomas como la pasividad o la dependencia, aunque pueda parecer que requieren menos intervención, al estar directamente

relacionados con la motivación y el nivel de compromiso con la actividad necesitan de una gran intervención por parte del clínico. El terapeuta debe estar preparado para escuchar y atender las demandas de los pacientes cualesquiera que sean las formas de manifestarse.

No se han encontrado resultados significativos en cuanto al tipo de limitaciones por las que los pacientes reciben tratamiento y las acciones terapéuticas llevadas a cabo por el terapeuta ocupacional. Lo esperado, de manera intuitiva y por los estudios realizados por otros investigadores, es que las personas con alteraciones psiquiátricas y psicosociales fuesen aquellas con mayores necesidades de estrategias por parte del profesional. Esto nos hace pensar que la escala EAT mide la frecuencia y la cantidad de acciones realizadas durante la sesión pero no discrimina los modos terapéuticos del clínico. Los modos terapéuticos utilizados por los terapeutas son importantes definirlos en función tanto del profesional como del paciente al que va dirigida la intervención.

Si queremos responder la pregunta de qué hace a un terapeuta ocupacional ser buen profesional podemos concluir que, con respecto a sus características personales, la respuesta es su mayor nivel de formación, la edad y el género no tienen ninguna relevancia; por su parte la experiencia tiene un peso relativo pero no determinante. La estabilidad del contexto en el cual realiza su labor también es un factor favorecedor de una mejor práctica profesional. Los retos planteados por los pacientes y que más exigen del profesional son la edad (adolescentes) y la sintomatología activa de su patología.

El tercer objetivo de nuestra tesis consiste en *estudiar cómo están reflejadas las competencias relacionadas con el uso terapéutico del*

yo en los planes de estudios y en el proceso de enseñanza- aprendizaje de la Terapia Ocupacional en las universidades españolas.

De este objetivo se derivan otros dos:

I. El primero consiste en *examinar la presencia de elementos relacionados con el uso terapéutico del yo en las competencias de los Planes de Estudios de Terapia Ocupacional*. Las conclusiones a las que hemos llegado son las siguientes:

- a) Las competencias de la relación terapéutica están compuestas por todos los tipos existentes, aunque son competencias fundamentalmente del *saber ser* (actitudes, valores, intereses, normas), *saber estar* (predisposición al entendimiento, comunicación interpersonal y comportamiento colaborativo) y del *saber hacer* (habilidades y destrezas, capacidad para aplicar el saber a la actuación).

En menor medida participa de competencias del *saber* por los conceptos y conocimientos precisos para su comprensión y posterior necesidad de ser llevados a la práctica. En definitiva podemos aseverar que las competencias del uso terapéutico del yo están vinculadas mayoritariamente a aspectos de la inteligencia emocional.

- b) Los términos afines a la relación terapéutica están presentes en las competencias de todos los planes de estudios de las dieciocho universidades españolas en las cuales se imparte Terapia Ocupacional, este hecho evidencia la importancia concedida a la dimensión profesional que nos ocupa. También documentos clave de la profesión como son el Libro Blanco de Terapia Ocupacional (2005), el documento de ENOTHE (2008) y el BOE (2009) contienen, entre las competencias

señaladas necesarias para adquirir por el futuro terapeuta ocupacional, elementos relacionados con el uso terapéutico del yo.

- c) Los elementos han sido obtenidos siguiendo estos criterios: estar presentes en la definición de *uso terapéutico del yo* del Tercer Marco de Trabajo de Terapia Ocupacional (2014), ser afines a la *práctica centrada en el paciente* y pertenecer a la *inteligencias intrapersonal e interpersonal*. En el capítulo tercero exponíamos los motivos en los cuales nos basábamos para hacer esta selección. Los resultados obtenidos nos permiten afirmar que los criterios seguidos son adecuados para realizar la búsqueda en valores de presencia o ausencia.

- d) Un hecho a destacar es la desigual presencia de los términos buscados entre los distintos planes de estudios. Elementos como comunicación y respeto aparecen en la totalidad de los documentos analizados. En casi todos ellos están interpersonal, autocrítica, límites, colaboración y razonamiento. El autoconocimiento, la escucha, la crítica y la práctica centrada en el paciente están representados en más de la mitad de los planes de estudios.

Es llamativa la escasa presencia de los términos relación terapéutica y empatía; así como la nula aparición de autoconciencia, negociación, narrativa y uso terapéutico del yo. Si tomamos en consideración estos resultados podemos concluir que los elementos relacionados con la práctica centrada en el paciente aparecen de manera mayoritaria; es decir, la profesión se fundamenta desde hace tiempo en este enfoque hasta haberse constituido en un aspecto esencial de su identidad.

- e) La presencia del elemento relación terapéutica en cinco documentos es llamativa. En un principio puede llevarnos a pensar que no es tan importante como otros representados en la totalidad de los planes de estudios. Algo similar ocurre con el uso terapéutico del yo, no se encuentra como tal en ningún documento, aunque sea la forma en la que se denomina a la relación terapéutica en Terapia Ocupacional. Sin embargo, la apreciación de escasa relevancia de estos conceptos se nos antoja precipitada porque no podemos olvidar que los constituyentes de la relación terapéutica son precisamente todos los términos buscados.

- f) Los elementos autoconciencia, negociación y narrativa no tienen representación en las competencias de los documentos estudiados. Pertenecen a las inteligencias intrapersonal, interpersonal y a la definición del uso terapéutico del yo respectivamente. La negociación podemos incluirla dentro de las habilidades o destrezas interpersonales, presente en prácticamente todos los planes de estudios.

Nos lleva a la reflexión ausencias tan destacables como autoconciencia y narrativa, así como empatía presente en tres de los documentos (la sexta parte de los mismos). Al mismo tiempo los resultados del cuestionario utilizado en esta investigación manifiestan cómo la gran mayoría de los terapeutas ocupacionales hacen uso de la narrativa en sus interacciones, preguntan al paciente sobre su historia de vida e intentan construir nuevos significados. Con la empatía sucede algo similar, a pesar de la poca presencia del término en los planes de estudios, los profesionales afirman mostrarse empáticos en sus intervenciones. Como conclusión podemos afirmar que, a pesar de ser destrezas importantes para el

ejercicio profesional, se puede estar produciendo una laguna en la formación académica de los futuros terapeutas.

- g) En cuanto a los planes de estudios es necesario actualizar las enseñanzas con el fin de adecuarlas a las nuevas tendencias. Para ello disponemos como modelo el Tercer Marco de Referencia de Terapia Ocupacional, aunque adaptándolo a la realidad española. Esto es especialmente importante para el reconocimiento de la formación universitaria por la WFOT. Esta validación de la formación supone una aspiración de las universidades españolas ya que supone una acreditación del organismo internacional sobre la calidad de la enseñanza impartida en términos de contenidos y prácticas.
- h) Otra de las conclusiones derivadas de los resultados de este apartado es la dificultad de plasmar en competencias concretas lo relativo al uso terapéutico del yo por tratarse de realidades poco tangibles, difíciles de materializar y porque requieren métodos de enseñanza diferentes a los tradicionales. Tenemos en cuenta la naturaleza actitudinal y procedimental de las competencias implicadas más que el componente del conocimiento teórico, aunque este último también es necesario tenerlo presente.
- i) Una vez vistas las posibilidades y las limitaciones ofrecidas por el estudio de las competencias en los planes de estudios, otra conclusión surgida es la oportunidad de abordar la enseñanza de la relación terapéutica a través de un enfoque en los resultados de aprendizaje. Se trata de acotar lo más posible todo lo relativo a la formación en este importante fenómeno necesario en la práctica profesional y definir la forma de adquirir las destrezas y habilidades implicadas en el mismo.

II. La segunda parte del tercer objetivo aspira a *conocer la opinión de los responsables de la titulación sobre la presencia e importancia del uso terapéutico del yo en la formación del terapeuta ocupacional, así como los elementos fundamentales que han de tenerse en cuenta en el proceso de enseñanza-aprendizaje*. Después de haber realizado el análisis y la discusión de los resultados en el capítulo anterior exponemos a continuación las conclusiones:

- a) Un primer aspecto destacable es que la gran mayoría de los participantes en las entrevistas son terapeutas ocupacionales, aunque una gran parte de ellos poseen además otras titulaciones superiores siendo dos de ellos doctores. No obstante un gran número de responsables o coordinadores de Terapia Ocupacional en España provienen de otras disciplinas, entre las que se encuentran principalmente la Psicología, la Pedagogía y la Medicina.

La escasez de terapeutas ocupacionales entre los responsables, así como entre los docentes en general, se debe a la tardía incorporación de estos profesionales en la enseñanza universitaria, si bien últimamente estamos viviendo un cambio significativo ya que cada vez son más los terapeutas ocupacionales dedicados a impartir clase en la universidad. Aunque existe la necesidad de una mayor presencia de terapeutas ocupacionales entre los docentes de esta profesión con formación en investigación (en la actualidad escasa); también es cierto que en el presente los terapeutas ocupacionales profesores aportan su bagaje como clínicos, siendo esta característica una gran ventaja. A la vez también señalamos la conveniencia de que los coordinadores de la titulación sean profesionales íntimamente vinculados con la disciplina.

- b) Es muy llamativa la inexistencia de cambios significativos de la diplomatura al grado en cuanto a la enseñanza de Terapia Ocupacional en general y de la relación terapéutica en particular, a pesar del reconocimiento dada a la misma por parte de los responsables de titulación. La posibilidad de plasmar estos contenidos en el curriculum puede ser difícil, entre otras cosas porque el docente está implicado personalmente. El vínculo establecido entre profesor-alumno sirve, en buena medida, de modelo para la futura relación entre el futuro profesional y el paciente.

- c) En relación a las competencias y contenidos presentes en los planes de estudios, los entrevistados señalan más términos afines presentes en las competencias del uso terapéutico del yo tales como comunicación, autoconocimiento, autocrítica, conocimiento de las propias limitaciones como terapeuta, habilidades interpersonales, etc. que a la relación terapéutica específicamente. A la vez señalan la presencia de dichos contenidos dispersos en diferentes lugares de varias asignaturas. También se constata la inexistencia de una asignatura específica para tratar estos temas entre la mayoría de las universidades representadas por los participantes de nuestra investigación y, cuando la hay, se da la circunstancia de no ser impartida por un terapeuta ocupacional. Todos estos aspectos dan idea de la vaguedad con la que es abordado un asunto considerado como de capital importancia para la práctica clínica pero que en la formación académica queda diluido y disperso. Se trata, sobre todo, de competencias del saber ser y del saber estar más que de conocimientos teóricos, por esto las metodologías utilizadas para adquirir dichas competencias han de estar en consonancia con su naturaleza.

- d) Las metodologías de enseñanza están mencionadas pobremente por los responsables de titulación. Son pocos los que las exponen con detalle y, cuando lo hacen, mencionan métodos y técnicas de enseñanza activas; es decir, en la misma línea que los investigadores del tema aseguran debe realizarse la educación de la relación terapéutica. Destacan entre las técnicas el role-playing, el estudio de caso, la simulación, el aprendizaje basado en problemas, el portafolio, el debate, las técnicas de resolución de problemas, las lecturas y la discusión. La mayoría de los responsables aseguran que las metodologías utilizadas dependen del profesor encargado; Este hecho indica la responsabilidad plena del docente en cuanto a la forma de impartir los contenidos. Cabe preguntarnos si, además de la responsabilidad, los profesores tienen los conocimientos, las oportunidades y las herramientas adecuadas para enseñar sobre relación terapéutica.
- e) La metodología y la evaluación son nucleares dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje. Aunque algunos entrevistados mencionan aspectos de las metodologías, no podemos decir lo mismo acerca de la evaluación. Si tenemos en cuenta que los contenidos de la relación terapéutica están presentes en diferentes asignaturas, puede darse la circunstancia de que la evaluación sea la misma en todos los temas impartidos en dichas asignaturas, aun tratándose de asuntos dispares. Si las metodologías están escasamente descritas y la evaluación no es explícita nos encontramos con que el proceso de enseñanza-aprendizaje de la relación terapéutica puede estar seriamente comprometido, máxime cuando los entrevistados se refieren al Prácticum como el lugar donde este asunto adquiere la máxima relevancia.

- f) Todos los coordinadores de titulación coinciden en afirmar la realización del Prácticum el tiempo donde los futuros profesionales tienen la posibilidad de ejercitar sus habilidades en la relación con el paciente. Este aprendizaje es esencialmente de naturaleza práctica pero, de la misma manera que los estudiantes aprenden a confeccionar ortesis en las aulas, parece no ocurrir lo mismo con el uso terapéutico del yo. Las diferencias entre lo señalado en las competencias, los contenidos, las asignaturas y el Prácticum dan idea de ser habilidades aprendidas fundamentalmente por la experiencia del contacto entre el alumno y el paciente, más que destrezas conocidas y entrenadas previamente para luego ser integradas en la práctica con el paciente, al igual que el resto de conocimientos.

Además se añade otra realidad: los tutores de los centros de prácticas son terapeutas ocupacionales en todos los casos, con al menos un año de experiencia clínica. Sin embargo no tienen necesariamente una formación como docentes. A pesar de ello se les exige la enseñanza a los alumnos de técnicas específicas de la profesión, además de lo relacionado con el uso terapéutico del yo, y se les pide una evaluación de los estudiantes según unos baremos establecidos por la universidad. Pero ¿qué criterios aplica el tutor del Prácticum si carece de formación para enseñar y para evaluar? Esta situación pone al futuro terapeuta ocupacional aprendiendo sobre relación terapéutica a través de la experiencia en el contacto directo con el paciente y modelada por el tutor del centro. A pesar de ser la práctica muy importante hay habilidades interpersonales e intrapersonales que se escapan y se escurren por no ser enseñadas de una manera adecuada, intencional y sistematizada. Es necesario utilizar métodos, técnicas y evaluación apropiados para aprender lo

concerniente a este fenómeno, señalado por todos como fundamental para lograr el éxito en la intervención terapéutica.

- g) Existe un debate abierto, se cuestiona si las habilidades y destrezas necesarias para el uso terapéutico del yo son debidas a la personalidad del terapeuta o si son adquiridas mediante formación específica. Esta cuestión se manifiesta en las entrevistas y, aunque algún participante manifiesta la opinión de que son aspectos de la personalidad de cada profesional, la mayoría de ellos manifiestan estar a favor de una formación definida y concreta.
- h) Es unánime la alta valoración del uso terapéutico del yo por los entrevistados, posiblemente debido a la anterior o simultánea experiencia clínica de los mismos. El elevado valor es considerado tanto como concepto en sí mismo como en relación a la profesión. La estimación es unánime entre los coordinadores de titulación y está en consonancia con los resultados obtenidos entre los profesionales encuestados, los cuales también apoyan esta idea, así como los encontrados en otros estudios y que están expuestos en el primer capítulo de este trabajo. Podemos afirmar, pues, que la relación terapéutica es un fenómeno altamente valorado en Terapia Ocupacional desde el punto de vista clínico, docente y de la investigación.
- i) Para finalizar con este apartado destacamos el hecho del total desconocimiento entre nuestros entrevistados de otras disciplinas en esta materia. La ignorancia sobre buenas prácticas docentes, tanto en otras universidades en las cuales se imparte Terapia Ocupacional como de disciplinas afines es unánime entre todos los responsables de titulación entrevistados en nuestro estudio. Este dato es sorprendente.

Los terapeutas ocupacionales tienen en común con los demás profesionales sanitarios, entre otras cosas, la importancia de los vínculos establecidos con sus pacientes. Es llamativo que los coordinadores afirmen desconocer lo relativo al aprendizaje de este fenómeno por el resto de expertos con los cuales va a trabajar en equipo el terapeuta ocupacional. Se abren aquí numerosos interrogantes.

Una vez extraídas las conclusiones relativas a cada uno de los objetivos vamos a considerar otras que no se pueden encuadrar en los mismos de una manera concreta. Surgen al considerar el tema de forma global: la escasa investigación sobre Terapia Ocupacional en España, el interés de los aspectos relacionales en las profesiones sanitarias, la implantación de los grados con un proceso de enseñanza-aprendizaje basado en competencias y, finalmente, por la atención que merece la formación del profesorado en esta profesión. Hemos llegado a estas conclusiones después de realizar el trabajo presentado al reflexionar sobre el tema. Con todos estos aspectos pretendemos dar una idea de conjunto, a la vez de establecer relaciones con una mayor riqueza de matices. Con ello se abre también la posibilidad de analizar más adelante las limitaciones de nuestro trabajo y de dibujar las futuras líneas de investigación en nuestro campo de estudio.

La relación terapéutica es un tema importante para la disciplina. Todos los temarios consultados de las oposiciones para terapeutas ocupacionales incluyen varios temas relacionados con relación terapéutica, comunicación, razonamiento clínico y asuntos afines; es decir, es un conocimiento exigido a los profesionales, estando al mismo nivel que otros, tales como la capacidad de diseñar planes de intervención en diferentes patologías.

El uso terapéutico del yo es en sí un proceso dinámico. Por ello se requiere una actualización de las enseñanzas, tanto en los documentos

base de la titulación como en los planes de estudios de la misma con el fin de ajustarse a las tendencias y nuevas líneas a nivel internacional. Hemos comprobado también cómo algunos aspectos se tratan durante la formación universitaria pero otros no. Surge la pregunta de qué hacer, por un lado podemos establecer diferentes niveles de formación y, por otro lado, también podemos describirlos, además de en las competencias, en los resultados de aprendizaje.

El análisis de los resultados de nuestra investigación nos permite constatar la existencia de cierto vacío en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la relación terapéutica en Terapia Ocupacional. Se hace especialmente evidente en aspectos como la evaluación, ya que ni los responsables de titulación son capaces de señalar cómo se realiza la misma, ni el análisis de los planes de estudios permite atisbar las formas en las que se lleva a cabo. En cuanto a la metodología está en la misma línea señalada por expertos internacionales en la materia, aunque está descrita de manera parcial.

La reflexión sobre el perfil del profesor de las asignaturas que tratan estos contenidos es interesante. ¿Es mejor un terapeuta ocupacional especialmente formado en enseñar el uso terapéutico del yo o bien un docente cuya base de especialización sea la relación terapéutica pero con otra titulación? El desconocimiento de otras profesiones no debe ser motivo para ignorar las posibilidades existentes en cuanto a la enseñanza de esta materia.

La formación de los tutores de los centros en los cuales los alumnos realizan el Prácticum merece atención por la responsabilidad otorgada. Tienen en sus manos a futuros profesionales y son modelos tanto de la enseñanza y aplicación de técnicas terapéuticas como de modos de interacción y relación terapeuta-paciente. Ellos mismos deben aprender a enseñar y evaluar para optimizar todo el potencial de su experiencia clínica. La oportunidad de aprender Terapia

Ocupacional (contenidos e interacción terapéutica) desde la entrada en la universidad con los docentes, complementada con la enseñanza de los tutores en los lugares donde se realiza el Prácticum, puede constituirse en la opción más valiosa para el aprendizaje de la relación terapéutica en esta profesión.

La investigación llevada a cabo permite llenar las lagunas existentes en la materia porque cuanto menos conocimiento tiene el profesional sobre un tema menos consciente es de la necesidad de aumentar su formación en el mismo. Esta realidad lleva en ocasiones a un desarrollo de la permeabilidad de su técnica haciéndole adoptar otras características que no le son propias y que pueden tener consecuencias perjudiciales para su identidad profesional. En definitiva esta tesis aporta investigación en la enseñanza de Terapia Ocupacional, en concreto en el uso terapéutico del yo en España. A nivel internacional existen investigaciones sobre el tema pero en nuestro país son escasas, a pesar de existir interés en el mismo evidenciado en algunas jornadas organizadas por universidades, por estudiantes o por colectivos de terapeutas ocupacionales.

Como conclusión final podemos decir que la Terapia Ocupacional tiene incorporado de manera consistente como un componente clave en su filosofía el uso terapéutico del yo. Ha llegado el momento y la disposición en todos los escenarios a su alcance de poder investigar, reflexionar e intervenir de la manera apropiada para conseguir mejoras significativas.

2. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El trabajo desarrollado nos ha permitido analizar la situación española de la enseñanza de la relación terapéutica en Terapia Ocupacional. El punto de partida fue el estudio del tema en sus aspectos teóricos y prácticos. Al finalizar podemos decir que la investigación nos ha

permitido delimitar cómo es la enseñanza en España del uso terapéutico del yo. Para ello hemos considerado el punto de vista de los profesionales, de las personas responsables de la titulación en las universidades y, como análisis documental, hemos analizado los planes de estudios de las dieciocho universidades donde se imparte la disciplina. Sin embargo nuestro trabajo tiene limitaciones que pasamos a comentar:

La primera de ellas hace referencia al proceso metodológico empleado para seleccionar la muestra que ha sido no probabilístico por conveniencia. El criterio para la inclusión de los participantes en el estudio fue la accesibilidad y la adecuación al mismo. Esto supone una limitación porque los resultados no podemos generalizarlos a toda la población de terapeutas ocupacionales de nuestro país. No obstante tiene un enorme potencial exploratorio debido a la gran muestra utilizada. Además el uso de esta metodología supone una rentabilidad al requerir escasos recursos humanos y materiales.

La segunda limitación es que hubiese sido deseable tener más entrevistas para disponer de una panorámica mayor de las opiniones de las personas responsables de la titulación. Igualmente en la mayoría de los casos los entrevistados no eran los encargados de impartir los contenidos vinculados al tema. El conocimiento de la relación terapéutica en Terapia Ocupacional se debía, sobre todo, a su experiencia como clínicos. La experiencia docente en este asunto era escasa.

La tercera limitación se refiere al estudio de las competencias en los planes de estudios de la titulación hecho desde la presencia de palabras clave. Un análisis del significado de todas las competencias del título quizá habría podido proporcionar una mayor riqueza de detalles en las cuestiones investigadas.

Y finalizamos las limitaciones diciendo que otro sesgo en la investigación es debido al interés especial en el tema de los participantes en el estudio. Los encuestados por responder a un cuestionario on-line y los entrevistados por ofrecerse a realizar la entrevista; en todos los casos la participación es voluntaria. Desconocemos cuáles hubiesen sido los resultados con otros participantes seleccionados de otra manera. A pesar de ello el gran número de personas implicadas en la investigación hacen potencialmente generalizables los hallazgos de nuestro trabajo.

3. FUTUROS DESARROLLOS

Al realizar esta tesis hemos analizado la situación en España de la enseñanza de la relación terapéutica en Terapia Ocupacional. Hemos comprobado cómo los profesionales y los docentes reconocen la importancia del tema y las lagunas en la formación de los futuros profesionales. Por ello podemos plantear algunas cuestiones para posteriores investigaciones:

En primer lugar el análisis de las asignaturas donde aparezcan contenidos de la relación terapéutica nos ofrecerá la posibilidad de conocer qué se imparte, con qué metodologías, cómo se evalúan e incluso si queda reflejado en los resultados de aprendizaje de la asignatura.

En segundo lugar la realización de un estudio dirigido a los profesores tutores del Prácticum en los centros donde los alumnos reciben su formación práctica. La realización de las prácticas es señalada como la oportunidad de aprender sobre esta materia. El estudio incluiría aspectos de su formación clínica y docente y de su valoración y formación específica en el uso terapéutico del yo.

En tercer lugar nos parecen especialmente interesantes los estudios dirigidos a los estudiantes, en concreto a la evolución de sus capacidades empáticas, habilidades de comunicación, razonamiento clínico, uso de modos de interacción, etc.

Y por último un campo sin explorar, y que nos parece muy importante, es cómo son percibidas por el paciente las destrezas de interacción del terapeuta ocupacional, si se siente comprendido por él, si confía lo suficiente como para establecer juntos las metas del tratamiento, si considera que el profesional conoce cuáles son sus prioridades y sus preocupaciones para un futuro más o menos próximo... En definitiva el estudio de la relación terapéutica desde el punto de vista del paciente, de sus necesidades y de lo que percibe como fortalezas y/o debilidades del profesional de Terapia Ocupacional.

Para finalizar planteamos la prioridad de desarrollar formación específica en relación terapéutica en Terapia Ocupacional, tanto en la época de formación de grado como de postgrado. Los cursos de especialización utilizando metodologías activas se consideran los más adecuados. Es necesaria la creación de programas para potenciar las habilidades naturales de cada uno. Está en juego la calidad asistencial de las personas receptoras de cuidados de los terapeutas ocupacionales.

En un nivel más personal me gustaría decir lo que ha supuesto para mí la realización de esta tesis. Por una parte ha sido un gran reto, se trata de un trabajo con mucha dedicación de tiempo, mucha energía y que ha estado acompañado de innumerables dificultades y renunciaciones. Pero también ha significado una toma de contacto con grandes profesionales, en ocasiones a través de la relación personal y otras veces por medio de sus escritos.

Ha sido muy importante la oportunidad de plasmar buena parte de mi experiencia clínica, docente e investigadora y, a su vez, darme la posibilidad de plantearme nuevos interrogantes sobre los cuales seguir trabajando. Todo ello me ha enriquecido a nivel personal y profesional de una manera profunda. En definitiva, el esfuerzo ha merecido la pena porque ha sido una ocasión para seguir creciendo en todos los ámbitos. Y lo mejor de todo el proceso ha sido el acompañamiento de excelentes personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbey, L., y Aldrich, M. y R. (2015). Developing occupational therapy students' practice habits via qualitative inquiry education. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(2), 119-128. doi: 10.1177/0008417414562955.
- Abreu, B. (2011). Eleanor Clarke Slage lectura: Accentuate the positive: Reflections on empathic interpersonal interactions. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(6), 623-634.
- Alonso, D. y Bilbao, M. C. (2005). Valoración del Prácticum en la carrera de Terapia Ocupacional. En C. J. González Bernal y V. Ramos Barbero (Coords.), *La formación del Terapeuta Ocupacional en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior. Libro de Actas del I Congreso Internacional de Terapia Ocupacional* (pp. 205-227). Burgos: Universidad de Burgos.
- Álvarez-Sierra, J. (1967). *El Padre Menni y su obra*. Barcelona: Editorial Hospitalaria.
- American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 609-639. Recuperado de <http://ajot.aota.org/> on 12/12/2015. doi:10.5014/ajot.2014.682006.
- American Occupational Therapy Association. (2015). Occupational therapy code of ethics. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(Suppl. 3), 39-49.

- Anderson, J., y Hinojosa, J. (1984). Parents and therapists in a professional partnership. *American Journal of Occupational Therapy*, 38, 452-461.
- Arenas, J., Cardenal, G., Emeric, D., y Sánchez, A. (2013). *La colegiación obligatoria en el ejercicio profesional de los Terapeutas Ocupacionales en España* (Informe técnico sobre Terapia Ocupacional). Madrid: Ed. Comité Gestor del Consejo de Colegios de Terapia Ocupacional y Asociaciones Profesionales de Terapia Ocupacional. Recuperado de <http://www.terapeutas-ocupacionales.es/assets/files/COFTO-CLM/informe%20tecnico%20sobre%20terapia%20ocupacional.pdf>.
- Arroyo, A., Lancharro, I., Romero, R., y Morillo, M. S. (2011). La Enfermería como rol de género. *Index de Enfermería*, 4(20), 1-3. doi: 10.4321/S1132-12962011000300008.
- Asay, T. P., y Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. En M. A. Hubble, B. L. Duncan y S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change* (pp. 23-55). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2014). *DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Auzmendi, A. L., de las Heras, C. G., Kielhofner, G., y Miranda, C. (2008). Recrafting occupational narratives. En G. Kielhofner, (Ed.), *Model of human occupation* (pp. 313-336). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bailey, D.M., y Cohn, E. (2009). Understanding others: A course to learn interactive clinical reasoning. *Occupational Therapy in Health Care*, 15(1-2), 31-46.

- Barba, J. J. (2013). La investigación cualitativa en educación en los comienzos del siglo XIX. En M. Díaz, y A. Giráldez (Eds.), *Investigación cualitativa en educación musical* (pp. 23–38). Barcelona: Graó.
- Beer, M., y Vorster, C. (2012). Fieldwork education: Putting supervisors' interpersonal communication to the test. *South African Journal of Occupational Therapy* 42(1). 1-6.
- Bellido, J. R., y Berrueta, L. M. (2011). La relación terapéutica en terapia ocupacional. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 13, 1-11. Recuperado de <http://www.revistatog.com/num13/pdfs/modelotaylor1.pdf>.
- Bergin, A. E., y Garfield, S. (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.
- Bing, R. (1981). Eleonor Clark Slagle lectureship 1981-occupational therapy revisited: A paraphrastic journey. *American Journal of Occupational Therapy*, 35, 499-518.
- Bisquerra, R. (2004). *Metodología de la Investigación educativa*. Madrid: La Muralla.
- Blatner, A. (2000). Spontaneity. En *Foundations of psychodrama: History, theory and practice* (4th ed.) (pp. 63-74). New York: Springer.
- Boletín Oficial del Estado (1967). Orden de 13 de junio de 1967 por la que se aprueba el texto del Reglamento que ha de regir el funcionamiento de la Escuela de Terapia Ocupacional. Núm. 152. 27 de junio, pp. 8971-8973.
- Boletín Oficial del Estado (1990). 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. núm. 278, pp. 34349-34350.

Boletín Oficial del Estado (2009). Orden CIN/729/2009, de 18 de marzo, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Terapeuta Ocupacional. Núm. 73, Sec. I, pp. 29177-29181.

Bonsaksen, T. (2013). (2013). Self-reported therapeutic style in occupational therapy students. *British Journal of Occupational Therapy*, 76(11), 496-502. doi: 10.4276/030802213X13833255804595.

Brown, T., Williams, B., Boyle, M., McKenna, L., Molloy, L., Palermo, C., y Molloy, A. (2011). Predictors of empathy in health science students. *Journal Allied Health*, 40(3), 143-149.

Brown, T., Williams, B., Boyle, M., McKenna, L., Molloy, L., y Lewis, B. (2010). Levels of empathy in undergraduate occupational therapy students. *Occupational Therapy International*, 17(3), 135-141. doi: 10.1002/oti.297.

Cahill, M., O'Donnell, M., Warren, A., Taylos, A., y Gowan, O. (2013). Enhancing interprofesional student practice through a case-based model. *Journal Interprofessional Care* 27(4), 333-335. doi: 10.3109/13561820.2013.764514.

Cañadas, M., y Santos del Riego, M. A. (2008). Identidad profesional en la universidad. Agente de modelado. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 5, 99-111. Recuperado de <http://www.revistatog.com/mono/num2/univ.pdf>.

C.A.O.T. (1991). *Occupational Therapy guidelines for client centred practice*. Toronto: ON: CAOT Publications ACE.

- Cara, E., y MacRae, A. (2005). *Psychosocial occupational therapy in clinical practice* (2nd ed.). Albany: Delmar.
- Carrese, M., y Tewfilk, D. (2002). Counseling enrichment in an occupational therapy program. *Education Special Interest Section Quarterly*, 12(4), 1-4.
- Casas, J., Repullo, J. R., y Donado, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención Primaria*, 31(8), 527-38.
- Castellanos, M. C. (2004). La Creatividad y su relación con la Terapia Ocupacional. *Indivisa*, 11, 26-28.
- Castellanos, M. C. (2006). Reflexiones acerca de la adaptación de la asignatura de teoría y técnicas de terapia ocupacional en enfermedades mentales a ECTS. *Indivisa, Boletín de Estudios e Investigación. Monografía V. Elaboración de las Guías Docentes de Asignaturas adaptadas al sistema de Transferencia de Créditos Europeos en las titulaciones de Magisterio, Educación Social y Terapia Ocupacional*, 253-293.
- Castellanos, M. C. (2008). Desarrollo psicológico: desarrollo afectivo, cognitivo y afectivo. En B. Polonio, M. C. Castellanos, y I. Viana. *Terapia Ocupacional en la Infancia* (pp. 41-45). Madrid. Médica Panamericana.
- Castellanos, M. C. (2010). La relación terapéutica en terapia ocupacional. *Terapia Ocupacional: Revista Informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales*, 53, 23-25.
- CNDEUTO. (2004). *Libro Blanco de la Diplomatura de Terapia Ocupacional*. Zaragoza. Recuperado de

<http://www.udc.es/grupos/cndeuto/docs/libroblancocndeutoto.pdf>.

- Cole, B., y McLean, V. (2003). Therapeutic relationships redefined. *Occupational Therapy in Mental Health*, 19(2), 33-56. doi: 10.1300/J004v19n02_03.
- Corominas, R., y Sanz, M. J. (1995). *El minusválido físico y su entorno: reflexiones psicoanalíticas*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Corring, D. J., y Cook, J.V. (2006). Ask, listen and learn: what clients with a mental illness can teach you about client-centred practice. In T. Sumsion (Ed.), *Client-centred practice in occupational therapy. A guide to implementation* (2nd ed.) (pp. 107-122). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Corring, D. J., y Cook, J.V. (1999). Client-centred care means I am a valued human being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 66(2), 71-82.
- Crepeau, E. B., y Cohn, E. (2015). La narración como clave del entendimiento. En B.A.B. Schell, G. Gillen, y M. E. Scaffa. *Willard & Spackman: Terapia Ocupacional* (12ª ed.) (pp. 95-102). México: Editorial Médica Panamericana.
- Crepeau, E. B., Cohn, E. S., y Schell B.A.B. (2011). *Willard y Spackman: Terapia Ocupacional* (11ª ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Crepeau, E. B., y Garren, K. R. (2011). I looked to her as a guide: the therapeutic relationship in hand therapy. *Disability Rehabilitation*, 33(10), 872-881. doi: 10.3109/09638288.2010.511419.
- Darragh, A., Sample, P., y Krieger, S. (2001). "Tears in my eyes cause somebody finally understood": Client perceptions of

- practitioners following brain injury. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(2), 191-199.
- Davidson, D. A. (2006). *Teaching therapeutic use of self to future occupational therapists: a survey of current educational practices* (Thesis doctoral). Saint Louis University, Missouri.
- Davidson, D. A. (2011). Therapeutic Use of Self in Academic Education: A Mixed-Methods Study. *Occupational Therapy in Mental Health*, 27(1), 87-102. doi: 10.1080/0164212X.2011.543966.
- Davis, J. (2008). Occupational therapy students' metaphors for helping. *American Journal of Occupational Therapy*, 62(2) 242-250.
- De las Heras, C. G. (2015). Significado de la Terapia Ocupacional: implicaciones para la práctica. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, (12), 127-145. Recuperado de <https://www.revistatog.com/mono/num7/significado.pdf>
- Denton, P. L. (1987). *Psychiatric occupational therapy: A workbook of practical skills*. Boston: Little Brown.
- D´Cruz, K., Howie, L., y Lentin, P. (2016). Client-centred practice: Perspectives of persons with a traumatic brain injury. *Scandinavian Journal Occupational Therapy*, 23(1), 30-38. doi: 10.3109/11038128.2015.1057521.
- Dhillon, S., Wilkins, S., Stewart, D., y Law, M. (2015). Understanding advocacy in action: A qualitative study. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(6), 345-352. Recuperado de <http://bjo.sagepub.com/content/early/2015/06/24/0308022615583305.full.pdf+html> doi: 0308022615583305.

- Duncan, E. (2006). *Foundations for practice in occupational therapy*. (4ª ed.). London: Elsevier Churchill Livingstone.
- Dunlop, W. (1933). A brief history of occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 1, 6-11.
- Dunton, W. (1919). *Reconstruction therapy*. Philadelphia: WB Saunders.
- Dunton, W. (1915). *Occupational therapy: A manual for nurses*. Philadelphia: WB Saunders.
- Durante, P. y, Noya, B. (1998). *Terapia ocupacional en salud mental: Principios y práctica*. Barcelona: Masson.
- Durante, P., Noya, B., y Hernández, M. (2001). Marcos de referencia aplicados a la disfunción psicosocial. En B. Polonio, *Conceptos fundamentales de terapia ocupacional* (pp. 89-98). Madrid: Panamericana.
- Edwards, H., y Durette, D. (2010). The Relationship Between Professional Identity and Burnout Among Occupational Therapists. *Occupational Therapy in Health Care*, 24(2), 119-129.
- Eklund, M., y Hallberg, I. (2001). Psychiatric occupational therapists' verbal interaction with their clients. *Occupational Therapy International*, 2(8), 1-16.
- ENOTHE/COTEC. (2008). *The Tuning Occupational Therapy Project Group. Tuning Educational Structures in Europe. Reference Points for the Design and Delivery of Degree Programmes in Occupational Therapy*. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto.

- Feijoo, M. (2014). La empatía como experiencia vivida: Una mirada fenomenológica a la relación terapéutica. *Revista ROL de Enfermería*, 37(78), 6-7.
- Ferraro, G., y Crist, P. (2004). Brief or New: Professional Development of Fieldwork Students: Occupational Adaptation, Clinical Reasoning, and Client-Centeredness. *Occupational Therapy En Health Care*, 18(1-2). 39-47
http://dx.doi.org/10.1080/J003v18n01_05.
- Finlay, L. (2004). *The practice of psychosocial occupational therapy* (3ª ed.). Cheltenham: Nelson Thornes.
- Forsyth, K., y Kuiz, F. (2006). Survey research design. En G. Kielhofner (Ed.), *Research in occupational Therapy. Methods of inquiry for enhancing practice* (pp. 91-109). Philadelphia: F.A. Davis.
- Fowler, F. (2002). Improving survey questions. En F. Fowler, *Applied Social Research Methods Series* (pp. 97-123). London: Sage.
- Freud, S. (1981). El yo y el ello. En S. Freud, *Obras completas* (4ª ed) (pp. 2701-2728). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1981). La dinámica de la transferencia. En S. Freud, *Obras completas* (4ª ed) (pp. 1648-1653). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Frieswyk, S., Allen, J., Colson, D., Coyne, L., Gabbard, G., Horwitz, L., y Newsom, G. (1986). Therapeutic alliance: Its place as process and outcome variable in dynamic psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 32-39.

- Gabilondo Pujol, A. (5 de marzo del 2012). Evaluación y valoración. [Entrada de Blog]. Recuperado de blogs.elpais.com/el-salto-del-angel/2012/03/evaluación-y-valoración.html.
- Gable, G. (2008). Naissance de l'ergothérapie. En G. Gable (Ed.), *Nouveau guide de pratique en ergothérapie: Entre concepts et réalités* (pp. 85-89). Marseille: Solal.
- Galew, H. (2005). Students Teaching Students: Learning Through Doing, Being, and Becoming. *Occupational Therapy in Health Care*, 19(3), 105-117. doi: 10.1080/J003v19n03_08.
- García-Margallo, P. (2008). *Manual de Dinámica Grupal en Terapia Ocupacional. Una aproximación humanista*. Madrid: Aytona Tosa.
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.
- Gardner, H. (1993). *Multiple intelligences: The theory in practice*. New York: Basic Books.
- Gauthier, C. y Tardif, M. (2004). *La pédagogie, théorie et pratiques de l'Antiquité à nos jours* (2ª ed.). Montreal: Gaëtan Morin.
- Gay, L. R., & Airasian P. (2000). *Educational research: Competencies for analysis and application*. Sixth Edition. Columbus, Ohio: Merrill.
- Gerits, L., Derksen, J., y Verbruggen, A. (2004). Emotional intelligence and adaptive success of nurses caring for people with mental retardation and severe behavior problems. *Mental Retardation*, 42(2), 106-121.
- Gillotti, C., Thompson, T. y McNeilis, K. (2002): Communicative competence in the delivery of bad news. *Social Science Medicine*, 54(7), 1011-1023.

- Goetz, J.P. y Le Compte, M.D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.
- Gómez-Alonso, J., Latorre, A., Sánchez-Aroca, M., y Flecha, R. (2006). *Metodología Comunicativa Crítica*. Barcelona: El Roure.
- Gómez-Tolón, J., y Salvanés, R. (2003). *Terapia ocupacional en psiquiatría*. Zaragoza: Mira.
- González-Alonso, M.Y., Santamaría, M., Guijo, V., y Ortiz, J. H. (2015). Aplicación del aprendizaje cooperativo en terapia ocupacional. En M. T., Tortosa, J. D. Alvarez-Teruel, y N. Pellín (Coords.). *Nuevas estrategias organizativas y metodológicas en la formación universitaria para responder a la necesidad de adaptación y cambio* (pp. 1788-1797). Alicante: Universidad de Alicante. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10045/49493>.
- González-Morales, M., y López-Martín, O. (2013). Competencias del Terapeuta Ocupacional en Salud Mental. Un estudio Descriptivo Transversal en la Comunidad de Castilla- La Mancha. *Revista Terapia Ocupacional Gallega*, 18. 1-20. Recuperado de <http://www.revistatog.com/num18/pdfs/original5.pdf>.
- González, J.L., Moreno, R., Peñacoba, C., Alcocer, N., Alonoso L., Del Barco, P. y Ardoy, J. (2003). Burnout en terapia ocupacional: un análisis focalizado sobre el nivel de consecuencias individuales y organizacionales. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 1(1), 59-73.
- Gorenberg, M. (2013). Instructional Insights: Continuing Professional Education to Enhance Therapeutic Relationships in Occupational Therapy. *Occupational*

Therapy in Health Care, 27(4), 393-398. doi:
10.3109/07380577.2013.834404.

Gorenberg, M., y Taylor, R. (2014). *The Intentional Relationship Model: A Framework for Teaching Therapeutic Use of Self*. Manuscrito inédito. AOTA Continuing Education: Montgomery Lane, Bethesda, MD, USA.

Grupo de mejora para la creación del Protocolo de Intervención desde Terapia Ocupacional. (2013). *Protocolo de Intervención desde la Terapia Ocupacional en los CAD del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid*. Recuperado de http://www.terapia-ocupacional.com/temporal/INTERVENCION_DROGAS_TERAPIA_OCUPACIONAL_MADRID_2013.pdf.

Guba, E. (1989). Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. En J. Gimeno y A. Pérez- Gómez. *La enseñanza: su teoría y su práctica*. (148-165). Madrid: Akal.

Gupta, S., Paterson, M. L., Lysaght, R., y Zweck, C. (2012). Experiences of Burnout and Coping Strategies Utilized by Occupational Therapists. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(2) 86-95.

Gupta, S., Paterson, M. L., Lysaght, R., y Zweck, C. (2012). Using hermeneutics to understand burnout and coping strategies utilized by occupational therapists. *Qualitative Report*, 17(3), 1-25.

Haertl, K. (2008). From the Roots of Psychosocial Practice- Therapeutic Use of Self in the Classroom: Practical Applications for Occupational Therapy Faculty. *Occupational Therapy in Mental Health*, 24(2), 121-134. doi: 10.1080/01642120802055168.

- Hagedorn, R. (1995). *Occupational therapy: Perspectives and processes*. New York: Churchill Livingstone.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: McGraw Hill Interamericana.
- Hill, C. y Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research, 19*(1), 13-29.
- Hinojosa, J. (2007). Becoming innovators in an era of hyperchange. *The American Journal of Occupational Therapy, 61*(6), 629-637.
- Holmqvist, K, Holmefur, M., y Ivarsson, AB. (2013). Therapeutic use of self as defined by Swedish Occupational therapists working with clients with cognitive impairments following acquired brain injury: a Delphi study. *Australian Occupational Therapy Journal, 60*(1) 48-55. doi: 10.1111/1440-1630.12001.
- Hooper, B. (2008). Stories we teach by: Intersections among faculty biography, student formation, and instructional processes. *American Journal of Occupational Therapy, 62*, 228-241. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.62.2.228>.
- Hopkins, H. (1983). An historical perspectiva on occupational therapy. In H. Hopkins, *Willard and Spackman's occupational therapy* (6^a ed.) (pp. 3-23). Philadelphia: Lippincott.
- Hossack, J. (1953). The role of household activities in an occupational therapy programme. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 20*(3), 53-58.
- Jamieson, M., Krupa, T., O'Riordan, A., O'Connor, D., Paterson, M., Ball, C., y Wilcox, S. (2006). Developing empathy as a

- foundation of client-centred practice: evaluation of a university curriculum initiative. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(2), 76-85.
- Jantzen, A. (1963). Some strengths of occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 30(1), 21-25.
- Jeffry, B., y Hicks, C. (1997). The impact of counseling skills training on the interpersonal skills of undergraduate Occupational Therapy students. *British Journal of Occupational Therapy*, 60(9), 395-400.
- Johnson, R. B., y Turner, L. S. (2003). Data collection strategies in mixed methods research. En A. Tashakkori, y C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research* (pp. 297-319). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kantartzis, S. (2008). Sviluppo delle definizioni consensuali per la terapia occupazionale in Europa. *Giornale Italiano di Terapia Occupazionale*, 1, 62-64.
- Kaplan, S. H., Greenfield, S., y Ware, J. E. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care*, 27(7), 110-127.
- Kielhofner, G. (2006). *Fundamentos conceptuales de la terapia ocupacional* (3ªed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Kielhofner, G. (2004). *Modelo de ocupación humana. Teoría y aplicación*. Madrid: Panamericana.
- Kyler, P. L. (2005). The ethics of client-centered models. En R. B. Purtillo, G. M. Jensen y C. B. Royeen (Eds.), *Educating for moral action; A sourcebook in health and rehabilitation ethics* (pp. 159-167). Philadelphia: F. A. Davis.

- Knight, C. (2012). Therapeutic Use of Self: Theoretical and Evidence-Based Considerations for Clinical Practice and Supervision. *The Clinical Supervisor*, 31, 1–24. doi: 10.1080/07325223.2012.676370.
- Kübler-Ross, E., y Kessler, D. (2006). *Sobre el duelo y el dolor*. Barcelona: Luciérnaga.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. En J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Law, M. (1998). *Client-centered occupational therapy*. New Jersey: Slack, Thorofare.
- Lazure, H. (1987). *Vivre la relation d'aide: Approche théorique et pratique d'un critère de l'infirmière*. Montreal: Décarie Editeur.
- Le Vesconte, H. (1935). Expanding fields of occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 3(1), 4-13.
- Linares, R. (coord.) (2005). *Libro Blanco título de Grado en Terapia Ocupacional*. Madrid: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Recuperado de http://www.aneca.es/var/media/150316/libroblanco_terapiacupacional_def.pdf.
- Mahboub, L., y Milbourn, BT. (2015). Modernising occupational therapy teaching, research and practice in mental health. *Australian Occupational Therapy Journal* 62(5), 363. doi: 10.1111/1440-1630.12236.
- Maitra, K., y Erway (2006). Perception of Client-Centered Practice in Occupational Therapists and Their Clients. *The American Journal of Occupational Therapy*, 60(3), 298-310.

- Maloney, S., y Griffith, K. (2013). Occupational Therapy Students Development of Therapeutic Communication Skills During a Service-Learning Experience. *Occupational Therapy in Mental Health*, 9(1), 10-26. doi: 10.1080/0164212X.2013.760288.
- Martín-Hernández, M. (1994). *Benito Menni y la asistencia psiquiátrica en España en el siglo XIX*. Burgos: Imprenta Monte Carmelo.
- Martin-Izard, J. F. (2010). Técnicas de encuesta: cuestionario y entrevista. En S. Nieto Martín (Coord.), *Principios, Métodos y Técnicas esenciales para la Investigación educativa* (pp. 145-168). Madrid: Dykinson.
- Maslow, A. (1995). *El hombre autorrealizado: Hacia una psicología del ser* (11ª ed.). Barcelona: Kairós.
- Massot, I., Dorio, I., y Sabariego, M. (2009). Estrategias de recogida y análisis de la información. En R. Bisquerra (Ed.) *Metodología de la Investigación Educativa* (329-366). Madrid: La Muralla.
- Mattingly, C. (1991). What is clinical reasoning? *The American Journal of Occupational Therapy*, 45(11), 979-986.
- Mattingly, C., y Fleming, M. (1994). *Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice*. Philadelphia: FA Davis Company.
- McKay, A. (1974). A model for community integration through leisure planning and activity. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 43(2), 66-68.
- McMillan, J. H., y Schumacher, S. (2005). *Investigación educativa*. Madrid: Pearson Education.

- Meyer, A. (1922). The philosophy of occupational Therapy. *Archives of Occupational Therapy*, 1, 1-10.
- Mielicke, C. (1967). The meaning of work and the use of leisure. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 34(2), 75-81.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Libro Blanco de los Recursos Humanos en el Sistema Sanitario*. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos.
- Mitchell, R., y Unsworth, C. A. (2004). Role perceptions and clinical reasoning of community health occupational therapistists undertaking home visits. *Australian Occupational Therapy Journal*, 51, 13-24.
- Morrison, T.L., y Smith, J.D. (2013). Working Alliance development in Occupational Therapy: a cross-case analysis. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(5), 326-333. doi: 10.1111/1440-1630.12053.
- Mortenson, W., y Dyck, I. (2006). Power and client-centred practice: an insider exploration of occupational therapists' experiences. *Canadian Journal of Occupational Therapy- Revue canadienne d'ergotherapie*, 73(5), 261-271.
- Moruno, P. (2002). *Razonamiento clínico en Terapia Ocupacional: un análisis del Procedimiento diagnóstico*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Moruno, P. y Romero, D. (2003). *Terapia Ocupacional. Teoría y Técnicas*. Barcelona: Masson.
- Moruno, P. y Talavera, M. A. (2012). *Terapia ocupacional en salud mental*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Moruno, P., Talavera, M. A., y Cantero, P. A. (2012). Marcos de referencia teóricos y modelos de práctica de terapia

- ocupacional en salud mental. En P. Moruno y M. A. Talavera (Eds.). *Terapia ocupacional en salud mental*. (pp. 59-86). Barcelona: Elsevier Masson.
- Mosey, A. C. (1986). *Psychosocial components of occupational therapy*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Mosey, A. C. (1981). *Occupational therapy: Configuration of a profesión*. New York: Raven Press.
- Muñoz-Gómez, G., Fernández-Acereño, M.J., y Fuentes, L.A. (2015). Conocimiento, aportación y aplicación de los marcos teóricos de los terapeutas ocupacionales que trabajan en España. *Revista de Terapia Ocupacional Gallega* 12(22). 1-16. Recuperado de <http://www.revistatog.com/num22/pdfs/original2.pdf>.
- Neistadt, M. (1995). Methods of assessing clients' priorities: A survey of adult physical dysfunction settings. *American Journal of Occupational Therapy*, 49, 428-436.
- Nielsen, SK., Stube, J., & Bass, G. (2015). Bridging the gap: evaluation of a pilot Project to facilitate use of psychosocial strategies across an Occupational Therapy curriculum. *Occupational Therapy Health Care*, 29(2), 126-138. doi: 10.3109/07380577.2015.1012283.
- Nieto, S. (2010). *Principios, Métodos y Técnicas esenciales para la Investigación educativa*. Madrid: Dykinson.
- Noya, B. E. (2001). Utilización terapéutica del yo. La relación terapéutica como base y refuerzo de la intervención. En B. Polonio, P. Durante y B. Noya (Eds.), *Conceptos fundamentales de terapia ocupacional* (pp. 255-266). Madrid: Médica Panamericana.

- Ortega, M. A. (2012). *Estudio bibliométrico de la producción científica en Terapia Ocupacional desde 1994 a 2008* (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada. Recuperada de <http://0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/20516411.pdf>.
- Palmadottir, G. (2006). Client–therapist relationships: Experiences of occupational therapy clients in rehabilitation. *British Journal of Occupational Therapy*, 69, 394–401. doi: 10.1177/030802260606900902.
- Pastor, M. A., Martín, E., y Rubio, C. (2014). William Rush Dunton, Jr. Aportaciones e influencia en la génesis de la terapia ocupacional como profesión. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 11(19). 32. Recuperado de <http://www.revistatog.com/num19/pdfs/historia1.pdf>
- Peloquin, S. M. (1990). The Patient–Therapist relationship in occupational therapy: Understanding visions and images. *The American Journal of Occupational Therapy*, 44(1), 13-21.
- Peloquin, S. M. (1993). The depersonalization of patients: A profile gleaned from narratives. *The American Journal of Occupational Therapy*, 47(9), 830-837.
- Peloquin, S. M. (2005). Embracing our ethos, reclaiming our heart. *The American Journal of Occupational Therapy*, (59), 611-625.
- Peloquin, S. M. (2005). Relación terapéutica: manifestaciones y desafíos en la terapia ocupacional. En E. B. Crepeau, E. S. Cohn, & B.A.B. Schell (Eds.), *Terapia Ocupacional* (10ª ed) (pp. 157-170). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Peloquin, S. M. (2007). Ideas directrices de los fundadores de la sociedad nacional de la promoción de la terapia ocupacional. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 2(1), 135-160.

Recuperado de

http://www.revistatog.com/mono/num1/mono1_esp.pdf.

Peloquin, S. M. (2008). La ethos de la profesión como una guía para la identidad profesional. *Revista Terapia Ocupacional Galicia, TOG*, 2(2), 64-82.

Peloquin, S. M., y Davidson, D. A. (1993). Brief or New-Interpersonal Skills for Practice: An Elective Course. *American Journal of Occupational Therapy*, 47(3), 695-702.

Peloquin, S. M., y Davidson, D. A. (1993). Interpersonal skills for practice: An elective course. *The American Journal of Occupational Therapy*, 47(3), 260-264.

Pinel, P. (Ed.). (2005). *Traité médico-philosophique de l'aliénation mentale* (2ª ed.). Paris: Ed. du Seuil.

Piñol, I. (2014). *El estrés del terapeuta ocupacional*. (Trabajo de Fin de Grado). Universidad de Vic, Vic.

Plumed, C. A. (2000). *Un siglo con el enfermo mental. Caminos abiertos...* Madrid: Fundación Juan Ciudad.

Polatjko, H. (1992). Naming and framing occupational therapy: A lecture dedicated to the life of Nancy B. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 59(4), 189-200.

Polatjko, H. (2001). L'évolution de notre perspective sur l'occupation: Un périple passant de la thérapie récréative à l'utilisation thérapeutique de l'activité, jusqu'à la promotion de l'occupation (The evolution of our occupational perspective: The journey from diversion through therapeutic use to enablement). *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(4), 203-207.

- Polonio, B. (2001). Fundamentos filosóficos y teóricos de la Terapia Ocupacional. En B. Polonio (Coord.), *Conceptos fundamentales en terapia ocupacional* (pp. 35-48). Madrid: Médica Panamericana.
- Polonio, B. (2016). *Terapia Ocupacional en Disfunciones Físicas. Teoría y práctica*. Madrid: Médica Panamericana.
- Polonio, B., Castellanos, M. C., y Viana, I. (2008). *Terapia Ocupacional en la Infancia. Teoría y práctica*. Madrid: Médica Panamericana.
- Polonio, B., Durante, P., y Noya, B. (2001). Marcos de Referencia en la discapacidad física. En B. Polonio (Coord.), *Conceptos fundamentales en terapia ocupacional* (pp. 95-105). Madrid: Médica Panamericana.
- Poulsen, A., Meredith, P., Khan, A., Henderson, J., Castrisos, V., y Khan, R. (2014). Burnout and work engagement in occupational therapists. *The British Journal of Occupational Therapy*, 77(3), 1-9.
- Price, P. (2011). La relación terapéutica. En E. B. Crepeau, E. S. Cohn, & B. A. B. Schell (Eds.), *Terapia ocupacional* (11ª ed.) (pp. 328-341). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Punwar, A. J., y Peloquin, S. M. (2000). *Occupational therapy: Principles and practice* (3ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Reilly, M. (1962). Occupational therapy can be one of the great ideas of the twentieth century (Eleanor Clark Slagle Lecture). *American Journal of Occupational Therapy*, 23, 299-307.
- Rincón, M., Ruiz, M., García-Matamala, E., y Teomiro, A. (2009). La Terapia Ocupacional en el ámbito penitenciario. *Revista*

Terapia Ocupacional Galicia, 6, 336-352. Recuperado de <http://www.revistatog.com/suple/num4/penitenciario.pdf>.

- Ripat, J., Wener, P., y Dobinson, K. (2013). The development of client-centredness in student occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy*, 76(5), 217-224. doi: 10.4276/030802213X13679275042681.
- Ripat, J., Wener, P., Dobinson, K., y Yamamoto, C. (2014). Internalizing Client-Centredness in Occupational Therapy Students. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*. 4(2), 1-12. Recuperado de <http://www.jripe.org/index.php/journal/article/view/173/101>.
- Roberts, C. (1962). Healing the sick-responsibility or privilege – for the patient or the professional therapist. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 29(1), 5-14.
- Robson, C. (1993). Designing the enquiry: General design issues. In C. Robson (Ed.), *Real world research: a resource for social scientists and practitioner-researchers* (pp. 38-77). Cambridge, MA: Blackwell.
- Rogers, C. (1949). Aspectos fundamentales de la psicoterapia centrada en el paciente. *Revista De Psicología General y Aplicada*, 4(10), 215-237.
- Rogers, C. (1981). *Psicoterapia centrada en el paciente*. Barcelona: Paidós.
- Rogers, C. (1993). *El proceso de convertirse en persona: Mi técnica terapéutica* (8ª ed.). Barcelona: Paidós.
- Rogers, C. R. (1997). Comentarios al proceso de cambio a través de una entrevista. *Revista De Psicoterapia*, 8(32), 49-60.

- Romero, D. M., y Moruno, P. (2002). ¿Hacia dónde se dirigen los modelos de terapia ocupacional?: Perspectivas futuras. *Terapia Ocupacional: Revista Informativa De La Asociación Profesional Española De Terapeutas Ocupacionales*, (28), 36-40.
- Romero, D. M.; Corregidor, A. I., y Polonio, B. (2011). Trabajos de fin de Grado y Máster: La evaluación global. En M. Marín y A. B. Delgado (Coord.), *Libros de Actas del VII Intercampus 2011* (pp. 227-232). Toledo: Universidad de Castilla La Mancha.
- Romero, D. M., y Viana, I. (2011). El grado de Terapia Ocupacional: el desafío y la oportunidad para enseñar y aprender competencias. En Universidad de Castilla La Mancha (Ed.), *Práctica clínica e investigación en Terapia Ocupacional* (pp. 31-44). Toledo: Universidad de Castilla La Mancha.
- Rosa, S. A. (2011). Colaboración centrada en el cliente. En E. B. Crepeau, E. S. Cohn, y B. A. B. Schell (Eds.), *Terapia ocupacional* (11ª ed.) (pp. 286-290). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Rosa, S. A. y Hasselkus, B. R. (2005). Finding common ground with patients: The centrality of compatibility. *American Journal of Occupational Therapy*, 59(2), 198-208.
- Rueda, L. (2012). Construcción de historias de vida: Una evaluación narrativa para la intervención de terapia ocupacional en personas con discapacidad psiquiátrica. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 9(16), 1-11. Recuperado de <http://www.revistatog.com/num16/pdfs/revision.pdf>.
- Ruiz Olabuenaga, J. I. (2009). *Metodología de la investigación cualitativa* (4ª ed.). Bilbao: Universidad de Deusto.

- Safran, J., y Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Sánchez-Cabezas, A. (2010). *Terapia Ocupacional y tratamientos basados en actividades para la reeducación del control motor en el daño cerebral adquirido. Dos realidades de un mismo concepto* (Tesis doctoral). Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.
- Sánchez-Rodríguez, O., Polonio, B., y Pellegrini, M. (2013). *Terapia Ocupacional en Salud Mental. Teoría y Técnicas para la Autonomía Personal*. Madrid: Panamericana.
- Sands, M. (1995). Readyng occupational therapy assistant students for level II fieldwork: beyond academics to personal behaviors and attitudes. *American Journal of Occupational Therapy*, 49(2), 150-152.
- Sanjurjo, G., y De Paz, S. (2013). Acerca de Pinel, el Hospital de Zaragoza y la Terapia Ocupacional. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(117), 81-94.
- Santos del Riego, S. (2007). ¿Un año para la historia? *Revista Informativa de la Asociación Profesional Española de Terapia Ocupacional*, 41, 2-17.
- Scanlan, J. N., Still M. (2013). Job satisfaction, burnout and turnover intention in occupational therapists working in mental health. *The Australian occupational therapy journal*, 60(5), 310-318.
- Scanlan, J. N., Pépin, G., Haracz, K., Ennals, P., Webster, J., Meredith, P., Batten, R., Bowman, S., Bonassi, M., y Bruce, R. (2015). Identifying educational priorities for Occupational Therapy students to prepare for mental health practice in

- Australia and New Zealand: Opinions of practising Occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(5), 286-289. doi: 10.1111/1440-1630.12194.
- Schaber, P. (2014). Keynote Address: Searching for and Identifying Signature Pedagogies in Occupational Therapy Education. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(1), 40-44. doi:10.5014/ajot.2014.685S08.
- Schell, B. A. B. (2005). Razonamiento clínico: la base de la práctica. En E. B. Crepeau, E. S. Cohn, y B. A. B. Schell (Coords.), *Willard & Spackman: Terapia Ocupacional* (10ª Ed.) (pp. 131-140). Buenos Aires: Médica- Panamericana.
- Schell, B. A. B. (2015). El razonamiento profesional en la práctica. En B.A.B. Schell, G. Gillen y M. E., y Scaffa (Coords.), *Willard & Spackman: Terapia Ocupacional* (12ª ed.) (pp. 384-397). México: Editorial Médica Panamericana.
- Schell, B. A. B., Gillen G., y Scaffa M. E. (2015). *Willard & Spackman: Terapia Ocupacional*. (12ª ed.) México: Editorial Médica Panamericana.
- Schwartz. K. B. (2003). The history of occupational therapy. En E. B. Crepeau, E. S. Cohn, y B. A. B. Schell (Eds.), *Willard & Spackman: Occupational therapy* (10ª ed.) (pp. 115-145) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schwartzberg, S. L. (1993). Therapeutic use of self. En H. L. Hopkins y H. D. Smith (Eds.), *Willard & Spackman: Occupational therapy* (8ª ed.) (pp. 269-274). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Scovern, A. (1999). Scover from placebo to alliance: The role of common factors in medicine. En M. Hublle, B. Duncan, y S. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in*

therapy? (pp. 259-295). Washington DC: American Psychological Association.

Simó, S., Kronenberg, F. y Pollard, N. (2006). *Terapia Ocupacional sin fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes*. Madrid: Panamericana.

Simó, S. y Urbanowski, R. (2006). El modelo canadiense de desempeño ocupacional I. *Revista Informativa De La Asociación Profesional Española de Terapia Ocupacional*, 3, 1-27.

Soler, P., y Enrique, A. M. (2012). Reflexión sobre el rigor científico en la investigación cualitativa. *Estudios sobre el mensaje periodístico*, 18, 879-888.
http://dx.doi.org/10.5209/rev_ESMP.2012.v18.40966.

Stein, E. (2003). *Sobre el problema de la empatía*. Madrid: Trotta.

Stewart, R., Bhagwanjee, A. M., Mbakaza, Y., y Binase, T. (2000). Pressure garment adherence in adult patients with burn injuries: An analysis of patient and clinician perceptions. *American Journal of Occupational Therapy*, 54, 598-606.

Sumsion, T. (2005). Facilitating client-centred practice: Insights from clients. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(1), 13-20.

Sumsion, T. (2006). *Client-centred practice in occupational therapy. A guide to implementation*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Sumsion, T., y Law, M. (2006). A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(3), 153-162.

- Sumsion, T., y Smith, G. (2000). Barriers to client-centeredness and their resolutions. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, (67), 15-21.
- Talavera, M. A. (2015). *Estudio del Razonamiento clínico en estudiantes de Terapia Ocupacional* (Tesis doctoral). Universidad de A Coruña, A Coruña.
- Talavera, M. A., y Bartolomé, M. J. (2012). Relación terapéutica en terapia ocupacional. En P. Moruno, y M. A. Talavera (Eds.), *Terapia ocupacional en salud mental* (pp. 333-350). Barcelona: Elsevier-Masson.
- Talavera, M. A., y Moruno, P. (2012). Razonamiento clínico en terapia ocupacional en salud mental. En M. A. Talavera Valverde y P. Moruno Miralles, P. (Eds.), *Terapia ocupacional en salud mental* (pp. 317-332) Barcelona: Elsevier, Masson.
- Taylor, R. (2008). *The intencional relationship: occupational therapy and use of self*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Taylor, R. (2011). Uso del "self" en terapia ocupacional: Creando relaciones intencionales. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 13 1-29. Recuperado de <http://www.revistatog.com/num13/pdfs/modelotaylor0.pdf>.
- Taylor, R. (2015). La relación terapéutica y la colaboración con el cliente. Aplicación del modelo de relaciones intencionales. En B. A. B. Schell, G. Gillen, y M. A. Scaffa (Eds.), *Willard & Spackman: Terapia Ocupacional* (12ª ed) (pp. 305-330). México: Editorial Médica Panamericana.
- Taylor, R., Lee, S., Kielhofner, G., y Ketkar, M. (2009). The therapeutic relationship: A nationwide survey of practitioners' attitudes and experiences. *American Journal of*

Occupational Therapy, 63(2), 198-207. doi:
10.5014/ajot.63.2.198.

Taylor, R., Lee, S., y Kielhofner, G. (2011). Practitioners' use of interpersonal modes within the therapeutic relationship: Results from a nationwide study. *British Journal Occupational Therapy*, 31(3), 6-14.

Taylor, R., y Van Puymbrouck, L. (2013). Therapeutic Use of Self: Applying the Intentional Relationship Model in Group Therapy. En J. O'Brien, y J. Solomon (Eds.), *Occupational analysis and group process* (pp. 36-52). St. Louis: ELSEVIER. Mosby.

Testa, D. (2012). Aportes para el debate sobre los inicios de la profesionalización de la terapia ocupacional en Argentina. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 12(1), 72-87. doi: 10.5354/0717-5346.2012.22054

Tickle-Degen, L. (2002). Client-Centered Practice, Therapeutic Relationship, and the Use of Research Evidence. *The American Journal of Occupational Therapy*, 56(4), 470-474.

Tosquelles, F. (1967). *Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique*. Paris: Editions du Scarabée.

Townsend, E. (2003). Reflections on power and justice in enabling occupation. *Revue Canadienne D'Ergotherapie*, 70, 74-87.

Tracy, S. E. (1913). *Studies in invalid occupation*. Boston: Whitcomb and Barrows.

Ugalde, N., y Balbastre, F. (2013). Investigación cuantitativa e investigación cualitativa: buscando las ventajas de las diferentes metodologías de investigación. *Ciencias Económicas*, 31(2), 179-187.

- Valero, E. y San Juan, M. (2010). *Manual teórico práctico de terapia ocupacional: intervención desde la infancia a la vejez*. Barcelona: Monsa-Prayma.
- Valverde, C. (2007). *Comunicación terapéutica en enfermería*. Madrid: Dae.
- Vidal, M. I. (2015). Revisión bibliográfica sobre burnout y terapia ocupacional: entre la vulnerabilidad y la oportunidad. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 12(21), 1-29. Recuperado de <http://www.revistatog.com/num21/pdfs/revision4.pdf>
- Villar, J. I. (2015). *Condiciones de trabajo y calidad de vida laboral en profesionales de la salud: el papel modulador de la resiliencia y la autoeficacia, sobre el síndrome de burnout y el engagement* (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla, Sevilla.
- Villares, A., y Juanes, J. A. (2007). La relación terapéutica: Un instrumento clásico en terapia ocupacional. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 1(1), 72-80.
- Wener, P., Bergen, C., y Diamond-Burchuk, L. (2015). Enhancing student occupational therapists' client-centred counselling skills. *Canadian Journal of Occupational Therapy-Revue Canadienne d'Ergothérapie*, 8(5), 307-315.
- Wilkins, S., Pollock, N., Rochon, M., y Law, M. (2001). Implementing Client-Centred Practice: Why is it so Difficult to Do? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(2), 70-79. doi: 10.1177/000841740106800203.
- Willmarth, C. (2004). RA approves of revised definition of practice. Occupational Therapy practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 9(13), 7.

- Woodside, H. (1976). Dimensions of the occupational behavior model. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 43(1), 11-14.
- World Federation of Occupational Therapy (2008). Entry-level Competencies for Occupational Therapists. *Appendix 13.1 Forms part of the appendices for the 28th council meeting minutes*. Recuperado de http://www.wfot.org/wfot2014/pdf/entry_level_competencies_draft.pdf.
- Yerxa, E. J. (1980). Occupational therapy's role in creating a future climate of caring. *American Journal of Occupational Therapy*, 34, 529-679.
- Zabalza, M. A. (2003). *Competencias docentes del profesorado universitario. Calidad y desarrollo profesional*. Madrid: Narcea.

ANEXOS

ANEXO I

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS del LIBRO BLANCO

1. Conocimientos y capacidad para aplicar la teoría y la práctica de Terapia Ocupacional
2. Conocimientos y capacidad para aplicar Estructura y Función del cuerpo humano dentro del contexto de la Terapia Ocupacional
3. Conocimientos y capacidad para aplicar Fisiopatología dentro del contexto de la Terapia Ocupacional
4. Conocimientos y capacidad para aplicar Psicología dentro del contexto de la Terapia Ocupacional
5. Conocimientos y capacidad para aplicar Psicopatología dentro del contexto de la Terapia Ocupacional
6. Conocimientos y capacidad para aplicar Psiquiatría dentro del contexto de la Terapia Ocupacional
7. Conocimientos y capacidad para aplicar Sociología dentro del contexto de la Terapia Ocupacional
8. Conocimientos y capacidad para aplicar Pedagogía dentro del contexto de la Terapia Ocupacional
9. Conocimientos y capacidad para aplicar Patología Médica dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
10. Conocimientos y capacidad para aplicar Gerontología y Geriátrica dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
11. Conocimientos y capacidad para aplicar Pediatría dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
12. Conocimientos y capacidad para aplicar Medicina Preventiva y Salud Pública dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
13. Conocimientos y capacidad para aplicar Patología Quirúrgica dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
14. Conocimientos y capacidad para aplicar la legislación vigente dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
15. Conocimientos y capacidad para aplicar la Deontología dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
16. Conocimientos y capacidad para aplicar Nuevas Tecnologías dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
17. Conocimiento y capacidad para aplicar las ocupaciones terapéuticamente.
18. Conocimientos y capacidad para aplicar Técnicas Ortoprotésicas dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
19. Conocimiento y capacidad para aplicar las Actividades de la Vida Diaria terapéuticamente en todas las áreas de desempeño ocupacional.
20. Conocimientos y capacidad para aplicar principios de Ergonomía dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
21. Conocimiento y capacidad para aplicar la Ciencia Ocupacional dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
22. Conocimientos y capacidad para hablar, comprender y escribir una segunda lengua.
23. Capacidad para trabajar en un contexto profesional, ético y de códigos reguladores y legales, reconociendo y respondiendo a dilemas y temas éticos o morales en la práctica diaria

24. Capacidad para trabajar de una manera holística, tolerante, sin enjuiciamientos, cuidadosa y sensible, asegurando que los derechos, creencias y deseos de los diferentes individuos o grupos no se vean comprometidos
25. Capacidad para educar, facilitar, apoyar y animar el funcionamiento ocupacional, el bienestar y el confort de las poblaciones, comunidades, grupos e individuos cuyas vidas están afectadas por la limitación en el funcionamiento, sufrimiento, enfermedad
26. Ser consciente de los diversos roles, responsabilidades y funciones propios del profesional de Terapia Ocupacional
27. Capacidad para ajustar su papel con el objeto de responder efectivamente a las necesidades de la población o la persona
28. Capacidad para aceptar la responsabilidad de su propio aprendizaje y desarrollo profesional continuado, utilizando la evaluación como el medio para reflejar y mejorar su actuación y actualizar la calidad de los servicios prestados
29. Capacidad para emprender valoraciones apropiadas y sistemáticas en las áreas de desempeño ocupacional (autocuidado, productividad y ocio y tiempo libre) utilizando las herramientas y marcos adecuados para cada caso, teniendo en cuanta los factores físicos, sociales, culturales psicológicos, espirituales y ambientales relevantes
30. Capacidad para reconocer e interpretar signos de función-disfunción de la persona en valoración y diagnóstico ocupacional
31. Capacidad para responder a las necesidades del paciente evaluando, planificando y desarrollando los programas individualizados más apropiados junto a la persona y su entorno, sus cuidadores y familias y otros profesionales
32. Capacidad para interpretar, evaluar y sintetizar un abanico de información que permita determinar si la persona es susceptible de recibir tratamiento de Terapia Ocupacional
33. Capacidad de demostrar y mantener que la actuación profesional se ajusta a estándares de calidad y que la práctica está basada en la evidencia.
34. Capacidad para adaptarse cuando sea necesario a los niveles asistenciales para cubrir las necesidades de la población y de las personas
35. Capacidad de utilizar el razonamiento clínico revisando y reajustando el tratamiento
36. Capacidad para mantener la dignidad, privacidad y confidencialidad de la persona.
37. Capacidad para establecer una relación terapéutica apropiada a los diferentes momentos del ciclo vital de la persona
38. Capacidad para informar, educar, adiestrar y reentrenar y supervisar a la persona, cuidadores y su familia
39. Capacidad para aplicar tratamientos en todas aquellas alteraciones del desempeño ocupacional en los ámbitos institucional, domiciliario y laboral
40. Capacidad de elaborar y ejecutar los programas de promoción de la salud, la prevención de la disfunción ocupacional, educación sanitaria y reinserción social
41. Capacidad para participar en programas de salud en integración escolar, laboral y social
42. Capacidad de intervenir en la adaptación y readaptación del entorno físico, social y cultural
43. Capacidad para informar, registrar, documentar y si cabe, derivar, el proceso de intervención
44. Capacidad para aplicar el método científico para constatar la efectividad de los métodos de intervención, evaluar los métodos de trabajo aplicados y divulgar los resultados
45. Capacidad para educar, facilitar, supervisar y apoyar a los estudiantes de Terapia Ocupacional y otros profesionales

46. Capacidad para una comunicación efectiva con el usuario, familias, grupos sociales y otros profesionales
47. Capacidad para establecer una relación de empatía con el usuario, familia, grupos sociales y otros profesionales
48. Capacidad para permitir que los pacientes y sus cuidadores expresen sus preocupaciones e intereses y que puedan responder adecuadamente
49. Capacidad para saber trabajar en equipo con el objetivo de lograr el bienestar del paciente
50. Capacidad para lograr el bienestar del paciente a través de la combinación de recursos y acciones de los miembros del equipo
51. Capacidad de liderar (dirigir y coordinar) un equipo
52. Capacidad para trabajar y comunicarse en colaboración y de forma efectiva con todo el personal para priorizar y gestionar el tiempo eficientemente mientras se alcanzan los estándares de calidad
53. Capacidad para identificar y anticipar situaciones de riesgo en el proceso de intervención
54. Capacidad para colaborar junto con el resto de profesionales en la prevención de riesgos laborales
55. Capacidad para llevar a cabo evaluaciones de calidad de la gestión de todos los ámbitos laborales del profesional de Terapia Ocupacional
56. Capacidad para utilizar los recursos sociosanitarios y económicos eficientemente

ANEXO II

Attachment 1

Competencias de Terapia Ocupacional

2005-12-03 Copenhagen

ENOTHE - COTEC

Conocimientos de terapia ocupacional

El terapeuta ocupacional es capaz de:

1	explicar los conceptos teóricos fundamentales de la terapia ocupacional, concretamente la naturaleza ocupacional del ser humano y el desempeño de sus ocupaciones
2	explicar la relación entre desempeño ocupacional, salud y bienestar
3	synetizar y aplicar conocimientos relevantes provenientes de ciencias biológicas, médicas, humanas, psicológicas, sociales, tecnológicas y ocupacionales en conjunto con las teorías de la ocupación y la participación
4	analizar la complejidad que se deriva de aplicar las teorías formales y la evidencia de la investigación en relación a la ocupación en el contexto de una sociedad en continuo cambio
5	tomar parte activa e influir sobre otros en debates lógicos y razonados en relación a la ocupación humana y la terapia ocupacional

Proceso de terapia ocupacional y razonamiento profesional

El terapeuta ocupacional es capaz de:

6	trabajar en colaboración con individuos y grupos con el fin de participar activamente en la ocupación a través de la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación y el tratamiento
7	seleccionar, modificar y aplicar teorías de forma apropiada, modelos prácticos de intervención y métodos para satisfacer necesidades ocupacionales y de salud de individuos/poblaciones
8	utilizar el razonamiento ético y profesional de forma eficaz a través del proceso de terapia ocupacional
9	emplear el potencial terapéutico de la ocupación a través del uso de la síntesis y análisis de la ocupación y de la actividad
10	adaptar y aplicar el proceso de terapia ocupacional en estrecha colaboración con individuos/población
11	trabajar para facilitar un entorno accesible y adaptado y para promover la justicia ocupacional
12	colaborar con la comunidad para promover la salud y el bienestar de sus miembros a través de su participación en la ocupación
13	buscar de forma activa, evaluar de forma crítica y aplicar una variedad de información y evidencia para asegurar que la práctica está actualizada y es relevante para el cliente
14	valorar de forma crítica la práctica de la terapia ocupacional para asegurar que el enfoque se centra en la ocupación y el desempeño ocupacional

Relaciones profesionales y asociaciones

El terapeuta ocupacional es capaz de:

15	trabajar de acuerdo a los principios de la práctica centrada en el cliente.
16	construir una relación/colaboración terapéutica como base del proceso de terapia ocupacional
17	establecer asociaciones de colaboración, consulta y orientación con clientes, profesionales, miembros del equipo y otros empleadores para facilitar la ocupación y la participación
18	colaborar con los clientes para defender sus derechos a satisfacer sus necesidades

	ocupacionales
19	apreciar y respetar las diferencias individuales, las creencias culturales, las costumbres y su influencia en la ocupación y la participación

Autonomía profesional y responsabilidad

El terapeuta ocupacional es capaz de:

20	preparar, mantener y revisar documentación del proceso de terapia ocupacional
21	cumplir con la política y procedimientos de ámbito local/regional/nacional/europeo, con los estándares profesionales y las regulaciones de empleadores
22	demostrar de forma continuada el aprendizaje a lo largo de la vida para mejorar la terapia ocupacional
23	practicar el ejercicio profesional de forma ética, respetando a los clientes y teniendo en cuenta los códigos de conducta profesional de terapeutas ocupacionales
24	demostrar seguridad en la autogestión, conocimiento de uno mismo y conocimiento de las propias limitaciones como terapeuta ocupacional

Investigación y desarrollo en la terapia ocupacional/ciencia

El terapeuta ocupacional es capaz de:

25	identificar la necesidad de investigar en temas relacionados con la ocupación, la terapia ocupacional y/o la ciencia de la ocupación y formular adecuadas preguntas en la investigación
26	demostrar destrezas en la búsqueda independiente, el examen crítico y la integración de literatura científica y cualquier otra información relevante
27	comprender, seleccionar y defender los métodos y diseños de investigación apropiados a la ocupación humana, considerando los aspectos éticos
28	interpretar, analizar, sintetizar y criticar los resultados de la investigación
29	desarrollar el conocimiento de la ocupación y de la práctica de la terapia ocupacional
30	divulgar los resultados de la investigación a las partes adecuadas

Dirección/gestión y promoción de la terapia ocupacional

El terapeuta ocupacional es capaz de:

31	determinar y priorizar los servicios de terapia ocupacional
32	comprender y aplicar principios de dirección y gestión a los servicios de terapia ocupacional, incluyendo coste-eficacia, administración de recursos y equipamiento y establecimiento de protocolos de terapia ocupacional
33	participar activamente en un proceso continuo de evaluación y mejora de la calidad de los servicios de terapia ocupacional, implicar a los clientes cuando sea apropiado y comunicar los resultados a empleadores adecuados
34	tomar un papel activo en el desarrollo, mejora y promoción de la terapia ocupacional
35	considerar el desarrollo de los cuidados de la salud y sociales, de la sociedad y de la legislación de ámbito local, nacional e internacional que afecten a los servicios de terapia ocupacional

ANEXO III

TERAPIA OCUPACIONAL

Comparación y equivalencia de competencias específicas

ENOTHE (texto)	LIBRO BLANCO (número)
Sobre el conocimiento de Terapia Ocupacional. El terapeuta ocupacional debe:	
1. Explicar los conceptos teóricos que sostienen la Terapia Ocupacional, expresamente la naturaleza ocupacional de los seres humanos y su funcionamiento a través de las ocupaciones.	1, 21
2. Explicar la relación entre el funcionamiento ocupacional, la salud y el bienestar.	1,21,25,
3. Sintetizar y aplicar el conocimiento relevante de ciencias biológicas, médicas, humanas, psicológicas, sociales, tecnológicas y ocupacionales, junto con las teorías de ocupación y participación.	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 18, 19, 20,21
4. Analizar las complejidades de aplicar teorías formales y evidencia de investigación en relación con la ocupación en el contexto de una sociedad en cambio.	1,33,35,44
5. Constatar e influir en el debate racional y su razonado en relación a la ocupación humana y la Terapia Ocupacional.	21,26,45
El proceso de Terapia Ocupacional y el razonamiento profesional. El terapeuta ocupacional debe:	
6. Trabajar en la sociedad con individuos y grupos para fomentar la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación y el tratamiento.	24, 25, 40, 41, 42,
7. Escoger, modificar y aplicar teorías apropiadas, modelos y métodos de la práctica para encontrar la ocupación según las necesidades de salud de individuos/poblaciones.	1,17,19, 21, 25, 29,30, 31,39
8. Uso profesional y ético del razonamiento efectivo en todas las partes del proceso de terapia ocupacional.	14, 15, 23, 24, 36

9. Utilizar el potencial terapéutico de la ocupación a través del uso de la actividad y el análisis y síntesis ocupacional.	17, 19, 39
10. Adaptar y aplicar el proceso de terapia ocupacional en estrecha colaboración de individuos/población.	24, 25, 27, 29, 31, 32, 35,38, 42, 46, 47, 48,53
11. Trabajar para facilitar entornos accesibles y adaptados y promover la justicia ocupacional.	42
12. Colaborar con comunidades para promover la salud y el bienestar de sus miembros mediante la participación en la ocupación.	40, 41,56
13. Buscar activamente, evaluar críticamente y aplicar los rangos de información y de evidencia para asegurar que la práctica es actualizada y relevante al cliente.	14, 26, 28, 33
14. Valorar críticamente la práctica de la terapia ocupacional para asegurar que el foco está sobre la ocupación y el funcionamiento ocupacional.	27, 28, 33, 35, 43, 44
Relaciones profesionales y sociales, el TO debe:	
15. Trabajar según los principios de la práctica centrada en el cliente.	24, 25, 26, 27, 29, 30, 31,46 y 50
16. Construir una relación terapéutica como base del proceso de la terapia ocupacional.	24, 36, 37, 46, 47, 48
17. Establecer sociedades de colaboración, consultar y aconsejar a clientes, trabajadores sociales, miembros de equipo y otros en la práctica de la ocupación y la participación.	26, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52
18. Colaborar con clientes para abogar al derecho de tener sus necesidades ocupacionales satisfechas.	25
19. Apreciar y respetar las diferencias individuales, creencias culturales, costumbres y su influencia sobre la ocupación y la participación.	23, 24,
La Autonomía Profesional y la Responsabilidad. Descripción de Terapia ocupacional. El TO debe:	

20. Preparar, mantener y revisar la documentación de los procesos de terapia ocupacional.	43
21. Cumplir con la política y procedimientos locales/regionales/nacionales/europeos, normas profesionales y regulaciones del empleo.	23, 54, 55
22. Demostrar continuamente el proceso de aprendizaje y cambios en la TO.	28,33
23. Practicar de manera ética, respetando a los clientes, teniendo en cuenta los códigos profesionales de conducta para terapeutas ocupacionales.	15, 23 y 36
24. Demostrar seguridad, autoconocimiento, autocrítica y conocimientos de sus propias limitaciones como terapeuta ocupacional.	26 y 28.
Investigación y desarrollo de la terapia ocupacional y la ciencia ocupacional. El TO debe:	
25. Identificar la necesidad de investigar y buscar publicaciones relacionadas con la ocupación, la terapia ocupacional y/o la ciencia ocupacional y formular preguntas de investigación relevantes.	22, 33, 44
26. Demostrar habilidades en la propia búsqueda, el examen crítico y la integración de la literatura científica y otra información relevante.	22, 33, 44
27. Entender, seleccionar y defender diseños de investigación y métodos apropiados para la ocupación humana, considerando los aspectos éticos.	15, 33, 44
28. Interpretar, analizar, sintetizar y criticar los hallazgos de investigación.	22, 33, 44
29. Desarrollar el conocimiento de ocupación y de la práctica de la terapia ocupacional.	44
Dirección y Promoción de la terapia ocupacional. El TO debe:	
30. Divulgar los hallazgos de investigación para críticas relevantes.	22, 44
31. Determinar y priorizar los servicios de terapia ocupacional.	27, 34, 40, 56
32. Entender y aplicar los principios de dirección en los servicios de terapia ocupacional, incluyendo coste-efectividad, la	50, 51, 52, 55, 56

administración de recursos y equipamiento, y estableciendo los protocolos de Terapia Ocupacional.	
33. Constatar en un proceso continuo de evaluación y mejora de la calidad de los servicios de terapia ocupacional, implicando a los clientes cuando sea apropiado y comunicar los resultados relevantes a los demás miembros.	55
34. Tomar un papel activo en el desarrollo, la mejora y la promoción de la terapia ocupacional.	22, 33, 41, 45
35. Considerar los avances en salud, cuidado social, sociedad y legislación a nivel internacional, nacional y local que afecten a los servicios de terapia ocupacional.	14, 22

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS del LIBRO BLANCO y número de veces que aparece en relación con el documento ENOTHE

1. Conocimientos y capacidad para aplicar la teoría y la práctica de Terapia Ocupacional	4
2. Conocimientos y capacidad para aplicar Estructura y Función del cuerpo humano dentro del contexto de la Terapia Ocupacional	1
3. Conocimientos y capacidad para aplicar Fisiopatología dentro del contexto de la Terapia Ocupacional	1
4. Conocimientos y capacidad para aplicar Psicología dentro del contexto de la Terapia Ocupacional	1
5. Conocimientos y capacidad para aplicar Psicopatología dentro del contexto de la Terapia Ocupacional	1
6. Conocimientos y capacidad para aplicar Psiquiatría dentro del contexto de la Terapia Ocupacional	1
7. Conocimientos y capacidad para aplicar Sociología dentro del contexto de la Terapia Ocupacional	1
8. Conocimientos y capacidad para aplicar Pedagogía dentro del contexto de la Terapia Ocupacional	1
9. Conocimientos y capacidad para aplicar Patología Médica dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.	1
10. Conocimientos y capacidad para aplicar Gerontología y Geriátrica dentro del contexto e la Terapia Ocupacional.	1
11. Conocimientos y capacidad para aplicar Pediatría dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.	1
12. Conocimientos y capacidad para aplicar Medicina Preventiva y Salud Pública dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.	1
13. Conocimientos y capacidad para aplicar Patología Quirúrgica dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.	1
14. Conocimientos y capacidad para aplicar la legislación vigente dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.	2

15. Conocimientos y capacidad para aplicar la Deontología dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.	2
16. Conocimientos y capacidad para aplicar Nuevas Tecnologías dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.	1
17. Conocimiento y capacidad para aplicar las ocupaciones terapéuticamente.	2
18. Conocimientos y capacidad para aplicar Técnicas Ortoprotésicas dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.	1
19. Conocimiento y capacidad para aplicar las Actividades de la Vida Diaria terapéuticamente en todas las áreas de desempeño ocupacional.	3
20. Conocimientos y capacidad para aplicar principios de Ergonomía dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.	1
21. Conocimiento y capacidad para aplicar la Ciencia Ocupacional dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.	5
22. Conocimientos y capacidad para hablar, comprender y escribir una segunda lengua.	6
23. Capacidad para trabajar en un contexto profesional, ético y de códigos reguladores y legales, reconociendo y respondiendo a dilemas y temas éticos o morales en la práctica diaria	4
24. Capacidad para trabajar de una manera holística, tolerante, sin enjuiciamientos, cuidadosa y sensible, asegurando que los derechos, creencias y deseos de los diferentes individuos o grupos no se vean comprometidos	6
25. Capacidad para educar, facilitar, apoyar y animar el funcionamiento ocupacional, el bienestar y el confort de las poblaciones, comunidades, grupos e individuos cuyas vidas están afectadas por la limitación en el funcionamiento, sufrimiento, enfermedad	6
26. Ser consciente de los diversos roles, responsabilidades y funciones propios del profesional de Terapia Ocupacional	4
27. Capacidad para ajustar su papel con el objeto de responder efectivamente a las necesidades de la población o la persona	4
28. Capacidad para aceptar la responsabilidad de su propio aprendizaje y desarrollo profesional continuado, utilizando la evaluación como el medio para reflejar y mejorar su actuación y actualizar la calidad de los servicios prestados	4
29. Capacidad para emprender valoraciones apropiadas y sistemáticas en las áreas de desempeño ocupacional (autocuidado, productividad y ocio y tiempo libre) utilizando las herramientas y marcos adecuados para cada caso, teniendo en cuanta los factores físicos, sociales, culturales psicológicos, espirituales y ambientales relevantes	3
30. Capacidad para reconocer e interpretar signos de función-disfunción de la persona en valoración y diagnóstico ocupacional	2
31. Capacidad para responder a las necesidades del paciente evaluando, planificando y desarrollando los programas individualizados más apropiados junto a la persona y su entorno, sus cuidadores y familias y otros profesionales	3
32. Capacidad para interpretar, evaluar y sintetizar un abanico de información que permita determinar si la persona es susceptible de recibir tratamiento de Terapia Ocupacional	1
33. Capacidad de demostrar y mantener que la actuación profesional se ajusta a estándares de calidad y que la práctica está basada en la evidencia.	9
34. Capacidad para adaptarse cuando sea necesario a los niveles asistenciales para cubrir las necesidades de la población y de las personas	1

35. Capacidad de utilizar el razonamiento clínico revisando y reajustando el tratamiento	3
36. Capacidad para mantener la dignidad, privacidad y confidencialidad de la persona.	3
37. Capacidad para establecer una relación terapéutica apropiada a los diferentes momentos del ciclo vital de la persona	1
38. Capacidad para informar, educar, adiestrar y reentrenar y supervisar a la persona, cuidadores y su familia	1
39. Capacidad para aplicar tratamientos en todas aquellas alteraciones del desempeño ocupacional en los ámbitos institucional, domiciliario y laboral	2
40. Capacidad de elaborar y ejecutar los programas de promoción de la salud, la prevención de la disfunción ocupacional, educación sanitaria y reinserción social	3
41. Capacidad para participar en programas de salud en integración escolar, laboral y social	3
42. Capacidad de intervenir en la adaptación y readaptación del entorno físico, social y cultural	3
43. Capacidad para informar, registrar, documentar y si cabe, derivar, el proceso de intervención	2
44. Capacidad para aplicar el método científico para constatar la efectividad de los métodos de intervención, evaluar los métodos de trabajo aplicados y divulgar los resultados	8
45. Capacidad para educar, facilitar, supervisar y apoyar a los estudiantes de Terapia Ocupacional y otros profesionales	3
46. Capacidad para una comunicación efectiva con el usuario, familias, grupos sociales y otros profesionales	4
47. Capacidad para establecer una relación de empatía con el usuario, familia, grupos sociales y otros profesionales	3
48. Capacidad para permitir que los pacientes y sus cuidadores expresen sus preocupaciones e intereses y que puedan responder adecuadamente	2
49. Capacidad para saber trabajar en equipo con el objetivo de lograr el bienestar del paciente	1
50. Capacidad para lograr el bienestar del paciente a través de la combinación de recursos y acciones de los miembros del equipo	3
51. Capacidad de liderar (dirigir y coordinar) un equipo	2
52. Capacidad para trabajar y comunicarse en colaboración y de forma efectiva con todo el personal para priorizar y gestionar el tiempo eficientemente mientras se alcanzan los estándares de calidad	2
53. Capacidad para identificar y anticipar situaciones de riesgo en el proceso de intervención	1
54. Capacidad para colaborar junto con el resto de profesionales en la prevención de riesgos laborales	1
55. Capacidad para llevar a cabo evaluaciones de calidad de la gestión de todos los ámbitos laborales del profesional de Terapia Ocupacional	3
56. Capacidad para utilizar los recursos sociosanitarios y económicos eficientemente	3

CONCLUSIONES

Este documento significa a nuestro juicio, una aportación a sumar al Libro Blanco de Terapia Ocupacional como posible anexo con la intención de ser un referente en la elaboración de los nuevos planes de estudios en cada uno de los Centros Universitarios.

Consideramos que puede ser una herramienta útil para aquellos estudiantes Erasmus, que realicen parte de su formación en otra universidad europea, y proponemos desde esta comisión que se adopte directamente el uso de las competencias ENOTHE, dado su número menor, lo cual es más manejable a la hora de diseñar las nuevas titulaciones basadas en competencias, a fin de facilitar la posterior equivalencia en la movilidad de los estudiantes.

Incluye un balance con las competencias del LIBRO BLANCO relacionadas con la versión ENOTHE, así como el número de veces que estas aparecen con el fin de invitar a la reflexión. Ha sido unánime la consideración de falta de experiencia investigadora actualmente en nuestro ámbito (sólo dos competencias del Libro Blanco están relacionadas con la investigación frente a seis de la ENOTHE, de ahí su relación sólo con dos competencias).

La conclusión final sobre el trabajo es sugerir la **utilización del documento de competencias elaborado por ENOTHE** justificando a través de nuestro Documento Final la correspondencia de estas competencias con las descritas en el Libro Blanco dado que todas tienen al menos 1 correspondencia detalladas en el documento.

En Madrid, a 11 de mayo de 2007

**COMISIÓN DE ANÁLISIS Y ESTUDIO DE GRADO DE TERAPIA
OCUPACIONAL BASADO EN COMPETENCIAS**

ANEXO IV

Estimado/a terapeuta ocupacional:

Me dirijo a usted para solicitar su colaboración como profesional de la Terapia Ocupacional en una investigación sobre “La enseñanza de la relación terapéutica en Terapia Ocupacional”. El estudio entre los expertos de esta disciplina consiste en conocer cómo valoran y cómo han adquirido ellos las destrezas necesarias del “uso terapéutico del yo”. Para ello es necesario recoger información de profesionales como usted a través del cuestionario anónimo al que podrá acceder a través del link y que no le llevará realizarlo más de 10 minutos.

Agradeciendo su colaboración, le envío un afectuoso saludo,

M^a Cruz Castellanos Ortega

Terapeuta ocupacional, Psicóloga clínica,
Profesora de Terapia Ocupacional del Centro Superior de Estudios Universitarios
Profesora de Educación de la Universidad de Valladolid – Campus Segovia

<http://www.encuestafacil.com/RespWeb/Qn.aspx?EID=922285>

Si conoce a algún otro terapeuta ocupacional que pueda colaborar en esta investigación, le agradezco que le haga llegar este texto.

ANEXO V

Anexo XXX: Questionnaire on Therapeutic Use of Self in Occupational Therapy.

Renée Taylor PH.D.

Sub ID Code: _____

Date: _____

Questionnaire on Therapeutic Use of Self in Occupational Therapy

For purposes of this survey, therapeutic use of self is defined as:

“A practitioner’s planned use of his or her personality, insights, perceptions, and judgments as part of the therapeutic process...”

(Punwar & Peloquin, 2000); OT Practice Framework: Domain and Process (AJOT, 2003)

PART 1 – ABOUT YOU:

1. Your Age?....._____

2. Are you a...

PLEASE CIRCLE THE CORRECT RESPONSE

Woman..... 1

Man..... 2

PLEASE CIRCLE THE CORRECT RESPONSE

3. Indicate the degree that you earned in order to become an OT.

Bachelors..... 1

Entry Masters..... 2

OTD..... 3

Certificate..... 4

4. Indicate the highest degree you have earned (in any field).

Bachelors..... 1

Masters..... 2

Doctorate..... 3

5. How long have you been practicing OT?

- Less than 1 year..... 1
- 1 to 5 years..... 2
- 6 to 10 years..... 3
- 11 to 20 years..... 4
- More than 20 years..... 5

6. Indicate your level of agreement with each of the following statements.

PLEASE CIRCLE YOUR RESPONSE TO EACH ITEM

	Strongly Disagree	Disagree	Agree	Strongly Agree
a. Therapeutic use of self is the most important skill in my practice as an occupational therapist	1	2	3	4
b. Across all the clients that I see, my relationship with the client is most frequently the key determinant of the outcome of therapy	1	2	3	4
c. I was sufficiently trained in therapeutic use of self upon graduation from OT school	1	2	3	4
d. My relationship with a given client affects the client's engagement in therapeutic activities	1	2	3	4
e. There is sufficient knowledge available in the field of OT about therapeutic use of self	1	2	3	4
f. Clinical reasoning should always include issues related to one's therapeutic use of self	1	2	3	4

7. Which of the following types of training did you receive on therapeutic use of self?

PLEASE CIRCLE ALL THE RESPONSES THAT APPLY

- a. I took a class that focused ONLY and SPECIFICALLY on this topic in OT school..... 1
- b. This topic was covered in various classes in OT school..... 2
- c. I learned about this during my fieldwork experiences in OT school..... 3
- d. I took continuing education workshops or courses on this topic..... 4
- e. I gained knowledge from reading about this topic..... 5
- f. I learned about it through supervision on the job in an OT clinical setting..... 6
- g. I learned about it through interaction with professionals from other disciplines at my workplace..... 7
- h. I sought out consultation or supervision of an expert after OT school..... 8
- i. I sought psychotherapy and it influenced my knowledge in this area..... 9
- j. I hold certification/licensure in counseling or in another mental health discipline..... 10

8. How frequently do you use the following models in your practice?

PLEASE CIRCLE YOUR RESPONSE TO EACH ITEM

	Never or Almost Never	Sometimes	<u>Frequently</u>	Always or Almost Always
a. Biomechanical (including remedial and compensatory/rehabilitation approaches)	1	2	3	4
b. Canadian Model of Occupational Performance	1	2	3	4
c. Cognitive Disabilities	1	2	3	4
d. Cognitive-Perceptual	1	2	3	4
e. Ecology of Human Performance	1	2	3	4
f. Model of Human Occupation	1	2	3	4
g. Motor Control/ Neurodevelopmental	1	2	3	4
h. Occupational Adaptation	1	2	3	4
i. Person-Environment Occupational Performance Model	1	2	3	4
j. Sensory Integration	1	2	3	4
k. Other-specify: _____	1	2	3	4
l. Other-specify: _____	1	2	3	4

PART 2 – ABOUT YOUR PRACTICE:

PLEASE NOTE: Please respond to all questions based on the practice setting and caseload that you have been treating within the PAST YEAR ONLY.

9. In which practice setting do you spend MOST OF YOUR TIME working?

PLEASE CIRCLE ONLY ONE RESPONSE

- Hospital (inpatient acute care)..... 1
- Hospital (inpatient rehabilitation)..... 2
- Outpatient rehabilitation setting..... 3
- Skilled nursing facility..... 4
- Private practice..... 5
- School or school system..... 6
- Community-based agency/organization..... 7
- Individual’s home (home health)..... 8
- Other (please specify)..... 9

10. What is average length of treatment for clients that you see in that setting?

PLEASE CIRCLE ONLY ONE RESPONSE

- Less than 1 week..... 1
- 1-2 weeks..... 2
- 2-3 weeks..... 3
- 3-5 weeks..... 4
- More than 5 weeks..... 5

**CONSIDERING YOUR PRIMARY CASELOAD AND PRIMARY SETTING
OVER THE PAST YEAR...**

11. What is the **typical intensity of therapy** you provide in that setting?
(where 1 session = 45 min. to 1 hour of therapy)

PLEASE CIRCLE ONLY ONE RESPONSE

- | | |
|-----------------------------|---|
| Fewer than 10 sessions..... | 1 |
| 10-20 sessions..... | 2 |
| 20-30 sessions..... | 3 |
| More than 30 sessions..... | 4 |

12. What percentage of your work involves **individual therapy versus group therapy**?

- | | |
|-------------------------|-------------|
| Individual therapy..... | _____ |
| Group therapy..... | _____ |
| Total..... | <u>100%</u> |

13. With which client population do you spend **most of your time working**?

PLEASE CIRCLE NO MORE THAN 2 CATEGORIES

- | | |
|----------------------------------|---|
| a. Geriatric (≥ 65)..... | 1 |
| b. Adult (19-64)..... | 2 |
| c. Adolescent (13-18)..... | 3 |
| d. Pediatric (4-12)..... | 4 |
| e. Early Intervention (0-3)..... | 5 |

CONSIDERING YOUR PRIMARY CASELOAD AND PRIMARY SETTING OVER THE PAST YEAR...

14. How often are the following impairments a major reason your clients receive OT?

PLEASE CIRCLE YOUR RESPONSE TO EACH ITEM

Category	Never or Almost Never	<u>Sometimes</u>	Frequently	Always or Almost Always
a. Motor/Movement Impairments	1	2	3	4
b. Sensory Impairments	1	2	3	4
c. Emotional/Behavioral/Psychiatric/ Substance Abuse	1	2	3	4
d. Cognitive/Perceptual/Intellectual/ Learning Disabilities	1	2	3	4

15. **Regardless of your clients' major diagnoses/problems, how frequently do your clients ALSO demonstrate the following symptoms to the point that they interfere with function?**

PLEASE CIRCLE YOUR RESPONSE TO EACH ITEM

	Never or Almost Never	Sometimes	<u>Frequently</u>	Always or Almost Always
a. Depression	1	2	3	4
b. Anxiety	1	2	3	4
c. Post-traumatic stress reactions	1	2	3	4
d. Mood swings	1	2	3	4
e. Delusions or hallucinations	1	2	3	4
f. Attention-deficit or hyperactivity	1	2	3	4
g. Manipulative behavior	1	2	3	4
h. Dependent behavior	1	2	3	4
i. Passive or isolative behavior	1	2	3	4
j. Hostile or aggressive behavior	1	2	3	4
k. Oppositional/resistive/defiant	1	2	3	4
l. Other – specify _____	1	2	3	4

**CONSIDERING YOUR PRIMARY CASELOAD AND PRIMARY SETTING
OVER THE PAST YEAR...**

16. How frequently do your clients exhibit the following behaviors to the extent that they influence the therapy process or outcomes?

PLEASE CIRCLE YOUR RESPONSE TO EACH ITEM

	Never or Almost Never	Sometimes	Frequently	Always or Almost Always
a. Anxious/fearful of engaging in specific activities chosen for therapy	1	2	3	4
b. Overly passive	1	2	3	4
c. Overly-reliant on you as a therapist	1	2	3	4
d. Needy, manipulative or demanding	1	2	3	4
e. Excessively focused on symptoms, impairments, losses, lack of ability	1	2	3	4
f. Generally nervous or preoccupied	1	2	3	4
g. Highly emotional and overwhelmed by challenges associated with their disability	1	2	3	4
h. Hopeless about the future	1	2	3	4
i. Critical of your approach	1	2	3	4
j. Emotionally disengaged/do not appear invested in therapy	1	2	3	4
k. Questioning of your knowledge or skills	1	2	3	4

16. (Continued) How frequently do your clients exhibit the following behaviors to the extent that they influence the therapy process or outcomes?

PLEASE CIRCLE YOUR RESPONSE TO EACH ITEM

	Never or Almost Never	Sometimes	Frequently	Always or Almost Always
l. Resisting your advice feedback and/or suggestions	1	2	3	4
m. Putting themselves down, expressing low self esteem, or fearing judgment	1	2	3	4
n. Having trouble with rapport or trust	1	2	3	4
o. Having reactions due to differences between their and your gender, age, race, values	1	2	3	4
p. Engaging in maladaptive behaviors (e.g., alcohol, drugs, self-abuse)	1	2	3	4
q. Showing hostility (i.e. treating you in a negative or otherwise abusive fashion)	1	2	3	4
r. Denying their impairment or the extent or nature of their impairment	1	2	3	4
s. Being unrealistic about expected OT outcomes	1	2	3	4
t. Other - specify _____	1	2	3	4
u. Other - specify _____	1	2	3	4

**CONSIDERING YOUR PRIMARY CASELOAD AND PRIMARY SETTING
OVER THE PAST YEAR...**

17. In response to your clients' difficult interpersonal behavior, how frequently do you...?

PLEASE CIRCLE YOUR RESPONSE TO EACH ITEM

	Never or <u>Almost</u> Never	Sometimes	Frequently	Always or Almost Always
a. Feel that you are not as effective as you could have been because of a client's difficult interpersonal behavior.	1	2	3	4
b. Recognize that a client's difficult interpersonal behavior has had a negative impact on the outcome of therapy.	1	2	3	4
c. Terminate therapy due to a client's difficult interpersonal behavior	1	2	3	4
d. Feel you worked effectively to prevent a client's negative interpersonal behavior from interfering with therapy outcomes	1	2	3	4
e. Refer out or request another staff member to work with an interpersonally difficult client	1	2	3	4
f. Work with the client on your own to address his or her difficult interpersonal behavior.	1	2	3	4
g. Other – specify _____ _____	1	2	3	4

18. How frequently do you do the following in therapy?

PLEASE CIRCLE YOUR RESPONSE TO EACH ITEM

	Never or Almost Never	Sometimes	Frequently	Always or Almost Always
a. Question a client about his or her life history	1	2	3	4
b. Wonder to yourself if a client's negative behavior is related to something you said or did	1	2	3	4
c. Use touch to comfort or convey empathy	1	2	3	4
d. Encourage a client to express negative feelings, thoughts, or reactions	1	2	3	4
e. Share your own emotional reaction or personal thoughts about a client's impairment or life circumstances	1	2	3	4
f. Name or label a client's negative interpersonal behavior during therapy	1	2	3	4
g. Tell a client that you can understand how difficult his or her situation is	1	2	3	4
h. Choose activities that test or challenge a client's perception of his/her performance or capacity	1	2	3	4
i. Ask a client to explain the reasons behind his or her reaction or behavior	1	2	3	4

18. (Continued) How frequently do you do the following in therapy?

PLEASE CIRCLE YOUR RESPONSE TO EACH ITEM

	Never or <u>Almost</u> Never	Sometimes	Frequently	Always or <u>Almost</u> Always
j. Ask a critical client about his or her reactions to you as a therapist	1	2	3	4
k. Advise a client about how to manage a personal situation	1	2	3	4
l. Encourage a client to make more decisions during the therapy process	1	2	3	4
m. Rephrase something meaningful that a client said and say it back to the client	1	2	3	4
n. Defend your approach in response to client feedback or criticism	1	2	3	4
o. Change something about the activity, choice of activity, or environment when you realize that your approach is not helpful	1	2	3	4
p. Name or label a client's negative emotional state or reaction	1	2	3	4
q. Change your interpersonal style to better match that of a client	1	2	3	4
r. Reveal something personal about yourself or your own life experience to build rapport	1	2	3	4
s. Use touch to convey support or reassure a client	1	2	3	4

18. (Continued) How frequently do you do the following in therapy?

PLEASE CIRCLE YOUR RESPONSE TO EACH ITEM

	Never or Almost Never	Sometimes	Frequently	Always or Almost Always
t. Share with a client your professional opinion about his or her personal life circumstances	1	2	3	4
u. Consider a client's personality or interpersonal style in your intervention approach	1	2	3	4
v. Convey empathy through my emotional expression	1	2	3	4
w. Talk to a client about the potential consequences of his/her lack of compliance	1	2	3	4
x. Support or encourage a client's perspective of his or her impairment or life situation	1	2	3	4
y. Ignore a client's negativity and focus on intervention strategies	1	2	3	4
z. Name or label a client's positive emotional state or reaction for the client	1	2	3	4
aa. Rely on your emotional reactions to clients to inform your clinical reasoning	1	2	3	4
ab. Ask questions to help a client correct illogical thinking	1	2	3	4
ac. Gather feedback from the client before choosing or recommending any activity	1	2	3	4

18. (Continued) How frequently do you do the following in therapy?

PLEASE CIRCLE YOUR RESPONSE TO EACH ITEM

	Never or Almost Never	Sometimes	Frequently	Always or Almost Always
ad. Encourage an angry or hostile client to discuss his or her feelings toward you	1	2	3	4
ae. Redirect an emotional client back to the activity	1	2	3	4
af. Use touch to promote a client's engagement in therapy	1	2	3	4
ag. Tell an angry, hostile, or otherwise inappropriate client that his or her behavior is not acceptable	1	2	3	4
ah. Share with a client how his or her behavior makes you feel	1	2	3	4
ai. Ask a client to change his or her maladaptive behavior	1	2	3	4
aj. Ask a client to recommend his or her own goals for therapy	1	2	3	4
ak. Remind a client of his or her existing strengths or capacities	1	2	3	4
al. Tell a client that you are sad or sorry about his or her problem or life situation	1	2	3	4
am. Use touch to reward or reinforce accomplishment or effort	1	2	3	4

18. (Continued) How frequently do you do the following in therapy?

PLEASE CIRCLE YOUR RESPONSE TO EACH ITEM

	Never or Almost Never	Sometimes	<u>Frequently</u>	Always or Almost Always
an. Share your opinion if a client is considering a major life decision	1	2	3	4
ao. Provide praise or positive reinforcement when a client achieves something	1	2	3	4
ap. Tell a client on the verge of tears that it is ok to cry	1	2	3	4
aq. Name or label a client's achievement in therapy	1	2	3	4
ar. Suggest to a client an alternative way of viewing his or her situation	1	2	3	4
as. Tell a client that his or her negative reaction, behavior, or way of thinking makes sense	1	2	3	4
at. Tell a client that his or her situation will improve	1	2	3	4
au. Ask questions to help a client identify alternatives	1	2	3	4
av. Tell a client you are confident that he or she can complete a task	1	2	3	4
aw. Other-specify _____ _____	1	2	3	4

ABOUT YOUR EXPERIENCE AS AN OT

19. Over the PAST YEAR, how often have you had the following thoughts or feelings about OT practice?

PLEASE CIRCLE YOUR RESPONSE TO EACH ITEM

	Never or Almost Never	Sometimes	Frequently	Always or Almost Always
a. Feel frustrated with a client's attitude/behavior/lack of follow-through	1	2	3	4
b. Feel fulfilled in your work as an OT	1	2	3	4
c. Think about how better to help a client during your own leisure or family time	1	2	3	4
d. Think about changing career paths	1	2	3	4
e. Reflect positively on things you have learned from a client	1	2	3	4
f. Feel sorry that a client has not made expected progress	1	2	3	4
g. Feel sad outside the therapy session because of a client's circumstances/struggle	1	2	3	4
h. Feel confident about your skills as a therapist	1	2	3	4
i. Share a sense of similarity/identity with the lives or life circumstances of your clients	1	2	3	4
j. Feel positive regard (i.e., admiration, respect) for a client	1	2	3	4
k. Reflect outside of the therapy session on what a client's experience of the disability might be like	1	2	3	4

19. (Continued) Over the PAST YEAR, how often have you had the following thoughts or feelings about OT practice?

PLEASE CIRCLE YOUR RESPONSE TO EACH ITEM

	Never or Almost Never	Sometimes	Frequently	Always or Almost Always
l. Wish you had a formal mechanism for professional support, advice, and supervision on use of self	1	2	3	4
m. Think about your clients during times you do not want to	1	2	3	4
n. Feel bewildered that you just don't understand a client's attitude or behavior	1	2	3	4
o. Enjoy the memory of interacting with a client	1	2	3	4
p. Worry about what might happen to a client outside the therapy session	1	2	3	4
q. Question the quality of therapy you provided a client	1	2	3	4
r. Feel good about a compliment a client gave me	1	2	3	4
s. Other - specify _____ _____ _____	1	2	3	4

Thank you for taking the time to complete this questionnaire.

ANEXO VI

Sub ID Código: _____

Fecha: _____

Cuestionario:

Uso Terapéutico del Yo en Terapia Ocupacional

Para el propósito de esta encuesta el uso terapéutico del yo es definido como:

"El uso terapéutico del yo es el uso planificado de la personalidad, intuiciones, percepciones y juicios del terapeuta como parte del proceso terapéutico "

(Punwar & Peloquin, 2000); OT Practice Framework: Domain and Process (AJOT, 2003)

Por razones de confidencialidad, se reservarán los datos personales de los encuestados, al amparo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (B.O.E. núm. 298, de 14 de diciembre de 1999).

Los datos que en él se reflejen serán tratados de manera totalmente CONFIDENCIAL, analizados estadísticamente conjuntamente con el resto de datos procedentes de la muestra empleada en el estudio y utilizados con los fines propios del trabajo de investigación en el que queda enmarcado el propio cuestionario. Por lo tanto, no tenga ningún reparo en contestar con SINCERIDAD, siendo esta condición imprescindible para que los resultados obtenidos tengan auténtico valor práctico.

DATOS PROFESIONALES

Edad

Sexo

Hombre	Mujer
1	2

Indique el nivel más alto de su aprendizaje (en algún campo):

Diplomado/Graduado	Licenciado	Especialista	Máster	Doctor
1	2	3	4	5

¿Cuánto tiempo lleva trabajando como terapeuta ocupacional?

Menos de 1 año	1 a 5 años	6 a 10 años	11 a 20 años	Más de 20 años
1	2	3	4	5

PARTE PRIMERA- ACERCA DE USTED

1. Indique su nivel de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

	muy en desacuerdo	en desacuerdo	de acuerdo	muy de acuerdo
1.1. El uso terapéutico del yo es la destreza más importante en mi práctica como terapeuta ocupacional.	1	2	3	4
1.2. Mi relación con los pacientes es la clave determinante de los resultados de la terapia	1	2	3	4
1.3. Cuando me diplomé/gradué estaba suficientemente entrenado en el uso terapéutico del yo	1	2	3	4
1.4. Mi relación con un paciente dado afecta al compromiso del paciente con las actividades terapéuticas.	1	2	3	4
1.5. Hay conocimiento disponible suficiente en Terapia Ocupacional acerca del uso terapéutico del yo	1	2	3	4
1.6.- El Razonamiento Clínico siempre debería incluir asuntos relacionados con el uso terapéutico del yo	1	2	3	4

2. ¿Cuáles de los siguientes tipos de de entrenamiento en el uso terapéutico del yo ha recibido?

	Sí	No
2.1. Este tema estaba cubierto en varias clases y/o asignaturas en la escuela de Terapia Ocupacional	1	2
2.2. Yo aprendí acerca de esto durante mis prácticas en la escuela de Terapia Ocupacional	1	2
2.3. Hice formación continua con talleres o cursos en este tema	1	2
2.4. Aprendí leyendo acerca de este tema	1	2
2.5. Aprendí sobre esto a través de la interacción con profesionales de otras disciplinas en mi lugar de trabajo	1	2
2.6. Busqué consulta o supervisión de un experto después de la escuela de Terapia Ocupacional	1	2
2.7. Me formé en psicoterapia y esto influyó mi conocimiento en este área	1	2
2.8. Me formé en otras disciplinas de salud mental	1	2

3. Indique los Marcos de Referencia/Modelos de Ocupación que usted utiliza en su práctica (tantos como considere necesarios)

Biomecánico	Modelo Canadiense	Modelo de Ocupación Humana	Cognitivo-Perceptivo	Psicodinámico	Control Motor/Neurodesarrollo
1	2	3	4	5	6

3.1.- Otros (especificar)

PARTE 2 - ACERCA DE SU PRÁCTICA:

Por favor, responda todas las preguntas basadas en la práctica y casos que usted ha tratado SÓLO EN EL ÚLTIMO AÑO

4. ¿En qué campo profesional pasa trabajando la MAYOR PARTE DE SU TIEMPO? (Con independencia de que sea público o privado)? (Sólo una respuesta)

Hospital (pacientes agudos)	Hospital (pacientes de rehabilitación)	Pacientes de rehabilitación ambulatorios	Consulta privada	Colegio o sistema escolar	Atención domiciliaria
1	2	3	4	5	6

4.1.- Otro (por favor especificar)

5. ¿Cuál es la duración del tratamiento para los pacientes que usted ve en su trabajo? (Señale únicamente la más frecuente)

Menos de 1 semana	1-2 semanas	2-3 semanas	3-5 semanas	de 5 semanas a 1 año	Pacientes de larga duración
1	2	3	4	5	6

PARTE 2 - ACERCA DE SU PRÁCTICA (continuación):

*Por favor, responda todas las preguntas basadas en la práctica y casos que usted ha tratado **SÓLO EN EL ÚLTIMO AÑO***

CONSIDERANDO SU PRINCIPAL CARGA DE TRABAJO Y SU PRINCIPAL ENCUADRE EN EL ÚLTIMO AÑO...

6. ¿Cuál es la intensidad típica de la terapia que usted aplica en este centro?

(Sólo una respuesta)

Menos de 10 sesiones	10-20 sesiones	21-30 sesiones	Más de 31 sesiones
1	2	3	4

7. ¿Qué porcentaje de su trabajo supone terapia individual frente a la terapia de grupo?

Terapia Individual	Terapia de Grupo	Total
1	2	100%

8. ¿Con qué población de pacientes pasa la mayor parte de su tiempo trabajando?

Ancianos (≥65)	Adultos (19-64)	Adolescentes (13-18)	Niños (0-12)
1	2	3	4

9. ¿Cuál de las siguientes dificultades son el principal motivo de sus pacientes para recibir Terapia Ocupacional?

Motrices	Sensoriales	Psicosociales/Psiquiátricas/Abuso de sustancias	Limitaciones del aprendizaje/Cognitivas/Perceptuales/Intelectuales
1	2	3	4

10. Sin tener en cuenta los diagnósticos/problemas principales de sus pacientes ¿cuáles de los siguientes síntomas aparecen hasta el punto de interferir con la función?

Depresión	Ansiedad	Cambios de humor	Alucinaciones	Déficit Atencionales	Hiperactividad	Estrés posttraumático	Pensamientos delirantes
1	2	3	4	5	6	7	8

11. ¿Con qué frecuencia sus pacientes muestran las siguientes conductas hasta el punto en que éstas influyen en el proceso y en los resultados de la terapia?

Dificultad para involucrarse en la actividad	Pasividad	Dependencia	Manipulación	Focalización en la pérdida	Desesperación sobre el futuro
1	2	3	4	5	6
Desconfianza	Conductas desadaptativas (p.e.: alcohol, drogas, maltrato)		Hostilidad/Agresividad	Negación	Falta de realismo
7	8		9	10	11

12. En respuesta a las conductas interpersonales difíciles de sus pacientes, ¿con qué frecuencia usted...?

	nunca	casi nunca	frecuente	siempre
12.1 Reconoce que la conducta interpersonal difícil de un paciente ha tenido un impacto negativo en el resultado de la terapia _____	1	2	3	4
12.2 Siente que su trabajo es eficaz para prevenir la conducta interpersonal negativa de un paciente que pueda interferir en los resultados de la terapia _____	1	2	3	4
12.3 Deriva a otros profesionales para trabajar con un paciente con dificultades interpersonales _____	1	2	3	4
12.4 Trabaja con el paciente dirigiéndose a su conducta interpersonal difícil _____	1	2	3	4
12.5 Se apoya en la norma de la institución, equipo o de la actividad para abordar las dificultades interpersonales de las personas con las que Uds. trabaja _____	1	2	3	4

13.- ¿Con qué frecuencia hace usted lo siguiente durante la sesión de terapia?

	nunca	casi nunca	frecuente	siempre
13.1 Preguntar a un paciente sobre su historia de vida.	1	2	3	4
13.2 Observar que la conducta de un paciente está relacionada con algo que usted ha dicho o hecho.	1	2	3	4
13.3 Utilizar el contacto físico.	1	2	3	4
13.4 Animar al paciente a la expresión verbal de sentimientos, pensamientos y conductas.	1	2	3	4
13.5 Verbalizar las conductas interpersonales de un paciente durante la sesión de terapia.	1	2	3	4
13.6 Elegir actividades que reten la percepción del paciente de su capacidad.	1	2	3	4
13.7 Aconsejar a un paciente sobre cómo gestionar sus situaciones personales.	1	2	3	4
13.8 Cambiar su propio estilo interpersonal para mejorar el encuentro con el paciente.	1	2	3	4
13.9 Revelar algo personal sobre usted mismo para ayudar a establecer la confianza con el paciente.	1	2	3	4
13.10 Considerar la personalidad del paciente para realizar la intervención.	1	2	3	4
13.11 Transmitir empatía a través de expresiones verbales y no verbales.	1	2	3	4
13.12 Focalizar en las estrategias de intervención.	1	2	3	4
13.13 Decirle a un paciente cuya conducta no es aceptable que puede cambiarla por otra más adaptativa.	1	2	3	4
13.14 Animar al paciente a que se ponga sus propias metas para la terapia.	1	2	3	4
13.15 Decirle al paciente cuáles son sus capacidades y fortalezas.	1	2	3	4
13.16 Reforzar positivamente cuando el paciente logra algo.	1	2	3	4
13.17 Decir a un paciente a punto de derrumbarse que es bueno llorar.	1	2	3	4
13.18 Expresar confianza al paciente.	1	2	3	4
13.19 Ayudar al paciente a identificar alternativas.	1	2	3	4

PARTE 3 - ACERCA DE SU EXPERIENCIA PROFESIONAL

14. En el último año, ¿con qué frecuencia ha tenido los pensamientos o sentimientos siguientes como terapeuta ocupacional?

	nunca	casi nunca	frecuente	siempre
14.1. Sentir satisfacción en su trabajo como terapeuta ocupacional	1	2	3	4
14.2. Sentir frustración con las actitudes/conductas/faltas llevadas a cabo por un paciente	1	2	3	4
14.3. Pensar sobre cómo mejorar la ayuda al paciente durante su propio ocio o tiempo de familia	1	2	3	4
14.4. Pensar sobre cambios en la carrera profesional	1	2	3	4
14.5. Reflexionar positivamente en cosas que ha aprendido de un paciente	1	2	3	4
14.7. Sentir tristeza fuera de la sesión de terapia por un paciente	1	2	3	4
14.8. Sentir confianza sobre sus destrezas como terapeuta	1	2	3	4
14.9. Desear tener apoyo, consejo y supervisión profesional en el uso terapéutico del yo	1	2	3	4
14.10. Pensar sobre sus pacientes durante tiempos que no quiere	1	2	3	4
14.11. Sentir confusión porque no comprende actitudes o conductas de un paciente	1	2	3	4
14.12. Disfrutar del recuerdo de la interacción con un paciente	1	2	3	4
14.13. Preocupación sobre lo que le pueda suceder a un paciente fuera de la sesión de terapia	1	2	3	4
14.14. Cuestionar la calidad de terapia que da a un paciente	1	2	3	4
14.15. Sentirse bien por un cumplido que le hace un paciente.	1	2	3	4
14.16.- Ser consciente de que ha llegado al límite de sus capacidades de intervenir en un paciente	1	2	3	4
14.16. Otros - especificar				

ANEXO VII

Estimado/a terapeuta ocupacional:

Hace unas semanas me dirigí a usted para solicitar su participación en una investigación sobre el “uso terapéutico del yo” a través de un cuestionario on-line. En esta ocasión me pongo en contacto de nuevo con usted para agradecerle su colaboración si ya lo rellenó y para recordarle que todavía puede terminar de cumplimentarlo si no lo finalizó o no pudo contestar en ese momento.

Como sabe el principal objetivo de esta investigación es conocer si la enseñanza impartida durante la etapa de formación del terapeuta ocupacional se adecúa con las necesidades de los profesionales en su práctica clínica. Para ello, la fase inicial del estudio consiste en recoger información de profesionales como usted a través del cuestionario al que podrá acceder a través del link y que no le llevará realizarlo más de 10 minutos.

<http://www.encuestafacil.com/RespWeb/Qn.aspx?EID=922285>

Agradeciendo su colaboración, le envío un afectuoso saludo,

M^a Cruz Castellanos Ortega

Terapeuta ocupacional, Psicóloga clínica,
Profesora de Terapia Ocupacional del Centro Superior de Estudios Universitarios
Profesora de Educación de la Universidad de Valladolid – Campus Segovia

Si conoce a algún otro terapeuta ocupacional que pueda colaborar en esta investigación, le agradezco que le haga llegar este texto.

ANEXO VIII

ENTREVISTA 1

Nos interesa conocer su opinión y valoración sobre algunos conceptos de la enseñanza de la Terapia Ocupacional. En primer lugar le preguntaré algunos datos personales y profesionales; en segundo lugar continuaremos con preguntas relativas a la relación terapéutica y el uso terapéutico del yo en Terapia Ocupacional, su opinión y valoración de estos conceptos, así como la forma en la que están recogidos estos conceptos en la enseñanza de esta disciplina en su universidad.

1. ACERCA DE USTED:

1.1. Para empezar, ¿podría decirnos cuál es su edad y su sexo?

No, no tengo problema en decirlo, soy mujer y tengo 47 años.

1.2. ¿Y su titulación?

Soy licenciada en Psicología.

1.3. En la universidad ¿cuál es su categoría profesional o puesto de trabajo?

Actualmente mi categoría es la de Profesora Contratada Doctora y soy responsable de la titulación de Terapia Ocupacional

1.4. ¿Desde cuándo trabaja como docente?

Desde hace un año en esta titulación, anteriormente llevo seis años como profesora.

1.5. En la titulación de Terapia Ocupacional, ¿cuál es su tiempo de dedicación a la docencia?

En esta titulación mi dedicación es de 10 horas semanales.

1.6. Las asignaturas que imparte ¿a qué área de conocimiento pertenecen?

Mis asignaturas pertenecen al área de Psicología Evolutiva y de la Educación.

1.7. Además de docente, ¿ha trabajado o trabaja usted como clínico? ¿De qué especialidad?

No, nunca he trabajado en el campo de la Psicología Clínica.

Vamos a definir los conceptos a los que nos vamos a referir durante la entrevista para tener unos criterios comunes:

Relación terapéutica (RT):

La relación terapéutica es la interacción del terapeuta con el paciente, es decir: la comunicación, intercambios emocionales, colaboración y compañerismo entre terapeuta y paciente.

Uso Terapéutico del Yo (UTY):

“El uso terapéutico del yo es el uso planificado de la personalidad, intuiciones, percepciones y juicios del terapeuta como parte del proceso terapéutico”.

2. EN LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL ¿CUAL ES LA VALORACIÓN QUE HACE USTED DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA Y DEL USO TERAPÉUTICO DEL YO? ¿POR QUÉ?

Como ya he dicho anteriormente soy psicóloga y, aunque coordino la titulación de Terapia Ocupacional, en realidad no es mi disciplina, por este motivo desconozco cuál es el impacto que la relación terapéutica tiene en la práctica de la Terapia Ocupacional, por ello no puedo hacer una valoración al respecto.

3. VAMOS A HABLAR SOBRE CÓMO APARECEN EN LOS PLANES DE ESTUDIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL DE SU UNIVERSIDAD LOS CONCEPTOS DE RELACIÓN TERAPÉUTICA, USO TERAPÉUTICO DEL YO Y HABILIDADES DEL TERAPEUTA

Realmente no lo sé, mi función es la de coordinar las diferentes asignaturas, a los distintos profesores y organizar horarios y grupos, pero no conozco en detalle los aspectos por los que me pregunta; supongo que están reflejados en alguna asignatura pero eso habría que preguntárselo a los profesores terapeutas ocupacionales; aunque en esta universidad son escasos y su presencia se limita casi exclusivamente a los centros de prácticas.

3.1 Los conceptos anteriores ¿se desarrollan en las competencias? ¿En cuáles?

No lo sé, es lo que le he dicho anteriormente

3.2 ¿y en los contenidos?

Tampoco sé si aparece explícitamente en algún contenido.

3.3 ¿En qué asignaturas o áreas de conocimiento aparecen?

No sé, conozco las asignaturas grosso modo, pero no las conozco en detalle.

3.4 En las asignaturas ¿hay alguna metodología descrita?

La metodología de las asignaturas están descritas en general, realmente desconozco si hay algo específico para este aspecto.

3.5 En el Prácticum ¿se refleja en la evaluación realizada al alumno?

La evaluación del Prácticum la lleva el profesor coordinador del mismo y yo no sé qué aspectos son los evaluados.

3.5.1 En cuanto al perfil del profesor de prácticas ¿hay algún requisito en cuanto a titulación, tiempo de experiencia profesional (como clínico) o como docente?

No estoy segura pero creo que los profesores de prácticas tienen que ser terapeutas ocupacionales pero no sé si existe algún requisito más.

4. CON RESPECTO A ESTE TEMA, EN LA DIPLOMATURA DE TERAPIA OCUPACIONAL ANTERIOR AL GRADO:

No lo sé, al no ser mi disciplina no conozco sobre este tema, realmente no lo puedo comparar.

4.1 En los planes de estudios de la diplomatura ¿qué es lo que había respecto a relación terapéutica o uso terapéutico del yo?

4.2 ¿Aparecía en alguna asignatura o área de conocimiento?

4.3 ¿Estaban descritas las metodologías utilizadas?

4.4 En el Prácticum ¿estaba recogido lo relativo a estos temas en la evaluación al alumno?

4.5 El perfil del profesor de prácticas ¿era el mismo en la diplomatura que en el grado?

5. SI NOS REFERIMOS A BUENAS EXPERIENCIAS O BUENAS PRÁCTICAS DOCENTES ¿CONOCE ALGUNA EN SU PROPIA TITULACIÓN, O EN OTRAS, RESPECTO A RELACIÓN TERAPÉUTICA?

¿Buenas prácticas docentes?; he de decir que en Terapia Ocupacional no conozco las prácticas docentes porque no es mi disciplina. En otras titulaciones tampoco las conozco.

**6. OTROS PROFESIONALES AFINES AL TERAPEUTA OCUPACIONAL
¿CÓMO CREE QUE ADQUIEREN LAS HABILIDADES NECESARIAS PARA
ESTABLECER UNA ADECUADA RELACIÓN TERAPÉUTICA CON EL
PACIENTE O USUARIO?**

Pues...al no haber trabajado nunca en clínica no sé cómo se adquieren las habilidades para la relación terapéutica y tampoco lo conozco en otras disciplinas sanitarias afines a Terapia Ocupacional.

**7. NOS INTERESA CONOCER ¿CUÁL ES SU VALORACIÓN DE LAS FORMAS
O MÉTODOS POR LOS QUE SE ADQUIEREN LAS HABILIDADES
NECESARIAS PARA ESTABLECER LA RELACIÓN TERAPÉUTICA?**

Bueno, yo creo que las formas y los métodos de aprendizaje de las habilidades para establecer la relación terapéutica son importantes aunque, como he dicho anteriormente, al no tratarse de mi disciplina, no puedo hacer una valoración de las mismas.

**8. LA METODOLOGÍA DE ENSEÑANZA DE ESTOS CONCEPTOS ¿PIENSA
QUE ES RELEVANTE? ¿POR QUÉ?**

Yo creo que sí ¿no?...Supongo que la metodología es relevante porque no solo se trata de conceptos, entiendo que es algo que tiene mucho que ver con la práctica, por tanto el cómo se enseñen estos conceptos me imagino que debe tener relevancia; aunque en realidad, al no ser mi disciplina, pues no lo sé.

**9. DESDE LA DIPLOMATURA AL GRADO DE TERAPIA OCUPACIONAL
¿CÓMO CONSIDERA LA EVOLUCIÓN EN LA ENSEÑANZA DE LA
RELACIÓN TERAPÉUTICA Y EL USO TERAPÉUTICO DEL YO EN LOS
FUTUROS PROFESIONALES? ¿POR QUÉ?**

¡Huy! Esta pregunta sí que no la puedo responder porque no sé cómo ha sido la evolución de las enseñanzas de Terapia Ocupacional de la diplomatura al grado; lo

desconozco en cuanto a los estudios a nivel general, con mayor motivo en algo tan específico como la relación terapéutica.

10. CUANDO TERMINAN SUS ESTUDIOS DE GRADO LOS TERAPEUTAS OCUPACIONALES ¿CREE QUE ESTÁN MEJOR PREPARADOS EN SU FORMACIÓN INICIAL QUE LOS ANTERIORES DIPLOMADOS EN ESTAS DESTREZAS? ¿POR QUÉ?

En realidad no puedo hacer una valoración al respecto porque no sé prácticamente nada sobre la diplomatura y, en concreto sobre estos temas, sé poco con lo que respecta al grado. Supongo que al aumentar las horas de prácticas clínicas y al ser un año más de estudios existen más oportunidades para profundizar, pero esto es solo una suposición.

11. SI LO DESEA, PUEDE AÑADIR ALGUNA OBSERVACIÓN O COMENTARIO A ESTA ENTREVISTA.

Bueno, no sé si mis aportaciones servirán para algo en su investigación porque llevo poco tiempo al frente de este cargo de responsable de titulación y mi desconocimiento de la Terapia Ocupacional es grande, espero irme poniendo al día poco a poco con la colaboración de los profesores terapeutas ocupacionales.

Gracias por su colaboración en este estudio.

ENTREVISTA 2

Nos interesa conocer su opinión y valoración sobre algunos conceptos de la enseñanza de la Terapia Ocupacional. En primer lugar le preguntaré algunos datos personales y profesionales; en segundo lugar continuaremos con preguntas relativas a la relación terapéutica y el uso terapéutico del yo en Terapia Ocupacional, su opinión y valoración de estos conceptos, así como la forma en la que están recogidos estos conceptos en la enseñanza de esta disciplina en su universidad.

1. ACERCA DE USTED:

Bien, empezamos por los asuntos personales, soy hombre y tengo 44años.

1.2. ¿Y su titulación?

En la actualidad soy diplomado en Terapia Ocupacional y estoy realizando un Máster para ampliar mis estudios, sobre todo de cara al trabajo en la universidad, ya que es conveniente tener más titulación que la diplomatura; lo ideal es ser doctor y, dentro de poco, será una exigencia para todo el profesorado tener estudios de tercer ciclo.

1.3. En la universidad ¿cuál es su categoría profesional o puesto de trabajo?

En la actualidad soy profesor universitario y responsable de la titulación de Terapia Ocupacional.

1.4. ¿Desde cuándo trabaja como docente?

Empecé a trabajar como profesor en el curso 2001-2002.

1.5. En la titulación de Terapia Ocupacional, ¿cuál es su tiempo de dedicación a la docencia?

Mi jornada actual es de profesor a tiempo completo y, en cuanto a la dedicación a la docencia, depende del semestre, el segundo está más cargado que el primero porque hay más asignaturas específicas. Las horas que no dedico a la docencia las ocupo con las tareas de coordinación por lo que todo el tiempo está dedicado a la titulación.

1.6. Las asignaturas que imparte ¿a qué área de conocimiento pertenecen?

Las asignaturas que imparto pertenecen a dos áreas de conocimiento, en concreto a Terapia Ocupacional y a Antropología Social y Cultural. Son diversas asignaturas, pero todas ellas pertenecen a esas dos áreas de conocimiento.

1.7. Además de docente, ¿ha trabajado o trabaja usted como clínico? ¿De qué especialidad?

Bueno en la actualidad mi trabajo en la universidad ocupa toda mi actividad laboral; sin embargo, antes de dedicarme a tiempo completo a la docencia, sí que trabajé en distintos campos clínicos como terapeuta ocupacional, incluso durante algún tiempo compaginé las dos actividades.

Vamos a definir los conceptos a los que nos vamos a referir durante la entrevista para tener unos criterios comunes:

Relación terapéutica (RT):

La relación terapéutica es la interacción del terapeuta con el paciente, es decir: la comunicación, intercambios emocionales, colaboración y compañerismo entre terapeuta y paciente.

Uso Terapéutico del Yo (UTY):

“El uso terapéutico del yo es el uso planificado de la personalidad, intuiciones, percepciones y juicios del terapeuta como parte del proceso terapéutico”.

2. EN LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL ¿CUAL ES LA VALORACIÓN QUE HACE USTED DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA Y DEL USO TERAPÉUTICO DEL YO? ¿POR QUÉ?

A mi juicio, la relación terapéutica en el quehacer diario del terapeuta ocupacional es vital ya que el trabajo diario con personas con discapacidad es mucho más efectivo para ambas partes si se crea una relación de empatía y confianza entre ambos, ya que, como dice Kielhofner, la motivación es el primer paso para la acción, y me temo que si el paciente no confía o no cree en su terapeuta ocupacional la motivación se verá alterada, disminuida. Además creo que en la discapacidad debemos buscar el bienestar y calidad de vida de los pacientes y, para ello, es necesario que el paciente me vea como un agente más en su meta de llegar a ese bienestar; siendo vital escucharle (diferente de oírle).

3. VAMOS A HABLAR SOBRE CÓMO APARECEN EN LOS PLANES DE ESTUDIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL DE SU UNIVERSIDAD LOS CONCEPTOS DE RELACIÓN TERAPÉUTICA, USO TERAPÉUTICO DEL YO Y HABILIDADES DEL TERAPEUTA

3.1. Los conceptos anteriores ¿se desarrollan en las competencias? ¿En cuáles?

Sí, por supuesto, los conceptos de la relación terapéutica y el uso terapéutico del yo están desarrollados en las competencias, tanto en las generales como en las específicas; no me las sé de memoria, si me dejas un rato lo busco y te lo puedo concretar...Aquí están:

Competencias generales:

D) RELACIONES PROFESIONALES, CLÍNICAS Y COMUNITARIAS

19. Adquirir y desarrollar habilidades, destrezas y experiencia práctica en el contexto sociosanitario y comunitario.

E) HABILIDADES DE COMUNICACIÓN.

22. Escuchar de manera activa, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas y las demandas ocupacionales de los individuos y poblaciones y comprender el contenido de esta información.

23. Establecer una comunicación interpersonal asertiva con todos los interlocutores que sean relevantes durante el proceso de Terapia Ocupacional.

Competencias específicas

De Terapia Ocupacional. Autonomía personal e independencia

- Fomentar la participación del usuario y familia en su proceso de recuperación.
- Apreciar y respetar las diferencias individuales, creencias culturales, costumbres y su influencia en la ocupación y la participación.

3.2. ¿y en los contenidos?

Los contenidos específicamente son los relativos a relación terapéutica, a las habilidades a adquirir por el terapeuta ocupacional en la relación terapéutica (comunicación, empatía, habilidades interpersonales, práctica centrada en el paciente...) y, por último, los específicos del uso terapéutico del yo.

3.3. ¿En qué asignaturas o áreas de conocimiento aparecen?

Hay diversas asignaturas implicadas, todas ellas de las áreas de conocimiento de la Psicología, la Psicología aplicada y diversas asignaturas del área de Terapia Ocupacional,

ya que existen distintas materias específicas según sea la aplicación en los distintos campos clínicos, tales como Psiquiatría, Discapacidades Físicas, Pediatría, Geriatría, etc..

3.4. En las asignaturas ¿hay alguna metodología descrita?

Pues realmente yo creo que no, la metodología aparece descrita en las asignaturas de una forma general pero no se entra en detalle en los métodos de enseñanza de cada competencia y en concreto de las que estamos hablando pues tampoco se describen.

3.5. En el Prácticum ¿se refleja en la evaluación realizada al alumno?

Bueno...en el Prácticum...mmm... decirte que la coordinadora no trata este tema en las estancias clínicas. Solo hay un ítem que valora de forma numérica como es la relación del estudiante con los pacientes y ya está, sin hacer hincapié en la formación del estudiante en esta parcela o vigilar si el terapeuta ocupacional del centro de prácticas trabaja o no estos aspectos con el estudiante. Cuando yo tenía alumnos en estancias clínicas, yo lo trabajaba con ellos porque lo creía oportuno, no porque desde la Universidad de donde provenían mis alumnos me dijeran que lo trabajase o enseñase.

3.5.1. En cuanto al perfil del profesor de prácticas ¿hay algún requisito en cuanto a titulación, tiempo de experiencia profesional (como clínico) o como docente?

De momento no, pero nos estamos planteando que haya unos mínimos a exigir, sobre todo en lo relativo a la experiencia profesional, pero la realidad es que no hay muchos centros donde los alumnos puedan hacer prácticas y eso nos limita bastante en cuanto a plantear requisitos mínimos; date cuenta que hay varias universidades en esta comunidad que tienen que “colocar” a sus alumnos para realizar las prácticas y eso es lo que disminuye las posibilidades de los centros; tampoco podemos saturar los centros con estudiantes en prácticas.

4. CON RESPECTO A ESTE TEMA, EN LA DIPLOMATURA DE TERAPIA OCUPACIONAL ANTERIOR AL GRADO:

4.1. En los planes de estudios de la diplomatura ¿qué es lo que había respecto a relación terapéutica o uso terapéutico del yo?

Si te digo la verdad, es lo mismo en el grado que en la diplomatura en estos temas, no ha cambiado nada. Lo único que puede ser diferente es que ahora quizá está formulado de otra manera, pero en esencia es idéntico.

4.2. ¿Aparecía en alguna asignatura o área de conocimiento?

Te digo lo mismo, en diplomatura y en grado no hay diferencias, es igual en ambos, lo cierto es que en estos temas no existe prácticamente ninguna modificación. La presencia de estos temas en la diplomatura era de una forma difusa entre varias asignaturas, como ahora.

4.3. ¿Estaban descritas las metodologías utilizadas?

No, no, tampoco las metodologías estaban descritas; incluso yo creo que todo estaba expuesto de forma más general que con los grados. Ahora existe más detalle en cuanto a qué métodos de enseñanza se utilizan, aunque claro, esto depende mucho del profesor al cargo de cada asignatura.

4.4. En el Prácticum ¿estaban recogidos estos temas en la evaluación del alumno?

La evaluación del alumno en el Prácticum de diplomatura y en el de grado es muy similar en estos temas, como dije anteriormente, no había nada relacionado a relación terapéutica. Todo depende del profesor coordinador del Prácticum, que es la persona encargada de dar las directrices que considera oportunas, incluidos los contenidos.

4.5. El perfil del profesor de prácticas ¿era el mismo en la diplomatura que en el grado?

En la actualidad sí pero, como decía antes, estamos intentando que el profesor de prácticas tenga unos mínimos en cuanto experiencia (al menos un año) y también tenemos intención de formarle antes de que el alumno acuda al centro de prácticas, estamos barajando la posibilidad de realizar algunas sesiones formativas para homogeneizar criterios entre los profesores de los diferentes centros.

5. SI NOS REFERIMOS A BUENAS EXPERIENCIAS O BUENAS PRÁCTICAS DOCENTES ¿CONOCE ALGUNA EN SU PROPIA TITULACIÓN, O EN OTRAS, RESPECTO A RELACIÓN TERAPÉUTICA?

No entiendo muy bien esta pregunta.

Sí, me refiero a que si conoces alguna experiencia considerada buena en la enseñanza de estos temas, tanto en tu titulación como en otras afines.

¡Ah, ya! Es que no te había entendido bien. La verdad es que no, no conozco nada al respecto, no tengo referencias de otras carreras en mi universidad ni en otras sobre si tratan el tema de la relación terapéutica, ni tampoco en otras universidades donde se imparte Terapia Ocupacional; intuyo que otras titulaciones relacionadas con la salud pueden tratar la relación terapéutica por la importancia que tiene, pero desconozco si en la práctica se hace. Cuando yo estudié Terapia Ocupacional no me formaron en nada de esto y, al trabajar como clínico, descubrí su importancia, por eso en las clases hago hincapié en ello, porque sé que en la práctica clínica es muy importante.

6. OTROS PROFESIONALES AFINES AL TERAPEUTA OCUPACIONAL ¿CÓMO CREE QUE ADQUIEREN LAS HABILIDADES NECESARIAS PARA ESTABLECER UNA ADECUADA RELACIÓN TERAPÉUTICA CON EL PACIENTE O USUARIO?

Pues supongo que si no lo explican y lo tratan a lo largo de la formación académica, a través de la experiencia clínica o formación postuniversitaria...sí, creo que estas serán las vías principales pero como ya te digo lo desconozco totalmente.

7. NOS INTERESA CONOCER ¿CUÁL ES SU VALORACIÓN DE LAS FORMAS O MÉTODOS POR LOS QUE SE ADQUIEREN LAS HABILIDADES NECESARIAS PARA ESTABLECER LA RELACIÓN TERAPÉUTICA?

Lo cierto es que la única metodología conocida es la explicación teórica dada en las clases, utilizando algún ejemplo práctico. La técnica práctica que de vez en cuando he podido utilizar para poner de relieve las habilidades necesarias en toda relación terapéutica ha sido el role playing y lo cierto es que me ha resultado muy útil.

8. LA METODOLOGÍA DE ENSEÑANZA DE ESTOS CONCEPTOS ¿PIENSA QUE ES RELEVANTE? ¿POR QUÉ?

Sí yo creo que es relevante porque, si bien se requieren unos conocimientos teóricos, a la vez no hay mucho conocimiento sobre ellos y menos sobre cómo enseñarlos. Además las destrezas de la relación terapéutica son prácticas y la práctica requiere de métodos diferentes a la teoría.

9. DESDE LA DIPLOMATURA AL GRADO DE TERAPIA OCUPACIONAL ¿CÓMO CONSIDERA LA EVOLUCIÓN EN LA ENSEÑANZA DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA Y EL USO TERAPÉUTICO DEL YO EN LOS FUTUROS PROFESIONALES? ¿POR QUÉ?

Creo que ha habido un cambio en la concepción de la relación terapeuta ocupacional paciente como entre cualquier otro profesional sanitario y su paciente. De hecho, la palabra paciente cada vez se utiliza menos, ya que la tendencia es ver al paciente como la persona que recibe una intervención y con la que debemos contar, es decir, no debe ser tan pasiva. En cuanto a si ha habido cambios entre la diplomatura y el grado, estoy de acuerdo en que sí, el cambio está en que quizás hace unos 10 - 15 años estos temas se rozaban muy por encima y en los grados, de forma genérica creo que se le da más importancia. Creo que no sólo afecta a la Terapia Ocupacional, sino más bien al modelo de relación entre los profesionales sanitarios y sus pacientes o usuarios.

10. CUANDO TERMINAN SUS ESTUDIOS DE GRADO LOS TERAPEUTAS OCUPACIONALES ¿CREE QUE ESTÁN MEJOR PREPARADOS EN SU FORMACIÓN INICIAL QUE LOS ANTERIORES DIPLOMADOS EN ESTAS DESTREZAS? ¿POR QUÉ?

Creo que en cuanto a la formación dada en mi Universidad no. Esto es debido a que desde que llevo impartiendo docencia en la Universidad XXXXX, siempre he creído importante tratar este tema, no por mi formación teórica, sino por mi experiencia clínica previa a mi trabajo como profesor en la Universidad. Por otra parte creo que el hecho de haber más estancias clínicas en el grado contribuirá a que el estudiante pueda empaparse más, vivenciándolos, de los aspectos relacionados con la relación terapéutica y las habilidades que todo terapeuta ocupacional debe tener a la hora de establecer dicha relación.

11. SI LO DESEA, PUEDE AÑADIR ALGUNA OBSERVACIÓN O COMENTARIO A ESTA ENTREVISTA.

Sí, me gustaría comentar que toda la investigación sobre Terapia Ocupacional es muy necesaria y, en concreto, la relativa a la relación terapéutica es muy importante porque cuanto más conocimiento teórico exista sobre ello mejores metodologías podrán desarrollarse para su enseñanza debido a que ahora creo que hay cierta improvisación al respecto.

Espero que mis aportaciones sean útiles en tu investigación y si necesitas algo más no dudes en contactar de nuevo conmigo.

Muchas gracias por tu colaboración en este estudio.

ENTREVISTA 3

Nos interesa conocer su opinión y valoración sobre algunos conceptos de la enseñanza de la Terapia Ocupacional. En primer lugar le preguntaré algunos datos personales y profesionales; en segundo lugar continuaremos con preguntas relativas a la relación terapéutica y el uso terapéutico del yo en Terapia Ocupacional, su opinión y valoración de estos conceptos, así como la forma en la que están recogidos estos conceptos en la enseñanza de esta disciplina en su universidad.

1. ACERCA DE USTED:

1.1. Para empezar, ¿podría decirnos cuál es su edad y su sexo?

Pues sí puedo decirlo, no hay problema; tengo 35 años y mi sexo es masculino.

1.2. ¿Y su titulación?

Yo me diplomé primero en Terapia Ocupacional y después me licencié en Antropología Social para poder acceder a estudios de Tercer Ciclo, en la actualidad tengo un máster y espero acceder al doctorado para estar en posesión del título de doctor.

1.3. En la universidad ¿cuál es su categoría profesional o puesto de trabajo?

Profesor a tiempo completo y desde hace poco también soy responsable de la titulación de Terapia Ocupacional en la universidad en la que trabajo.

1.4. ¿Desde cuándo trabaja como docente?

Trabajo como profesor universitario desde septiembre del 2005, realizando mi labor en distintas universidades, en concreto en dos.

1.5. En la titulación de Terapia Ocupacional, ¿cuál es su tiempo de dedicación a la docencia?

La media de horas de docencia entre los dos cuatrimestres es de 15 horas semanales, pero esto es la media, eso quiere decir que el primer cuatrimestre está un poco menos cargado que el segundo, en el que hay más docencia específica de Terapia Ocupacional y por eso hay más carga de trabajo, pero ya digo, en mi universidad se hace un promedio entre los dos cuatrimestres.

1.6. Las asignaturas que imparte ¿a qué área de conocimiento pertenecen?

Mis asignaturas son todas pertenecientes al área de conocimiento de Terapia Ocupacional, en concreto a las afectaciones de origen neurológico, tanto en niños como en adultos como en personas mayores, mi especialidad es la neurología, aunque en ocasiones imparto algún módulo de otras áreas pero siempre relacionado con las discapacidades físicas.

1.7. Además de docente, ¿ha trabajado o trabaja usted como clínico? ¿De qué especialidad?

Sí he trabajado en la clínica, en concreto en la especialidad de neurología. En la actualidad trabajo menos en este campo por mi mayor implicación docente; lo que trabajo a nivel clínico ha sido siempre más general, aunque siempre dentro de las afecciones físicas.

Vamos a definir los conceptos a los que nos vamos a referir durante la entrevista para tener unos criterios comunes:

Relación terapéutica (RT):

La relación terapéutica es la interacción del terapeuta con el paciente, es decir: la comunicación, intercambios emocionales, colaboración y compañerismo entre terapeuta y paciente.

Uso Terapéutico del Yo (UTY):

“El uso terapéutico del yo es el uso planificado de la personalidad, intuiciones, percepciones y juicios del terapeuta como parte del proceso terapéutico”.

2. EN LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL ¿CUAL ES LA VALORACIÓN QUE HACE USTED DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA Y DEL USO TERAPÉUTICO DEL YO? ¿POR QUÉ?

Pues, en mi opinión, es algo muy importante que muchas veces ha quedado desplazado del área de conocimiento porque en la diplomatura había mucha materia y esta era una de las cuestiones que no se abordaba. Ahora con el grado hay algo más de espacio y hay que aprovecharlo.

3. VAMOS A HABLAR SOBRE CÓMO APARECEN EN LOS PLANES DE ESTUDIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL DE SU UNIVERSIDAD LOS

CONCEPTOS DE RELACIÓN TERAPÉUTICA, USO TERAPÉUTICO DEL YO Y HABILIDADES DEL TERAPEUTA

3.1 Los conceptos anteriores ¿se desarrollan en las competencias? ¿En cuáles?

Sí se desarrollan en las competencias, como no lo recuerdo de memoria, si me dejas algo de tiempo te lo concreto:

- Establecer una comunicación interpersonal asertiva con todos los interlocutores que sean relevantes durante el proceso de Terapia Ocupacional.
- El ejercicio profesional centrado en individuos y poblaciones respetando su autonomía y el secreto profesional.
- Escuchar de manera activa, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas y las demandas ocupacionales de los individuos/poblaciones y comprender el contenido de esta información.
- Reconocer las propias limitaciones y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional, prestando especial importancia al aprendizaje de manera autónoma de nuevos conocimientos y técnicas y a la motivación por la calidad.
- Colaborar con grupos y comunidades para promover la salud y el bienestar de sus miembros mediante la participación en la ocupación significativa.
- Utilizar el razonamiento ético y profesional de manera eficaz a lo largo del proceso de Terapia Ocupacional.
- Apreciar y respetar las diferencias individuales, creencias culturales, costumbres y su influencia en la ocupación y la participación.
- Demostrar seguridad, autoconocimiento, autocrítica y conocimientos de sus propias limitaciones como terapeuta ocupacional.
- Conocer, valorar críticamente y saber utilizar las fuentes de información para obtener, organizar, interpretar y comunicar la información científica, sanitaria, sociosanitaria y social, preservando la confidencialidad de los datos.

3.2 ¿y en los contenidos?

En los contenidos está recogido en una parte de los temas introductorios, junto con otros conceptos de carácter general de la disciplina. Como te digo no hay una dedicación exhaustiva de ello, se tratan como aspectos importantes pero de carácter general.

3.3 ¿En qué asignaturas o áreas de conocimiento aparecen?

En las asignaturas que tratan de las actividades de la vida diaria en los distintos momentos del ciclo vital y en las que abordan las patologías físicas, pediátricas y geriátricas, es decir, en la aplicación práctica de la Terapia Ocupacional a las diferentes patologías.

3.4 En las asignaturas ¿hay alguna metodología descrita?

No, metodológicamente no hay descrito nada, o al menos que yo sepa; aunque las metodologías a aplicar dependen del profesor de cada asignatura, no hay ninguna instrucción por parte de la universidad a este respecto; hay bastante libertad para que los profesores utilicen los métodos que consideren oportunos.

3.5 En el Prácticum ¿se refleja en la evaluación realizada al alumno?

Sí, en el Prácticum si se contempla la relación terapéutica en la evaluación del alumno.

3.5.1 En cuanto al perfil del profesor de prácticas ¿hay algún requisito en cuanto a titulación, tiempo de experiencia profesional (como clínico) o como docente?

El profesor de prácticas clínicas tiene que ser terapeuta ocupacional y llevar al menos dos años trabajando como clínico. En cuanto a la experiencia como docente no hay ningún requisito, hasta ahora, aunque estaría bien hacer un replanteamiento de esto porque me parece importante cómo se enseñan las destrezas prácticas.

4. CON RESPECTO A ESTE TEMA, EN LA DIPLOMATURA DE TERAPIA OCUPACIONAL ANTERIOR AL GRADO:

4.1 En los planes de estudios de la diplomatura ¿qué es lo que había respecto a relación terapéutica o uso terapéutico del yo?

Se desarrollaba brevemente en los temas introductorios, no había gran dedicación dedicado a la relación terapéutica.

4.2 ¿Aparecía en alguna asignatura o área de conocimiento?

En la asignatura de Actividades de la vida diaria, esta asignatura es muy amplia y aborda un amplio espectro de patologías y de diferentes momentos de la vida.

4.3 ¿Estaban descritas las metodologías utilizadas?

No, no, las metodologías no estaban descritas, siempre han estado al criterio de cada profesor.

4.4 En el Prácticum ¿estaba recogido lo relativo a estos temas en la evaluación al alumno? Pues en la evaluación del tutor de prácticas sí, en la del centro (universidad) no.

4.5 El perfil del profesor de prácticas ¿era el mismo en la diplomatura que en el grado? Sí, este aspecto no se ha cambiado, sigue siendo el mismo.

5. SI NOS REFERIMOS A BUENAS EXPERIENCIAS O BUENAS PRÁCTICAS DOCENTES ¿CONOCE ALGUNA EN SU PROPIA TITULACIÓN, O EN OTRAS, RESPECTO A RELACIÓN TERAPÉUTICA?

No, no conozco nada al respecto, sé que en la titulación de Psicología hay algo parecido, pero no sé qué exactamente. No lo conozco ni en mi universidad ni fuera de ella, en otras universidades donde también se imparta la titulación de Terapia Ocupacional.

6. OTROS PROFESIONALES AFINES AL TERAPEUTA OCUPACIONAL ¿CÓMO CREE QUE ADQUIEREN LAS HABILIDADES NECESARIAS PARA ESTABLECER UNA ADECUADA RELACIÓN TERAPÉUTICA CON EL PACIENTE O USUARIO?

Pues mira, yo pienso que en muchos casos queda más a la personalidad y a las habilidades personales propias del profesional más que a la formación recibida al respecto, salvo en el caso de los psicólogos, me refiero a los que se dedican a la psicoterapia, que creo que se forman específicamente en la adquisición de habilidades para establecer y mantener la relación terapéutica.

7. NOS INTERESA CONOCER ¿CUÁL ES SU VALORACIÓN DE LAS FORMAS O MÉTODOS POR LOS QUE SE ADQUIEREN LAS HABILIDADES NECESARIAS PARA ESTABLECER LA RELACIÓN TERAPÉUTICA?

Yo creo que la formación en este tema debe ir secuenciada en varias fases: al principio lo mejor es realizar aproximaciones teóricas para hacer luego simulaciones prácticas, empezando primero con aplicaciones entre compañeros, después a familiares o amigos y, por último, con pacientes durante el desarrollo de las prácticas clínicas.

8. LA METODOLOGÍA DE ENSEÑANZA DE ESTOS CONCEPTOS ¿PIENSA QUE ES RELEVANTE? ¿POR QUÉ?

Y, ¿cuándo no es importante la metodología? En estos temas creo que una formación específica daría seguridad al alumnado durante su periplo de prácticas y permitiría que, cuando fueran profesionales, comenzaran con más tranquilidad mejorando el trato, la empatía y las capacidades terapéuticas con sus pacientes durante su vida profesional.

9. DESDE LA DIPLOMATURA AL GRADO DE TERAPIA OCUPACIONAL ¿CÓMO CONSIDERA LA EVOLUCIÓN EN LA ENSEÑANZA DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA Y EL USO TERAPÉUTICO DEL YO EN LOS FUTUROS PROFESIONALES? ¿POR QUÉ?

Creo que se avanzará, que se mejorará, pero si no hay una buena coordinación entre los profesores de las asignaturas implicadas pues tendrán el problema de repetir conceptos o, lo que es peor, habrá aspectos que no se aborden; es un asunto de coordinación y de establecer prioridades.

10. CUANDO TERMINAN SUS ESTUDIOS DE GRADO LOS TERAPEUTAS OCUPACIONALES ¿CREE QUE ESTÁN MEJOR PREPARADOS EN SU FORMACIÓN INICIAL QUE LOS ANTERIORES DIPLOMADOS EN ESTAS DESTREZAS? ¿POR QUÉ?

Sí, yo creo que sí, porque en el grado se ha dedicado más tiempo a la adquisición de las habilidades y destrezas de la relación terapéutica y, además, se plantea como uno de los objetivos de las prácticas, los estudiantes de grado deberían estar mejor formados en estos aspectos.

11. SI LO DESEA, PUEDE AÑADIR ALGUNA OBSERVACIÓN O COMENTARIO A ESTA ENTREVISTA.

Sí, pienso en la necesidad de que los profesores en esta disciplina, me refiero a Terapia Ocupacional, se formen en metodologías docentes, concretamente en los temas aquí tratados es fundamental porque considero que son destrezas y habilidades muy importantes para el futuro profesional y no han de dejarse al azar o a la personalidad del terapeuta.

Gracias por su colaboración en este estudio.

ENTREVISTA 4

Nos interesa conocer su opinión y valoración sobre algunos conceptos de la enseñanza de la Terapia Ocupacional. En primer lugar le preguntaré algunos datos personales y profesionales; en segundo lugar continuaremos con preguntas relativas a la relación terapéutica y el uso terapéutico del yo en Terapia Ocupacional, su opinión y valoración de estos conceptos, así como la forma en la que están recogidos estos conceptos en la enseñanza de esta disciplina en su universidad.

1. ACERCA DE USTED:

1.1. Para empezar, ¿podría decirnos cuál es su edad y su sexo?

Sí, sí claro, soy mujer y tengo 47 años.

1.2. ¿Y su titulación?

Mis primeros estudios fueron de Terapia Ocupacional, aunque en la actualidad soy también doctora en Psicología.

1.3. En la universidad ¿cuál es su categoría profesional o puesto de trabajo?

Mi categoría profesional es la de Profesora Titular de Universidad y, en la actualidad tengo el cargo de Decana de la Facultad.

1.4. ¿Desde cuándo trabaja como docente?

Como docente llevo desde 1.999 en la Universidad aunque anteriormente fui tutora de prácticas clínicas durante bastantes años.

1.5. En la titulación de Terapia Ocupacional, ¿cuál es su tiempo de dedicación a la docencia?

Es el 20% del total de mi jornada laboral, es decir, 8 horas semanales, aunque esto depende según el cuatrimestre, pero la media es esa.

1.6. Las asignaturas que imparte ¿a qué área de conocimiento pertenecen?

Pues a las propias de la Titulación, en concreto son las áreas de conocimiento de Fisioterapia/Terapia Ocupacional.

1.7. Además de docente, ¿ha trabajado o trabaja usted como clínico? ¿De qué especialidad?

Sí, trabajé durante bastantes años en un hospital geriátrico, en el cual se recibían estudiantes en prácticas; en la actualidad no trabajo en el ámbito clínico, además mi tipo de contrato es de dedicación exclusiva y tengo incompatibilidad para todo lo que no sea la docencia.

Vamos a definir los conceptos a los que nos vamos a referir durante la entrevista para tener unos criterios comunes:

Relación terapéutica (RT):

La relación terapéutica es la interacción del terapeuta con el paciente, es decir: la comunicación, intercambios emocionales, colaboración y compañerismo entre terapeuta y paciente.

Uso Terapéutico del Yo (UTY):

“El uso terapéutico del yo es el uso planificado de la personalidad, intuiciones, percepciones y juicios del terapeuta como parte del proceso terapéutico”.

2. EN LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL ¿CUAL ES LA VALORACIÓN QUE HACE USTED DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA Y DEL USO TERAPÉUTICO DEL YO? ¿POR QUÉ?

Es una herramienta esencial para el trabajo de los terapeutas ocupacionales, además de una habilidad que deben manejar de manera experta. Es muy importante para ser un buen profesional manejar adecuadamente la Relación Terapéutica y el Uso Terapéutico del Yo.

3. VAMOS A HABLAR SOBRE CÓMO APARECEN EN LOS PLANES DE ESTUDIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL DE SU UNIVERSIDAD LOS CONCEPTOS DE RELACIÓN TERAPÉUTICA, USO TERAPÉUTICO DEL YO Y HABILIDADES DEL TERAPEUTA

3.1 Los conceptos anteriores ¿se desarrollan en las competencias? ¿En cuáles?

Sí, sí, por supuesto, pero ya te imaginas que no me los sé de memoria, déjame que lo consulte y ahora te digo. Aquí está:

A.20. Habilidades interpersonales

A.10. Capacidad para comunicarse de manera efectiva en un entorno de trabajo.

A.11. Capacidad para comunicarse con personas no expertas en la materia.

Escuchar de manera activa, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas y las demandas ocupacionales de los individuos y poblaciones y comprender el contenido de esta información.

F.11 Establecer una comunicación interpersonal asertiva con todos los interlocutores que sean relevantes durante el proceso de Terapia Ocupacional.

3.2 ¿y en los contenidos?

Habría que revisar todas las guías docentes de las asignaturas para ver qué contenidos desarrollan estas competencias y cómo los desarrollan, pero sí me consta que están en los contenidos aunque sin hacer ese rastreo por asignaturas pues no sepa concretar.

3.3 ¿En qué asignaturas o áreas de conocimiento aparecen?

En las asignaturas específicas del módulo de Terapia Ocupacional y en las de Autonomía Personal, además, claro está, en las asignaturas de Psicología. Yo creo que están en las que deben estar, el uso terapéutico del yo es una destreza del terapeuta ocupacional y por eso los contenidos deben aparecer en esos módulos, en Psicología también por tratarse de habilidades relacionadas con aspectos fundamentalmente psicológicos.

3.4 En las asignaturas ¿hay alguna metodología descrita?

Sí, hay distintas metodologías, entre ellas:

- Lecturas.
- Portafolios.
- Solución de problemas.
- Casos prácticos.
- Aprendizaje Basado en Problemas.
- Prácticas.
- Trabajo grupal.
- Role-playing.

3.5 En el Prácticum ¿se refleja en la evaluación realizada al alumno?

Sí, los aspectos relativos a la relación terapéutica se evalúan por el profesor del centro de prácticas donde va el estudiante. El alumno conoce de antemano qué aspectos van a ser evaluados por su tutor, aunque claro, no sabe qué criterios tiene para realizar dicha evaluación.

3.5.1 En cuanto al perfil del profesor de prácticas ¿hay algún requisito en cuanto a titulación, tiempo de experiencia profesional (como clínico) o como docente?

Sí, el tutor de prácticas tiene que ser terapeuta ocupacional y llevar al menos un año trabajando como terapeuta, aunque no necesariamente en el mismo lugar, si no es así pensamos que no tiene la capacidad suficiente para recibir a alumnos en prácticas clínicas y realizar el seguimiento adecuado.

4. CON RESPECTO A ESTE TEMA, EN LA DIPLOMATURA DE TERAPIA OCUPACIONAL ANTERIOR AL GRADO:

4.1 En los planes de estudios de la diplomatura ¿qué es lo que había respecto a relación terapéutica o uso terapéutico del yo?

Algo similar a lo de ahora, en el grado, pero con menor duración y especialización en las asignaturas, pero básicamente era muy parecido, en realidad no ha variado mucho, excepto la realización del Trabajo de Fin de Grado y no mucho más.

4.2 ¿Aparecía en alguna asignatura o área de conocimiento?

Estaba en las de Teoría y Técnicas de la Terapia ocupacional (I, II y III); tengo que decir que estas asignaturas hacen referencia a la aplicación de la disciplina en todos los campos de trabajo y en todas las edades. Además de las anteriores asignaturas, también estaban en las asignaturas de Psicología.

4.3 ¿Estaban descritas las metodologías utilizadas?

Sí, las metodologías eran role-playing, simulaciones, resolución de casos y problemas, etc.; es decir, muy parecido al grado en las metodologías, como te digo no hay muchas diferencias, aunque quizá está más especificado en el grado que lo que estaba en la diplomatura.

4.4 En el Prácticum ¿estaba recogido lo relativo a estos temas en la evaluación al alumno?

Sí, sí, igual que en el grado.

4.5 El perfil del profesor de prácticas ¿era el mismo en la diplomatura que en el grado?

Sí, el perfil del tutor de prácticas era el mismo, no ha cambiado nada.

5. SI NOS REFERIMOS A BUENAS EXPERIENCIAS O BUENAS PRÁCTICAS DOCENTES ¿CONOCE ALGUNA EN SU PROPIA TITULACIÓN, O EN OTRAS, RESPECTO A RELACIÓN TERAPÉUTICA?

No, no conozco nada ni en mi titulación ni en otras.

6. OTROS PROFESIONALES AFINES AL TERAPEUTA OCUPACIONAL ¿CÓMO CREE QUE ADQUIEREN LAS HABILIDADES NECESARIAS PARA ESTABLECER UNA ADECUADA RELACIÓN TERAPÉUTICA CON EL PACIENTE O USUARIO?

Creo que hay escasa formación especializada al respecto en los Grados. Quizá son habilidades que se adquieren a través de la formación de Postgrado y de manera autodidacta, por el interés personal que el profesional tenga en estos temas y se forme en los mismos.

7. NOS INTERESA CONOCER ¿CUÁL ES SU VALORACIÓN DE LAS FORMAS O MÉTODOS POR LOS QUE SE ADQUIEREN LAS HABILIDADES NECESARIAS PARA ESTABLECER LA RELACIÓN TERAPÉUTICA?

Mi valoración es que no hay suficiente tiempo para facilitar la adquisición de estas habilidades en los planes de estudio, ya que su aprendizaje se debe basar en la práctica real o la simulación, y esto requiere más tiempo que los aprendizajes teóricos.

8. LA METODOLOGÍA DE ENSEÑANZA DE ESTOS CONCEPTOS ¿PIENSA QUE ES RELEVANTE? ¿POR QUÉ?

Sí, por supuesto que es relevante la metodología en estos asuntos porque se trata de destrezas que tienen que ser adquiridas de manera práctica debido a su naturaleza interpersonal y de desarrollo personal, es necesario un aprendizaje teórico pero sobre todo práctico.

9. DESDE LA DIPLOMATURA AL GRADO DE TERAPIA OCUPACIONAL ¿CÓMO CONSIDERA LA EVOLUCIÓN EN LA ENSEÑANZA DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA Y EL USO TERAPÉUTICO DEL YO EN LOS FUTUROS PROFESIONALES? ¿POR QUÉ?

En mi opinión, más que un cambio metodológico, se basa en los docentes particulares y sus métodos utilizados, así como en la importancia dada a la Relación Terapéutica y al Uso Terapéutico del Yo de cada uno de los profesores implicados en cada asignatura.

10. CUANDO TERMINAN SUS ESTUDIOS DE GRADO LOS TERAPEUTAS OCUPACIONALES ¿CREE QUE ESTÁN MEJOR PREPARADOS EN SU FORMACIÓN INICIAL QUE LOS ANTERIORES DIPLOMADOS EN ESTAS DESTREZAS? ¿POR QUÉ?

Es posible, pero creo que dependerá de lo que ha comentado en la pregunta 9. Los métodos utilizados en la docencia de la Terapia Ocupacional, en mi opinión, no han variado sustancialmente, depende todo básicamente del profesor de las asignaturas implicadas.

11. SI LO DESEA, PUEDE AÑADIR ALGUNA OBSERVACIÓN O COMENTARIO A ESTA ENTREVISTA.

Creo que habría que hacer un esfuerzo para formar en Didáctica a los profesores de Terapia Ocupacional, en concreto a los que imparten asignaturas específicas de la disciplina, es frecuente que conozcan los contenidos de su asignatura, pero existen carencias en cuanto a la enseñanza de la misma y esto es crucial para este tema tan importante abordado en la entrevista.

Gracias por su colaboración en este estudio.

ENTREVISTA 5

Nos interesa conocer su opinión y valoración sobre algunos conceptos de la enseñanza de la Terapia Ocupacional. En primer lugar le preguntaré algunos datos personales y profesionales; en segundo lugar continuaremos con preguntas relativas a la relación terapéutica y el uso terapéutico del yo en Terapia Ocupacional, su opinión y valoración de estos conceptos, así como la forma en la que están recogidos estos conceptos en la enseñanza de esta disciplina en su universidad.

1. ACERCA DE USTED:

1.1. Para empezar, ¿podría decirnos cuál es su edad y su sexo?

Sí, tengo 40 años y soy mujer.

1.2. ¿Y su titulación?

Diplomada en Terapia Ocupacional desde hace años.

1.3. En la universidad ¿cuál es su categoría profesional o puesto de trabajo?

Profesora con dedicación exclusiva; además llevo la coordinación de la Titulación.

1.4. ¿Desde cuándo trabaja como docente?

Mi dedicación a la docencia es desde el año 2.000.

1.5. En la titulación de Terapia Ocupacional, ¿cuál es su tiempo de dedicación a la docencia?

De toda la jornada laboral, 15 horas semanales son de docencia, aunque esto es diferente entre el primer y segundo cuatrimestre porque la distribución de las asignaturas es desigual entre los dos períodos.

1.6. Las asignaturas que imparte ¿a qué área de conocimiento pertenecen?

Todas mis asignaturas son del área de conocimiento de Terapia Ocupacional.

1.7. Además de docente, ¿ha trabajado o trabaja usted como clínico? ¿De qué especialidad?

Sí, he trabajado en Pediatría, durante no mucho tiempo, y en productos de apoyo (Ayudas Técnicas).

Vamos a definir los conceptos a los que nos vamos a referir durante la entrevista para tener unos criterios comunes:

Relación terapéutica (RT):

La relación terapéutica es la interacción del terapeuta con el paciente, es decir: la comunicación, intercambios emocionales, colaboración y compañerismo entre terapeuta y paciente.

Uso Terapéutico del Yo (UTY):

“El uso terapéutico del yo es el uso planificado de la personalidad, intuiciones, percepciones y juicios del terapeuta como parte del proceso terapéutico”.

2. EN LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL ¿CUAL ES LA VALORACIÓN QUE HACE USTED DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA Y DEL USO TERAPÉUTICO DEL YO? ¿POR QUÉ?

Es fundamental por la trascendencia de la relación terapéutica que se va a reflejar en el compromiso posterior adquirido por el paciente/beneficiario con el tratamiento; este compromiso es clave para implementar los tratamientos, porque las indicaciones las va a seguir.

3. VAMOS A HABLAR SOBRE CÓMO APARECEN EN LOS PLANES DE ESTUDIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL DE SU UNIVERSIDAD LOS CONCEPTOS DE RELACIÓN TERAPÉUTICA, USO TERAPÉUTICO DEL YO Y HABILIDADES DEL TERAPEUTA

3.1 Los conceptos anteriores ¿se desarrollan en las competencias? ¿En cuáles?

Si, se desarrollan en aquellas competencias relacionadas con las relaciones profesionales y clínicas y en las habilidades de comunicación, en concreto son las siguientes:

N5. Orientación a la persona

N2. Moral y ética

E2. Conocer y comprender los conocimientos de Pedagogía, Psicología y Psicopatología aplicables al ser humano en todos los momentos del ciclo vital de modo que capaciten para evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.

E6. Conocer y comprender el marco legal y administrativo vigente para realizar las funciones y responsabilidades propias del profesional de Terapia Ocupacional, utilizando adecuadamente los recursos socio-sanitarios y económicos.

E7. Conocer el contexto profesional, ético y legal del terapeuta ocupacional, reconociendo y respondiendo a dilemas y temas éticos en la práctica diaria.

E12. Conocer las distintas modalidades y procedimientos generales de intervención en Terapia Ocupacional en sus marcos de referencia.

E18. Seleccionar, modificar y aplicar teorías de forma apropiada, modelos prácticos de intervención y métodos para satisfacer necesidades ocupacionales y de salud de individuos y poblaciones.

E26. Utilizar el razonamiento ético y profesional de manera eficaz a lo largo del proceso de Terapia Ocupacional.

E34. Apreciar y respetar las diferencias individuales, creencias culturales, costumbres y su influencia en la ocupación y la participación.

E35. Fomentar la participación del usuario y familia en su proceso de recuperación.

E36. Llevar a cabo el ejercicio profesional de manera ética, respetando a las personas, pacientes y usuarios, teniendo en consideración los códigos de conducta profesional de los terapeutas ocupacionales.

E37. Demostrar seguridad, autoconocimiento, autocrítica y conocimientos de sus propias limitaciones como terapeuta ocupacional.

3.2 ¿y en los contenidos?

Los contenidos son específicamente: uso terapéutico del yo, relación terapéutica, resolución de conflictos, etc.

3.3 ¿En qué asignaturas o áreas de conocimiento aparecen?

De forma específica en:

Asignaturas básicas (de primer curso): Teoría general de la terapia ocupacional I,

Asignaturas superiores (de tercer curso): Habilidades de intervención del terapeuta ocupacional.

3.4 En las asignaturas ¿hay alguna metodología descrita?

Son metodologías prácticas, en concreto el rol playing y situacionales (entrevistas, contactos iniciales), resolución de conflictos, estudios de casos, y otras de este estilo. Por

supuesto también a través de la teoría, tiene que haber unos conceptos teóricos para que se comprenda mejor la práctica.

3.5 En el Prácticum ¿se refleja en la evaluación realizada al alumno?

Sí, por supuesto, en el Prácticum se refleja en las fichas de evaluación del alumno, en concreto se evalúa cómo es el contacto inicial del estudiante con los pacientes, el control de las emociones, la utilización del lenguaje verbal y no verbal, etc.; esta evaluación la realizan los tutores del centro de prácticas.

3.5.1 En cuanto al perfil del profesor de prácticas ¿hay algún requisito en cuanto a titulación, tiempo de experiencia profesional (como clínico) o como docente?

Desde los comienzos de la titulación en esta universidad se determinó que el profesor de prácticas tiene que cumplir dos requisitos básicos: ser terapeuta ocupacional y llevar al menos un año trabajando como profesional. Al principio no fue fácil por el número de alumnos que teníamos y porque hay más universidades donde se imparte Terapia Ocupacional en nuestra comunidad pero desde siempre lo hemos podido hacer así y hemos llegado a los conciertos pertinentes con los distintos centros de prácticas.

4. CON RESPECTO A ESTE TEMA, EN LA DIPLOMATURA DE TERAPIA OCUPACIONAL ANTERIOR AL GRADO:

4.1 En los planes de estudios de la diplomatura ¿qué es lo que había respecto a relación terapéutica o uso terapéutico del yo?

Pues mira, en la diplomatura se abordaban estos mismos temas pero de una manera más escueta. En realidad esto mismo ocurría con otros temas, no solo los de relación terapéutica y uso terapéutico del yo, hay que tener en cuenta que lo que dábamos en tres años, ahora lo podemos impartir en cuatro, hay más posibilidades.

4.2 ¿Aparecía en alguna asignatura o área de conocimiento?

Pues mira sí, en concreto en dos asignaturas, una básica: Fundamentos de la Terapia Ocupacional, y otra optativa: Habilidades Sociales.

4.3 ¿Estaban descritas las metodologías utilizadas?

Fundamentalmente las metodologías eran las prácticas de rol playing y métodos situacionales, pero claro, la metodología utilizada es una decisión del profesor.

4.4 En el Prácticum ¿estaba recogido lo relativo a estos temas en la evaluación al alumno?

Igual que en el grado, en este aspecto no ha habido ninguna variación, por supuesto se ha cambiado la distribución de los Prácticum, en diplomatura eran dos bloques y en grado son cuatro, aunque los tiempos son diferentes, pero en cuanto a los temas que estamos tratando en esta entrevista, no ha habido cambios.

4.5 El perfil del profesor de prácticas ¿era el mismo en la diplomatura que en el grado? Sí, el perfil del profesor de prácticas, como ya te dije antes, es el mismo en la diplomatura y en el grado. No se ha cambiado nada en este aspecto porque estamos contentos y no hemos visto la necesidad de cambiar nada.

5. SI NOS REFERIMOS A BUENAS EXPERIENCIAS O BUENAS PRÁCTICAS DOCENTES ¿CONOCE ALGUNA EN SU PROPIA TITULACIÓN, O EN OTRAS, RESPECTO A RELACIÓN TERAPÉUTICA?

No, mi desconocimiento es total en este asunto, no sé de buenas prácticas docentes ni en mi titulación ni en otras. Sé de metodologías docentes en general pero no en concreto sobre metodologías para la enseñanza de la relación terapéutica. No sé qué formas de enseñar son las más adecuadas.

6. OTROS PROFESIONALES AFINES AL TERAPEUTA OCUPACIONAL ¿CÓMO CREE QUE ADQUIEREN LAS HABILIDADES NECESARIAS PARA ESTABLECER UNA ADECUADA RELACIÓN TERAPÉUTICA CON EL PACIENTE O USUARIO?

Pues supongo que con la experiencia práctica y pienso que también esto se ve reforzado con formación específica de postgrado. Pero insisto, lo supongo, porque no lo sé a ciencia cierta.

7. NOS INTERESA CONOCER ¿CUÁL ES SU VALORACIÓN DE LAS FORMAS O MÉTODOS POR LOS QUE SE ADQUIEREN LAS HABILIDADES NECESARIAS PARA ESTABLECER LA RELACIÓN TERAPÉUTICA?

Creo que es necesario una metodología basada fundamentalmente en la experiencia y en la práctica más que meramente en la teoría, aunque esta también es necesaria, pero sobre todo, los métodos de enseñanza de la relación terapéutica tienen que ser prácticos; bueno, esa es mi opinión.

8. LA METODOLOGÍA DE ENSEÑANZA DE ESTOS CONCEPTOS ¿PIENSA QUE ES RELEVANTE? ¿POR QUÉ?

Sí, yo pienso que es importante porque con una metodología activa y práctica el alumno puede ser consciente de cómo interactúa con el otro, puede corregirse, modularse y practicar distintas habilidades para integrarlas en su forma de hacer con el paciente.

9. DESDE LA DIPLOMATURA AL GRADO DE TERAPIA OCUPACIONAL ¿CÓMO CONSIDERA LA EVOLUCIÓN EN LA ENSEÑANZA DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA Y EL USO TERAPÉUTICO DEL YO EN LOS FUTUROS PROFESIONALES? ¿POR QUÉ?

En líneas generales se ha realizado un aumento en las horas de formación (de 180 a 240), y ello posibilita la incorporación al curriculum de asignaturas específicas; por este motivo se incrementa la posibilidad de realizar más práctica durante las horas de clase.

10. CUANDO TERMINAN SUS ESTUDIOS DE GRADO LOS TERAPEUTAS OCUPACIONALES ¿CREE QUE ESTÁN MEJOR PREPARADOS EN SU FORMACIÓN INICIAL QUE LOS ANTERIORES DIPLOMADOS EN ESTAS DESTREZAS? ¿POR QUÉ?

En principio debería ser así, porque en el grado se dan más contenidos de estos temas que en la diplomatura y, además, hay una asignatura específica que cursan todos los estudiantes, ya no es una asignatura optativa como era antes; pero todo esto está por ver, es pronto para saberlo.

11. SI LO DESEA, PUEDE AÑADIR ALGUNA OBSERVACIÓN O COMENTARIO A ESTA ENTREVISTA.

Creo que es necesario que los profesores de Terapia Ocupacional se formen en Didáctica con el fin de mejorar sus habilidades cuando imparten clase; este aspecto es especialmente relevante en los temas abordados en esta entrevista, porque como he repetido varias veces

a lo largo de la misma, es necesario utilizar formas de enseñanza más prácticas que teóricas.

Gracias por su colaboración en este estudio.

ENTREVISTA 6

Nos interesa conocer su opinión y valoración sobre algunos conceptos de la enseñanza de la Terapia Ocupacional. En primer lugar le preguntaré algunos datos personales y profesionales; en segundo lugar continuaremos con preguntas relativas a la relación terapéutica y el uso terapéutico del yo en Terapia Ocupacional, su opinión y valoración de estos conceptos, así como la forma en la que están recogidos estos conceptos en la enseñanza de esta disciplina en su universidad.

1. ACERCA DE USTED:

1.1. Para empezar, ¿podría decirnos cuál es su edad y su sexo?

Sí, no hay problema, tengo 46 años y mi sexo o género es el masculino.

1.2. ¿Y su titulación?

Pues después de diplomarme en Terapia Ocupacional, estudié Psicología y me doctoré en Psicología.

1.3. En la universidad ¿cuál es su categoría profesional o puesto de trabajo?

Actualmente soy Profesor Titular de Escuela Universitaria.

1.4. ¿Desde cuándo trabaja como docente?

Mi trabajo en la docencia se remonta al año 1996.

1.5. En la titulación de Terapia Ocupacional, ¿cuál es su tiempo de dedicación a la docencia?

Las horas de dedicación a la docencia son las marcadas para mi categoría profesional, es decir, 240 horas anuales, aunque la distribución es desigual entre los dos cuatrimestres.

1.6. Las asignaturas que imparte ¿a qué área de conocimiento pertenecen?

Mis asignaturas son todas del área de conocimiento de Terapia Ocupacional, no imparto asignaturas de otras áreas, aunque podría por mi titulación.

1.7. Además de docente, ¿ha trabajado o trabaja usted como clínico? ¿De qué especialidad?

En la actualidad me dedico exclusivamente a la docencia, mi tipo de contrato laboral no me lo permite ya que es incompatible con otros trabajos, pero anteriormente trabajé en un hospital psiquiátrico, esta actividad la dejé al empezar el trabajo en la universidad.

Vamos a definir los conceptos a los que nos vamos a referir durante la entrevista para tener unos criterios comunes:

Relación terapéutica (RT):

La relación terapéutica es la interacción del terapeuta con el paciente, es decir: la comunicación, intercambios emocionales, colaboración y compañerismo entre terapeuta y paciente.

Uso Terapéutico del Yo (UTY):

“El uso terapéutico del yo es el uso planificado de la personalidad, intuiciones, percepciones y juicios del terapeuta como parte del proceso terapéutico”.

2. EN LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL ¿CUAL ES LA VALORACIÓN QUE HACE USTED DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA Y DEL USO TERAPÉUTICO DEL YO? ¿POR QUÉ?

Desde mi punto de vista son aspectos centrales del proceso terapéutico, dado que, en muchos casos, tal relación y su manejo por parte del terapeuta ocupacional es la base, conforma las condiciones de posibilidad de un cambio en el desempeño ocupacional del sujeto. Especialmente en algunos ámbitos de actuación, como en salud mental y geriatría.

3. VAMOS A HABLAR SOBRE CÓMO APARECEN EN LOS PLANES DE ESTUDIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL DE SU UNIVERSIDAD LOS CONCEPTOS DE RELACIÓN TERAPÉUTICA, USO TERAPÉUTICO DEL YO Y HABILIDADES DEL TERAPEUTA

3.1 Los conceptos anteriores ¿se desarrollan en las competencias? ¿En cuáles?

Sí, en las siguientes:

- Reconocer los elementos esenciales de la profesión de terapeuta ocupacional, incluyendo los principios éticos, las responsabilidades legales, el ejercicio

profesional centrado en individuos y poblaciones, respetando su autonomía y el secreto profesional.

- Reconocer las propias limitaciones y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional, prestando especial importancia al aprendizaje de manera autónoma de nuevos conocimientos y técnicas y a la motivación por la calidad
- Colaborar con grupos y comunidades para promover la salud y el bienestar de sus miembros mediante la participación en la ocupación significativa
- Escuchar de manera activa, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas y las demandas ocupacionales de los individuos y poblaciones y comprender el contenido de esta información.
- Establecer una comunicación interpersonal asertiva con todos los interlocutores que sean relevantes durante el proceso de Terapia Ocupacional.
- Utilizar el razonamiento ético y profesional de manera eficaz a lo largo del proceso de Terapia Ocupacional
- Llevar a cabo el ejercicio profesional de manera ética, respetando a las personas, pacientes y usuarios, teniendo en consideración los códigos de conducta profesional de los terapeutas ocupacionales.
- Demostrar seguridad, autoconocimiento, autocrítica y conocimientos de sus propias limitaciones como terapeuta ocupacional.

3.2 ¿y en los contenidos?

Está en diferentes asignaturas, no sabría concretar, tendría que mirar asignatura por asignatura.

3.3 ¿En qué asignaturas o áreas de conocimiento aparecen?

En las áreas de Terapia Ocupacional y en la de Psicología.

3.4 En las asignaturas ¿hay alguna metodología descrita?

Que yo sepa, fundamentalmente el rol playing y estudio de casos, además de las clases teóricas.

3.5 En el Prácticum ¿se refleja en la evaluación realizada al alumno?

Sí, en la evaluación realizada por el tutor del centro de prácticas.

3.5.1 En cuanto al perfil del profesor de prácticas ¿hay algún requisito en cuanto a titulación, tiempo de experiencia profesional (como clínico) o como docente?

El tutor del centro de prácticas tiene que ser terapeuta ocupacional y llevar trabajando al menos un año como terapeuta ocupacional, estos son los requisitos impuestos por la universidad. No importa que haya trabajado en diferentes lugares siempre y cuando, en total alcance el año de experiencia.

4. CON RESPECTO A ESTE TEMA, EN LA DIPLOMATURA DE TERAPIA OCUPACIONAL ANTERIOR AL GRADO:

4.1 En los planes de estudios de la diplomatura ¿qué es lo que había respecto a relación terapéutica o uso terapéutico del yo?

Más o menos lo mismo, sin variaciones significativas.

4.2 ¿Aparecía en alguna asignatura o área de conocimiento?

Igual que en el grado.

4.3 ¿Estaban descritas las metodologías utilizadas?

Las metodologías las deciden los profesores, no es algo que lo determine la universidad. El profesor es libre para decidir qué métodos son los más adecuados para impartir según qué contenidos. Entra dentro de la libertad de cátedra.

4.4 En el Prácticum ¿estaba recogido lo relativo a estos temas en la evaluación al alumno?

Sí, igual que en el grado.

4.5 El perfil del profesor de prácticas ¿era el mismo en la diplomatura que en el grado?

Sí, este aspecto tampoco ha cambiado nada. La experiencia era buena y decidimos no cambiar nada de esto.

5. SI NOS REFERIMOS A BUENAS EXPERIENCIAS O BUENAS PRÁCTICAS DOCENTES ¿CONOCE ALGUNA EN SU PROPIA TITULACIÓN, O EN OTRAS, RESPECTO A RELACIÓN TERAPÉUTICA?

No, no conozco nada al respecto.

**6. OTROS PROFESIONALES AFINES AL TERAPEUTA OCUPACIONAL
¿CÓMO CREE QUE ADQUIEREN LAS HABILIDADES NECESARIAS PARA
ESTABLECER UNA ADECUADA RELACIÓN TERAPÉUTICA CON EL
PACIENTE O USUARIO?**

Fundamentalmente, gracias a la experiencia. Yo creo que no hacen formación específica de estos temas.

**7. NOS INTERESA CONOCER ¿CUÁL ES SU VALORACIÓN DE LAS FORMAS
O MÉTODOS POR LOS QUE SE ADQUIEREN LAS HABILIDADES
NECESARIAS PARA ESTABLECER LA RELACIÓN TERAPÉUTICA?**

Creo que es un aspecto que no se contempla con la suficiente atención en los planes de estudios, puesto que deberían articularse con actividades y métodos específicos de aprendizaje, dada la trascendencia que tiene para el futuro profesional y, en la actualidad están ausentes.

**8. LA METODOLOGÍA DE ENSEÑANZA DE ESTOS CONCEPTOS ¿PIENSA
QUE ES RELEVANTE? ¿POR QUÉ?**

Sí, ya que debido a la importancia que tienen para el trabajo en la clínica, estos conceptos deberían enseñarse previamente en la universidad y utilizarse metodologías activas para dicha enseñanza pues son las más efectivas. Primero una parte de teoría y después métodos prácticos.

**9. DESDE LA DIPLOMATURA AL GRADO DE TERAPIA OCUPACIONAL
¿CÓMO CONSIDERA LA EVOLUCIÓN EN LA ENSEÑANZA DE LA
RELACIÓN TERAPÉUTICA Y EL USO TERAPÉUTICO DEL YO EN LOS
FUTUROS PROFESIONALES? ¿POR QUÉ?**

Bueno, yo creo que no ha habido mucha evolución desde la diplomatura al grado, puesto que en ningún caso se ha contemplado como aspectos centrales de la enseñanza en los planes de estudios. En este punto creo que es necesario hacer una reflexión al respecto.

**10. CUANDO TERMINAN SUS ESTUDIOS DE GRADO LOS TERAPEUTAS
OCUPACIONALES ¿CREE QUE ESTÁN MEJOR PREPARADOS EN SU**

FORMACIÓN INICIAL QUE LOS ANTERIORES DIPLOMADOS EN ESTAS DESTREZAS? ¿POR QUÉ?

Pues yo pienso que en estos temas la formación no es diferente en la diplomatura con respecto al grado, es más o menos igual, así que no creo que estén mejor ni peor preparados, al menos debido a la formación dada en la universidad.

11. SI LO DESEA, PUEDE AÑADIR ALGUNA OBSERVACIÓN O COMENTARIO A ESTA ENTREVISTA.

Sí, en mi opinión a medida que vaya existiendo más investigación en Terapia Ocupacional en España se irán desarrollando más todos estos temas; la investigación es necesaria para mejorar la práctica y la enseñanza a los futuros profesionales; y en estos asuntos la importancia de una adecuada formación es clave por su trascendencia clínica.

Gracias por su colaboración en este estudio.

ANEXO IX

Competencias A Coruña

Relación de competencias descritas en el título: Competencias Básicas:

5 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación	Tipo
CB1	Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio	Básicas
CB2	Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio	Básicas
CB3	Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética	Básicas
CB4	Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado	Básicas
CB5	Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía	Básicas

Competencias Generales

Tipo A	Código	Competencias do título Específicas
	A1	Explicar la relación entre el funcionamiento ocupacional, la salud y el bienestar.
	A2	Explicar los conceptos teóricos que sostienen la terapia ocupacional, expresamente la naturaleza ocupacional de los seres humanos y su funcionamiento a través de las ocupaciones.
	A3	Sintetizar y aplicar el conocimiento relevante de ciencias biológicas, médicas, humanas, psicológicas, sociales, tecnológicas y ocupacionales, junto con las teorías de ocupación y participación.
	A4	Analizar las complejidades de aplicar teorías formales y evidencia de investigación en relación con la ocupación en el contexto de una sociedad en cambio.
	A5	Constatar e influir en el debate racional y su razonado en relación a la ocupación humana y la terapia ocupacional.
	A6	Trabajar en la sociedad con individuos y grupos para fomentar la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación y el tratamiento.
	A7	Escoger, modificar y aplicar teorías apropiadas, modelos y métodos de la práctica para encontrar la ocupación según las necesidades de salud de individuos/poblaciones.
	A8	Uso profesional y ético del razonamiento efectivo en todas las partes del proceso de terapia ocupacional.
	A9	Utilizar el potencial terapéutico de la ocupación a través del uso de la actividad y el análisis y síntesis ocupacional.
	A10	Adaptar y aplicar el proceso de terapia ocupacional en estrecha colaboración de individuos/población.
	A11	Trabajar para facilitar entornos accesibles y adaptados y promover la justicia ocupacional.
	A12	Colaborar con comunidades para promover la salud y el bienestar de sus miembros mediante la participación en la ocupación.
	A13	Buscar activamente, evaluar críticamente y aplicar los rangos de información y de evidencia para asegurar que la práctica es actualizada y relevante al cliente.
	A14	Valorar críticamente la práctica de la terapia ocupacional para asegurar que el foco está sobre la ocupación y el funcionamiento ocupacional.
	A15	Trabajar según los principios de la práctica centrada en el cliente .
	A16	Construir una relación terapéutica como base del proceso de la terapia ocupacional.

Comentado [MCCO1]: razonamiento

Comentado [MCCO2]: colaboración

Comentado [MCCO3]: práctica centrada en el cliente

Comentado [MCCO4]: relación terapéutica

A17	Establecer sociedades de colaboración, consultar y aconsejar a clientes, trabajadores sociales, miembros de equipo y otros en la práctica de la ocupación y la participación.
A18	Colaborar con clientes para abogar al derecho de tener sus necesidades ocupacionales satisfechas.
A19	Apreciar y respetar las diferencias individuales, creencias culturales, costumbres y su influencia sobre la ocupación y la participación.
A20	Preparar, mantener y revisar la documentación de los procesos de terapia ocupacional.
A21	Cumplir con la política y procedimientos locales/regionales/ nacionales/europeos, normas profesionales y regulaciones del empleo.
A22	Demostrar continuamente el proceso de aprendizaje y cambios en la TO.
A23	Practicar de manera ética, respetando a los clientes, teniendo en cuenta los códigos profesionales de conducta para terapeutas ocupacionales.
A24	Demostrar seguridad, autoconocimiento, autocrítica y conocimientos de sus propias limitaciones como terapeuta ocupacional.
A25	Identificar la necesidad de investigar y buscar publicaciones relacionadas con la ocupación, la terapia ocupacional y/o la ciencia ocupacional y formular preguntas de investigación relevantes.
A26	Demostrar habilidades en la propia búsqueda, el examen crítico y la integración de la literatura científica y otra información relevante.
A27	Entender, seleccionar y defender diseños de investigación y métodos apropiados para la ocupación humana, considerando los aspectos éticos.
A28	Interpretar, analizar, sintetizar y criticar los hallazgos de investigación.
A29	Desarrollar el conocimiento de ocupación y de la práctica de la terapia ocupacional.
A30	Divulgar los hallazgos de investigación para críticas relevantes.
A31	Determinar y priorizar los servicios de terapia ocupacional.
A32	Entender y aplicar los principios de dirección en los servicios de terapia ocupacional, incluyendo coste-efectividad, la administración de recursos y equipamiento, y estableciendo los protocolos de terapia ocupacional.
A33	Constatar en un proceso continuo de evaluación y mejora de la calidad de los servicios de terapia ocupacional, implicando a los clientes cuando sea apropiado y comunicar los resultados relevantes a los demás miembros.
A34	Considerar los avances en salud, cuidado social, sociedad y legislación a nivel internacional, nacional y local que afecten a los servicios de terapia ocupacional.
A35	

Tipo B Código Competencias do título Básicas / Xerais

B1	Aprender a aprender.
B2	Resolver problemas de forma efectiva.
B3	Aplicar un pensamiento crítico, lógico y creativo.
B4	Trabajar de forma autónoma con iniciativa.
B5	Trabajar de forma colaborativa.
B6	Comportarse con ética y responsabilidad social como ciudadano y como profesional.
B7	Comunicarse de manera efectiva en un entorno de trabajo.
B8	Capacidad de análisis y de síntesis.
B9	Capacidad de aplicar los conocimientos a la práctica.
B10	Conocimientos básicos de la profesión.
B11	Capacidad para trabajar en un equipo interdisciplinar.
B12	Conocimientos generales básicos sobre el área de estudio.
B13	Resolución de problemas.
B14	Habilidades interpersonales.
B15	Capacidad para comunicarse con personas no expertas en la materia.
B16	Habilidad para trabajar de manera autónoma.
B17	Compromiso ético.
B18	Planificación y gestión del tiempo.
B19	Comunicación oral y escrita en la lengua materna.
B20	Conocimiento de una segunda lengua.
B21	Habilidades básicas de manejo de ordenadores.
B22	Habilidades de investigación.
B23	Capacidad de aprender.
B24	Habilidades de gestión de la información (habilidad para buscar y analizar información proveniente de diversas fuentes).
B25	Capacidad de crítica y autocrítica.
B26	Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones.
B27	Capacidad para generar nuevas ideas.
B28	Toma de decisiones.

Comentado [MCC05]: Colaborar

Comentado [MCC06]: respetar las diferencias

Comentado [MCC07]: respetar las diferencias

Comentado [MCC08]: Resolver problemas

Comentado [MCC09]: Habilidades interpersonales

Comentado [MCC010]: comunicarse

Comentado [MCC011]: crítica y autocrítica

B29 Trabajo en equipo.

B30 Liderazgo.

B31 Apreciación de la diversidad y de la multiculturalidad.

B32 Habilidad para trabajar en un contexto internacional.

B33 Conocimientos de culturas y costumbres de otras culturas.

B34 Diseño y gestión de proyectos.

B35 Iniciativa y espíritu emprendedor.

B36 Preocupación por la calidad.

B37 Motivación.

Tipo C **Código** **Competencias do título Transversais / Nucleares**

C1 Expresarse correctamente, tanto de forma oral como escrita, en las lenguas oficiales de la comunidad autónoma.

C2 Dominar la expresión y la comprensión de forma oral y escrita de un idioma extranjero.

C3 Utilizar las herramientas básicas de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) necesarias para el ejercicio de su profesión y para el aprendizaje a lo largo de su vida.

C4 Desarrollarse para el ejercicio de una ciudadanía abierta, culta, crítica, comprometida, democrática y solidaria, capaz de analizar la realidad, diagnosticar problemas, formular e implantar soluciones basadas en el conocimiento y orientadas al bien común.

C5 Entender la importancia de la cultura emprendedora y conocer los medios al alcance de las personas emprendedoras.

C6 Valorar críticamente el conocimiento, la tecnología y la información disponible para resolver los problemas con los que deben enfrentarse.

C7 Asumir como profesional y ciudadano la importancia del aprendizaje a lo largo de la vida.

C8 Valorar la importancia que tiene la investigación, la innovación y el desarrollo tecnológico en el avance socioeconómico y cultural de la sociedad.

Competencias Alfonso X el Sabio

Relación de competencias descritas en el título: Competencias Básicas:

5 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	<u>Denominación</u>	<u>Tipo</u>
CB1	Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio	Básicas
CB2	Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio	Básicas
CB3	Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética	Básicas
CB4	Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado	Básicas
CB5	Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía	Básicas

Competencias Generales

AUTONOMÍA PROFESIONAL Y RESPONSABILIDAD:

- Reconocer los elementos esenciales de la profesión de terapeuta ocupacional, incluyendo los principios éticos, las responsabilidades legales, el ejercicio profesional centrado en individuos y poblaciones, respetando su autonomía y el secreto profesional. –

Conocer las organizaciones nacionales e internacionales de salud, así como los entornos y condicionantes de los diferentes sistemas de salud. –

Obtener y utilizar datos epidemiológicos y valorar tendencias y riesgos para fundar la toma de decisiones sobre salud.

- Reconocer las propias limitaciones y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional, prestando especial importancia al aprendizaje de manera autónoma de nuevos conocimientos y técnicas y a la motivación por la calidad.

- Conocer, valorar críticamente y saber utilizar las fuentes de información para obtener, organizar, interpretar y comunicar la información científica, sanitaria, sociosanitaria y social, preservando la confidencialidad de los datos.

CONOCIMIENTOS DE TERAPIA OCUPACIONAL:

- Comprender los fundamentos conceptuales de la naturaleza ocupacional del ser humano y el desempeño de sus ocupaciones a lo largo del ciclo vital.

- Comprender y reconocer la interrelación entre los conceptos de bienestar, salud, ocupación significativa, dignidad y participación.

- Comprender y reconocer la importancia de los factores contextuales como determinantes de disfunción ocupacional.

- Reconocer los determinantes de salud en la población, los recursos y equipos multiprofesionales y las acciones de prevención, mantenimiento y promoción de la salud, tanto a nivel individual como comunitario.

- Realizar la evaluación y la adaptación del entorno para promover la participación en ocupaciones significativas en las diferentes facetas de la vida diaria, la autonomía personal y la calidad de vida.

PROCESO DE TERAPIA OCUPACIONAL Y RAZONAMIENTO PROFESIONAL:

- Obtener y elaborar, con la información relevante, la historia del desempeño ocupacional a lo largo de todo el proceso.

- Realizar la evaluación del funcionamiento ocupacional adecuado a las necesidades de individuos y poblaciones.

- Determinar las disfunciones y necesidades ocupacionales, definir la planificación y establecer la intervención de Terapia Ocupacional, utilizando el potencial terapéutico de la ocupación significativa, a través del uso de la actividad, con el consentimiento y la participación de los individuos y poblaciones.

- Realizar la evaluación ocupacional, determinar la planificación y establecer la intervención de Terapia Ocupacional, utilizando el potencial terapéutico de la ocupación significativa, a través del uso de la actividad, con el consentimiento y la participación de los individuos y poblaciones.

- Conocer, seleccionar y aplicar las teorías apropiadas, los marcos de referencia teóricos, los modelos y métodos de práctica de Terapia Ocupacional para elegir o restablecer la ocupación significativa, según las necesidades de salud de individuos y poblaciones.

- Colaborar con grupos y comunidades para promover la salud y el bienestar de sus miembros mediante la participación en la ocupación significativa.

- Comprender los fundamentos de acción, indicaciones y eficacia de las intervenciones de Terapia Ocupacional, basándose en la evidencia científica disponible.

RELACIONES PROFESIONALES, CLÍNICAS Y COMUNITARIAS:

- Reconocer la influencia de las diferencias individuales, religiosas, culturales, así como de las costumbres sobre la ocupación y la participación.

- Adquirir y desarrollar habilidades, destrezas y experiencia práctica en el contexto sociosanitario y comunitario.

- Adquirir conocimientos básicos de gestión y mejora de la calidad de los servicios de Terapia Ocupacional.

- Desarrollar la práctica profesional con respeto a otros profesionales, adquiriendo habilidades de trabajo en equipo.

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN:

- Escuchar de manera activa, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas y las demandas ocupacionales de los individuos y poblaciones y comprender el contenido de esta información.

- Establecer una comunicación interpersonal asertiva con todos los interlocutores que sean relevantes durante el proceso de Terapia Ocupacional.

- Elaborar y redactar historias y demás registros de Terapia Ocupacional, de forma comprensible, tanto a público especializado como no especializado.

- Transmitir información oral y escrita, tanto a público especializado como no especializado.

Competencias específicas FORMACIÓN BÁSICA:

- Conocer y comprender la estructura y función del cuerpo humano de modo que permita evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.

- Conocer y comprender el proceso fisiopatológico en todos los momentos del ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, identificando los problemas y aspectos preventivos y clínicos, de la persona, tanto en la salud como en la enfermedad.

- Conocer y comprender los conocimientos de Pedagogía, Psicología y Psicopatología aplicables al ser humano en todos los momentos del ciclo vital de modo que capaciten para evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.

- Conocer y comprender los conocimientos de Sociología y Antropología social que capaciten para la aplicación de tratamientos de Terapia Ocupacional en diferentes instituciones y grupos sociales de modo que permitan prevenir y tratar situaciones de inadaptación y reacción social.

- Conocer y comprender el marco legal y administrativo vigente para realizar las funciones y responsabilidades propias del profesional de Terapia Ocupacional, utilizando adecuadamente los recursos sociosanitarios y económicos.

- Conocer el contexto profesional, ético y legal del terapeuta ocupacional, reconociendo y respondiendo a dilemas y temas éticos en la práctica diaria.
- Adquirir habilidades de trabajo en equipo como unidad en la que se estructuran de forma uni o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal relacionados con la evaluación diagnóstica y tratamiento de terapia ocupacional.
- Conocer el sistema sanitario español y los aspectos básicos relacionados con la gestión de los servicios de salud, fundamentalmente los que estén relacionados con aspectos rehabilitadores.

TERAPIA OCUPACIONAL. AUTONOMÍA PERSONAL E INDEPENDENCIA:

- Conocer y comprender los antecedentes históricos, fundamentos teóricos y principios metodológicos: aspectos filosóficos, marcos de referencia teóricos, modelos, técnicas, evaluaciones y valoraciones de Terapia Ocupacional necesarios para reconocer e interpretar los procesos de función-disfunción ocupacional.
- Comprender las distintas teorías del funcionamiento, autonomía personal, adaptación funcional del/al entorno, así como los modelos de intervención en Terapia Ocupacional, transfiriéndolos a la práctica profesional cotidiana.
- Promover la salud y prevenir la discapacidad, adquirir o recuperar el desempeño ocupacional necesario en cada etapa del ciclo vital para lograr la independencia y autonomía en las áreas de desempeño ocupacional de aquellas personas que sufren situaciones de riesgo, déficit orgánicos, limitación en la actividad y la participación y/o marginación social.
- Realizar un tratamiento adecuado, respetando las distintas fases y principios básicos, a través de ocupaciones terapéuticas y basado en conocimientos relacionados como la ciencia de la ocupación, en las diferentes áreas de desempeño ocupacional, analizando los componentes de desempeño y los distintos entornos y contextos existentes.
- Conocer, diseñar y aplicar las distintas modalidades y procedimientos generales de intervención en Terapia Ocupacional en sus marcos de referencia, evaluando su efectividad en un entorno de trabajo cooperativo.
- Fomentar la participación del usuario y familia en su proceso de recuperación.
- Conocer, comprender y aplicar los fundamentos de la autonomía personal en las actividades de la vida diaria con y sin adaptaciones y/o ayudas técnicas en el ciclo vital.
- Analizar la ocupación en Terapia Ocupacional y su utilización terapéutica en el ciclo vital.
- Conocer y comprender los conocimientos de Terapia Ocupacional para la integración del individuo en su entorno a lo largo del ciclo vital.
- Aplicar la actividad significativa, el estudio ergonómico, las nuevas tecnologías y la tecnología existentes en Terapia Ocupacional en el ciclo vital.

- Conocer, evaluar, analizar, elaborar y participar en programas de educación y promoción de la salud dentro del ámbito de la Terapia Ocupacional para prevenir las disfunciones ocupacionales en general y subsecuentes a afecciones médicas, quirúrgicas y psiquiátricas e inadaptación social.
- Conocer, desarrollar y aplicar planes de gestión y administración sanitaria y sociosanitaria aplicados a la provisión de servicios y mejora de la calidad de Terapia Ocupacional.
- Explicar los conceptos teóricos que sostienen la Terapia Ocupacional, concretamente la naturaleza ocupacional de los seres humanos y el desempeño de sus ocupaciones.
- Explicar la relación entre desempeño ocupacional, salud y bienestar.
- Realizar y defender argumentos lógicos y razonados relacionados con la ocupación humana y la Terapia Ocupacional.
- Trabajar en colaboración con los individuos y grupos con el fin de participar activamente en la ocupación, a través de la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación y el tratamiento.
- Seleccionar, modificar y aplicar teorías de forma apropiada, modelos prácticos de intervención y métodos para satisfacer necesidades ocupacionales y de salud de individuos y poblaciones.
- Utilizar el razonamiento ético y profesional de manera eficaz a lo largo del proceso de Terapia Ocupacional.
- Utilizar el potencial terapéutico de la ocupación a través del análisis y síntesis de la ocupación y de la actividad.
- Adaptar y aplicar el proceso de Terapia Ocupacional en estrecha colaboración con individuos y población, adquiriendo capacidades para intervenir en proyectos de promoción, prevención y protección con un enfoque comunitario y de salud pública.
- Apreciar y respetar las diferencias individuales, creencias culturales, costumbres y su influencia en la ocupación y la participación.
- Preparar, mantener y revisar la documentación de los procesos de Terapia Ocupacional.
- Llevar a cabo el ejercicio profesional de manera ética, respetando a las personas, pacientes y usuarios, teniendo en consideración los códigos de conducta profesional de los terapeutas ocupacionales.
- Demostrar seguridad, autoconocimiento, autocrítica y conocimientos de sus propias limitaciones como terapeuta ocupacional.
- Desarrollar el conocimiento de la ocupación y de la práctica de Terapia Ocupacional.
- Determinar y priorizar los servicios de Terapia Ocupacional.
- Comprender y aplicar principios de dirección y gestión en la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional, incluyendo coste-eficacia, administración de recursos y equipamiento y establecimiento de protocolos de Terapia Ocupacional.
- Implicarse en un proceso continuo de evaluación y mejora de la calidad en la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional, involucrar a las personas, pacientes y usuarios cuando sea apropiado y comunicar los resultados a las partes interesadas.

- Ser capaz de argumentar los principios científicos que sustentan la intervención en terapia ocupacional, adecuándola a la evidencia científica disponible.

AFECCIONES MÉDICAS, QUIRÚRGICAS Y PSIQUIÁTRICAS:

- Conocer y comprender los conocimientos médicos, quirúrgicos y psiquiátricos aplicables al ser humano en todos los momentos del ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, que capaciten para evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.

- Conocer y comprender el proceso fisiopatológico en todos los momentos del ciclo vital, identificando los problemas y aspectos preventivos y clínicos de la persona, tanto en la salud como en la enfermedad.

- Conocer, evaluar, analizar, elaborar y participar en programas de educación y promoción de la salud dentro del ámbito de la Terapia Ocupacional para prevenir las disfunciones ocupacionales en general y subsecuentes a afecciones médicas, quirúrgicas y psiquiátricas e inadaptación social.

- Sintetizar y aplicar el conocimiento relevante de ciencias biológicas, médicas, humanas, pedagógicas, psicológicas, sociales, tecnológicas y ocupacionales, junto con las teorías de ocupación y participación.

PRÁCTICAS TUTELADAS Y TRABAJO FIN DE GRADO:

- Prácticas preprofesionales, con una evaluación final de competencias, en centros de salud, hospitales y otros centros asistenciales y que permita aplicar teorías, fundamentos, metodologías, técnicas, evaluaciones y valoraciones de Terapia Ocupacional, trabajando en equipo y desarrollando las habilidades y destrezas propias en diferentes entornos.

- Trabajo de fin de grado: materia transversal cuyo trabajo se realizará asociado a distintas materias.

- Establecer el papel que ocupa el Terapeuta Ocupacional dentro del equipo interdisciplinar, identificando cuáles son sus funciones y utilizando su ética profesional tanto con el equipo como con los usuarios o pacientes.

- Identificar las características propias de cada individuo para establecer a partir de ellas un tratamiento específico, teniendo en cuenta todas las áreas del usuario y de su entorno.

- Relacionar cada técnica de tratamiento de Terapia Ocupacional con la aplicación más adecuada para cada patología y paciente o usuario, adaptando el tratamiento a los cambios y evolución que vayan surgiendo en el proceso de recuperación.

- Determinar, tras una valoración, cuáles son las capacidades residuales del paciente susceptibles de ser más desarrolladas para su integración.

- Adquirir y aplicar las habilidades necesarias para resolver situaciones de conflicto con los pacientes en las diferentes fases de la enfermedad.

- Aplicar todos los conocimientos teórico-prácticos a una adecuada intervención de tratamiento desde el alta hasta la baja del departamento de un paciente.

- Establecer protocolos de actuación priorizando los servicios de la profesión para así actuar de una forma más eficiente dentro del departamento.
- Identificar la necesidad de investigar y buscar publicaciones relacionadas con la ocupación, la Terapia Ocupacional y/o la ciencia ocupacional y formular preguntas de investigación relevantes.
- Interpretar, analizar, sintetizar y criticar los hallazgos de investigación.
- Presentar y defender ante el Tribunal Universitario un proyecto de fin de grado.

Competencias básicas mínimas garantizadas

_ Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio.

_ Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio.

_ Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética.

_ Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado.

_ Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía

Competencias Universidad Barcelona

Relación de competencias descritas en el título: Competencias Básicas:

5 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	<u>Denominación</u>	<u>Tipo</u>
CB1	Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio	Básicas
CB2	Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio	Básicas
CB3	Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética	Básicas
CB4	Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado	Básicas
CB5	Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía	Básicas

Competencias Generales:

5 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	<u>Denominación</u>	<u>Tipo</u>
CG1	Desarrollar un pensamiento y un razonamiento crítico y saber comunicarlos de manera efectiva, tanto en las lenguas propias como en una tercera lengua.	General
CG2	Desarrollar estrategias de aprendizaje autónomo.	General
CG3	Respetar la diversidad y pluralidad de ideas, personas y situaciones.	General
CG4	Generar propuestas innovadoras y competitivas en la investigación y en la actividad profesional.	General
	<u>Código</u>	<u>Denominación</u>
		<u>Tipo</u>
CT1	Analizar y sintetizar fenómenos complejos.	Transversal
CT2	Buscar, evaluar, organizar y mantener sistemas de información.	Transversal
CT3	Identificar, analizar y tomar la opción resolutive más adecuada para dar respuesta a los problemas del ámbito profesional, de forma eficiente y eficaz.	Transversal
CT4	Expresarse de forma fluida, coherente y adecuada a las normas establecidas, tanto de forma oral como por escrito.	Transversal
CT5	Colaborar e integrarse en grupos y equipos de trabajo.	Transversal
CT6	Identificar, analizar y resolver problemas éticos en situaciones	Transversal

Código	<u>Denominación</u>	<u>Tipo</u>
	complejas.	

CT7	Ser capaz de reconocer y afrontar los cambios con facilidad.	Transversal
-----	--	-------------

Relación de competencias descritas en el título: Competencias Específicas:
26 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	<u>Denominación</u>	<u>Tipo</u>
CE1	Reconocer los elementos esenciales de la profesión de terapeuta-ocupacional, incluyendo los principios éticos, las responsabilidades legales, el ejercicio profesional centrado en individuos y poblaciones, respetando su autonomía y el secreto profesional.	Específica
CE23	Establecer una comunicación interpersonal asertiva con todos los interlocutores que sean relevantes durante el proceso de Terapia Ocupacional.	Específica
CE24	Elaborar y redactar historias y demás registros de Terapia Ocupacional, de forma comprensible, tanto a público especializado como no especializado.	Específica
CE25	Transmitir información oral y escrita referente a la Terapia Ocupacional, tanto a público especializado no especializado.	Específica
CE26	Desarrollar habilidades de aprendizaje de manera autónoma, estratégica y flexible en función de las necesidades de la profesión de terapeuta ocupacional.	Específica
CE2	Demostrar que conoce las organizaciones nacionales e internacionales de salud, así como los entornos y condicionantes de los diferentes sistemas de salud.	Específica
CE3	Obtener y utilizar datos epidemiológicos y valorar tendencias y riesgos para fundar la toma de decisiones sobre salud.	Específica
CE4	Reconocer las propias limitaciones y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional, prestando especial importancia al aprendizaje de manera autónoma de nuevos conocimientos y técnicas y a la motivación por la calidad.	Específica
CE5	Conocer, valorar críticamente y saber utilizar las fuentes de información para obtener, organizar, interpretar y comunicar la información científica, sanitaria, sociosanitaria y social, preservando la confidencialidad de los datos.	Específica
CE6	Demostrar que comprende los fundamentos conceptuales de la naturaleza ocupacional del ser humano y el desempeño de sus ocupaciones a lo largo del ciclo vital.	Específica
CE7	Demostrar que comprende y reconoce la interrelación entre los conceptos de bienestar, salud, ocupación significativa, dignidad y participación.	Específica
CE8	Demostrar que comprende y reconoce la importancia de los factores contextuales como determinantes de disfunción ocupacional.	Específica
CE9	Reconocer los determinantes de salud en la población, los recursos y equipos multiprofesionales y las acciones de prevención, mantenimiento y promoción de la salud, tanto a nivel individual	Específica

Código	<u>Denominación</u>	<u>Tipo</u>
	como comunitario.	
CE10	Intervenir en la evaluación y la adaptación del entorno para promover la participación en ocupaciones significativas en las diferentes facetas de la vida diaria, la autonomía personal y la calidad de vida.	Específica
CE11	Obtener y elaborar, con la información relevante, la historia del desempeño ocupacional a lo largo de todo el proceso.	Específica
CE12	Realizar la evaluación del funcionamiento ocupacional adecuada a las necesidades de individuos y poblaciones.	Específica
CE13	Determinar las disfunciones y necesidades ocupacionales, definir la planificación y establecer la intervención de Terapia Ocupacional, utilizando el potencial terapéutico de la ocupación significativa, a través del uso de la actividad, con el consentimiento y la participación de los individuos y poblaciones.	Específica
CE14	Realizar la evaluación ocupacional, determinar la planificación y establecer la intervención de Terapia Ocupacional, utilizando el potencial terapéutico de la ocupación significativa, a través del uso de la actividad, con el consentimiento y la participación de los individuos y poblaciones.	Específica
CE15	Conocer, seleccionar y aplicar las teorías apropiadas, los marcos de referencia teóricos, los modelos y métodos de práctica de Terapia Ocupacional para elegir o restablecer la ocupación significativa, según las necesidades de salud de individuos y poblaciones.	Específica
CE16	Colaborar con grupos y comunidades para promover la salud y el bienestar de sus miembros mediante la participación en la ocupación significativa.	Específica
CE17	Demostrar que comprende los fundamentos de acción, indicaciones y eficacia de las intervenciones de Terapia Ocupacional, basándose en la evidencia científica disponible.	Específica
CE18	Reconocer la influencia de las diferencias individuales, religiosas, culturales, así como de las costumbres sobre la ocupación y la participación.	Específica
CE19	Adquirir y desarrollar habilidades, destrezas y experiencia práctica en el contexto sociosanitario y comunitario.	Específica
CE20	Demostrar que conoce los conceptos básicos de gestión y mejora de la calidad de los servicios de Terapia Ocupacional.	Específica
CE21	Desarrollar la práctica profesional con respeto a otros profesionales, adquiriendo habilidades de trabajo en equipo.	Específica
CE22	Escuchar de manera activa, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas y las demandas ocupacionales de los individuos y poblaciones y comprender el contenido de esta información.	Específica

Competencias Burgos

Relación de competencias descritas en el título: Competencias Básicas:

5 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación
CB1	Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio
CB2	Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio
CB3	Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética
CB4	Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado
CB5	Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía

Competencias Generales:

25 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación
CG8	Comprender y reconocer la importancia de los factores contextuales como determinantes de disfunción ocupacional
CG9	Reconocer los determinantes de salud en la población, los recursos y equipos multiprofesionales y las acciones de prevención, mantenimiento y promoción de la salud, tanto a nivel individual como comunitario
CG10	Realizar la evaluación y la adaptación del entorno para promover la participación en ocupaciones significativas en las diferentes facetas de la vida diaria, la autonomía personal y la calidad de vida
CG11	Obtener y elaborar, con la información relevante, la historia del desempeño ocupacional a lo largo de todo el proceso
CG1	Reconocer los elementos esenciales de la profesión de terapeuta ocupacional, incluyendo los principios éticos, las responsabilidades legales, el ejercicio profesional centrado en individuos, el ejercicio profesional centrado en individuos y poblaciones, respetando su autonomía y el secreto profesional
CG2	Conocer las organizaciones nacionales e internacionales de salud, así como los entornos y condicionantes de los diferentes sistemas de salud
CG3	Obtener y utilizar datos epidemiológicos y valorar tendencias y riesgos para fundar la toma de decisiones sobre salud
CG4	reconocer las propias limitaciones y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional, prestando especial importancia al aprendizaje de manera autónoma de nuevos conocimientos y técnicas y a la motivación por la calidad
CG5	Conocer, valorar críticamente y saber utilizar las fuentes de información para obtener, organizar, interpretar y comunicar la información científica, sanitaria, sociosanitaria y social, preservando la confidencialidad de los datos
CG6	Comprender los fundamentos conceptuales de la naturaleza ocupacional del ser humano y el desempeño de sus ocupaciones a lo largo del ciclo vital
CG7	Comprender y reconocer la interrelación entre los conceptos de bienestar, salud, ocupación significativa, dignidad y participación
CG12	Realizar la evaluación del funcionamiento ocupacional adecuada a las necesidades de individuos y poblaciones

Código	Denominación
CG13	Determinar las disfunciones y necesidades ocupacionales, definir la planificación y establecer la intervención de Terapia Ocupacional, utilizando el potencial terapéutico de la ocupación significativa, a través del uso de la actividad, con el consentimiento y la participación de los individuos y poblaciones
CG14	Realizar la evaluación ocupacional, determinar la planificación y establecer la intervención de Terapia Ocupacional, utilizando el potencial terapéutico de la ocupación significativa, a través del uso de la actividad con el consentimiento y la participación de los individuos y poblaciones
CG15	Conocer, seleccionar y aplicar las teorías apropiadas, los marcos de referencia teóricos, los modelos y métodos de práctica de Terapia Ocupacional para elegir o restablecer la ocupación significativa, según las necesidades de salud de individuos y poblaciones
CG16	Colaborar con grupos y comunidades para promover la salud y el bienestar de sus miembros mediante la participación en la ocupación significativa
CG17	Comprender los fundamentos de acción, indicaciones y eficacia de las intervenciones de Terapia Ocupacional, basándose en la evidencia científica disponible
CG18	Reconocer la influencia de las diferencias individuales, religiosas, culturales, así como de las costumbres sobre la ocupación y la participación
CG19	Adquirir y desarrollar habilidades, destrezas y experiencia práctica en el contexto sociosanitario y comunitario
CG21	Desarrollar la práctica profesional con respeto a otros profesionales, adquiriendo habilidades de trabajo en equipo
CG22	Escuchar de manera activa, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas y las demandas ocupacionales de los individuos y poblaciones y comprender el contenido de esta información
CG23	Establecer una comunicación interpersonal asertiva con todos los interlocutores que sean relevantes durante el proceso de Terapia Ocupacional
CG24	Elaborar y redactar historias y demás registros de Terapia Ocupacional, de forma comprensible, tanto a público especializado como no especializado
CG25	Transmitir información oral y escrita, tanto a público especializado como no especializado
CG20	Adquirir conocimientos básicos de gestión y mejora de la calidad de los servicios de terapia ocupacional

Competencias Específicas:

43 registros encontrados, mostrando del 1 al 30.[Primero/Anterior] **1, 2** [Siguiente/Último]

Código	Denominación
CE1	Conocer y comprender la estructura y función del cuerpo humano de modo que permita evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de terapia ocupacional
CE2	Conocer y comprender el proceso fisiopatológico en todos los momentos del ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, identificando los problemas y aspectos preventivos y clínicos, de la persona, tanto en la salud como en la enfermedad
CE3	Conocer y comprender los conocimientos de Pedagogía, Psicología y Psicopatología aplicables al ser humano en todos los momentos del ciclo vital de modo que capaciten para evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional
CE4	Conocer y comprender los conocimientos de Sociología y Antropología Social que capaciten para la aplicación de tratamientos de Terapia Ocupacional en diferentes instituciones y grupos sociales de modo que permitan prevenir y tratar situaciones de inadaptación y reacción social
CE5	Conocer y comprender el marco legal y administrativo vigente para realizar las funciones y responsabilidades propias del profesional de Terapia Ocupacional, utilizando adecuadamente los recursos sociocomunitarios y económicos

Código	Denominación	
CE6	Conocer el contexto profesional, ético y legal del terapeuta ocupacional reconociendo y respondiendo a dilemas y temas éticos en la práctica	E
CE7	Adquirir habilidades de trabajo en equipo como unidad en la que se estructuran de forma uni o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal relacionados con la evaluación diagnóstica y tratamiento de terapia ocupacional	E
CE8	Conocer el sistema sanitario español y los aspectos básicos relacionados con la gestión de los servicios de salud, fundamentalmente los que estén relacionados con aspectos rehabilitadores	E
CE9	Conocer y comprender los antecedentes históricos, fundamentos teóricos y principios metodológicos; aspectos filosóficos, marcos de referencia teóricos, modelos, técnicas, evaluación y valoraciones de Terapia Ocupacional necesarios para reconocer e interpretar los procesos de función-disfunción ocupacional	E
CE10	Comprender las distintas teorías del funcionamiento, autonomía personal, adaptación funcional del/al entorno, así como los modelos de intervención en Terapia Ocupacional, transfiriéndolos a la práctica profesional cotidiana	E
CE11	Promover la salud y prevenir la discapacidad, adquirir o recuperar el desempeño ocupacional necesario en cada etapa del ciclo vital para lograr la independencia y autonomía en las áreas de desempeño ocupacional de aquellas personas que sufren situaciones de riesgo, déficit orgánicos, limitación en la actividad y la participación y/o marginación social	E
CE12	Realizar un tratamiento adecuado, respetando las distintas fases y principios básicos, a través de ocupaciones terapéuticas y basado en conocimientos relacionados como la ciencia de la ocupación, en las diferentes áreas de desempeño ocupacional, analizando los componentes de desempeño y los distintos entornos y contextos existentes	E
CE13	Conocer, diseñar y aplicar las distintas modalidades y procedimientos generales de intervención en Terapia Ocupacional en sus marcos de referencia, evaluando su efectividad en un entorno de trabajo cooperativo	E
CE14	Fomentar la participación del usuario y familia en su proceso de recuperación	E
CE15	Conocer, diseñar y aplicar los fundamentos de la autonomía personal en las actividades de la vida diaria con y sin adaptaciones y/o ayudas técnicas en el ciclo vital	E
CE16	Analizar la ocupación en Terapia Ocupacional y su utilización terapéutica en el ciclo vital	E
CE17	Conocer y comprender los conocimientos de Terapia Ocupacional para la integración del individuo en su entorno a lo largo del ciclo vital	E
CE18	Aplicar la actividad significativa, el estudio ergonómico, las nuevas tecnologías y la tecnología existentes en la Terapia Ocupacional en el ciclo vital	E
CE19	Conocer, evaluar, analizar, elaborar y participar en programas de educación y promoción de la salud dentro del ámbito de la Terapia Ocupacional para prevenir las disfunciones ocupacionales en general y subsecuentes a afecciones médicas, quirúrgicas y psiquiátricas e inadaptación social.	E
CE20	Conocer, desarrollar y aplicar planes de gestión y administración sanitaria y sociosanitaria aplicados a la provisión de servicios y mejora de la calidad de Terapia Ocupacional	E
CE21	Explicar los conceptos teóricos que sostienen la Terapia Ocupacional, concretamente la naturaleza ocupacional de los seres humanos y el desempeño de sus ocupaciones	E
CE22	Explicar la relación entre desempeño ocupacional, salud y bienestar	E
CE23	Realizar y defender argumentos lógicos y razonados relacionados con la ocupación humana y la Terapia Ocupacional	E
CE24	Trabajar en colaboración con los individuos y grupos con el fin de participar activamente en la ocupación, a través de la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación y el tratamiento	E
CE25	Seleccionar, modificar, aplicar teorías de forma apropiada, modelos prácticos de intervención y métodos para satisfacer necesidades ocupacionales y de salud de individuos y poblaciones	E

Código	Denominación
CE26	Utilizar el razonamiento ético y profesional de manera eficaz a lo largo del proceso de Terapia Ocupacional
CE27	Utilizar el potencial terapéutico de la ocupación a través del análisis y síntesis de la ocupación y de la actividad
CE28	Adaptar y aplicar el proceso de Terapia Ocupacional en estrecha colaboración con individuos y población, adquiriendo capacidades para intervenir en proyectos de promoción, prevención y protección con un enfoque comunitario y de salud pública
CE29	Apreciar y respetar las diferencias individuales, creencias culturales, costumbres y su influencia en la ocupación y la participación
CE30	Preparar, mantener y revisar la documentación de los procesos de Terapia Ocupacional
CE31	Llevar a cabo el ejercicio profesional de manera ética, respetando a las personas, pacientes y usuarios, teniendo en consideración los códigos de conducta profesional de los terapeutas ocupacionales
CE32	Demostrar seguridad, autoconocimiento, autocrítica y conocimientos de sus propias limitaciones como terapeuta ocupacional
CE33	Desarrollar e conocimiento de la ocupación y de la práctica de Terapia Ocupacional
CE34	Determinar y priorizar los servicios de Terapia Ocupacional
CE35	Comprender y aplicar principios de dirección y gestión en la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional, incluyendo coste-eficacia, administración de recursos y equipamiento y estableciendo protocolos de Terapia Ocupacional
CE36	Implicarse en un proceso continuo de evaluación y mejora de la calidad en la prestación de los servicios de terapia Ocupacional, involucrar a las personas, pacientes y usuarios cuando sea apropiado y comunicar los resultados a las partes implicadas
CE37	Ser capaz de argumentar los principios científicos que sustentan la intervención en terapia ocupacional, adecuándola a la evidencia científica disponible
CE38	Conocer y comprender los conocimientos médicos, quirúrgicos y psiquiátricos aplicables al ser humano en todos los momentos del ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, que capaciten para evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos en Terapia Ocupacional
CE39	Conocer y comprender el proceso fisiopatológico en todos los momentos del ciclo vital, identificando los problemas y aspectos preventivos y clínicos de la persona, tanto en la salud como en la enfermedad
CE40	Conocer, evaluar, analizar, elaborar y participar en programas de educación y promoción de la salud dentro del ámbito de la Terapia Ocupacional para prevenir las disfunciones ocupacionales en general y subsecuentes a afecciones médicas, quirúrgicas y psiquiátricas e inadaptación social
CE41	Sintetizar y aplicar el conocimiento relevante de ciencias biológicas, médicas, humanas, pedagógicas, psicológicas, sociales, tecnológicas y ocupacionales, junto con las teorías de ocupación y participación
CE42	Prácticas preprofesionales con una evaluación final de competencias, en Centros de Salud, hospitales y otros centros asistenciales y que permitan aplicar teorías, fundamentos, metodologías, técnicas, evaluaciones y valoraciones de Terapia Ocupacional, trabajando en equipo y desarrollando las habilidades y destrezas propias en diferentes entornos
CE43	Trabajo de fin de grado: materia transversal cuyo trabajo se realizará asociado a distintas materias

Competencias Católica Valencia

Relación de competencias descritas en el título: Competencias Básicas:

5 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación
CB1	Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio
CB2	Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio
CB3	Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética
CB4	Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado
CB5	Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía

Competencias Generales:

24 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación
CG22	Establecer una comunicación interpersonal asertiva con todos los interlocutores que sean relevantes durante el proceso de Terapia Ocupacional.
CG23	Elaborar y redactar historias y demás registros de Terapia Ocupacional, de forma comprensible, tanto a público especializado como no especializado.
CG24	Transmitir información oral y/o escrita, tanto a público especializado como no especializado.
CG1	Reconocer los elementos esenciales de la profesión, incluyendo los principios éticos, las responsabilidades legales, el ejercicio profesional centrado en individuos y poblaciones respetando su autonomía y el secreto profesional.
CG2	Conocer las organizaciones nacionales e internacionales de salud, así como los entornos y condicionantes de los diferentes sistemas de salud.
CG3	Obtener y utilizar datos epidemiológicos y valorar tendencias y riesgos para la toma de decisiones sobre salud.
CG4	Reconocer las propias limitaciones y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional, prestando especial importancia al aprendizaje de manera autónoma de nuevos conocimientos y técnicas y a la motivación por la calidad.
CG5	Conocer, valorar críticamente y saber utilizar las fuentes de información para obtener, organizar, interpretar y comunicar la información científica, sanitaria, sociosanitaria y social, preservando la confidencialidad de los datos.
CG6	Comprender los fundamentos conceptuales de la naturaleza ocupacional del ser humano y el desempeño de sus ocupaciones a lo largo del ciclo vital.
CG7	Comprender y reconocer la interrelación entre los conceptos de bienestar, salud ocupación significativa, dignidad y participación.
CG8	Comprender y reconocer la importancia de los factores contextuales como determinantes de disfunción ocupacional y promover el derecho de los individuos/poblaciones a satisfacer las necesidades ocupacionales.
CG9	Reconocer los determinantes de salud en la población, los recursos y equipos multiprofesionales y las acciones de prevención, mantenimiento y promoción de la salud, tanto a nivel individual como comunitario.

Código	Denominación
CG10	Realizar la evaluación y la adaptación del entorno para promover la participación en ocupaciones significativas -en las diferentes facetas de la vida diaria-, la autonomía personal y la calidad de vida.
CG11	Obtener y elaborar, con la información relevante, la historia del desempeño ocupacional a lo largo de todo el proceso.
CG12	Realizar la evaluación del funcionamiento ocupacional adecuada a las necesidades de individuos/poblaciones.
CG13	Determinar las disfunciones y necesidades ocupacionales, definir la planificación y establecer la intervención de Terapia Ocupacional, utilizando el potencial terapéutico de la ocupación significativa, a través del uso de la actividad, con el consentimiento y la participación de los individuos y poblaciones.
CG14	Conocer, seleccionar y aplicar las teorías apropiadas, los marcos de referencia teóricos, los modelos y métodos de práctica de Terapia Ocupacional para elegir o restablecer la ocupación significativa, según las necesidades de salud de individuos/poblaciones (promoción de la salud, prevención y tratamiento).
CG15	Colaborar con grupos y comunidades para promover la salud y el bienestar de sus miembros mediante la participación en la ocupación significativa.
CG16	Comprender los fundamentos de acción, indicaciones y eficacia de las intervenciones de Terapia Ocupacional, basándose en la evidencia científica disponible.
CG17	Reconocer la influencia de las diferencias individuales, religiosas, culturales, así como de las costumbres sobre la ocupación y la participación.
CG18	Adquirir y desarrollar habilidades, destrezas y experiencia práctica en el contexto sociosanitario y comunitario.
CG19	Adquirir conocimientos básicos de gestión y mejora de la calidad de los servicios de Terapia Ocupacional considerando los avances en salud, cuidado social, sociedad y legislación a nivel internacional, nacional y local, centrada en individuos/poblaciones.
CG20	Desarrollar la práctica profesional con respeto a otros profesionales, adquiriendo habilidades de trabajo en equipo.
CG21	Escuchar de manera activa, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas y las demandas ocupacionales de los individuos/poblaciones y comprender el contenido de esta información.

Competencias Específicas:

51 registros encontrados, mostrando del 1 al 30.[Primero/Anterior] **1, 2** [Siguiente/Último]

Código	Denominación
CE68	Integrarse en los diferentes marcos institucionales en los que el Terapeuta Ocupacional desarrolla sus funciones, conociendo su papel dentro de ellos, el sistema de organización de los departamentos de T.O., así como la documentación y recursos de uso común de los servicios.
CE69	Controlar y hacer el seguimiento del proceso terapéutico y, en particular, de la evaluación e intervención mediante el dominio de técnicas y estrategias necesarias.
CE70	Relacionar la teoría y práctica con la realidad de los servicios
CE71	Participar de la experiencia profesional y aprender a saber hacer, actuando y reflexionando desde la práctica.
CE72	Analizar los resultados obtenidos en los procesos de rehabilitación para reflexionar sobre ellos y sobre los propios conocimientos, habilidades, actitudes y actuaciones en relación con la profesión de terapeuta ocupacional.
CE73	Diseñar y realizar proyectos de investigación científica utilizando los recursos y la metodología adecuados.
CE74	Comunicar las experiencias y las reflexiones sobre la intervención en el centro de prácticas en los foros académicos establecidos al efecto.

Código	Denominación
CE75	Saber defender públicamente el Trabajo Fin de Grado, tanto el análisis de la relación entre las materias cursadas, como las propuestas de mejora sobre los aspectos trabajados durante los estudios de grado
CE45	Realizar y defender argumentos lógicos y razonados relacionados con la ocupación humana y la Terapia Ocupacional.
CE46	Trabajar en colaboración con los individuos y grupos con el fin de participar activamente en la ocupación, a través de la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación y el tratamiento.
CE47	Seleccionar, modificar y aplicar teorías de forma apropiada, modelos prácticos de intervención y métodos para satisfacer necesidades ocupacionales y de salud de individuos y poblaciones.
CE48	Utilizar el razonamiento ético y profesional de manera eficaz a lo largo del proceso de Terapia Ocupacional.
CE49	Utilizar el potencial terapéutico de la ocupación a través del análisis y síntesis de la ocupación y de la actividad.
CE50	Adaptar y aplicar el proceso de Terapia Ocupacional en estrecha colaboración con individuos y población.
CE51	Apreciar y respetar las diferencias individuales, creencias culturales, costumbres y su influencia en la ocupación y la participación.
CE52	Preparar, mantener y revisar la documentación de los procesos de Terapia Ocupacional.
CE53	Llevar a cabo el ejercicio profesional de manera ética, respetando a las personas, pacientes y usuarios, teniendo en consideración los códigos de conducta profesional de los terapeutas ocupacionales.
CE54	Demostrar seguridad, autoconocimiento, autocrítica y conocimientos de sus propias limitaciones como terapeuta ocupacional.
CE55	Desarrollar el conocimiento de la ocupación y de la práctica de Terapia Ocupacional.
CE56	Determinar y priorizar los servicios de Terapia Ocupacional.
CE57	Comprender y aplicar principios de dirección y gestión en la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional, incluyendo coste-eficacia, administración de recursos y equipamiento y establecimiento de protocolos de Terapia Ocupacional.
CE58	Implicarse en un proceso continuo de evaluación y mejora de la calidad en la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional, involucrar a las personas, pacientes y usuarios cuando sea apropiado y comunicar los resultados a las partes interesadas.
CE59	Conocer y comprender los conocimientos médicos, quirúrgicos y psiquiátricos aplicables al ser humano en todos los momentos del ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, que capaciten para evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.
CE60	Conocer y comprender el proceso fisiopatológico en todos los momentos del ciclo vital, identificando los problemas y aspectos preventivos y clínicos, de la persona, tanto en la salud como en la enfermedad.
CE61	Conocer, evaluar, analizar, elaborar y participar en programas de educación y promoción de la salud dentro del ámbito de la Terapia Ocupacional para prevenir las disfunciones ocupacionales en general y subsecuentes a afecciones médicas, quirúrgicas y psiquiátricas e inadaptación social.
CE62	Sintetizar y aplicar el conocimiento relevante de ciencias biológicas, médicas, humanas, pedagógicas, psicológicas, sociales, tecnológicas y ocupacionales, junto con las teorías de ocupación y participación.
CE63	Identificar la necesidad de investigar y buscar publicaciones relacionadas con la ocupación, la terapia ocupacional y/o la ciencia ocupacional y formular preguntas de investigación relevantes
CE64	Capacidad para aplicar el método científico para constatar la efectividad de los métodos de intervención, evaluar los métodos de trabajo aplicados y divulgar los resultados
CE65	Entender, seleccionar y defender diseños de investigación y métodos apropiados para la ocupación humana, considerando los aspectos éticos

Código	Denominación	
CE66	Interpretar, analizar, sintetizar y criticar los hallazgos de investigación	E
CE67	Divulgar los hallazgos de investigación para críticas relevantes	E
CE25	Conocer y comprender la estructura y función del cuerpo humano de modo que permita evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.	E
CE26	Conocer y comprender el proceso fisiopatológico en todos los momentos del ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, identificando los problemas y aspectos preventivos y clínicos, de la persona, tanto en la salud como en la enfermedad.	E
CE27	Conocer y comprender los conocimientos de Pedagogía, Psicología y Psicopatología aplicables al ser humano en todos los momentos del ciclo vital de modo que capaciten para evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.	E
CE28	Conocer y comprender los conocimientos de Sociología y Antropología social que capaciten para la aplicación de tratamientos de Terapia Ocupacional en diferentes instituciones y grupos sociales de modo que permitan prevenir y tratar situaciones de inadaptación y reacción social.	E
CE29	Conocer y comprender el marco legal y administrativo vigente para realizar las funciones y responsabilidades propias del profesional de Terapia Ocupacional, utilizando adecuadamente los recursos socio-sanitarios y económicos.	E
CE30	Conocer el contexto profesional, ético y legal del terapeuta ocupacional, reconociendo y respondiendo a dilemas y temas éticos en la práctica diaria.	E
CE31	Conocer y comprender los antecedentes históricos, fundamentos teóricos y principios metodológicos: aspectos filosóficos, marcos de referencia teóricos, modelos, técnicas, evaluaciones y valoraciones de Terapia Ocupacional necesarios para reconocer e interpretar los procesos de función-disfunción ocupacional.	E
CE32	Comprender las distintas teorías del funcionamiento, autonomía personal, adaptación funcional del/al entorno, así como los modelos de intervención en Terapia Ocupacional, transfiriéndolos a la práctica profesional cotidiana.	E
CE33	Promover la salud y prevenir la discapacidad, adquirir o recuperar el desempeño ocupacional necesario en cada etapa del ciclo vital para lograr la independencia y autonomía en las áreas de desempeño ocupacional de aquellas personas que sufren situaciones de riesgo, déficit orgánicos, limitación en la actividad y la participación y/o marginación social.	E
CE34	Realizar un tratamiento adecuado, respetando las distintas fases y principios básicos, a través de ocupaciones terapéuticas y basado en conocimientos relacionados como la ciencia de la ocupación, en las diferentes áreas de desempeño ocupacional, analizando los componentes de desempeño y los distintos entornos y contextos existentes.	E
CE35	Conocer, diseñar y aplicar las distintas modalidades y procedimientos generales de intervención en Terapia Ocupacional en sus marcos de referencia, evaluando su efectividad en un entorno de trabajo cooperativo.	E
CE36	Fomentar la participación del usuario y familia en su proceso de recuperación.	E
CE37	Conocer, comprender y aplicar los fundamentos de la autonomía personal en las actividades de la vida diaria con y sin adaptaciones y/o ayudas técnicas en el ciclo vital.	E
CE38	Analizar la ocupación en Terapia Ocupacional y su utilización terapéutica en el ciclo vital.	E
CE39	Conocer y comprender los conocimientos de Terapia Ocupacional para la integración del individuo en su entorno a lo largo del ciclo vital.	E
CE40	Aplicar la actividad significativa, el estudio ergonómico, las nuevas tecnologías y la tecnología asistente en Terapia Ocupacional en el ciclo vital.	E
CE41	Conocer, evaluar, analizar, elaborar y participar en programas de educación y promoción de la salud dentro del ámbito de la Terapia Ocupacional para prevenir las disfunciones ocupacionales en general y subsecuentes a afecciones médicas, quirúrgicas y psiquiátricas e inadaptación social.	E

Código	Denominación	
CE42	Conocer, desarrollar y aplicar planes gestión y administración sanitaria y sociosanitaria aplicados a la provisión de servicios y mejora de la calidad de Terapia Ocupacional.	E
CE43	Explicar los conceptos teóricos que sostienen la Terapia Ocupacional, concretamente la naturaleza ocupacional de los seres humanos y el desempeño de sus ocupaciones.	E
CE44	Explicar la relación entre desempeño ocupacional, salud y bienestar.	E

Competencias Complutense Madrid

Competencias Básicas:

5 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación
CB1	Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio
CB2	Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio
CB3	Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética
CB4	Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado
CB5	Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía

Competencias Generales:

25 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación
CG.15.	Conocer, seleccionar y aplicar las teorías apropiadas, los marcos de referencia teóricos, los modelos y métodos de práctica de Terapia Ocupacional para elegir o restablecer la ocupación significativa, según las necesidades de salud de individuos y poblaciones.
CG.16.	Colaborar con grupos y comunidades para promover la salud y el bienestar de sus miembros mediante la participación en la ocupación significativa.
CG.17.	Comprender los fundamentos de acción, indicaciones y eficacia de las intervenciones de Terapia Ocupacional, basándose en la evidencia científica disponible.
CG.18.	Reconocer la influencia de las diferencias individuales, religiosas, culturales, así como de las costumbres sobre la ocupación y la participación.
CG.19.	Adquirir y desarrollar habilidades, destrezas y experiencia práctica en el contexto sociosanitario y comunitario.
CG.20.	Adquirir conocimientos básicos de gestión y mejora de la calidad de los servicios de Terapia Ocupacional.
CG.21.	Desarrollar la práctica profesional con respeto a otros profesionales, adquiriendo habilidades de trabajo en equipo.
CG.01.	Reconocer los elementos esenciales de la profesión de terapeuta ocupacional, incluyendo los principios éticos, las responsabilidades legales, el ejercicio profesional centrado en individuos y poblaciones, respetando su autonomía y el secreto profesional.
CG.02.	Conocer las organizaciones nacionales e internacionales de salud, así como los entornos y condicionantes de los diferentes sistemas de salud.
CG.03.	Obtener y utilizar datos epidemiológicos y valorar tendencias y riesgos para fundar la toma de decisiones sobre salud.
CG.04.	Reconocer las propias limitaciones y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional, prestando especial importancia al aprendizaje de manera autónoma de nuevos conocimientos y técnicas y a la motivación de la calidad.

Código	Denominación
CG.05.	Conocer, valorar críticamente y saber utilizar las fuentes de información para obtener, organizar, interpretar y comunicar la información científica, sanitaria, sociosanitaria y social, preservando la confidencialidad de los datos.
CG.06.	Comprender los fundamentos conceptuales de la naturaleza ocupacional del ser humano y el desempeño de sus ocupaciones a lo largo del ciclo vital.
CG.07.	Comprender y reconocer la interrelación entre los conceptos de bienestar, salud, ocupación significativa, dignidad y participación.
CG.08.	Comprender y reconocer la importancia de los factores contextuales como determinantes de disfunción ocupacional.
CG.09.	Reconocer los determinantes de salud en la población, los recursos y equipos multiprofesionales y las acciones de prevención, mantenimiento y promoción de la salud, tanto a nivel individual como comunitario.
CG.10.	Realizar la evaluación y la adaptación del entorno para promover la participación en ocupaciones significativas en las diferentes facetas de la vida diaria, la autonomía personal y la calidad de vida.
CG.11.	Obtener y elaborar, con la información relevante, la historia del desempeño ocupacional a lo largo de todo el proceso.
CG.12.	Realizar la evaluación del funcionamiento ocupacional adecuada a las necesidades de individuos y poblaciones.
CG.13.	Determinar las disfunciones y necesidades ocupacionales, definir la planificación y establecer la intervención de Terapia Ocupacional, utilizando el potencial terapéutico de la ocupación significativa, a través del uso de la actividad, con el consentimiento y la participación de los individuos y poblaciones.
CG.14.	Realizar la evaluación ocupacional, determinar la planificación y establecer la intervención de Terapia Ocupacional, utilizando el potencial terapéutico de la ocupación significativa, a través del uso de la actividad, con el consentimiento y la participación de los individuos y poblaciones.
CG.22.	Escuchar de manera activa, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas y las demandas ocupacionales de los individuos y poblaciones y comprender el contenido de esta información.
CG.23.	Establecer una comunicación interpersonal asertiva con todos los interlocutores que sean relevantes durante el proceso de Terapia Ocupacional.
CG.24.	Elaborar y redactar historias y demás registros de Terapia Ocupacional, de forma comprensible, tanto a público especializado como no especializado.
CG.25.	Transmitir información oral y escrita, tanto a público especializado como no especializado.

Competencias Transversales:

8 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación
CT.01.	Comunicación. Expresarse adecuadamente al exponer un tema y hacerlo de forma clara y escuchar activamente cuando los demás hablan.
CT.02.	Flexibilidad. Modificar el comportamiento adecuándolo a situaciones de cambio o ambigüedad, manteniendo la efectividad en distintos entornos, con diferentes tareas, responsabilidades y pacientes.
CT.03.	Liderazgo. Conseguir influir positivamente en lo demás, prestar apoyo al grupo a la hora de abordar las tareas, movilizar el grupo conservando un buen ambiente y resolver los conflictos que surjan en el grupo.
CT.04.	Planificación / organización. Definir prioridades; establecer los planes de acción necesarios para alcanzar los objetivos fijados ajustándose a los medios y al tiempo disponible; definir las metas intermedias y las contingencias que puedan presentarse; establecer las oportunas medidas de control y seguimiento.
CT.05.	Control Emocional. Conservar la calma en situaciones complicadas de interacción social, mantener el control de sí mismo ante situaciones de tensión y controlar las emociones.

Código	Denominación	
CT.06.	Responsabilidad. Proporcionar ayuda a otros compañeros cuando la solicitan, buscar la colaboración de otros para finalizar actividades, cumplir con lo que se compromete y terminar las tareas que comienza.	Tra
CT.07.	Solución de problemas y Decisión. Analizar los problemas y situaciones complejas, identificando sus aspectos más relevantes y sus causas, en función de la información disponible, para elegir las soluciones de mayor calidad en el plazo temporal fijado.	Tra
CT.08.	Trabajo en Equipo: Colaborar de forma activa y asumir responsabilidades para contribuir a la consecución de los objetivos marcados.	Tr

Competencias Específicas:

48 registros encontrados, mostrando del 1 al 30.[Primero/Anterior] **1, 2** [Siguiente/Último]

Código	Denominación	
CE.M2.12.	Conocer, desarrollar y aplicar planes gestión y administración sanitaria y sociosanitaria aplicados a la provisión de servicios y mejora de la calidad de Terapia Ocupacional.	E
CE.M2.13.	Explicar los conceptos teóricos que sostienen la Terapia Ocupacional, concretamente la naturaleza ocupacional de los seres humanos y el desempeño de sus ocupaciones.	E
CE.M2.14.	Explicar la relación entre desempeño ocupacional, salud y bienestar.	E
CE.M2.15.	Realizar y defender argumentos lógicos y razonados relacionados con la ocupación humana y la Terapia Ocupacional.	E
CE.M2.16.	Trabajar en colaboración con los individuos y grupos con el fin de participar activamente en la ocupación, a través de la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación y el tratamiento.	E
CE.M2.17.	Seleccionar, modificar y aplicar teorías de forma apropiada, modelos prácticos de intervención y métodos para satisfacer necesidades ocupacionales y de salud de individuos y poblaciones.	E
CE.M2.18.	Utilizar el razonamiento ético y profesional de manera eficaz a lo largo del proceso de Terapia Ocupacional.	E
CE.M2.19.	Utilizar el potencial terapéutico de la ocupación a través del análisis y síntesis de la ocupación y de la actividad.	E
CE.M2.20.	Adaptar y aplicar el proceso de Terapia Ocupacional en estrecha colaboración con individuos y población.	E
CE.M2.21.	Apreciar y respetar las diferencias individuales, creencias culturales, costumbres y su influencia en la ocupación y la participación.	E
CE.M2.22.	Preparar, mantener y revisar la documentación de los procesos de Terapia Ocupacional.	E
CE.M2.23.	Llevar a cabo el ejercicio profesional de manera ética, respetando a las personas, pacientes y usuarios, teniendo en consideración los códigos de conducta profesional de los terapeutas ocupacionales.	E
CE.M2.24.	Demostrar seguridad, autoconocimiento autocrítica y conocimientos de sus propias limitaciones como terapeuta ocupacional.	E
CE.M2.25.	Desarrollar el conocimiento de la ocupación y de la práctica de Terapia Ocupacional.	E
CE.M2.26.	Determinar y priorizar los servicios de Terapia Ocupacional.	E
CE.M2.27.	Comprender y aplicar principios de dirección y gestión en la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional, incluyendo coste-eficacia, administración de recursos y equipamiento y establecimiento de protocolos de Terapia Ocupacional.	E
CE.M2.28.	Implicarse en un proceso continuo de evaluación y mejora de la calidad en la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional, involucrar a las personas, pacientes y usuarios cuando sea apropiado y comunicar los resultados a las partes interesadas.	E

Código	Denominación	
CE.M2.29.	Ser capaz de argumentar los principios científicos que sustentan la intervención en terapia ocupacional, adecuándola a la evidencia científica disponible.	E
CE.M3.1.	Conocer y comprender los conocimientos médicos, quirúrgicos y psiquiátricos aplicables al ser humano en todos los momentos del ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, que capaciten para evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.	E
CE.M3.2.	Conocer y comprender el proceso fisiopatológico en todos los momentos del ciclo vital, identificando los problemas y aspectos preventivos y clínicos, de la persona, tanto en la salud como en la enfermedad.	E
CE.M3.3.	Conocer, evaluar, analizar, elaborar y participar en programas de educación y promoción de la salud dentro del ámbito de la Terapia Ocupacional para prevenir las disfunciones ocupacionales en general y subsecuentes a afecciones médicas, quirúrgicas y psiquiátricas e inadaptación social.	E
CE.M3.4.	Sintetizar y aplicar el conocimiento relevante de ciencias biológicas, médicas, humanas, pedagógicas, psicológicas, sociales, tecnológicas y ocupacionales, junto con las teorías de ocupación y participación.	E
CE.M1.1.	Conocer y comprender la estructura y función del cuerpo humano de modo que permita evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.	E
CE.M1.2.	Conocer y comprender el proceso fisiopatológico en todos los momentos del ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, identificando los problemas y aspectos preventivos y clínicos, de la persona, tanto en la salud como en la enfermedad.	E
CE.M1.3.	Conocer y comprender los conocimientos de Pedagogía, Psicología y Psicopatología aplicables al ser humano en todos los momentos del ciclo vital de modo que capaciten para evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.	E
CE.M1.4.	Conocer y comprender los conocimientos de Sociología y Antropología Social que capaciten para la aplicación de tratamientos de Terapia Ocupacional en diferentes instituciones y grupos sociales de modo que permitan prevenir y tratar situaciones de inadaptación y reacción social.	E
CE.M1.5.	Conocer y comprender el marco legal y administrativo vigente para realizar las funciones y responsabilidades propias del profesional de Terapia Ocupacional, utilizando adecuadamente los recursos socio-sanitarios y económicos.	E
CE.M1.6.	Conocer el contexto profesional, ético y legal del terapeuta ocupacional, reconociendo y respondiendo a dilemas y temas éticos en la práctica diaria.	E
CE.M1.7.	Adquirir habilidades de trabajo en equipo como unidad en la que se estructuran de forma uni o multiprofesional e interdisciplinar los profesionales y demás personal relacionados con la evaluación diagnóstica y tratamiento de terapia ocupacional.	E
CE.M1.8.	Conocer el sistema sanitario español y los aspectos básicos relacionados con la gestión de los servicios de salud, fundamentalmente los que estén relacionados con aspectos rehabilitadores.	E
CE.M2.1.	Conocer y comprender los antecedentes históricos, fundamentos teóricos y principios metodológicos: aspectos filosóficos, marcos de referencia teóricos, modelos, técnicas, evaluaciones y valoraciones de Terapia Ocupacional necesarios para reconocer e interpretar los procesos de función-disfunción ocupacional.	E
CE.M2.2.	Comprender las distintas teorías del funcionamiento, autonomía personal, adaptación funcional del/al entorno, así como los modelos de intervención en Terapia Ocupacional, transfiriéndolos a la práctica profesional cotidiana.	E
CE.M2.3.	Promover la salud y prevenir la discapacidad, adquirir o recuperar el desempeño ocupacional necesario en cada etapa del ciclo vital para lograr la independencia y autonomía en las áreas de desempeño ocupacional de aquellas personas que sufren situaciones de riesgo, déficit orgánicos, limitación en la actividad y la participación y/o marginación social.	E
CE.M2.4.	Realizar un tratamiento adecuado, respetando las distintas fases y principios básicos, a través de ocupaciones terapéuticas y basado en conocimientos relacionados como la ciencia de la ocupación, en las diferentes áreas de desempeño ocupacional, analizando los componentes de desempeño y los distintos entornos y contextos existentes.	E

Código	Denominación	
CE.M2.5.	Conocer, diseñar y aplicar las distintas modalidades y procedimientos generales de intervención en Terapia Ocupacional en sus marcos de referencia, evaluando su efectividad en un entorno de trabajo cooperativo.	E
CE.M2.6.	Fomentar la participación del usuario y familia en su proceso de recuperación.	E
CE.M2.7.	Conocer, comprender y aplicar los fundamentos de la autonomía personal en las actividades de la vida diaria con y sin adaptaciones y/o ayudas técnicas en el ciclo vital.	E
CE.M2.8.	Analizar la ocupación en Terapia Ocupacional y su utilización terapéutica en el ciclo vital.	E
CE.M2.9.	Conocer y comprender los conocimientos de Terapia Ocupacional para la integración del individuo en su entorno a lo largo del ciclo vital.	E
CE.M2.10.	Aplicar la actividad significativa, el estudio ergonómico, las nuevas tecnologías y la tecnología asistente en Terapia Ocupacional en el ciclo vital.	E
CE.M2.11.	Conocer, evaluar, analizar, elaborar y participar en programas de educación y promoción de la salud dentro del ámbito de la Terapia Ocupacional para prevenir las disfunciones ocupacionales en general y subsecuentes a afecciones médicas, quirúrgicas y psiquiátricas e inadaptación social.	E
CE.M4.1.	Ser capaz de aplicar los conocimientos y habilidades adquiridos en el resto de los módulos para realizar Prácticas Preprofesionales, en Centros de Salud, Hospitales y otros Centros Asistenciales, con una evaluación final de competencias, en la que se valorará la capacidad de aplicar las teorías, fundamentos, metodologías, técnicas, evaluaciones y valoraciones de Terapia Ocupacional, trabajando en equipo y desarrollando las habilidades y destrezas propias en diferentes entornos.	E
CE.M4.2.	Ser capaz de aplicar los conocimientos y habilidades adquiridos en el resto de los módulos para realizar un Trabajo de Fin de Grado como materia transversal y que se realizará asociado a alguna de las materias de la titulación.	E
CE.M5.1.	Complementar la formación en las competencias específicas del resto de los módulos.	E
CE.M5.2.	Adquirir competencias específicas en las materias propuestas en relación con la ética, humanidades, comunicación, investigación y formación complementaria.	E
CE.M5.3.	Adquirir competencias en ciencias afines a las ciencias de la salud y de la Terapia Ocupacional.	E
CE.M5.4.	Aprender o mejorar la competencia en idiomas.	E
CE.M5.5.	Participar en actividades formativas, deportivas o de representación.	

Competencias EXTREMADURA

Relación de competencias descritas en el título: Competencias

Básicas:

5 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación
CB1	Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio
CB2	Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio
CB3	Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética
CB4	Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado
CB5	Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía

Competencias Generales:

17 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación
CG1	Conocer las organizaciones nacionales e internacionales de salud, así como los entornos y condicionantes de los diferentes sistemas de salud.
CG10	Realizar la evaluación del funcionamiento ocupacional adecuada a las necesidades de individuos y poblaciones.
CG11	Determinar las disfunciones y necesidades ocupacionales, definir la planificación y establecer la intervención de Terapia Ocupacional, utilizando el potencial terapéutico de la ocupación significativa, a través del uso de la actividad, con el consentimiento y la participación de los individuos y poblaciones.
CG12	Realizar la evaluación ocupacional, determinar la planificación y establecer la intervención de Terapia Ocupacional, utilizando el potencial terapéutico de la ocupación significativa, a través del uso de la actividad, con el consentimiento y la participación de los individuos y poblaciones.
CG13	Colaborar con grupos y comunidades para promover la salud y el bienestar de sus miembros mediante la participación en la ocupación significativa.
CG14	Comprender los fundamentos de acción, indicaciones y eficacia de las intervenciones de Terapia Ocupacional, basándose en la evidencia científica disponible.
CG15	Adquirir y desarrollar habilidades, destrezas y experiencia práctica en el contexto sociosanitario y comunitario.
CG16	Escuchar de manera activa, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas y las demandas ocupacionales de los individuos y poblaciones y comprender el contenido de esta información.
CG17	Establecer una comunicación interpersonal asertiva con todos los interlocutores que sean relevantes durante el proceso de Terapia Ocupacional
CG2	Obtener y utilizar datos epidemiológicos y valorar tendencias y riesgos para fundar la toma de decisiones sobre salud.
CG3	Reconocer las propias limitaciones y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional, prestando especial importancia al aprendizaje de manera autónoma de nuevos conocimientos y técnicas y a la motivación por la calidad.

Código	Denominación
CG4	Comprender los fundamentos conceptuales de la naturaleza ocupacional del ser humano y el desempeño de sus ocupaciones a lo largo del ciclo vital.
CG5	Comprender y reconocer la interrelación entre los conceptos de bienestar, salud, ocupación significativa, dignidad y participación.
CG6	Comprender y reconocer la importancia de los factores contextuales como determinantes de disfunción ocupacional.
CG7	Reconocer los determinantes de salud en la población, los recursos y equipos multiprofesionales y las acciones de prevención, mantenimiento y promoción de la salud, tanto a nivel individual como comunitario.
CG8	Realizar la evaluación y la adaptación del entorno para promover la participación en ocupaciones significativas en las diferentes facetas de la vida diaria, la autonomía personal y la calidad de vida.
CG9	Obtener y elaborar, con la información relevante, la historia del desempeño ocupacional a lo largo de todo el proceso.

Competencias Transversales:

18 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación
CT1	Expresarse correctamente, tanto de forma oral como escrita, en castellano.
CT10	Los estudiantes serán capaces de transmitir información, ideas, problemas y soluciones tanto a un público especializado como no especializado.
CT11	Los estudiantes desarrollarán aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía.
CT12	Aprender a aprender.
CT13	Trabajar de forma colaborativa.
CT14	Habilidad para trabajar de manera autónoma.
CT15	Capacidad de crítica y autocrítica.
CT16	Capacidad para generar nuevas ideas.
CT17	Toma de decisiones.
CT18	Motivación.
CT2	Dominar la expresión y la comprensión de forma oral y escrita de un idioma extranjero.
CT3	Utilizar las herramientas básicas de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) necesarias para el ejercicio de su profesión y para el aprendizaje a lo largo de su vida.
CT4	Desarrollarse para el ejercicio de una ciudadanía abierta, culta, crítica, comprometida, democrática y solidaria, capaz de analizar la realidad, diagnosticar problemas, formular e implantar soluciones basadas en el conocimiento y orientadas al bien común.
CT5	Valorar críticamente el conocimiento, la tecnología y la información disponible para resolver los problemas con los que deben enfrentarse.
CT6	Asumir como profesional y ciudadano la importancia del aprendizaje a lo largo de la vida.
CT7	Valorar la importancia que tiene la investigación, la innovación y el desarrollo tecnológico en el avance socioeconómico y cultural de la sociedad.
CT8	Los estudiantes serán capaces de aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional, desarrollando las competencias asignadas que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y de la resolución de problemas en su disciplina.

Código	Denominación
CT9	Los estudiantes tendrán la capacidad de reunir e interpretar datos significativos (normalmente, dentro del área de Terapia Ocupacional) para emitir juicios que incluyan reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética.

Competencias Específicas:

46 registros encontrados, mostrando del 1 al 30.[Primero/Anterior] **1, 2** [Siguiente/Último]

Código	Denominación
CE1	Conocer y comprender la estructura y función del cuerpo humano de modo que permita evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.
CE10	Realizar un tratamiento adecuado, respetando las distintas fases y principios básicos, a través de ocupaciones terapéuticas, y basado en conocimientos relacionados como la ciencia de la ocupación, en las distintas áreas de desempeño ocupacional, analizando los componentes de desempeño y los distintos entornos y contextos existentes.
CE11	Conocer, diseñar y aplicar las distintas modalidades y procedimientos generales de intervención en Terapia Ocupacional en sus marcos de referencia, evaluando su efectividad en un entorno de trabajo cooperativo.
CE12	Fomentar la participación del usuario y familia en su proceso de recuperación.
CE13	Conocer, comprender y aplicar los fundamentos de la autonomía personal en las actividades de la vida diaria con y sin adaptaciones y/o ayudas técnicas en el ciclo vital.
CE14	Analizar la ocupación en Terapia Ocupacional y su utilización terapéutica en el ciclo vital.
CE15	Conocer y comprender los conocimientos de Terapia Ocupacional para la integración del individuo en su entorno a lo largo del ciclo vital.
CE16	Aplicar la actividad significativa, el estudio ergonómico, las nuevas tecnologías y la tecnología asistente en Terapia Ocupacional en el ciclo vital.
CE17	Conocer, evaluar, analizar, elaborar y participar en programas de educación y promoción de la salud dentro del ámbito de la Terapia Ocupacional para prevenir las disfunciones ocupacionales en general y subsecuentes a afecciones médicas, quirúrgicas y psiquiátricas e inadaptación social.
CE18	Conocer, desarrollar y aplicar planes, gestión y administración sanitaria y socio-sanitaria, aplicados a la provisión de servicios y mejora de la calidad de Terapia Ocupacional.
CE19	Explicar los conceptos teóricos que sostienen la Terapia Ocupacional, concretamente la naturaleza ocupacional de los seres humanos y el desempeño de sus ocupaciones.
CE2	Conocer y comprender el proceso fisiopatológico en todos los momentos del ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, identificando los problemas y aspectos preventivos y clínicos, de la persona, tanto en la salud como en la enfermedad.
CE20	Explicar la relación entre desempeño ocupacional, salud y bienestar.
CE21	Realizar y defender argumentos lógicos y razonados relacionados con la ocupación humana y la Terapia Ocupacional.
CE22	Trabajar en colaboración con los individuos y grupos con el fin de participar activamente en la ocupación, a través de la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación y el tratamiento.
CE23	Seleccionar, modificar y aplicar teorías de forma apropiada, modelos prácticos de intervención y métodos para satisfacer necesidades ocupacionales y de salud de individuos y poblaciones.
CE24	Utilizar el razonamiento ético y profesional de manera eficaz a lo largo del proceso de Terapia Ocupacional.
CE25	Utilizar el potencial terapéutico de la ocupación a través del análisis y síntesis de la ocupación y de la actividad.
CE26	Adaptar y aplicar el proceso de Terapia Ocupacional en estrecha colaboración con individuos y población.

Código	Denominación
CE27	Apreciar y respetar las diferencias individuales, creencias culturales, costumbres y su influencia en la ocupación y la participación.
CE28	Preparar, mantener y revisar la documentación de los procesos de Terapia Ocupacional.
CE29	Llevar a cabo el ejercicio profesional de manera ética, respetando a las personas, pacientes y usuarios, teniendo en consideración los códigos de conducta profesional de los terapeutas ocupacionales.
CE3	Conocer y comprender los conocimientos de Pedagogía, Psicología y Psicopatología aplicables al ser humano en todos los momentos del ciclo vital de modo que capaciten para evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.
CE30	Demostrar seguridad, autoconocimiento, autocritica y conocimientos de sus propias limitaciones como terapeuta ocupacional.
CE31	Desarrollar el conocimiento de la ocupación y de la práctica de Terapia Ocupacional.
CE32	Determinar y priorizar los servicios de Terapia Ocupacional.
CE33	Comprender y aplicar principios de dirección y gestión en la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional, incluyendo coste-eficacia, administración de recursos y equipamiento y establecimiento de protocolos de Terapia Ocupacional.
CE34	Implicarse en un proceso continuo de evaluación y mejora de la calidad en la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional, involucrar a las personas, pacientes y usuarios cuando sea apropiado y comunicar los resultados a las partes interesadas.
CE35	Conocer y comprender los conocimientos médicos, quirúrgicos y psiquiátricos aplicables al ser humano en todos los momentos del ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, que capaciten para evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.
CE36	Sintetizar y aplicar el conocimiento relevante de ciencias biológicas, médicas, humanas, pedagógicas, psicológicas, sociales, tecnológicas y ocupacionales, junto con las teorías de la ocupación y participación.
CE37	Dominar la expresión y la comprensión de forma oral y escrita de una lengua extranjera.
CE38	Identificar la necesidad de investigar y buscar publicaciones relacionadas con la ocupación, la Terapia ocupacional y/o la ciencia ocupacional y formular preguntas de investigación relevantes.
CE39	Demostrar habilidades en la propia búsqueda, el examen crítico y la integración de la literatura científica y otra información relevante.
CE4	Conocer y comprender los conocimientos de Sociología y Antropología social que capaciten para la aplicación de tratamientos de Terapia Ocupacional en diferentes instituciones y grupos sociales de modo que permitan prevenir y tratar situaciones de inadaptación y reacción social.
CE40	Entender, seleccionar y defender diseños de investigación y métodos apropiados para la ocupación humana, considerando los aspectos éticos.
CE41	Interpretar, analizar, sintetizar y criticar los hallazgos de investigación.
CE42	Divulgar los hallazgos de investigación para críticas relevantes.
CE43	Adquirir habilidades de trabajo en equipo como unidad en la que se estructuran de forma uni o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal relacionados con la evaluación diagnóstica y tratamiento de terapia ocupacional.
CE44	Conocer el sistema sanitario español y los aspectos básicos relacionados con la gestión de los servicios de salud, fundamentalmente los que estén relacionados con aspectos rehabilitadores.
CE45	Utilizar el potencial terapéutico de la ocupación a través del análisis y síntesis de la ocupación y la actividad.

Código	Denominación	
CE46	Adaptar y aplicar el proceso de Terapia Ocupacional en estrecha colaboración con individuos y población, adquiriendo capacidades para intervenir en proyectos de promoción, prevención y protección con un enfoque comunitario y de salud pública.	E
CE5	Conocer y comprender el marco legal y administrativo vigente para realizar las funciones y responsabilidades propias del profesional de Terapia Ocupacional, utilizando adecuadamente los recursos socio sanitarios y económicos.	E
CE6	Conocer el contexto profesional, ético y legal del terapeuta ocupacional, reconociendo y respondiendo a dilemas y temas éticos en la práctica diaria.	E
CE7	Conocer y comprender los antecedentes históricos, fundamentos teóricos y principios metodológicos: aspectos filosóficos, marcos de referencia teóricos, modelos, técnicas, evaluaciones y valoraciones de Terapia Ocupacional necesarios para reconocer e interpretar los procesos de función-disfunción ocupacional.	E
CE8	Comprender las distintas teorías del funcionamiento, autonomía personal, adaptación funcional del/al entorno, así como los modelos de intervención en Terapia Ocupacional, transfiriéndolos a las práctica profesional cotidiana.	E
CE9	Promover la salud y prevenir la discapacidad, adquirir o recuperar el desempeño ocupacional necesario en cada etapa del ciclo vital para lograr la independencia y autonomía en las áreas de desempeño ocupacional de aquellas personas que sufren situaciones de riesgo, déficit orgánicos, limitación en la actividad y la participación y/o marginación social.	E

Competencias Granada

Relación de competencias descritas en el título: Competencias Básicas:

5 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación
CB1	Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio
CB2	Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio
CB3	Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética
CB4	Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado
CB5	Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía

Competencias Generales:

36 registros encontrados, mostrando del 1 al 30.[Primero/Anterior] 1, 2 [Siguiente/Último]

Código	Denominación
CG01	Reconocer los elementos esenciales de la profesión de terapeuta ocupacional, incluyendo los principios éticos, las responsabilidades legales, el ejercicio profesional centrado en individuos y poblaciones, respetando su autonomía y el secreto profesional.
CG02	Conocer las organizaciones nacionales e internacionales de salud, así como los entornos y condicionantes de los diferentes sistemas de salud.
CG03	Obtener y utilizar datos epidemiológicos y valorar tendencias y riesgos para fundar la toma de decisiones sobre salud.
CG04	Reconocer las propias limitaciones y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional, prestando especial importancia al aprendizaje de manera autónoma de nuevos conocimientos y técnicas y a la motivación por la calidad.
CG05	Conocer, valorar críticamente y saber utilizar las fuentes de información para obtener, organizar, interpretar y comunicar la información científica, sanitaria, sociosanitaria y social, preservando la confidencialidad de los datos.
CG06	Propiciar el cambio y emplear la ocupación para mejorar la calidad de vida y las habilidades de la vida diaria de individuos con problemas de salud mental, físicos o necesidades sociales.
CG07	Aplicar los conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional, desarrollando las competencias asignadas por medio de la elaboración y defensa de argumentos y de la resolución de problemas.
CG08	Incorporar el autoaprendizaje para continuar progresando, como instrumento de desarrollo, innovación y responsabilidad profesional a través de la formación continuada.
CG09	Comprender los fundamentos conceptuales de la naturaleza ocupacional del ser humano y el desempeño de sus ocupaciones a lo largo del ciclo vital.
CG10	Comprender y reconocer la interrelación entre los conceptos de bienestar, salud, ocupación significativa, dignidad y participación.
CG11	Comprender y reconocer la importancia de los factores contextuales como determinantes de disfunción ocupacional.
CG12	Reconocer los determinantes de salud en la población, los recursos y equipos multiprofesionales y las acciones de prevención, mantenimiento y promoción de la salud, tanto a nivel individual como comunitario.

Código	Denominación
CG13	Realizar la evaluación y la adaptación del entorno para promover la participación en ocupaciones significativas en las diferentes facetas de la vida diaria, la autonomía personal y la calidad de vida.
CG14	Obtener y elaborar, con la información relevante, la historia del desempeño ocupacional a lo largo de todo el proceso.
CG15	Realizar la evaluación del funcionamiento ocupacional adecuada a las necesidades de individuos y poblaciones.
CG16	Determinar las disfunciones y necesidades ocupacionales, definir la planificación y establecer la intervención de Terapia Ocupacional, utilizando el potencial terapéutico de la ocupación significativa, a través del uso de la actividad, con el consentimiento y la participación de los individuos y poblaciones.
CG17	Realizar la evaluación ocupacional, determinar la planificación y establecer la intervención de Terapia Ocupacional, utilizando el potencial terapéutico de la ocupación significativa, a través del uso de la actividad, con el consentimiento y la participación de los individuos y poblaciones.
CG18	Conocer, seleccionar y aplicar las teorías apropiadas, los marcos de referencia teóricos, los modelos y métodos de práctica de Terapia Ocupacional para elegir o restablecer la ocupación significativa, según las necesidades de salud de individuos y poblaciones.
CG19	Colaborar con grupos y comunidades para promover la salud y el bienestar de sus miembros mediante la participación en la ocupación significativa.
CG20	Comprender los fundamentos de acción, indicaciones y eficacia de las intervenciones de Terapia Ocupacional, basándose en la evidencia científica disponible.
CG21	Reconocer la influencia de las diferencias individuales, religiosas, culturales, así como de las costumbres sobre la ocupación y la participación.
CG22	Adquirir y desarrollar habilidades, destrezas y experiencia práctica en el contexto sociosanitario y comunitario.
CG23	Adquirir conocimientos básicos de gestión y mejora de la calidad de los servicios de Terapia Ocupacional.
CG24	Desarrollar la práctica profesional con respeto a otros profesionales, adquiriendo habilidades de trabajo en equipo.
CG25	Adquirir los conocimientos y las habilidades que faciliten la incorporación de actitudes y valores éticos y profesionales, que desarrollen la capacidad de integración de los conocimientos adquiridos, de forma que los estudiantes, una vez finalizada la carrera, sepan aplicarlos tanto a casos clínicos en el medio hospitalario, extrahospitalario y comunitario, como a actuaciones en la atención sanitaria, social y socio-sanitaria.
CG26	Contribuir al conocimiento y desarrollo de los derechos humanos, los principios democráticos, los principios de igualdad entre mujeres y hombres, de solidaridad, de protección medioambiental, de accesibilidad universal y diseño para todos, y de fomento de la cultura de la paz.
CG27	Escuchar de manera activa, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas y las demandas ocupacionales de los individuos y poblaciones y comprender el contenido de esta información.
CG28	Establecer una comunicación interpersonal asertiva con todos los interlocutores que sean relevantes durante el proceso de Terapia Ocupacional.
CG29	Elaborar y redactar historias y demás registros de Terapia Ocupacional, de forma comprensible, tanto a público especializado como no especializado.
CG30	Transmitir información oral y escrita, tanto a público especializado como no especializado.

Código	Denominación
CG31	Tener capacidad de reunir e interpretar datos significativos en el ámbito de la Terapia Ocupacional para emitir juicios que incluyan reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética.
CG32	Saber utilizar las tecnologías de la información y la comunicación aplicadas a la Terapia Ocupacional en las acciones preventivas, terapéuticas, docentes y de investigación.

Código	Denominación
CG33	Mantener y utilizar los registros con información de individuos/poblaciones, para su posterior análisis, preservando la confidencialidad de los datos y de acuerdo a la legislación vigente.
CG34	Comprender la importancia y las limitaciones del pensamiento científico en el estudio de la autonomía personal, las ocupaciones significativas y la participación social a lo largo del ciclo vital.
CG35	Ser capaz de formular hipótesis, recolectar y valorar de forma crítica la información relacionada con la ocupación, la Terapia Ocupacional y/o la Ciencia Ocupacional y formular preguntas de investigación, siguiendo el método científico.
CG36	Adquirir la formación básica para la actividad investigadora.

Competencias Transversales:

8 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación
CT1	Capacidad para aplicar los conocimientos teóricos a la práctica profesional.
CT2	Ser capaz de adquirir un compromiso moral y ético.
CT3	Capacidad de aprendizaje continuo.
CT4	Capacidad para reflexionar críticamente.
CT5	Capacidad para comunicarse y relacionarse en el ámbito profesional con otras personas.
CT6	Capacidad de análisis y síntesis
CT7	Habilidad para trabajar de manera autónoma
CT8	Capacidad para el trabajo en equipo

Competencias Específicas:

63 registros encontrados, mostrando del 1 al 30.[Primero/Anterior] **1, 2, 3** [Siguiente/Último]

Código	Denominación
CE01	Conocer y comprender los antecedentes históricos, fundamentos teóricos y principios metodológicos: aspectos filosóficos, marcos de referencia teóricos, modelos, técnicas, evaluaciones y valoraciones de Terapia Ocupacional necesarios para reconocer e interpretar los procesos de función-disfunción ocupacional.
CE02	Comprender las distintas teorías del funcionamiento, autonomía personal, adaptación funcional del/al entorno, así como los modelos de intervención en Terapia Ocupacional, transfiriéndolos a la práctica profesional cotidiana.
CE03	Realizar un tratamiento adecuado, respetando las distintas fases y principios básicos, a través de ocupaciones terapéuticas y basado en conocimientos relacionados como la Ciencia de la Ocupación, en las diferentes áreas de desempeño ocupacional, analizando los componentes de desempeño y los distintos entornos y contextos existentes.
CE04	Conocer, diseñar y aplicar las distintas modalidades y procedimientos generales de intervención en Terapia Ocupacional en sus marcos de referencia, evaluando su efectividad en un entorno de trabajo cooperativo.
CE05	Fomentar la participación del usuario y familia en su proceso de recuperación.
CE06	Conocer, comprender y aplicar los fundamentos de la autonomía personal en las actividades de la vida diaria con y sin adaptaciones y/o ayudas técnicas en el ciclo vital.
CE07	Analizar la ocupación en Terapia Ocupacional y su utilización terapéutica en el ciclo vital.

Código	Denominación
CE08	Conocer y comprender los conocimientos de Terapia Ocupacional para la integración del individuo en su entorno a lo largo del ciclo vital.
CE09	Aplicar la actividad significativa, el estudio ergonómico, las nuevas tecnologías y la tecnología asistente en Terapia Ocupacional en el ciclo vital.
CE10	Conocer y comprender la estructura y función del cuerpo humano que permitan evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.
CE11	Conocer y comprender el proceso fisiopatológico en todos los momentos del ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, identificando los problemas y aspectos preventivos y clínicos, de la persona, tanto en la salud como en la enfermedad.
CE12	Conocer y comprender los conocimientos de Pedagogía, Psicología y Psicopatología aplicables al ser humano en todos los momentos del ciclo vital que capaciten para evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.
CE13	Conocer y comprender los conocimientos de Sociología y Antropología social que capaciten para la aplicación de tratamientos de Terapia Ocupacional en diferentes instituciones y grupos sociales de modo que permitan prevenir y tratar situaciones de inadaptación y reacción social.
CE14	Conocer y comprender el marco legal y administrativo vigente para realizar las funciones y responsabilidades propias del profesional de Terapia Ocupacional, utilizando los recursos sociosanitarios y económicos.
CE15	Conocer el contexto profesional, ético y legal del terapeuta ocupacional, reconociendo y respondiendo a dilemas y temas éticos en la práctica diaria.
CE16	Comprender y aplicar el método científico a través de programas de investigación básica y aplicada, utilizando tanto la metodología cualitativa como la cuantitativa aplicada a la Terapia Ocupacional y respetando los aspectos éticos.
CE17	Conocer, evaluar, analizar, elaborar y participar en programas de educación y promoción de la salud dentro del ámbito de la Terapia Ocupacional para prevenir las disfunciones ocupacionales en general y subsecuentes a afecciones médicas, quirúrgicas y psiquiátricas e inadaptación social.
CE18	Conocer y comprender los conocimientos médicos, quirúrgicos y psiquiátricos aplicables al ser humano en todos los momentos del ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, que capaciten para evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.
CE19	Conocer, desarrollar y aplicar planes de gestión y administración sanitaria y sociosanitaria aplicados a la provisión de servicios y mejora de la calidad de Terapia Ocupacional.
CE20	Prácticas preprofesionales, con una evaluación final de competencias, en Centros de Salud, hospitales y otros centros asistenciales y que permita aplicar teorías, fundamentos, metodologías, técnicas, evaluaciones y valoraciones de Terapia Ocupacional, trabajando en equipo y desarrollando las habilidades y destrezas propias de este profesional en diferentes entornos.
CE21	Trabajo de fin de grado: materia transversal cuyo trabajo se realizará asociado a distintas materias.
CE22	Sintetizar y aplicar el conocimiento relevante de ciencias biológicas, médicas, humanas, pedagógicas, psicológicas, sociales, tecnológicas y ocupacionales, junto con las teorías de ocupación y participación.
CE23	Explicar los conceptos teóricos que sostienen la Terapia Ocupacional, concretamente la naturaleza ocupacional de los seres humanos y el desempeño de sus ocupaciones.
CE24	Explicar la relación entre desempeño ocupacional, salud y bienestar.
CE25	Realizar y defender argumentos lógicos y razonados relacionados con la ocupación humana y la Terapia Ocupacional.
CE26	Trabajar en colaboración con los individuos y grupos con el fin de participar activamente en la ocupación, a través de la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación y el tratamiento.

Código	Denominación
CE27	Seleccionar, modificar y aplicar teorías de forma apropiada, modelos prácticos de intervención y métodos para satisfacer necesidades ocupacionales y de salud de individuos y poblaciones.
CE28	Utilizar el razonamiento ético y profesional de manera eficaz a lo largo del proceso de Terapia Ocupacional.
CE29	Utilizar el potencial terapéutico de la ocupación a través del análisis y síntesis de la ocupación y de la actividad.
CE30	Adaptar y aplicar el proceso de Terapia Ocupacional en estrecha colaboración con individuos/población, adquiriendo capacidades para intervenir en proyectos de promoción, prevención y protección con un enfoque comunitario y de salud pública.

E31	Apreciar y respetar las diferencias individuales, creencias culturales, costumbres y su influencia en la ocupación y la participación.
CE32	Preparar, mantener y revisar la documentación de los procesos de Terapia Ocupacional.
CE33	Ser capaz de argumentar los principios científicos que sustentan la intervención en terapia ocupacional, adecuándola a la evidencia científica disponible.
CE34	Demostrar el aprendizaje a lo largo de la vida para mejorar la práctica de la Terapia ocupacional.
CE35	Llevar a cabo el ejercicio profesional de manera ética, respetando a las personas, pacientes y usuarios, teniendo en consideración los códigos de conducta profesional de los terapeutas ocupacionales.
CE36	Demostrar seguridad, autoconocimiento, autocritica y conocimientos de sus propias limitaciones como terapeuta ocupacional.
CE37	Desarrollar el conocimiento de la ocupación y de la práctica de Terapia Ocupacional.
CE38	Participar en la divulgación de los hallazgos y de los resultados obtenidos en la investigación.
CE39	Determinar y priorizar los servicios de Terapia Ocupacional.
CE40	Comprender y aplicar principios de dirección y gestión en la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional, incluyendo coste-eficacia, administración de recursos y equipamiento y establecimiento de protocolos de Terapia Ocupacional.
CE41	Implicarse en un proceso continuo de evaluación y mejora de la calidad en la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional, involucrar a las personas, pacientes y usuarios cuando sea apropiado y comunicar los resultados a las partes interesadas.
CE42	Tomar un papel activo en el desarrollo, mejora y promoción de la Terapia Ocupacional.
CE43	Conocer y analizar los avances en el ámbito de la salud, de la sociedad y de la legislación local, nacional e internacional que afecten a la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional.
CE44	Analizar la complejidad que se deriva de aplicar las teorías formales y la evidencia de la investigación en relación con la ocupación, en el contexto de una sociedad en continuo cambio.
CE45	Trabajar para facilitar entornos accesibles y adaptados y promover la justicia ocupacional.
CE46	Colaborar con comunidades para promover la salud y el bienestar de sus miembros mediante la participación en la ocupación.
CE47	Buscar activamente, evaluar críticamente y aplicar variedad de información y evidencia para asegurar que la práctica es actualizada y relevante para la persona/paciente/usuario.
CE48	Valorar críticamente la práctica de la Terapia Ocupacional para asegurar que el enfoque se centra en la ocupación y el desempeño ocupacional.
CE49	Trabajar según los principios de la práctica centrada en la persona/paciente/usuario.

CE50	Construir una relación terapéutica como base del proceso de la Terapia Ocupacional.	E
CE51	Establecer relaciones de colaboración, consulta y orientación con la persona/ paciente/usuario, cuidadores, miembros del equipo y otros para facilitar la ocupación y la participación.	E
CE52	Colaborar con la persona/ paciente/usuario, para defender el derecho a satisfacer sus necesidades ocupacionales.	E
CE53	Promover la salud y prevenir la discapacidad, adquirir o recuperar el desempeño ocupacional necesario en cada etapa del ciclo vital para lograr la independencia y autonomía en las áreas de desempeño ocupacional de aquellas personas que sufren situaciones de riesgo, déficit orgánicos, limitación en la actividad y la participación y/o marginación social.	E
CE54	Adquirir habilidades de trabajo en equipo como unidad en la que se estructuran de forma uni o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal relacionados con la evaluación diagnóstica y tratamiento de terapia ocupacional.	E
CE55	Cumplir con las normas y procedimientos de ámbito local/regional/nacional/europeo, con los estándares profesionales y las normativas de recursos humanos en materia de contratación.	E
CE56	Conocer el sistema sanitario español y los aspectos básicos relacionados con la gestión de los servicios de salud, fundamentalmente los que estén relacionados con aspectos rehabilitadores.	E
CE57	Considerar los avances en salud, cuidado social, sociedad y legislación a nivel internacional, nacional y local que afecten a los servicios de Terapia Ocupacional.	E
CE58	Comprender y aplicar principios de colaboración y coordinación en la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional, incluyendo coste-eficacia, administración de recursos y equipamiento y establecimiento de protocolos de Terapia Ocupacional.	E
CE59	Identificar la necesidad de investigar y buscar publicaciones relacionadas con la ocupación, la Terapia Ocupacional y/o la Ciencia Ocupacional y formular preguntas de investigación relevantes.	E
CE60	Demostrar destrezas en la búsqueda independiente, el examen crítico y la integración de la literatura científica y otra información relevante.	E
CE61	Entender, seleccionar y defender diseños de investigación y métodos apropiados para la ocupación humana, considerando los aspectos éticos.	E
CE62	Interpretar, analizar, sintetizar y criticar los hallazgos de investigación.	E
CE63	Divulgar los hallazgos de investigación para críticas relevantes.	E

Competencias La Salle

Relación de competencias descritas en el título: Competencias Básicas:

5 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación
CB1	Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio
CB2	Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio
CB3	Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética
CB4	Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado
CB5	Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía

Competencias Generales:

2 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación
CG1	Que los alumnos trabajen motivados por la calidad, con iniciativa y espíritu emprendedor
CG2	Que los alumnos sepan adaptarse a nuevas situaciones.

Competencias Transversales:

10 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación
T2	Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio.
T1	Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio.
T3	Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética.
T4	Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado.
T5	Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía.
N1	ACTITUD POSITIVA ANTE LA INTERCULTURALIDAD Y LA DIVERSIDAD Comprender y tolerar contextos culturales diversos, aprovechando sus valores y potencialidades, respetando en todo momento las costumbres y formas de pensar de personas de otros países, culturas o razas, así como promover la

Código	Denominación
	igualdad y los principios de accesibilidad universal y el respeto a los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales.
N2	MORAL Y ÉTICA Juzgar retributivamente y en base a grandes principios las relaciones interpersonales para disfrutar del beneficio y bienestar que produce compartir experiencias cargadas de afectos positivos para la toma de decisiones, estableciendo procesos de identificación y desarrollo de valores en distintos ámbitos.
N3	RESPONSABILIDAD Desempeñar las diferentes funciones encomendadas de forma eficiente teniendo capacidad de actuar conforme a principios sólidos que permitan preservar la estabilidad de la Organización y sus componentes y, de modo más general, el orden social.
N4	ORIENTACIÓN A LA PERSONA Valoración del trasfondo humano de las personas con las que se trabaja, bien en la organización, bien fuera de ella. Capacidad para escuchar con atención e interés a otras personas, mostrándoles que están siendo escuchadas y comprendidas. Supone respeto y aceptación de los otros, tratándoles como personas por encima de todo.
N5	CAPACIDAD REFLEXIVA Actuar conforme a las verdades del pensamiento para conferir a los conocimientos la capacidad suficiente para describir, explicar y validar datos observables para así explorar el alcance y la precisión de las ideas.

Competencias Específicas:

38 registros encontrados, mostrando del 1 al 30.[Primero/Anterior] **1, 2** [Siguiente/Último]

Código	Denominación
E1	Conocer y comprender la estructura y función del cuerpo humano de modo que permita evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.
E2	Conocer y comprender los conocimientos de Pedagogía, Psicología y Psicopatología aplicables al ser humano en todos los momentos del ciclo vital de modo que capaciten para evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.
E3	Conocer y comprender los conocimientos de Sociología y Antropología social que capaciten para la aplicación de tratamientos de Terapia Ocupacional en diferentes instituciones y grupos sociales de modo que permitan prevenir y tratar situaciones de inadaptación y reacción social.
E4	Conocer y comprender el proceso fisiopatológico en todos los momentos del ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, identificando los problemas y aspectos preventivos y clínicos, de la persona, tanto en la salud como en la enfermedad.
E5	Conocer y comprender los conocimientos médicos, quirúrgicos y psiquiátricos aplicables al ser humano en todos los momentos del ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, que capaciten para evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.
E6	Conocer y comprender el marco legal y administrativo vigente para realizar las funciones y responsabilidades propias del profesional de Terapia Ocupacional, utilizado adecuadamente los recursos socio-sanitarios y económicos.
E7	Conocer el contexto profesional, ético y legal del terapeuta ocupacional, reconociendo y respondiendo a dilemas y temas éticos en la práctica diaria.
E8	Conocer y comprender los antecedentes históricos, fundamentos teóricos y principios metodológicos: aspectos filosóficos, marcos de referencia teóricos, modelos, técnicas, evaluaciones y valoraciones de Terapia Ocupacional necesarios para reconocer e interpretar los procesos de función-disfunción ocupacional.
E9	Comprender las distintas teorías del funcionamiento, autonomía personal, adaptación funcional del/al entorno, así como los modelos de intervención en Terapia Ocupacional, transfiriéndolos a la práctica profesional cotidiana.

Código	Denominación
E10	Conocer y comprender los conocimientos de Terapia Ocupacional para la integración del individuo en su entorno a lo largo del ciclo vital.
E11	Conocer y comprender los fundamentos de la autonomía personal en las actividades de la vida diaria con y sin adaptaciones y/o ayudas técnicas en el ciclo vital.
E12	Conocer las distintas modalidades y procedimientos generales de intervención en Terapia Ocupacional en sus marcos de referencia.
E13	Desarrollar el conocimiento de la ocupación y de la práctica de Terapia Ocupacional.
E14	Sintetizar y aplicar el conocimiento relevante de ciencias biológicas, médicas, humanas, pedagógicas, psicológicas, sociales, tecnológicas y ocupacionales, junto con las teorías de ocupación y participación.
E15	Explicar los conceptos teóricos que sostienen la Terapia Ocupacional, concretamente la naturaleza ocupacional de los seres humanos y el desempeño de sus ocupaciones.
E16	Explicar la relación entre desempeño ocupacional, salud y bienestar.
E17	Analizar la ocupación en Terapia Ocupacional y su utilización terapéutica en el ciclo vital.
E18	Seleccionar, modificar y aplicar teorías de forma apropiada, modelos prácticos de intervención y métodos para satisfacer necesidades ocupacionales y de salud de individuos y poblaciones.
E19	Promover la salud y prevenir la discapacidad, adquirir o recuperar el desempeño ocupacional necesario en cada etapa del ciclo vital para lograr la independencia y autonomía en las áreas de desempeño ocupacional de aquellas personas que sufren situaciones de riesgo, déficits orgánicos, limitación en la actividad y la participación y/o marginación social.
E20	Estudiar, evaluar, analizar, elaborar y participar en programas de educación y promoción de la salud dentro del ámbito de la Terapia Ocupacional para prevenir las disfunciones ocupacionales en general y subsecuentes a afecciones médicas, quirúrgicas y psiquiátricas e inadaptación social.
E21	Realizar un tratamiento adecuado, respetando las distintas fases y principios básicos, a través de ocupaciones terapéuticas, y basado en conocimientos relacionados como la ciencia de la ocupación, en las diferentes áreas de desempeño ocupacional, analizando los componentes de desempeño y los distintos entornos y contextos existentes.
E22	Diseñar y aplicar las distintas modalidades y procedimientos generales de intervención en Terapia Ocupacional en sus marcos de referencia, evaluando su efectividad en un entorno de trabajo cooperativo.
E23	Aplicar los fundamentos de la autonomía personal en las actividades de la vida diaria con y sin adaptaciones y/o ayudas técnicas en el ciclo vital.
E24	Utilizar el potencial terapéutico de la ocupación a través del análisis y síntesis de la ocupación y de la actividad.
E25	Aplicar la actividad significativa, el estudio ergonómico, ayudas Técnicas, las nuevas tecnologías y la tecnología asistente en Terapia Ocupacional en el ciclo vital.
E26	Utilizar el razonamiento ético y profesional de manera eficaz a lo largo del proceso de Terapia Ocupacional
E27	Adaptar y aplicar el proceso de Terapia Ocupacional en estrecha colaboración con individuos y población.
E28	Preparar, mantener y revisar la documentación de los procesos de Terapia Ocupacional.
E29	Conocer, desarrollar y aplicar planes gestión y administración sanitaria y sociosanitaria aplicados a la provisión de servicios y mejora de la calidad de Terapia Ocupacional.
E30	Comprender y aplicar principios de dirección y gestión en la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional, incluyendo coste-eficacia, administración de recursos y equipamiento y establecimiento de protocolos de Terapia Ocupacional.
E31	Determinar y priorizar los servicios de Terapia Ocupacional.

Código	Denominación	
E32	Trabajar en colaboración con los individuos y grupos con el fin de participar activamente en la ocupación, a través de la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación y el tratamiento.	E
E33	Realizar y defender argumentos lógicos y razonados relacionados con la ocupación humana y la Terapia Ocupacional.	E
E34	Apreciar y respetar las diferencias individuales, creencias culturales, costumbres y su influencia en la ocupación y la participación.	E
E35	.Fomentar la participación del usuario y familia en su proceso de recuperación.	E
E36	Llevar a cabo el ejercicio profesional de manera ética, respetando a las personas, pacientes y usuarios, teniendo en consideración los códigos de conducta profesional de los terapeutas ocupacionales.	E
E37	Demostrar seguridad, autoconocimiento, autocrítica y conocimientos de sus propias limitaciones como terapeuta ocupacional.	E
E38	Implicarse en un proceso continuo de evaluación y mejora de la calidad en la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional, involucrar a las personas, pacientes y usuarios cuando sea apropiado y comunicar los resultados a las partes interesadas.	E

Competencias Málaga

Relación de competencias descritas en el título: Competencias Básicas:

5 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación
CB1	Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio
CB2	Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio
CB3	Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética
CB4	Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado
CB5	Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía

Competencias Generales:

3 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación
CG1	Incorporar el autoaprendizaje para continuar progresando, como instrumento de desarrollo, innovación y responsabilidad; profesional a través de la formación continuada
CG2	Contribuir al conocimiento y desarrollo de los derechos humanos, los principios democráticos, los principios de igualdad entre mujeres y hombres, de solidaridad, de protección medio ambiental, de accesibilidad universal y diseño para todos y de fomento de la cultura de la paz
CG3	Tener la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes en el ámbito para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas de índole social, científica o ética y transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado

Competencias Transversales:

29 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación	T
CT 1.1	Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica.	Trans
CT 1.10	Capacidad de crítica y autocrítica.	Trans
CT 1.11	Capacidades para comunicarse con personas no expertas en la materia.	Trans
CT 1.12	Comunicación oral y escrita en la lengua materna.	Trans
CT 1.13	Capacidad para planificar y gestionar el tiempo.	Trans
CT 1.14	Capacidad para el diseño y gestión de proyectos.	Trans
CT 1.15	Capacidad para apreciar la diversidad y la multiculturalidad.	Trans

Código	Denominación	T
CT 1.16	Capacidad de liderazgo.	Trans
CT 1.17	Conocimientos básicos de la profesión.	Trans
CT 1.18	Conocimiento de otras culturas y costumbres.	Trans
CT 1.19	Conocimiento de una segunda lengua.	Trans
CT 1.2	Capacidad de análisis y síntesis.	Trans
CT 1.20	Motivación.	Trans
CT 1.21	Compromiso ético.	Trans
CT 1.22	Preocupación por la calidad.	Trans
CT 1.23	Iniciativa y espíritu emprendedor.	Trans
CT 1.24	Habilidades interpersonales.	Trans
CT 1.25	Habilidades para la gestión de información.	Trans
CT 1.26	Habilidad para trabajar de manera autónoma.	Trans
CT 1.27	Habilidades de investigación.	Trans
CT 1.28	Habilidades básicas en el manejo de ordenadores.	Trans
CT 1.29	Habilidad para trabajar en un contexto internacional.	Trans
CT 1.3	Capacidad de trabajar en un equipo multidisciplinar.	Trans
CT 1.4	Capacidad para la resolución de problemas.	Trans
CT 1.5	Capacidad para el trabajo en equipo.	Trans
CT 1.6	Capacidad para trabajar en equipo interdisciplinar.	Trans
CT 1.7	Capacidad de aprender.	Trans
CT 1.8	Capacidad para generar nuevas ideas.	Trans
CT 1.9	Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones.	Trans

Competencias Específicas:

128 registros encontrados, mostrando del 1 al 30.[Primero/Anterior] [1](#), [2](#), [3](#), [4](#), [5](#) [Siguiente/Último]

Código	Denominación	T
CETO 2.1	Conocimientos y capacidad para aplicar la teoría y la práctica de Terapia Ocupacional.	E
CETO 2.10	Conocimientos y capacidad para aplicar Gerontología y Geriátrica dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.	E
CETO 2.11	Conocimientos y capacidad para aplicar Pediatría dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.	E
CETO 2.12	Conocimientos y capacidad para aplicar Medicina Preventiva y Salud Pública dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.	E
CETO 2.13	Conocimientos y capacidad para aplicar Patología Quirúrgica dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.	E

Código	Denominación
CETO 2.14	Conocimientos y capacidad para aplicar la legislación vigente dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
CETO 2.15	Conocimientos y capacidad para aplicar la Deontología dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
CETO 2.16	Conocimientos y capacidad para aplicar Nuevas Tecnologías dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
CETO 2.17	Conocimiento y capacidad para aplicar las ocupaciones terapéuticamente.
CETO 2.18	Conocimientos y capacidad para aplicar Técnicas Ortoprotésicas dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
CETO 2.19	Conocimiento y capacidad para aplicar las Actividades de la Vida Diaria terapéuticamente en todas las áreas de desempeño ocupacional.
CETO 2.2	Conocimientos y capacidad para aplicar Estructura y Función del cuerpo humano dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
CETO 2.20	Conocimientos y capacidad para aplicar principios de Ergonomía dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
CETO 2.21	Conocimiento y capacidad para aplicar la Ciencia Ocupacional dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
CETO 2.22	Conocimientos y capacidad para hablar, comprender y escribir una segunda lengua.
CETO 2.23	Capacidad para trabajar en un contexto profesional, ético y de códigos reguladores y legales, reconociendo y respondiendo a dilemas y temas éticos o morales en la práctica diaria.
CETO 2.24	Capacidad para trabajar de una manera holística, tolerante, sin enjuiciamientos, cuidadosa y sensible, asegurando que los derechos, creencias y deseos de los diferentes individuos o grupos no se vean comprometidos.
CETO 2.25	Capacidad para educar, facilitar, apoyar y animar el funcionamiento ocupacional, el bienestar y el confort de las poblaciones, comunidades, grupos e individuos cuyas vidas están afectadas por la limitación en el funcionamiento, sufrimiento, enfermedad.
CETO 2.26	Ser consciente de los diversos roles, responsabilidades y funciones propios del profesional de Terapia Ocupacional.
CETO 2.27	Capacidad para ajustar su papel con el objeto de responder efectivamente a las necesidades de la población o la persona.
CETO 2.28	Capacidad para aceptar la responsabilidad de su propio aprendizaje y desarrollo profesional continuado, utilizando la evaluación como el medio para reflejar y mejorar su actuación y actualizar la calidad de los servicios prestados.
CETO 2.29	Capacidad para emprender valoraciones apropiadas y sistemáticas en las áreas de desempeño ocupacional (autocuidado, productividad y ocio y tiempo libre) utilizando las herramientas y marcos adecuados para cada caso, teniendo en cuanta los factores físicos, sociales, culturales psicológicos, espirituales y ambientales relevantes.
CETO 2.3	Conocimientos y capacidad para aplicar Fisiopatología dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
CETO 2.30	Capacidad para reconocer e interpretar signos de función/disfunción de la persona en valoración y diagnóstico ocupacional.
CETO 2.31	Capacidad para responder a las necesidades del paciente evaluando, planificando y desarrollando los programas individualizados más apropiados junto a la persona y su entorno, sus cuidadores y familias y otros profesionales.
CETO 2.32	Capacidad para interpretar, evaluar y sintetizar un abanico de información que permita determinar si la persona es susceptible de recibir tratamiento de Terapia Ocupacional.

Código	Denominación
CETO 2.33	Capacidad de demostrar y mantener que la actuación profesional se ajusta a estándares de calidad y que la práctica está basada en la evidencia.
CETO 2.34	Capacidad para adaptarse cuando sea necesario a los niveles asistenciales para cubrir las necesidades de la población y de las personas.
CETO 2.35	Capacidad de utilizar el razonamiento clínico revisando y reajustando el tratamiento.
CETO 2.36	Capacidad para mantener la dignidad, privacidad y confidencialidad de la persona.
Código	Denominación
CETO 2.37	Capacidad para establecer una relación terapéutica apropiada a los diferentes momentos del ciclo vital de la persona.
CETO 2.38	Capacidad para informar, educar, adiestrar y reentrenar y supervisar a la persona, cuidadores y su familia.
CETO 2.39	Capacidad para aplicar tratamientos en todas aquellas alteraciones del desempeño ocupacional en los ámbitos institucional, domiciliario y laboral.
CETO 2.4	Conocimientos y capacidad para aplicar Psicología dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
CETO 2.40	Capacidad de elaborar y ejecutar los programas de promoción de la salud, la prevención de la disfunción ocupacional, educación sanitaria y reinserción social.
CETO 2.41	Capacidad para participar en programas de salud en integración escolar, laboral y social.
CETO 2.42	Capacidad de intervenir en la adaptación y readaptación del entorno físico, social y cultural.
CETO 2.43	Capacidad para informar, registrar, documentar y si cabe, derivar, el proceso de intervención.
CETO 2.44	Capacidad para aplicar el método científico para constatar la efectividad de los métodos de intervención, evaluar los métodos de trabajo aplicados y divulgar los resultados.
CETO 2.45	Capacidad para educar, facilitar, supervisar y apoyar a los estudiantes de Terapia Ocupacional y otros profesionales.
CETO 2.46	Capacidad para una comunicación efectiva con el usuario, familias, grupos sociales y otros profesionales.
CETO 2.47	Capacidad para establecer una relación de empatía con el usuario, familia, grupos sociales y otros profesionales.
CETO 2.48	Capacidad para permitir que los pacientes y sus cuidadores expresen sus preocupaciones e intereses y que puedan responder adecuadamente
CETO 2.49	Capacidad para saber trabajar en equipo con el objetivo de lograr el bienestar del paciente.
CETO 2.5	Conocimientos y capacidad para aplicar Psicopatología dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
CETO 2.50	Capacidad para lograr el bienestar del paciente a través de la combinación de recursos y acciones de los miembros del equipo.
CETO 2.51	Capacidad de liderar (dirigir y coordinar) un equipo.

Código	Denominación
CETO 2.52	Capacidad para trabajar y comunicarse en colaboración y de forma efectiva con todo el personal para priorizar y gestionar el tiempo eficientemente mientras se alcanzan los estándares de calidad.
CETO 2.53	Capacidad para identificar y anticipar situaciones de riesgo en el proceso de intervención.
CETO 2.54	Capacidad para colaborar junto con el resto de profesionales en la prevención de riesgos laborales.
CETO 2.55	Capacidad para llevar a cabo evaluaciones de calidad de la gestión de todos los ámbitos laborales del profesional de Terapia Ocupacional.
CETO 2.56	Capacidad para utilizar los recursos sociosanitarios y económicos eficientemente.
CETO 2.6	Conocimientos y capacidad para aplicar Psiquiatría dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
CETO 2.7	Conocimientos y capacidad para aplicar Sociología dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
CETO 2.8	Conocimientos y capacidad para aplicar Pedagogía dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
CETO 2.9	Conocimientos y capacidad para aplicar Patología Médica dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
CETOUA 3.1	Conocer y comprender la estructura y función del cuerpo humano de modo que permita evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.
CETOUA 3.10	Realizar un tratamiento adecuado, respetando las distintas fases y principios básicos, a través de ocupaciones terapéuticas y basadas en conocimientos relacionados como la ciencia de la ocupación, en las diferentes áreas de desempeño ocupacional, analizando los componentes de desempeño y los distintos entornos y contextos existentes.
CETOUA 3.11	Conocer, diseñar y aplicar las distintas modalidades y procedimientos generales de intervención en Terapia Ocupacional en sus marcos de referencia, evaluando su efectividad en un entorno de trabajo cooperativo.
CETOUA 3.12	Fomentar la participación del usuario y familia en su proceso de recuperación.
CETOUA 3.13	Conocer, comprender y aplicar los fundamentos de la autonomía personal en las actividades de la vida diaria con y sin adaptaciones y/o ayudas técnicas en el ciclo vital.
CETOUA 3.14	Analizar la ocupación en Terapia Ocupacional y su utilización terapéutica en el ciclo vital.
CETOUA 3.15	Conocer y comprender los conocimientos de Terapia Ocupacional para la integración del individuo en su entorno a lo largo del ciclo vital.
CETOUA 3.16	Aplicar la actividad significativa, el estudio ergonómico, las nuevas tecnologías y la tecnología asistente en Terapia Ocupacional en el ciclo vital.
CETOUA 3.17	Conocer, evaluar, analizar, elaborar y participar en programas de educación y promoción de la salud dentro del ámbito de la Terapia Ocupacional para prevenir las disfunciones ocupacionales en general y subsecuentes a afecciones médicas, quirúrgicas y psiquiátricas e inadaptación social.
CETOUA 3.18	Conocer, desarrollar y aplicar planes gestión y administración sanitaria y sociosanitaria aplicados a la provisión de servicios y mejora de la calidad de Terapia Ocupacional.
CETOUA 3.19	Explicar los conceptos teóricos que sostienen la Terapia Ocupacional, concretamente la naturaleza ocupacional de los seres humanos y el desempeño de sus ocupaciones.
CETOUA 3.2	Conocer y comprender el proceso fisiopatológico en todos los momentos del ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, identificando los problemas y aspectos preventivos y clínicos, de la persona, tanto en la salud como en la enfermedad.
CETOUA 3.20	Explicar la relación entre desempeño ocupacional, salud y bienestar.

Código	Denominación
CETOUA 3.21	Realizar y defender argumentos lógicos y razonados relacionados con la ocupación humana y la Terapia Ocupacional.
CETOUA 3.22	Trabajar en colaboración con los individuos y grupos con el fin de participar activamente en la ocupación, a través de la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación y el tratamiento.
CETOUA 3.23	Seleccionar, modificar y aplicar teorías de forma apropiada, modelos prácticos de intervención y métodos para satisfacer necesidades ocupacionales y de salud de individuos y poblaciones.
CETOUA 3.24	Utilizar el razonamiento ético y profesional de manera eficaz a lo largo del proceso de Terapia Ocupacional.
CETOUA 3.25	Utilizar el potencial terapéutico de la ocupación a través del análisis y síntesis de la ocupación y de la actividad.
CETOUA 3.26	Adaptar y aplicar el proceso de Terapia Ocupacional en estrecha colaboración con individuos y población.
CETOUA 3.27	Apreciar y respetar las diferencias individuales, creencias culturales, costumbres y su influencia en la ocupación y la participación.
CETOUA 3.28	Preparar, mantener y revisar la documentación de los procesos de Terapia Ocupacional.
CETOUA 3.29	Llevar a cabo el ejercicio profesional de manera ética, respetando a las personas, pacientes y usuarios, teniendo en consideración los códigos de conducta profesional de los terapeutas ocupacionales.
CETOUA 3.3	Psicología y Psicopatología aplicables al ser humano en todos los momentos del ciclo vital de modo que capaciten para evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.
CETOUA 3.30	Demostrar seguridad, autoconocimiento, autocrítica y conocimientos de sus propias limitaciones como terapeuta ocupacional.
CETOUA 3.31	Desarrollar el conocimiento de la ocupación y de la práctica de Terapia Ocupacional.
CETOUA 3.32	Determinar y priorizar los servicios de Terapia Ocupacional.
CETOUA 3.33	Comprender y aplicar principios de dirección y gestión en la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional, incluyendo coste-eficacia, administración de recursos y equipamiento y establecimiento de protocolos de Terapia Ocupacional.
CETOUA 3.34	Implicarse en un proceso continuo de evaluación y mejora de la calidad en la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional, involucrar a las personas, pacientes y usuarios cuando sea apropiado y comunicar los resultados a las partes interesadas.
CETOUA 3.35	Conocer y comprender los conocimientos médicos, quirúrgicos y psiquiátricos aplicables al ser humano en todos los momentos del ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, que capaciten para evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.
CETOUA 3.36	Conocer y comprender el proceso fisiopatológico en todos los momentos del ciclo vital, identificando los problemas y aspectos preventivos y clínicos, de la persona, tanto en la salud como en la enfermedad.
CETOUA 3.37	Conocer, evaluar, analizar, elaborar y participar en programas de educación y promoción de la salud dentro del ámbito de la Terapia Ocupacional para prevenir las disfunciones ocupacionales en general y subsecuentes a afecciones médicas, quirúrgicas y psiquiátricas e inadaptación social.
CETOUA 3.38	Sintetizar y aplicar el conocimiento relevante de ciencias biológicas, médicas, humanas, pedagógicas, psicológicas, sociales, tecnológicas y ocupacionales, junto con las teorías de ocupación y participación.
CETOUA 3.39	Prácticas pre-profesionales, con una evaluación final de competencias, en Centros de Salud, Hospitales y otros Centros Asistenciales y que permita aplicar teorías, fundamentos, metodologías, técnicas, evaluaciones y valoraciones de Terapia Ocupacional, trabajando en equipo y desarrollando las habilidades y destrezas propias en diferentes entornos.

Código	Denominación
CETOUA 3.4	Conocer y comprender los conocimientos de Sociología y Antropología social que capaciten para la aplicación de tratamientos de Terapia Ocupacional en diferentes instituciones y grupos sociales de modo que permitan prevenir y tratar situaciones de inadaptación y reacción social.
CETOUA 3.40	Trabajo de fin de grado: materia transversal cuyo trabajo se realizará asociado a distintas materias.
CETOUA 3.5	Conocer y comprender el marco legal y administrativo vigente para realizar las funciones y responsabilidades propias del profesional de Terapia Ocupacional, utilizado adecuadamente los recursos socio-sanitarios y económicos.
CETOUA 3.6	Conocer el contexto profesional, ético y legal del terapeuta ocupacional, reconociendo y respondiendo a dilemas y temas éticos en la práctica diaria.
CETOUA 3.7	Conocer y comprender los antecedentes históricos, fundamentos teóricos y principios metodológicos: aspectos filosóficos, marcos de referencia teóricos, modelos, técnicas, evaluaciones y valoraciones de Terapia Ocupacional necesarios para reconocer e interpretar los procesos de función-disfunción ocupacional.
CETOUA 3.8	Comprender las distintas teorías del funcionamiento, autonomía personal, adaptación funcional del/al entorno, así como los modelos de intervención en Terapia Ocupacional, transfiriéndolos a la práctica profesional cotidiana.
CETOUA 3.9	Promover la salud y prevenir la discapacidad, adquirir o recuperar el desempeño ocupacional necesario en cada etapa del ciclo vital para lograr la independencia y autonomía en las áreas de desempeño ocupacional de aquellas personas que sufren situaciones de riesgo, déficit orgánicos, limitación en la actividad y la participación y/o marginación social.
CETOUMA 4.1	Adquirir conocimientos sobre la biología celular y tisular. Composición y organización de la materia de los seres vivos. Histología. Genética.
CETOUMA 4.10	Conocimiento, comprensión y análisis crítico de los principales modelos analíticos de las variables psicológicas implicadas en las conductas de salud y de riesgo.
CETOUMA 4.11	Delimitación de las variables psicosociales y de la terapéutica implicadas en la adherencia y cumplimiento de las prescripciones de salud.
CETOUMA 4.12	Conocer y descubrir las capacidades emprendedoras, que permitan afrontar nuevos retos profesionales y personales. Desarrollar habilidades de liderazgo, innovación, creatividad y resolución de problemas. Conocer elementos para la gestión y dirección de proyectos de terapia ocupacional.
CETOUMA 4.2	Conocer y aplicar el conocimiento relevante de las nuevas tecnologías de la información y comunicación en la práctica de la Terapia Ocupacional y sus aplicaciones clínicas. Iniciar y mantener debates en distintos foros acerca de la Terapia Ocupacional en contextos profesionales, académicos, públicos y políticos. Diseñar materiales y estrategias terapéuticas mediante la utilización de las tecnologías de la información y comunicación.
CETOUMA 4.3	Conocer las necesidades básicas de nutrientes en los seres vivos. Identificar los nutrientes en los diferentes grupos de alimentos, así como sus equivalencias. Identificar las necesidades alimentarias según patrones de edades y etapas fisiológicas de desarrollo. Conocer los hábitos alimenticios e identificar errores en su dieta habitual. Interpretar los errores de la dieta en una población estándar y ser capaces de introducir cambios en la misma. Identificar los trastornos de la conducta alimentaria y sus señales de alarma. Conocer la tecnología alimentaria, las ventajas y los riesgos para la salud. Identificar los grandes problemas de la nutrición mundial: el hambre y la sobrealimentación. Conocer las causas íntimas económicas y sociales de esta situación y las consecuencias para la salud global de los diferentes grupos.
CETOUMA 4.4	Conocer y aplicar los principios de farmacocinética y farmacodinámica. Acción, efectos, reacciones adversas e interacciones farmacológicas. Descripción de los distintos grupos farmacológicos. Fármacos de uso habitual, indicaciones y contraindicaciones. Diseño de fármacos y desarrollo de medicamentos. Recetas. Estudios de toxicidad. Productos naturales de utilización terapéutica. Vías de administración de medicamentos.
CETOUMA 4.5	Conocer y comprender la lengua inglesa oral y escrita, en temas relacionados con Ciencias de la Salud. Saber resumir y traducir textos del inglés al español y viceversa textos de Ciencias de la Salud. Realizar y redactar textos y resúmenes de carácter técnico y científico.
CETOUMA 4.6	con Ciencias de la Salud, específicamente en Terapia Ocupacional. Entender y Comprender formas orales de difusión (videos, películas conferencias).

CETOUMA 4.7	Conocer los principios de administración y dirección de instituciones de salud y su aplicación concreta al ámbito de la terapia ocupacional, con una perspectiva estratégica en materias de gestión de recursos humanos y administración de recursos tecnológicos. Desarrollar elementos de eficiencia en la gestión y administración económica del servicio de Terapia Ocupacional. Aplicar conocimientos de marketing y estrategia para incrementar y catalizar la demanda asistencial y todo ello conforme a los principios de calidad y satisfacción en la asistencia terapéutica de los usuarios.
CETOUMA 4.8	Conocer los recursos públicos destinados a la formación y gestión de empresas.
CETOUMA 4.9	Conocimiento del alcance e importancia de la psicología de la salud aplicada al ámbito profesional de la Terapia Ocupacional.
M1OCE2	Conocimientos y capacidad para aplicar Nuevas Tecnologías dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
M1OCE3	Aplicar la actividad significativa, el estudio ergonómico, las nuevas tecnologías y la tecnología asistente en Terapia Ocupacional en el ciclo vital.
M1OCE4	Conocer y comprender el marco legal y administrativo vigente para realizar las funciones y responsabilidades propias del profesional de Terapia Ocupacional, utilizando adecuadamente los recursos socio-sanitarios y económicos.
M1OCE5	Conocer y aplicar el conocimiento relevante de las nuevas tecnologías de la información y comunicación en la práctica de la Terapia Ocupacional y sus aplicaciones clínicas. Iniciar y mantener debates en distintos foros acerca de la Terapia Ocupacional en contextos profesionales, académicos, públicos y políticos. Diseñar materiales y estrategias terapéuticas mediante la utilización de las tecnologías de la información y comunicación.
M2OCE2	Al finalizar los estudios de esta asignatura, el alumno será capaz de demostrar comprensión y conocimiento en: Las teorías de la comunicación y de las habilidades interpersonales. Los factores que intervienen en el trabajo en equipo y en situaciones de liderazgo. Las teorías que sustentan la capacidad de resolución de problemas y el razonamiento clínico.
M2OCE3	Valorar el estado funcional del paciente considerando los aspectos físicos, psicológicos y sociales. Diseñar un plan de intervención, empleando habilidades de resolución de problemas y razonamiento clínico, en consonancia con los recursos disponibles.
M2OCE4	Afrontar el estrés, lo que supone tener capacidad para controlarse a si mismo y controlar el entorno en situaciones de tensión AA.
M3OCEA	¿ Actitud de respeto del derecho de privacidad de los pacientes. ¿ Actitud de respeto de las diferencias individuales de los pacientes.
M3OCEC	¿ Conocimiento de cómo el concepto subjetivo de salud y de enfermedad influyen en la conducta y la comunicación. ¿ Conocimiento de cómo la problemática psicosocial de los pacientes influye en su comportamiento y en la comunicación. ¿ Conocimiento de las características específicas de la interrelación entre los profesionales de la salud, los pacientes y los familiares. ¿ Conocimiento de los factores que influyen en la adherencia y cumplimiento de las prescripciones. ¿ Conocimiento del concepto de habilidad social, las clases de respuesta implicadas y un marco teórico de referencia. ¿ Conocimiento de los elementos componentes de la habilidad social: conductuales, cognitivos y fisiológicos. ¿ Conocimiento de las diferencias entre los individuos socialmente hábiles y no hábiles. ¿ Conocimiento de los principales elementos de la entrevista. ¿ Conocimiento de los factores que facilitan y los que dificultan el trabajo en equipo.
M3OCEPI1	¿ Habilidad para analizar los diferentes componentes que intervienen en el proceso de la comunicación. ¿ Habilidad para distinguir las distintas barreras que surgen en la comunicación. ¿ Habilidad para minimizar los problemas de comunicación debidos a las barreras del entorno, del emisor y del receptor. ¿ Habilidad para expresarse correctamente y ser entendido por el interlocutor independientemente del nivel educativo de éste. ¿ Habilidad para identificar las diferentes respuestas que abarcan las habilidades sociales. ¿ Habilidad para diferenciar una respuesta habilidosa de una no-habilidosa ante una situación específica de la práctica profesional.
M3OCEPI2	¿ Habilidad para escoger la respuesta más habilidosa en una determinada situación. ¿ Habilidad para reconocer los obstáculos que impiden la escucha activa cuando se están produciendo en la práctica profesional. ¿ Habilidad para aplicar los elementos de la escucha activa. ¿ Habilidad para crear un clima agradable utilizando la empatía. ¿ Habilidad para realizar una entrevista de forma eficaz, aplicando los conocimientos adquiridos y obteniendo la información que se pretendía. ¿ Habilidad para producir un ambiente adecuado para lograr los objetivos de la entrevista. ¿ Habilidad para la interacción en grupos profesionales.
M4OCEA	1. Motivar al alumnado, alentando su interés en la materia, mediante el desarrollo de expectativas adecuadas con relación a las funciones que ésta puede cumplir en la profesión del terapeuta ocupacional. 2. Propiciar actitudes

	positivas hacia la colaboración interdisciplinar e interprofesional. 3. Propiciar actitudes favorables hacia la comunicación empática. 4. Fomentar la visión interdisciplinar en la intervención con usuarios y en la relación con otros profesionales. 5. Valorar la psicología como un ámbito de especialización científico, útil para el desarrollo profesional del terapeuta ocupacional en el ámbito hospitalario.
M4OCEC	1. Delimitación de conceptos básicos del ámbito. 2. Conocimiento de las variables psicológicas implicadas en el padecimiento del dolor crónico. 3. Conocimiento de los procesos psicológicos que modulan el impacto de la hospitalización. 4. Análisis de las variables psicológicas explicativas de las diferencias individuales en el proceso de adaptación a la enfermedad. Análisis del impacto hospitalario como fenómeno estresante: valoración y afrontamiento.
M4OCEI	1. Uso correcto del lenguaje, terminología y expresión escrita relativos a contenidos propios del ámbito de la psicología de la salud. 2. Saber utilizar procedimientos de valoración para el correcto análisis de las variables psicológicas implicadas en el dolor y la hospitalización. 3. Saber aplicar estrategias de intervención en el ámbito del dolor y la hospitalización. 4. Capacidad para motivar a los usuarios de contextos sociosanitarios en la adaptación a la patología y su terapéutica. 5. Establecer mecanismos de identificación del impacto de la enfermedad sobre el paciente. Uso correcto de las habilidades de comunicación profesional-usuario de salud.
M5OCE2	Capacidad para aplicar los conocimientos y la práctica en comunicación y salud.
M5OCE3	Habilidades en la gestión de la comunicación y el papel de la opinión pública.
M5OCE4	Conocimientos y capacidad para elaborar campañas de comunicación para la salud.
M5OCE5	Capacidad para gestionar la comunicación interna y externa en las instituciones sanitarias.
M5OCE6	Conocer, comprender y analizar el papel de la comunicación en la gestión de la salud.
M5OCE7	Saber analizar las campañas de comunicación con un espíritu crítico.

Competencias Miguel Hernández Elche

Relación de competencias descritas en el título: Competencias Básicas:

5 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación
CB1	Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio
CB2	Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio
CB3	Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética
CB4	Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado
CB5	Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía

Competencias Generales:

12 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación
CG1	Comprender la estructura y funcionamiento del cuerpo humano, en las distintas fases del desarrollo
CG2	Conocer los factores, económicos, sociales y culturales que afectan a las profesiones de ciencias de la salud, así como las implicaciones económicas de las decisiones profesionales
CG3	Conocer la legislación existente para el ejercicio de la profesión
CG4	Reconocer las diferencias entre el funcionamiento normal del cuerpo humano y sus alteraciones y determinar el impacto de los determinantes de la salud de la población, demográficos, ambientales, sociales y culturales y sus efectos.
CG5	Formular hipótesis, valorar la información y promover soluciones viables a los casos y situaciones profesionales
CG6	Aplicar el código ético y deontológico de la profesión, considerando los derechos de los usuarios y la legislación vigente
CG7	Capacidad para analizar, evaluar y valorar las situaciones individuales y colectivas identificar problemas, interpretar datos y formular soluciones a los problemas individuales o colectivos.
CG8	Valorar críticamente la información y aplicar el método científico para la mejora de la práctica profesional.
CG9	Establecer una buena comunicación interpersonal para dirigirse con eficiencia y empatía a la comunidad donde se trabaja y a los individuos con los que se relacione
CG10	Ser capaz de trabajar en equipos multidisciplinares y multiculturales y liderar equipos multidisciplinares
CG11	Capacidad de actualización, consolidación e integración de los nuevos conocimientos para la mejora del ejercicio profesional utilizando las técnicas de autoaprendizaje continuado y el análisis crítico
CG12	Capacidad para utilizar y promover la innovación y creatividad para la solución de los problemas profesionales.

Competencias Específicas:

25 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación
CE1	Reconocer los elementos esenciales de la profesión de terapeuta ocupacional, incluyendo los principios éticos, las responsabilidades legales, el ejercicio profesional centrado en individuos y poblaciones, respetando su autonomía y el secreto profesional.
CE2	Conocer las organizaciones nacionales e internacionales de salud, así como los entornos y condicionantes de los diferentes sistemas de salud.
CE3	Obtener y utilizar datos epidemiológicos y valorar tendencias y riesgos para fundar la toma de decisiones sobre salud.
CE4	Reconocer las propias limitaciones y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional, prestando especial importancia al aprendizaje de manera autónoma de nuevos conocimientos y técnicas y a la motivación por la calidad.
CE5	Conocer, valorar críticamente y saber utilizar las fuentes de información para obtener, organizar, interpretar y comunicar la información científica, sanitaria, sociosanitaria y social, preservando la confidencialidad de los datos.
CE6	Comprender los fundamentos conceptuales de la naturaleza ocupacional del ser humano y el desempeño de sus ocupaciones a lo largo del ciclo vital.
CE7	Comprender y reconocer la interrelación entre los conceptos de bienestar, salud, ocupación significativa, dignidad y participación
CE8	Comprender y reconocer la importancia de los factores contextuales como determinantes de disfunción ocupacional
CE9	Reconocer los determinantes de salud en la población, los recursos y equipos multiprofesionales y las acciones de prevención, mantenimiento y promoción de la salud, tanto a nivel individual como comunitario.
CE10	Realizar la evaluación y la adaptación del entorno para promover la participación en ocupaciones significativas en las diferentes facetas de la vida diaria, la autonomía personal y la calidad de vida.
CE11	Obtener y elaborar, con la información relevante, la historia del desempeño ocupacional a lo largo de todo el proceso.
CE12	Realizar la evaluación del funcionamiento ocupacional adecuada a las necesidades de individuos y poblaciones.
CE13	Determinar las disfunciones y necesidades ocupacionales, definir la planificación y establecer la intervención de Terapia Ocupacional, utilizando el potencial terapéutico de la ocupación significativa, a través del uso de la actividad, con el consentimiento y la participación de los individuos y poblaciones.
CE14	Realizar la evaluación ocupacional, determinar la planificación y establecer la intervención de Terapia Ocupacional, utilizando el potencial terapéutico de la ocupación significativa, a través del uso de la actividad, con el consentimiento y la participación de los individuos y poblaciones
CE15	Conocer, seleccionar y aplicar las teorías apropiadas, los marcos de referencia teóricos, los modelos y métodos de práctica de Terapia Ocupacional para elegir o restablecer la ocupación significativa, según las necesidades de salud de individuos y poblaciones.
CE16	Colaborar con grupos y comunidades para promover la salud y el bienestar de sus miembros mediante la participación en la ocupación significativa.
CE17	Comprender los fundamentos de acción, indicaciones y eficacia de las intervenciones de Terapia Ocupacional, basándose en la evidencia científica disponible.
CE18	Reconocer la influencia de las diferencias individuales, religiosas, culturales, así como de las costumbres sobre la ocupación y la participación.
CE19	Adquirir y desarrollar habilidades, destrezas y experiencia práctica en el contexto sociosanitario y comunitario.
CE20	Adquirir conocimientos básicos de gestión y mejora de la calidad de los servicios de Terapia Ocupacional.

Código	Denominación	
CE21	Desarrollar la práctica profesional con respeto a otros profesionales, adquiriendo habilidades de trabajo en equipo.	E
CE22	Escuchar de manera activa, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas y las demandas ocupacionales de los individuos y poblaciones y comprender el contenido de esta información.	E
CE23	Establecer una comunicación interpersonal asertiva con todos los interlocutores que sean relevantes durante el proceso de Terapia Ocupacional.	E
CE24	Elaborar y redactar historias y demás registros de Terapia Ocupacional, de forma comprensible, tanto a público especializado como no especializado.	E
CE25	Transmitir información oral y escrita, tanto a público especializado como no especializado.	E

Competencias Universidad Católica de Murcia

Relación de competencias descritas en el título: Competencias Básicas:

5 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	<u>Denominación</u>	<u>Tipo</u>
CB1	Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio	Básicas
CB2	Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio	Básicas
CB3	Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética	Básicas
CB4	Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado	Básicas
CB5	Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía	Básicas

Competencias Generales:

8 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	<u>Denominación</u>	<u>Tipo</u>
MCER1	Comprender una amplia variedad de textos extensos y con cierto nivel de exigencia, así como reconocer en ellos sentidos implícitos.	General
MCER2	Expresarse de forma fluida y espontánea sin muestras muy evidentes de esfuerzo para encontrar la expresión adecuada.	General
MCER3	Hacer un uso flexible y efectivo del idioma para fines sociales, académicos y profesionales.	General
MCER4	Producir textos claros, bien estructurados y detallados sobre temas de cierta complejidad, mostrando un uso correcto de los mecanismos de organización, articulación y cohesión del texto.	General
MCER5	Comprender los puntos principales de textos claros y en lengua estándar si tratan sobre cuestiones que le son conocidas, ya sea en situaciones de trabajo, de estudio o de ocio.	General
MCER6	Desenvolverse en la mayor parte de las situaciones que pueden surgir durante un viaje por zonas donde se utiliza la lengua.	General
MCER7	Producir textos sencillos y coherentes sobre temas que le son familiares o en los que tiene un interés personal.	General
MCER8	Describir experiencias, acontecimientos, deseos y aspiraciones, así como justificar brevemente sus opiniones o explicar sus planes.	General

Competencias

Relación de competencias descritas en el título: Competencias Específicas:
44 registros encontrados, mostrando del 1 al 30.[Primero/Anterior] [1](#), [2](#)
[\[Siguiente/Último\]](#)

Código	<u>Denominación</u>	<u>Tipo</u>
E1	Conocer y comprender la estructura y función del cuerpo humano de modo que permita evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.	Específica
E2	Conocer y comprender el proceso fisiopatológico en todos los momentos del ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, identificando los problemas y aspectos preventivos y clínicos de la persona, tanto en la salud como en la enfermedad.	Específica
E3	Conocer y comprender los conocimientos de pedagogía, psicología y psicopatología aplicables al ser humano en todos los momentos del ciclo vital de modo que capaciten para evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.	Específica
E4	Adquirir habilidades de trabajo en equipo comunidad en la que se encuentran de forma disciplinar o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal relacionados con la evaluación diagnóstica y tratamiento de Terapia Ocupacional.	Específica
E5	Conocer el sistema sanitario español y los aspectos básicos relacionados con la gestión de los servicios de salud, fundamentalmente los que estén relacionados con aspectos rehabilitadores.	Específica
E6	Conocer y comprender los antecedentes históricos, fundamentos teóricos y principios metodológicos: aspectos filosóficos, marcos de referencia teóricos, modelos, técnicas, evaluaciones y valoraciones de Terapia Ocupacional necesarios para reconocer e interpretar los procesos de función-disfunción ocupacional.	Específica
E7	Comprender las distintas teorías del funcionamiento, autonomía personal, adaptación funcional del/al entorno, así como los modelos de intervención en Terapia Ocupacional, transfiriéndolos a la práctica profesional cotidiana.	Específica
E8	Promover la salud y prevenir la discapacidad, adquirir o recuperar el desempeño ocupacional necesario en cada etapa del ciclo vital para lograr la independencia y autonomía en las áreas de desempeño ocupacional de aquellas personas que sufren situaciones de riesgo, déficit orgánicos, limitación en la actividad y la participación y/o marginación social.	Específica
E9	Realizar un tratamiento adecuado, respetando las distintas fases y principios básicos, a través de ocupaciones terapéuticas y basado en conocimientos relacionados como la ciencia de la ocupación, en las diferentes áreas de desempeño ocupacional, analizando los componentes de desempeño y los distintos entornos y contextos existentes.	Específica
E10	Conocer, diseñar y aplicar las distintas modalidades y	Específica

Código	<u>Denominación</u>	<u>Tipo</u>
	procedimientos generales de intervención en Terapia Ocupacional en sus marcos de referencia, evaluando su efectividad en un entorno de trabajo cooperativo.	
E11	Fomentar la participación del usuario y familia en su proceso de recuperación.	Específica
E12	Conocer, comprender y aplicar los fundamentos de la autonomía personal en las actividades de la vida diaria con y sin adaptaciones y/o ayudas técnicas en el ciclo vital.	Específica
E13	Analizar la ocupación en Terapia Ocupacional y su utilización terapéutica en el ciclo vital.	Específica
E14	Conocer y comprender los conocimientos de Terapia Ocupacional para la integración del individuo en su entorno a lo largo del ciclo vital.	Específica
E15	Aplicar la actividad significativa, el estudio ergonómico, las nuevas tecnologías y la tecnología existentes en Terapia Ocupacional en el ciclo vital.	Específica
E16	Conocer, evaluar, analizar, elaborar y participar en programas de educación y promoción de la salud dentro del ámbito de la Terapia Ocupacional para prevenir las disfunciones ocupacionales en general y subsecuentes a afecciones médicas, quirúrgicas y psiquiátricas e inadaptación social.	Específica
E17	Conocer, desarrollar y aplicar planes de gestión y administración sanitaria y sociosanitaria aplicados a la provisión de servicios y mejora de la calidad de Terapia Ocupacional.	Específica
E18	Explicar los conceptos teóricos que sostienen la Terapia Ocupacional, concretamente la naturaleza ocupacional de los seres humanos y el desempeño de sus ocupaciones.	Específica
E19	Explicar la relación entre desempeño ocupacional, salud y bienestar.	Específica
E20	Realizar y defender argumentos lógicos y razonados relacionados con la ocupación humana y la Terapia Ocupacional.	Específica
E21	Trabajar en colaboración con los individuos y grupos con el fin de participar activamente en la ocupación, a través de la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación y el tratamiento.	Específica
E22	Seleccionar, modificar y aplicar teorías de forma apropiada, modelos prácticos de intervención y métodos para satisfacer necesidades ocupacionales y de salud de individuos y poblaciones.	Específica
E23	Utilizar el razonamiento ético y profesional de manera eficaz a lo largo del proceso de Terapia Ocupacional.	Específica
E24	Utilizar el potencial terapéutico de la ocupación a través del análisis y síntesis de la ocupación y de la actividad.	Específica
E25	Adaptar y aplicar el proceso de Terapia Ocupacional en estrecha colaboración con individuos y población, adquiriendo capacidades para intervenir en proyectos de promoción, prevención y protección con un enfoque comunitario y de salud pública.	Específica

Código	<u>Denominación</u>	<u>Tipo</u>
E26	Apreciar y respetar las diferencias individuales, creencias culturales, costumbres y su influencia en la ocupación y la participación.	Específica
E27	Preparar, mantener y revisar la documentación de los procesos de Terapia Ocupacional.	Específica
E28	Llevar a cabo el ejercicio profesional de manera ética, respetando a las personas, pacientes y usuarios, teniendo en consideración los códigos de conducta profesional de los terapeutas ocupacionales.	Específica
E29	Demostrar seguridad, autoconocimiento, autocrítica y conocimientos de sus propias limitaciones como terapeuta ocupacional.	Específica
E30	Desarrollar el conocimiento de la ocupación y de la práctica de Terapia Ocupacional.	Específica
E31	Determinar y priorizar los servicios de Terapia Ocupacional.	Específica
E32	Comprender y aplicar principios de dirección y gestión en la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional, incluyendo coste-eficacia, administración de recursos y equipamiento y establecimiento de protocolos de Terapia Ocupacional.	Específica
E33	Implicarse en un proceso continuo de evaluación y mejora de la calidad en la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional, involucrar a las personas, pacientes y usuarios cuando sea apropiado y comunicar los resultados a las partes interesadas.	Específica
E34	Ser capaz de argumentar los principios científicos que sustentan la intervención en terapia ocupacional, adecuándola a la evidencia científica disponible.	Específica
E35	Conocer y comprender los conocimientos médicos, quirúrgicos y psiquiátricos aplicables al ser humano en todos los momentos del ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, que capaciten para evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.	Específica
E36	Conocer y comprender el proceso fisiopatológico en todos los momentos del ciclo vital, identificando los problemas y aspectos preventivos y clínicos de la persona, tanto en la salud como en la enfermedad.	Específica
E37	Conocer, evaluar, analizar, elaborar y participar en programas de educación y promoción de la salud dentro del ámbito de la Terapia Ocupacional para prevenir las disfunciones ocupacionales en general y subsecuentes a afecciones médicas, quirúrgicas y psiquiátricas e inadaptación social.	Específica
E38	Sintetizar y aplicar el conocimiento relevante de ciencias biológicas, médicas, humanas, pedagógicas, psicológicas, sociales, tecnológicas y ocupacionales, junto con las teorías de ocupación y participación.	Específica
E39	Prácticas preprofesionales, con una evaluación final de competencias, en Centros de Salud, hospitales y otros centros asistenciales y que permita aplicar teorías, fundamentos, metodologías, técnicas, evaluaciones y valoraciones de Terapia	Específica

Código	<u>Denominación</u>	<u>Tipo</u>
	Ocupacional, trabajando en equipo y desarrollando las habilidades y destrezas propias en diferentes entornos.	
E40	Trabajo de fin de grado: materia transversal cuyo trabajo se realizará asociado a distintas materias. Entre los resultados de aprendizaje que se esperan del alumnado se encuentran: RA: Elaborar un artículo de investigación científica en base a un tema de interés RA: Conocer las partes de un programa de intervención y realizar una propuesta en un centro.	Específica
E41	Conocer y comprender los conocimientos de sociología y antropología social que capaciten para la aplicación de tratamientos de Terapia Ocupacional en diferentes instituciones y grupos sociales de modo que permitan prevenir y tratar situaciones de inadaptación y reacción social.	Específica
E42	Conocer y comprender el marco legal y administrativo vigente para realizar las funciones y responsabilidades propias del profesional de Terapia Ocupacional, utilizando adecuadamente los recursos sociosanitarios y económicos.	Específica
E43	Conocer el contexto profesional, ético y legal del Terapeuta Ocupacional, reconociendo y respondiendo a dilemas y temas éticos en la práctica diaria.	Específica
E44	Comprender y aplicar el método científico a través de programas de investigación básica y aplicada, utilizando tanto la metodología cualitativa como la cuantitativa aplicada a la Terapia Ocupacional.	Específica

Competencias Oviedo

Relación de competencias descritas en el título: Competencias Básicas:

5 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación
CB1	Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio
CB2	Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio
CB3	Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética
CB4	Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado
CB5	Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía

Competencias Generales:

30 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación
CG28	Compromiso ético.
CG29	Preocupación por la calidad.
CG30	Motivación.
CG1	Capacidad de análisis y síntesis.
CG2	Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica.
CG3	Planificación y gestión del tiempo.
CG4	Conocimientos generales básicos sobre el área de estudio.
CG5	Conocimientos básicos de la profesión.
CG6	Comunicación oral y escrita en la lengua materna.
CG7	Conocimiento de una segunda lengua.
CG8	Habilidades básicas de manejo de ordenadores.
CG9	Habilidades de investigación.
CG10	Capacidad de aprender.
CG11	Habilidades de gestión de la información (habilidad para buscar y analizar información proveniente de diversas fuentes).
CG12	Capacidad de crítica y autocrítica.
CG13	Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones.
CG14	Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad).
CG15	Resolución de problemas.

Código	Denominación	
CG16	Toma de decisiones.	
CG17	Trabajo en equipo.	
CG18	Habilidades interpersonales.	
CG19	Liderazgo.	
CG20	Capacidad para trabajar en un equipo interdisciplinar.	
CG21	Capacidad para comunicarse con personas no expertas en la materia.	
CG22	Apreciación de la diversidad y la multiculturalidad.	
CG23	Habilidad para trabajar en un contexto internacional.	
CG24	Conocimiento de culturas y costumbres de otras culturas.	
CG25	Habilidad para trabajar de manera autónoma.	
CG26	Diseño y gestión de proyectos.	
CG27	Iniciativa y espíritu emprendedor.	
Código	Denominación	Tipo
CE1	Reconocer los elementos esenciales de la profesión de terapeuta ocupacional, incluyendo los principios éticos, las responsabilidades legales, el ejercicio profesional centrado en individuos y poblaciones, respetando su autonomía y el secreto profesional.	Específica
CE2	Conocer las organizaciones nacionales e internacionales de salud, así como los entornos y condicionantes de los diferentes sistemas de salud.	Específica
CE3	Obtener y utilizar datos epidemiológicos y valorar tendencias y riesgos para fundar la toma de decisiones sobre salud.	Específica
CE4	Reconocer las propias limitaciones y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional, prestando especial importancia al aprendizaje de manera autónoma de nuevos conocimientos y técnicas y a la motivación por la calidad.	Específica
CE5	Conocer, valorar críticamente y saber utilizar las fuentes de información para obtener, organizar, interpretar y comunicar la información científica, sanitaria, sociosanitaria y social, preservando la confidencialidad de los datos.	Específica
CE6	Comprender los fundamentos conceptuales de la naturaleza ocupacional del ser humano y el desempeño de sus ocupaciones a lo largo del ciclo vital.	Específica
CE7	Comprender y reconocer la interrelación entre los conceptos de bienestar, salud, ocupación significativa, dignidad y participación.	Específica
CE8	Comprender y reconocer la importancia de los factores contextuales como determinantes de disfunción ocupacional.	Específica
CE9	Reconocer los determinantes de salud en la población, los recursos y equipos multiprofesionales y las acciones de prevención, mantenimiento y promoción de la salud, tanto a nivel individual como comunitario.	Específica
CE10	Realizar la evaluación y la adaptación del entorno para promover la participación en ocupaciones significativas en las diferentes facetas de la vida diaria, la autonomía personal y la calidad de vida.	Específica
CE11	Obtener y elaborar, con la información relevante, la historia del desempeño ocupacional a lo largo de todo el proceso.	Específica

Código	Denominación	
CE12	Realizar la evaluación del funcionamiento ocupacional adecuada a las necesidades de individuos y poblaciones.	Específica
CE13	Determinar las disfunciones y necesidades ocupacionales, definir la planificación y establecer la intervención de Terapia Ocupacional, utilizando el potencial terapéutico de la ocupación significativa, a través del uso de la actividad, con el consentimiento y la participación de los individuos y poblaciones.	Específica
CE14	Realizar la evaluación ocupacional, determinar la planificación y establecer la intervención de Terapia Ocupacional, utilizando el potencial terapéutico de la ocupación significativa, a través del uso de la actividad, con el consentimiento y la participación de los individuos y poblaciones.	Específica
CE15	Conocer, seleccionar y aplicar las teorías apropiadas, los marcos de referencia teóricos, los modelos y métodos de práctica de Terapia Ocupacional para elegir o restablecer la ocupación significativa, según las necesidades de salud de individuos y poblaciones.	Específica
CE16	Colaborar con grupos y comunidades para promover la salud y el bienestar de sus miembros mediante la participación en la ocupación significativa.	Específica
CE17	Comprender los fundamentos de acción, indicaciones y eficacia de las intervenciones de Terapia Ocupacional, basándose en la evidencia científica disponible.	Específica
CE18	Reconocer la influencia de las diferencias individuales, religiosas, culturales, así como de las costumbres sobre la ocupación y la participación.	Específica
CE19	Adquirir y desarrollar habilidades, destrezas y experiencia práctica en el contexto sociosanitario y comunitario.	Específica
CE20	Adquirir conocimientos básicos de gestión y mejora de la calidad de los servicios de Terapia Ocupacional.	Específica
CE21	Desarrollar la práctica profesional con respeto a otros profesionales, adquiriendo habilidades de trabajo en equipo.	Específica
CE22	Escuchar de manera activa, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas y las demandas ocupacionales de los individuos y poblaciones y comprender el contenido de esta información.	Específica
CE23	Establecer una comunicación interpersonal asertiva con todos los interlocutores que sean relevantes durante el proceso de Terapia Ocupacional.	Específica
CE24	Elaborar y redactar historias y demás registros de Terapia Ocupacional, de forma comprensible, tanto a público especializado como no especializado.	Específica
CE25	Transmitir información oral y escrita, tanto a público especializado como no especializado.	Específica
CM1	Conocer y comprender la estructura y función del cuerpo humano de modo que permita evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.	Específica
CM2	Conocer y comprender el proceso fisiopatológico en todos los momentos del ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, identificando los problemas y aspectos preventivos y clínicos, de la persona, tanto en la salud como en la enfermedad.	Específica
CM3	Conocer y comprender los conocimientos de Pedagogía, Psicología y Psicopatología aplicables al ser humano en todos los momentos del ciclo vital de modo que capaciten para evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.	Específica
CM4	Conocer y comprender los conocimientos de Sociología y Antropología social que capaciten para la aplicación de tratamientos de Terapia Ocupacional en diferentes instituciones y grupos sociales de modo que permitan prevenir y tratar situaciones de inadaptación y reacción social.	Específica

Código	Denominación	
CM5	Conocer y comprender el marco legal y administrativo vigente para realizar las funciones y responsabilidades propias del profesional de Terapia Ocupacional, utilizado adecuadamente los recursos sociosanitarios y económicos.	Específica
CM6	Conocer el contexto profesional, ético y legal del terapeuta ocupacional, reconociendo y respondiendo a dilemas y temas éticos en la práctica diaria.	Específica
CM7	Adquirir habilidades de trabajo en equipo como unidad en la que se estructuran de forma uni o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal relacionados con la evaluación diagnóstica y tratamiento de terapia ocupacional.	Específica
CM8	Conocer el sistema sanitario español y los aspectos básicos relacionados con la gestión de los servicios de salud, fundamentalmente los que estén relacionados con aspectos rehabilitadores.	Específica
CM9	Conocer y comprender los antecedentes históricos, fundamentos teóricos y principios metodológicos: aspectos filosóficos, marcos de referencia teóricos, modelos, técnicas, evaluaciones y valoraciones de Terapia Ocupacional necesarios para reconocer e interpretar los procesos de función-disfunción ocupacional.	Específica
CM10	Comprender las distintas teorías del funcionamiento, autonomía personal, adaptación funcional del/al entorno, así como los modelos de intervención en Terapia Ocupacional, transfiriéndolos a la práctica profesional cotidiana.	Específica
CM11	Promover la salud y prevenir la discapacidad, adquirir o recuperar el desempeño ocupacional necesario en cada etapa del ciclo vital para lograr la independencia y autonomía en las áreas de desempeño ocupacional de aquellas personas que sufren situaciones de riesgo, déficit orgánico, limitación en la actividad y la participación y/o marginación social.	Específica
CM12	Realizar un tratamiento adecuado, respetando las distintas fases y principios básicos, a través de ocupaciones terapéuticas y basado en conocimientos relacionados como la ciencia de la ocupación, en las diferentes áreas de desempeño ocupacional, analizando los componentes de desempeño y los distintos entornos y contextos existentes.	Específica
CM13	Conocer, diseñar y aplicar las distintas modalidades y procedimientos generales de intervención en Terapia Ocupacional en sus marcos de referencia, evaluando su efectividad en un entorno de trabajo cooperativo.	Específica
CM14	Fomentar la participación del usuario y familia en su proceso de recuperación.	Específica
CM15	Conocer, comprender y aplicar los fundamentos de la autonomía personal en las actividades de la vida diaria con y sin adaptaciones y/o ayudas técnicas en el ciclo vital.	Específica
CM16	Analizar la ocupación en Terapia Ocupacional y su utilización terapéutica en el ciclo vital.	Específica
CM17	Conocer y comprender los conocimientos de Terapia Ocupacional para la integración del individuo en su entorno a lo largo del ciclo vital.	Específica
CM18	Aplicar la actividad significativa, el estudio ergonómico, las nuevas tecnologías y la tecnología existentes en Terapia Ocupacional en el ciclo vital.	Específica
CM19	Conocer, evaluar, analizar, elaborar y participar en programas de educación y promoción de la salud dentro del ámbito de la Terapia Ocupacional para prevenir las disfunciones ocupacionales en general y subsecuentes a afecciones médicas, quirúrgicas y psiquiátricas e inadaptación social.	Específica
CM20	Conocer, desarrollar y aplicar planes de gestión y administración sanitaria y sociosanitaria aplicados a la provisión de servicios y mejora de la calidad de Terapia Ocupacional.	Específica
CM21	Explicar los conceptos teóricos que sostienen la Terapia Ocupacional, concretamente la naturaleza ocupacional de los seres humanos y el desempeño de sus ocupaciones.	Específica
CM22	Explicar la relación entre desempeño ocupacional, salud y bienestar.	Específica
CM23	Realizar y defender argumentos lógicos y razonados relacionados con la ocupación humana y la Terapia Ocupacional.	Específica

Código	Denominación	
CM24	Trabajar en colaboración con los individuos y grupos con el fin de participar activamente en la ocupación, a través de la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación y el tratamiento.	
CM25	Seleccionar, modificar y aplicar teorías de forma apropiada, modelos prácticos de intervención y métodos para satisfacer necesidades ocupacionales y de salud de individuos y poblaciones.	
CM26	Utilizar el razonamiento ético y profesional de manera eficaz a lo largo del proceso de Terapia Ocupacional.	
CM27	Utilizar el potencial terapéutico de la ocupación a través del análisis y síntesis de la ocupación y de la actividad.	
CM28	Adaptar y aplicar el proceso de Terapia Ocupacional en estrecha colaboración con individuos y población, adquiriendo capacidades para intervenir en proyectos de promoción, prevención y protección con un enfoque comunitario y de salud pública.	
CM29	Apreciar y respetar las diferencias individuales, creencias culturales, costumbres y su influencia en la ocupación y la participación.	
CM30	Preparar, mantener y revisar la documentación de los procesos de Terapia Ocupacional.	
CM31	Llevar a cabo el ejercicio profesional de manera ética, respetando a las personas, pacientes y usuarios, teniendo en consideración los códigos de conducta profesional de los terapeutas ocupacionales.	
CM32	Demostrar seguridad, autoconocimiento, autocrítica y conocimientos de sus propias limitaciones como terapeuta ocupacional.	
CM33	Desarrollar el conocimiento de la ocupación y de la práctica de Terapia Ocupacional.	
CM34	Determinar y priorizar los servicios de Terapia Ocupacional.	
CM35	Comprender y aplicar principios de dirección y gestión en la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional, incluyendo coste-eficacia, administración de recursos y equipamiento y establecimiento de protocolos de Terapia Ocupacional.	
CM36	Implicarse en un proceso continuo de evaluación y mejora de la calidad en la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional, involucrar a las personas, pacientes y usuarios cuando sea apropiado y comunicar los resultados a las partes interesadas.	Específica
CM37	Ser capaz de argumentar los principios científicos que sustentan la intervención en terapia ocupacional, adecuándola a la evidencia científica disponible.	
CM38	Conocer y comprender los conocimientos médicos, quirúrgicos y psiquiátricos aplicables al ser humano en todos los momentos del ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, que capaciten para evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.	
CM39	Conocer y comprender el proceso fisiopatológico en todos los momentos del ciclo vital, identificando los problemas y aspectos preventivos y clínicos de la persona, tanto en la salud como en la enfermedad.	
CM40	Conocer, evaluar, analizar, elaborar y participar en programas de educación y promoción de la salud dentro del ámbito de la Terapia Ocupacional para prevenir las disfunciones ocupacionales en general y subsecuentes a afecciones médicas, quirúrgicas y psiquiátricas e inadaptación social.	
CM41	Sintetizar y aplicar el conocimiento relevante de ciencias biológicas, médicas, humanas, pedagógicas, psicológicas, sociales, tecnológicas y ocupacionales, junto con las teorías de ocupación y participación.	
CM42	Aplicar teorías, fundamentos, metodologías, técnicas, evaluaciones y valoraciones de Terapia Ocupacional, trabajando en equipo y desarrollando las habilidades y destrezas propias en diferentes entornos. Prácticas preprofesionales, con una evaluación final de competencias, en centros de salud, hospitales y otros centros asistenciales, y que permita aplicar teorías, fundamentos, metodologías, técnicas, evaluaciones y valoraciones de Terapia Ocupacional, trabajando en equipo y desarrollando las habilidades y destrezas propias en diferentes entornos. Trabajo de fin de grado: materia transversal cuyo trabajo se realizará asociado a distintas materias.	

Competencias Rey Juan Carlos

Relación de competencias descritas en el título: Competencias Básicas:

5 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación
CB1	Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio
CB2	Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio
CB3	Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética
CB4	Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado
CB5	Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía

Competencias Generales:

31 registros encontrados, mostrando del 1 al 30.[Primero/Anterior] 1, 2 [Siguiente/Último]

Código	Denominación
G14	CG14. Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad).
G15	CG15. Resolución de problemas.
G16	CG16. Toma de decisiones.
G17	CG17. Trabajo en equipo.
G18	CG18. Habilidades interpersonales.
G19	CG19. Liderazgo.
G20	CG20. Capacidad para trabajar en un equipo interdisciplinar.
G21	CG21. Capacidad para comunicarse con personas no expertas en la materia.
G22	CG22. Apreciación de la diversidad y la multiculturalidad.
G23	CG23. Habilidad para trabajar en un contexto internacional.
G24	CG24. Conocimiento de culturas y costumbres de otras culturas.
G25	CG25. Habilidad para trabajar de manera autónoma.
G26	CG26. Diseño y gestión de proyectos.
G27	CG27. Iniciativa y espíritu emprendedor.
G28	CG28. Compromiso ético.
G29	CG29. Preocupación por la calidad.
G30	CG30. Motivación.
CG31	CG31 Conocimiento de una lengua extranjera

Código	Denominación
G1	CG1. Capacidad de análisis y síntesis.
G2	CG2. Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica.
G3	CG3. Planificación y gestión del tiempo.
G4	CG4. Conocimientos generales básicos sobre el área de estudio.
G5	CG5. Conocimientos básicos de la profesión.
G6	CG6. Comunicación oral y escrita en la lengua materna.
G7	CG7. Conocimiento de una segunda lengua.
G8	CG8. Habilidades básicas de manejo de ordenadores.
G9	CG9. Habilidades de investigación.
G10	CG10. Capacidad de aprender.
G11	CG11. Habilidades de gestión de la información (habilidad para buscar y analizar información proveniente de diversas fuentes).
G12	CG12. Capacidad de crítica y autocrítica.

Competencias Específicas:

67 registros encontrados, mostrando del 1 al 30.[Primero/Anterior] **1, 2, 3** [Siguiente/Último]

Código	Denominación
E52	CE52. Utilizar el potencial terapéutico de la ocupación a través del análisis y síntesis de la ocupación y de la actividad.
E53	CE53. Adaptar y aplicar el proceso de Terapia Ocupacional en estrecha colaboración con individuos y población, adquiriendo capacidades para intervenir en proyectos de promoción, prevención y protección con un enfoque comunitario y de salud pública.
E54	CE54. Apreciar y respetar las diferencias individuales, creencias culturales, costumbres y su influencia en la ocupación y la participación.
E55	CE55. Preparar, mantener y revisar la documentación de los procesos de Terapia Ocupacional.
E56	CE56. Llevar a cabo el ejercicio profesional de manera ética, respetando a las personas, pacientes y usuarios, teniendo en consideración los códigos de conducta profesional de los terapeutas ocupacionales.
E57	CE57. Demostrar seguridad, autoconocimiento, autocrítica y conocimientos de sus propias limitaciones como terapeuta ocupacional.
E58	CE58. Desarrollar el conocimiento de la ocupación y de la práctica de Terapia Ocupacional.
E59	CE59. Determinar y priorizar los servicios de Terapia Ocupacional.
E60	CE60. Comprender y aplicar principios de dirección y gestión en la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional, incluyendo coste-eficacia, administración de recursos y equipamiento y establecimiento de protocolos de Terapia Ocupacional.
E61	CE61. Implicarse en un proceso continuo de evaluación y mejora de la calidad en la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional, involucrar a las personas, pacientes y usuarios cuando sea apropiado y comunicar los resultados a las partes interesadas.
E62	CE62. Ser capaz de argumentar los principios científicos que sustentan la intervención en terapia ocupacional, adecuándola a la evidencia científica disponible.

Código	Denominación
E63	CE63. Conocer y comprender los conocimientos médicos, quirúrgicos y psiquiátricos aplicables al ser humano en todos los momentos del ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, que capaciten para evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.
E64	CE64. Conocer y comprender el proceso fisiopatológico en todos los momentos del ciclo vital, identificando los problemas y aspectos preventivos y clínicos de la persona, tanto en la salud como en la enfermedad.
E65	CE65. Conocer, evaluar, analizar, elaborar y participar en programas de educación y promoción de la salud dentro del ámbito de la Terapia Ocupacional para prevenir las disfunciones ocupacionales en general y subsecuentes a afecciones médicas, quirúrgicas y psiquiátricas e inadaptación social.
E66	CE66. Sintetizar y aplicar el conocimiento relevante de ciencias biológicas, médicas, humanas, pedagógicas, psicológicas, sociales, tecnológicas y ocupacionales, junto con las teorías de ocupación y participación.
E67	CE67 Comunicarse de modo efectivo y claro, tanto de forma oral como escrita, con los usuarios del sistema sanitario así como con otros profesionales.
E32	CE32. Adquirir habilidades de trabajo en equipo como unidad en la que se estructuran de forma uni o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal relacionados con la evaluación diagnóstica y tratamiento de terapia ocupacional.
E33	CE33. Conocer el sistema sanitario español y los aspectos básicos relacionados con la gestión de los servicios de salud, fundamentalmente los que estén relacionados con aspectos rehabilitadores.
E34	CE34. Conocer y comprender los antecedentes históricos, fundamentos teóricos y principios metodológicos: aspectos filosóficos, marcos de referencia teóricos, modelos, técnicas, evaluaciones y valoraciones de Terapia Ocupacional necesarios para reconocer e interpretar los procesos de función-disfunción ocupacional.
E35	CE35. Comprender las distintas teorías del funcionamiento, autonomía personal, adaptación funcional del/al entorno, así como los modelos de intervención en Terapia Ocupacional, transfiriéndolos a la práctica profesional cotidiana.
E36	CE36. Promover la salud y prevenir la discapacidad, adquirir o recuperar el desempeño ocupacional necesario en cada etapa del ciclo vital para lograr la independencia y autonomía en las áreas de desempeño ocupacional de aquellas personas que sufren situaciones de riesgo, déficit orgánicos, limitación en la actividad y la participación y/o marginación social.
E37	CE37. Realizar un tratamiento adecuado, respetando las distintas fases y principios básicos, a través de ocupaciones terapéuticas y basado en conocimientos relacionados como la ciencia de la ocupación, en las diferentes áreas de desempeño ocupacional, analizando los componentes de desempeño y los distintos entornos y contextos existentes.
E38	CE38. Conocer, diseñar y aplicar las distintas modalidades y procedimientos generales de intervención en Terapia Ocupacional en sus marcos de referencia, evaluando su efectividad en un entorno de trabajo cooperativo.
E39	CE39. Fomentar la participación del usuario y familia en su proceso de recuperación.
E40	CE40. Conocer, comprender y aplicar los fundamentos de la autonomía personal en las actividades de la vida diaria con y sin adaptaciones y/o ayudas técnicas en el ciclo vital.
E41	CE41. Analizar la ocupación en Terapia Ocupacional y su utilización terapéutica en el ciclo vital.
E42	CE42. Conocer y comprender los conocimientos de Terapia Ocupacional para la integración del individuo en su entorno a lo largo del ciclo vital.
E43	CE43. Aplicar la actividad significativa, el estudio ergonómico, las nuevas tecnologías y la tecnología existentes en Terapia Ocupacional en el ciclo vital.
E44	CE44. Conocer, evaluar, analizar, elaborar y participar en programas de educación y promoción de la salud dentro del ámbito de la Terapia Ocupacional para prevenir las disfunciones ocupacionales en general y subsecuentes a afecciones médicas, quirúrgicas y psiquiátricas e inadaptación social.

Código	Denominación
E45	CE45. Conocer, desarrollar y aplicar planes de gestión y administración sanitaria y sociosanitaria aplicados a la provisión de servicios y mejora de la calidad de Terapia Ocupacional.
Código	Denominación
E46	CE46. Explicar los conceptos teóricos que sostienen la Terapia Ocupacional, concretamente la naturaleza ocupacional de los seres humanos y el desempeño de sus ocupaciones.
E47	CE47. Explicar la relación entre desempeño ocupacional, salud y bienestar.
E48	CE48. Realizar y defender argumentos lógicos y razonados relacionados con la ocupación humana y la Terapia Ocupacional.
E49	CE49. Trabajar en colaboración con los individuos y grupos con el fin de participar activamente en la ocupación, a través de la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación y el tratamiento.
E50	CE50. Seleccionar, modificar y aplicar teorías de forma apropiada, modelos prácticos de intervención y métodos para satisfacer necesidades ocupacionales y de salud de individuos y poblaciones.
E51	CE51. Utilizar el razonamiento ético y profesional de manera eficaz a lo largo del proceso de Terapia Ocupacional.
E11	CE11. Obtener y elaborar, con la información relevante, la historia del desempeño ocupacional a lo largo de todo el proceso.
E12	CE12. Realizar la evaluación del funcionamiento ocupacional adecuada a las necesidades de individuos y poblaciones.
E13	CE13. Determinar las disfunciones y necesidades ocupacionales, definir la planificación y establecer la intervención de Terapia Ocupacional, utilizando el potencial terapéutico de la ocupación significativa, a través del uso de la actividad, con el consentimiento y la participación de los individuos y poblaciones.
E14	CE14. Realizar la evaluación ocupacional, determinar la planificación y establecer la intervención de Terapia Ocupacional, utilizando el potencial terapéutico de la ocupación significativa, a través del uso de la actividad, con el consentimiento y la participación de los individuos y poblaciones.
E15	CE15. Conocer, seleccionar y aplicar las teorías apropiadas, los marcos de referencia teóricos, los modelos y métodos de práctica de Terapia Ocupacional para elegir o restablecer la ocupación significativa, según las necesidades de salud de individuos y poblaciones.
E16	CE16. Colaborar con grupos y comunidades para promover la salud y el bienestar de sus miembros mediante la participación en la ocupación significativa.
E17	CE17. Comprender los fundamentos de acción, indicaciones y eficacia de las intervenciones de Terapia Ocupacional, basándose en la evidencia científica disponible.
E18	CE18. Reconocer la influencia de las diferencias individuales, religiosas, culturales, así como de las costumbres sobre la ocupación y la participación.
E19	CE19. Adquirir y desarrollar habilidades, destrezas y experiencia práctica en el contexto sociosanitario y comunitario.
E20	CE20. Adquirir conocimientos básicos de gestión y mejora de la calidad de los servicios de Terapia Ocupacional.
E21	CE21. Desarrollar la práctica profesional con respeto a otros profesionales, adquiriendo habilidades de trabajo en equipo.
E22	CE22. Escuchar de manera activa, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas y las demandas ocupacionales de los individuos y poblaciones y comprender el contenido de esta información.
E23	CE23. Establecer una comunicación interpersonal asertiva con todos los interlocutores que sean relevantes durante el proceso de Terapia Ocupacional.
E24	CE24. Elaborar y redactar historias y demás registros de Terapia Ocupacional, de forma comprensible, tanto a público especializado como no especializado.
E25	CE25. Transmitir información oral y escrita, tanto a público especializado como no especializado.

Código	Denominación
E26	CE26. Conocer y comprender la estructura y función del cuerpo humano de modo que permita evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.
E27	CE27. Conocer y comprender el proceso fisiopatológico en todos los momentos del ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, identificando los problemas y aspectos preventivos y clínicos, de la persona, tanto en la salud como en la enfermedad.
E28	CE28. Conocer y comprender los conocimientos de Pedagogía, Psicología y Psicopatología aplicables al ser humano en todos los momentos del ciclo vital de modo que capaciten para evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.
E29	CE29. Conocer y comprender los conocimientos de Sociología y Antropología social que capaciten para la aplicación de tratamientos de Terapia Ocupacional en diferentes instituciones y grupos sociales de modo que permitan prevenir y tratar situaciones de inadaptación y reacción social.
E30	CE30. Conocer y comprender el marco legal y administrativo vigente para realizar las funciones y responsabilidades propias del profesional de Terapia Ocupacional, utilizando adecuadamente los recursos sociosanitarios y económicos.
E31	CE31. Conocer el contexto profesional, ético y legal del terapeuta ocupacional, reconociendo y respondiendo a dilemas y temas éticos en la práctica diaria.
E1	CE1. Reconocer los elementos esenciales de la profesión de terapeuta ocupacional, incluyendo los principios éticos, las responsabilidades legales, el ejercicio profesional centrado en individuos y poblaciones, respetando su autonomía y el secreto profesional.
E2	CE2. Conocer las organizaciones nacionales e internacionales de salud, así como los entornos y condicionantes de los diferentes sistemas de salud.
E3	CE3. Obtener y utilizar datos epidemiológicos y valorar tendencias y riesgos para fundar la toma de decisiones sobre salud.
E4	CE4. Reconocer las propias limitaciones y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional, prestando especial importancia al aprendizaje de manera autónoma de nuevos conocimientos y técnicas y a la motivación por la calidad.
E5	CE5. Conocer, valorar críticamente y saber utilizar las fuentes de información para obtener, organizar, interpretar y comunicar la información científica, sanitaria, sociosanitaria y social, preservando la confidencialidad de los datos.
E6	CE6. Comprender los fundamentos conceptuales de la naturaleza ocupacional del ser humano y el desempeño de sus ocupaciones a lo largo del ciclo vital.
E7	CE7. Comprender y reconocer la interrelación entre los conceptos de bienestar, salud, ocupación significativa, dignidad y participación.
E8	CE8. Comprender y reconocer la importancia de los factores contextuales como determinantes de disfunción ocupacional.
E9	CE9. Reconocer los determinantes de salud en la población, los recursos y equipos multiprofesionales y las acciones de prevención, mantenimiento y promoción de la salud, tanto a nivel individual como comunitario
E10	CE10. Realizar la evaluación y la adaptación del entorno para promover la participación en ocupaciones significativas en las diferentes facetas de la vida diaria, la autonomía personal y la calidad de vida.

Competencias Salamanca

Relación de competencias descritas en el título: Competencias

Básicas:

5 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación
CB1	Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio
CB2	Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio
CB3	Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética
CB4	Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado
CB5	Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía

Competencias Generales:

29 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación
CG1	Reconocer los elementos esenciales de la profesión de terapeuta ocupacional, incluyendo los principios éticos, las responsabilidades legales, el ejercicio profesional centrado en individuos y poblaciones, respetando su autonomía y el secreto profesional.
CG2	Conocer las organizaciones nacionales e internacionales de salud, así como los entornos y condicionantes de los diferentes sistemas de salud.
CG3	Obtener y utilizar datos epidemiológicos y valorar tendencias y riesgos para fundar la toma de decisiones sobre salud.
CG4	Reconocer las propias limitaciones y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional, prestando especial importancia al aprendizaje de manera autónoma de nuevos conocimientos y técnicas y a la motivación por la calidad.
CG5	Conocer, valorar críticamente y saber utilizar las fuentes de información para obtener, organizar, interpretar y comunicar la información científica, sanitaria, sociosanitaria y social, preservando la confidencialidad de los datos.
CG6	Comprender los fundamentos conceptuales de la naturaleza ocupacional del ser humano y el desempeño de sus ocupaciones a lo largo del ciclo vital.
CG7	Comprender y reconocer la interrelación entre los conceptos de bienestar, salud, ocupación significativa, dignidad y participación.
CG8	Comprender y reconocer la importancia de los factores contextuales como determinantes de disfunción ocupacional.
CG9	Reconocer los determinantes de salud en la población, los recursos y equipos multiprofesionales y las acciones de prevención, mantenimiento y promoción de la salud, tanto a nivel individual como comunitario.
CG10	Realizar la evaluación y la adaptación del entorno para promover la participación en ocupaciones significativas en las diferentes facetas de la vida diaria, la autonomía personal y la calidad de vida.
CG11	Obtener y elaborar, con la información relevante, la historia del desempeño ocupacional a lo largo de todo el proceso.
CG12	Realizar la evaluación del funcionamiento ocupacional adecuada a las necesidades de individuos y poblaciones.

Código	Denominación
CG13	Determinar las disfunciones y necesidades ocupacionales, definir la planificación y establecer la intervención de Terapia Ocupacional, utilizando el potencial terapéutico de la ocupación significativa, a través del uso de la actividad, con el consentimiento y la participación de los individuos y poblaciones.
CG14	Realizar la evaluación ocupacional, determinar la planificación y establecer la intervención de Terapia Ocupacional, utilizando el potencial terapéutico de la ocupación significativa, a través del uso de la actividad, con el consentimiento y la participación de los individuos y poblaciones.
CG15	Conocer, seleccionar y aplicar las teorías apropiadas, los marcos de referencia teóricos, los modelos y métodos de práctica de Terapia Ocupacional para elegir o restablecer la ocupación significativa, según las necesidades de salud de individuos y poblaciones.
CG16	Colaborar con grupos y comunidades para promover la salud y el bienestar de sus miembros mediante la participación en la ocupación significativa.
CG17	Comprender los fundamentos de acción, indicaciones y eficacia de las intervenciones de Terapia Ocupacional, basándose en la evidencia científica disponible.
CG18	Reconocer la influencia de las diferencias individuales, religiosas, culturales, así como de las costumbres sobre la ocupación y la participación.
CG19	Adquirir y desarrollar habilidades, destrezas y experiencia práctica en el contexto sociosanitario y comunitario.
CG20	Adquirir conocimientos básicos de gestión y mejora de la calidad de los servicios de Terapia Ocupacional.
CG21	Desarrollar la práctica profesional con respeto a otros profesionales, adquiriendo habilidades de trabajo en equipo.
CG22	Escuchar de manera activa, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas y las demandas ocupacionales de los individuos y poblaciones y comprender el contenido de esta información.
CG23	Establecer una comunicación interpersonal asertiva con todos los interlocutores que sean relevantes durante el proceso de Terapia Ocupacional.
CG24	Elaborar y redactar historias y demás registros de Terapia Ocupacional, de forma comprensible, tanto a público especializado como no especializado.
CG25	Transmitir información oral y escrita, tanto a público especializado como no especializado.
CG26	Capacidad para aplicar los conocimientos al trabajo o vocación de una forma profesional desarrollando las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de la Terapia Ocupacional.
CG27	Capacidad de reunir e interpretar datos relevantes dentro del área de Terapia Ocupacional para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética.
CG28	Capacidad para transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado.
CG29	Desarrollar aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía.

Competencias Específicas:

43 registros encontrados, mostrando del 1 al 30.[Primero/Anterior] **1, 2** [Siguiente/Último]

Código	Denominación
FB1	Conocer y comprender la estructura y función del cuerpo humano de modo que permita evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.

Código	Denominación	
FB2	Conocer y comprender el proceso fisiopatológico en todos los momentos del ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, identificando los problemas y aspectos preventivos y clínicos, de la persona, tanto en la salud como en la enfermedad.	E
FB3	Conocer y comprender los conocimientos de Pedagogía, Psicología y Psicopatología aplicables al ser humano en todos los momentos del ciclo vital de modo que capaciten para evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.	E
FB4	Conocer y comprender los conocimientos de Sociología y Antropología social que capaciten para la aplicación de tratamientos de Terapia Ocupacional en diferentes instituciones y grupos sociales de modo que permitan prevenir y tratar situaciones de inadaptación y reacción social.	E
FB5	Conocer y comprender el marco legal y administrativo vigente para realizar las funciones y responsabilidades propias del profesional de Terapia Ocupacional, utilizando adecuadamente los recursos sociosanitarios y económicos.	E
FB6	Conocer el contexto profesional, ético y legal del terapeuta ocupacional, reconociendo y respondiendo a dilemas y temas éticos en la práctica diaria.	E
FB7	Adquirir habilidades de trabajo en equipo como unidad en la que se estructuran de forma uni o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal relacionados con la evaluación diagnóstica y tratamiento de terapia ocupacional.	E
FB8	Conocer el sistema sanitario español y los aspectos básicos relacionados con la gestión de los servicios de salud, fundamentalmente los que estén relacionados con aspectos rehabilitadores.	E
TO1	Conocer y comprender los antecedentes históricos, fundamentos teóricos y principios metodológicos: aspectos filosóficos, marcos de referencia teóricos, modelos, técnicas, evaluaciones y valoraciones de Terapia Ocupacional necesarios para reconocer e interpretar los procesos de función-disfunción ocupacional.	E
TO2	Comprender las distintas teorías del funcionamiento, autonomía personal, adaptación funcional del/al entorno, así como los modelos de intervención en Terapia Ocupacional, transfiriéndolos a la práctica profesional cotidiana.	E
TO3	Promover la salud y prevenir la discapacidad, adquirir o recuperar el desempeño ocupacional necesario en cada etapa del ciclo vital para lograr la independencia y autonomía en las áreas de desempeño ocupacional de aquellas personas que sufren situaciones de riesgo, déficit orgánicos, limitación en la actividad y la participación y/o marginación social.	E
TO4	Realizar un tratamiento adecuado, respetando las distintas fases y principios básicos, a través de ocupaciones terapéuticas y basado en conocimientos relacionados como la ciencia de la ocupación, en las diferentes áreas de desempeño ocupacional, analizando los componentes de desempeño y los distintos entornos y contextos existentes.	E
TO5	Conocer, diseñar y aplicar las distintas modalidades y procedimientos generales de intervención en Terapia Ocupacional en sus marcos de referencia, evaluando su efectividad en un entorno de trabajo cooperativo.	E
TO6	Fomentar la participación del usuario y familia en su proceso de recuperación.	E
TO7	Conocer, comprender y aplicar los fundamentos de la autonomía personal en las actividades de la vida diaria con y sin adaptaciones y/o ayudas técnicas en el ciclo vital.	E
TO8	Analizar la ocupación en Terapia Ocupacional y su utilización terapéutica en el ciclo vital.	E
TO9	Conocer y comprender los conocimientos de Terapia Ocupacional para la integración del individuo en su entorno a lo largo del ciclo vital.	E
TO10	Aplicar la actividad significativa, el estudio ergonómico, las nuevas tecnologías y la tecnología existentes en Terapia Ocupacional en el ciclo vital.	E
TO11	Conocer, evaluar, analizar, elaborar y participar en programas de educación y promoción de la salud dentro del ámbito de la Terapia Ocupacional para prevenir las disfunciones ocupacionales en general y subsecuentes a afecciones médicas, quirúrgicas y psiquiátricas e inadaptación social.	E

Código	Denominación	
TO12	Conocer, desarrollar y aplicar planes de gestión y administración sanitaria y sociosanitaria aplicados a la provisión de servicios y mejora de la calidad de Terapia Ocupacional.	E
TO13	Explicar los conceptos teóricos que sostienen la Terapia Ocupacional, concretamente la naturaleza ocupacional de los seres humanos y el desempeño de sus ocupaciones.	E
TO14	Explicar la relación entre desempeño ocupacional, salud y bienestar.	E
TO15	Realizar y defender argumentos lógicos y razonados relacionados con la ocupación humana y la Terapia Ocupacional.	E
TO16	Trabajar en colaboración con los individuos y grupos con el fin de participar activamente en la ocupación, a través de la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación y el tratamiento.	E
TO17	Seleccionar, modificar y aplicar teorías de forma apropiada, modelos prácticos de intervención y métodos para satisfacer necesidades ocupacionales y de salud de individuos y poblaciones.	E
TO18	Utilizar el razonamiento ético y profesional de manera eficaz a lo largo del proceso de Terapia Ocupacional.	E
TO19	Adaptar y aplicar el proceso de Terapia Ocupacional en estrecha colaboración con individuos y población, adquiriendo capacidades para intervenir en proyectos de promoción, prevención y protección con un enfoque comunitario y de salud pública.	E
TO20	Apreciar y respetar las diferencias individuales, creencias culturales, costumbres y su influencia en la ocupación y la participación.	E
TO21	Preparar, mantener y revisar la documentación de los procesos de Terapia Ocupacional.	E
TO22	Llevar a cabo el ejercicio profesional de manera ética, respetando a las personas, pacientes y usuarios, teniendo en consideración los códigos de conducta profesional de los terapeutas ocupacionales.	E
TO23	Demostrar seguridad, autoconocimiento, autocrítica y conocimientos de sus propias limitaciones como terapeuta ocupacional.	E
TO24	Desarrollar el conocimiento de la ocupación y de la práctica de Terapia Ocupacional.	E
TO25	Determinar y priorizar los servicios de Terapia Ocupacional.	E
TO26	Comprender y aplicar principios de dirección y gestión en la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional, incluyendo coste-eficacia, administración de recursos y equipamiento y establecimiento de protocolos de Terapia Ocupacional.	E
TO27	Implicarse en un proceso continuo de evaluación y mejora de la calidad en la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional, involucrar a las personas, pacientes y usuarios cuando sea apropiado y comunicar los resultados a las partes interesadas.	E
TO28	Ser capaz de argumentar los principios científicos que sustentan la intervención en terapia ocupacional, adecuándola a la evidencia científica disponible.	E
TO29	Comprender y aplicar el método científico a través de programas de investigación básica y aplicada, utilizando tanto la metodología cualitativa como la cuantitativa aplicada a la Terapia Ocupacional/Ergoterapia y respetando los aspectos éticos.	E
TO30	Utilizar el potencial terapéutico de la ocupación a través del análisis y síntesis de la ocupación y de la actividad.	E
AM1	Conocer y comprender los conocimientos médicos, quirúrgicos y psiquiátricos aplicables al ser humano en todos los momentos del ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, que capaciten para evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.	E
AM2	Conocer y comprender el proceso fisiopatológico en todos los momentos del ciclo vital, identificando los problemas y aspectos preventivos y clínicos de la persona, tanto en la salud como en la enfermedad.	E

Código	Denominación	
AM3	Conocer, evaluar, analizar, elaborar y participar en programas de educación y promoción de la salud dentro del ámbito de la Terapia Ocupacional para prevenir las disfunciones ocupacionales en general y subsecuentes a afecciones médicas, quirúrgicas y psiquiátricas e inadaptación social.	E
AM4	Sintetizar y aplicar el conocimiento relevante de ciencias biológicas, médicas, humanas, pedagógicas, psicológicas, sociales, tecnológicas y ocupacionales, junto con las teorías de ocupación y participación	E
PRT1	Aplicar teorías, fundamentos, metodologías, técnicas, evaluaciones y valoraciones de Terapia Ocupacional, trabajando en equipo y desarrollando las habilidades y destrezas propias en diferentes entornos.	E

COMPETENCIAS U. Castilla La Mancha

Competencias Básicas:

5 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación
CB1	Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio
CB2	Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio
CB3	Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética
CB4	Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado
CB5	Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía

Competencias Generales:

25 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación
A1	Reconocer los elementos esenciales de la profesión de terapeuta ocupacional, incluyendo los principios éticos, las responsabilidades legales, el ejercicio profesional centrado en individuos y poblaciones, respetando su autonomía y el secreto profesional.
A2	Conocer las organizaciones nacionales e internacionales de salud, así como los entornos y condicionantes de los diferentes sistemas de salud.
A3	Obtener y utilizar datos epidemiológicos y valorar tendencias y riesgos para fundar la toma de decisiones sobre salud.
A4	Reconocer las propias limitaciones y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional, prestando especial importancia al aprendizaje de manera autónoma de nuevos conocimientos y técnicas y a la motivación por la calidad
A5	Conocer, valorar críticamente y saber utilizar las fuentes de información para obtener, organizar, interpretar y comunicar la información científica, sanitaria, sociosanitaria y social, preservando la confidencialidad de los datos.
B6	Comprender los fundamentos conceptuales de la naturaleza ocupacional del ser humano y el desempeño de sus ocupaciones a lo largo del ciclo vital.
B7	Comprender y reconocer la interrelación entre los conceptos de bienestar, salud, ocupación significativa, dignidad y participación.
B8	Comprender y reconocer la importancia de los factores contextuales como determinantes de disfunción ocupacional.
B9	Reconocer los determinantes de salud en la población, los recursos y equipos multiprofesionales y las acciones de prevención, mantenimiento y promoción de la salud, tanto a nivel individual como comunitario.
B10	Realizar la evaluación y la adaptación del entorno para promover la participación en ocupaciones significativas en las diferentes facetas de la vida diaria, la autonomía personal y la calidad de vida

Código	Denominación
C11	Obtener y elaborar, con la información relevante, la historia del desempeño ocupacional a lo largo de todo el proceso.
C12	Realizar la evaluación del funcionamiento ocupacional adecuada a las necesidades de individuos y poblaciones
C13	Determinar las disfunciones y necesidades ocupacionales, definir la planificación y establecer la intervención de Terapia Ocupacional, utilizando el potencial terapéutico de la ocupación significativa, a través del uso de la actividad, con el consentimiento y la participación de los individuos y poblaciones.
C14	Realizar la evaluación ocupacional, determinar la planificación y establecer la intervención de Terapia Ocupacional, utilizando el potencial terapéutico de la ocupación significativa, a través del uso de la actividad, con el consentimiento y la participación de los individuos y poblaciones.
C15	Conocer, seleccionar y aplicar las teorías apropiadas, los marcos de referencia teóricos, los modelos y métodos de práctica de Terapia Ocupacional para elegir o restablecer la ocupación significativa, según las necesidades de salud de individuos y poblaciones.
C16	Colaborar con grupos y comunidades para promover la salud y el bienestar de sus miembros mediante la participación en la ocupación significativa.
C17	Comprender los fundamentos de acción, indicaciones y eficacia de las intervenciones de Terapia Ocupacional, basándose en la evidencia científica disponible.
D18	Reconocer la influencia de las diferencias individuales, religiosas, culturales, así como de las costumbres sobre la ocupación y la participación.
D19	Adquirir y desarrollar habilidades, destrezas y experiencia práctica en el contexto sociosanitario y comunitario
D20	Adquirir conocimientos básicos de gestión y mejora de la calidad de los servicios de Terapia Ocupacional.
D21	Desarrollar la práctica profesional con respeto a otros profesionales, adquiriendo habilidades de trabajo en equipo
E22	Escuchar de manera activa, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas y las demandas ocupacionales de los individuos y poblaciones y comprender el contenido de esta información.
E23	Establecer una comunicación interpersonal asertiva con todos los interlocutores que sean relevantes durante el proceso de Terapia Ocupacional.
E24	Elaborar y redactar historias y demás registros de Terapia Ocupacional, de forma comprensible, tanto a público especializado como no especializado.
E25	Transmitir información oral y escrita, tanto a público especializado como no especializado

Competencias Específicas:

43 registros encontrados, mostrando del 1 al 30.[Primero/Anterior] **1, 2** [Siguiente/Último]

Código	Denominación
F1	Conocer y comprender la estructura y función del cuerpo humano de modo que permita evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.
F2	Conocer y comprender el proceso fisiopatológico en todos los momentos del ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, identificando los problemas y aspectos preventivos y clínicos, de la persona, tanto en la salud como en la enfermedad.
F3	Conocer y comprender los conocimientos de Pedagogía, Psicología y Psicopatología aplicables al ser humano en todos los momentos del ciclo vital de modo que capaciten para evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.
F4	Conocer y comprender los conocimientos de Sociología y Antropología social que capaciten para la aplicación de tratamientos de Terapia Ocupacional en diferentes instituciones y grupos sociales de modo que permitan prevenir y tratar situaciones de inadaptación y reacción social.

Código	Denominación
F5	Conocer y comprender el marco legal y administrativo vigente para realizar las funciones y responsabilidades propias del profesional de Terapia Ocupacional, utilizado adecuadamente los recursos sociosanitarios y económicos.
F6	Conocer el contexto profesional, ético y legal del terapeuta ocupacional, reconociendo y respondiendo a dilemas y temas éticos en la práctica diaria.
F7	Adquirir habilidades de trabajo en equipo como unidad en la que se estructuran de forma uni o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal relacionados con la evaluación diagnóstica y tratamiento de terapia ocupacional.
F8	Conocer el sistema sanitario español y los aspectos básicos relacionados con la gestión de los servicios de salud, fundamentalmente los que estén relacionados con aspectos rehabilitadores.
G1	Conocer y comprender los antecedentes históricos, fundamentos teóricos y principios metodológicos: aspectos filosóficos, marcos de referencia teóricos, modelos, técnicas, evaluaciones y valoraciones de Terapia Ocupacional necesarios para reconocer e interpretar los procesos de función-disfunción ocupacional.
G2	Comprender las distintas teorías del funcionamiento, autonomía personal, adaptación funcional del/al entorno, así como los modelos de intervención en Terapia Ocupacional, transfiriéndolos a la práctica profesional cotidiana.
G3	Promover la salud y prevenir la discapacidad, adquirir o recuperar el desempeño ocupacional necesario en cada etapa del ciclo vital para lograr la independencia y autonomía en las áreas de desempeño ocupacional de aquellas personas que sufren situaciones de riesgo, déficit orgánico, limitación en la actividad y la participación y/o marginación social.
G4	Realizar un tratamiento adecuado, respetando las distintas fases y principios básicos, a través de ocupaciones terapéuticas y basadas en conocimientos relacionados como la ciencia de la ocupación, en las diferentes áreas de desempeño ocupacional, analizando los componentes de desempeño y los distintos entornos y contextos existentes.
G5	Conocer, diseñar y aplicar las distintas modalidades y procedimientos generales de intervención en Terapia Ocupacional en sus marcos de referencia, evaluando su efectividad en un entorno de trabajo cooperativo.
G6	Fomentar la participación del usuario y familia en su proceso de recuperación
G7	Conocer, comprender y aplicar los fundamentos de la autonomía personal en las actividades de la vida diaria con y sin adaptaciones y/o ayudas técnicas en el ciclo vital.
G8	Analizar la ocupación en Terapia Ocupacional y su utilización terapéutica en el ciclo vital
G9	Conocer y comprender los conocimientos de Terapia Ocupacional para la integración del individuo en su entorno a lo largo del ciclo vital.
G10	Aplicar la actividad significativa, el estudio ergonómico, las nuevas tecnologías y la tecnología existentes en Terapia Ocupacional en el ciclo vital
G11	Conocer, evaluar, analizar, elaborar y participar en programas de educación y promoción de la salud dentro del ámbito de la Terapia Ocupacional para prevenir las disfunciones ocupacionales en general y subsecuentes a afecciones médicas, quirúrgicas y psiquiátricas e inadaptación social.
G12	Conocer, desarrollar y aplicar planes de gestión y administración sanitaria y sociosanitaria aplicados a la provisión de servicios y mejora de la calidad de Terapia Ocupacional.
G13	Explicar los conceptos teóricos que sostienen la Terapia Ocupacional, concretamente la naturaleza ocupacional de los seres humanos y el desempeño de sus ocupaciones
G14	Explicar la relación entre desempeño ocupacional, salud y bienestar
G15	Realizar y defender argumentos lógicos y razonados relacionados con la ocupación humana y la Terapia Ocupacional.

Código	Denominación
G16	Trabajar en colaboración con los individuos y grupos con el fin de participar activamente en la ocupación, a través de la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación y el tratamiento.
G17	Seleccionar, modificar y aplicar teorías de forma apropiada, modelos prácticos de intervención y métodos para satisfacer necesidades ocupacionales y de salud de individuos y poblaciones.
G18	Utilizar el razonamiento ético y profesional de manera eficaz a lo largo del proceso de Terapia Ocupacional
G19	Utilizar el potencial terapéutico de la ocupación a través del análisis y síntesis de la ocupación y de la actividad.
G20	Adaptar y aplicar el proceso de Terapia Ocupacional en estrecha colaboración con individuos y población, adquiriendo capacidades para intervenir en proyectos de promoción, prevención y protección con un enfoque comunitario y de salud pública.
G21	Apreciar y respetar las diferencias individuales, creencias culturales, costumbres y su influencia en la ocupación y la participación
G22	Preparar, mantener y revisar la documentación de los procesos de Terapia Ocupacional.
G23	Llevar a cabo el ejercicio profesional de manera ética, respetando a las personas, pacientes y usuarios, teniendo en consideración los códigos de conducta profesional de los terapeutas ocupacionales.
G24	Demostrar seguridad, autoconocimiento, autocrítica y conocimientos de sus propias limitaciones como terapeuta ocupacional
G25	Desarrollar el conocimiento de la ocupación y de la práctica de Terapia Ocupacional.
G26	Determinar y priorizar los servicios de Terapia Ocupacional.
G27	Comprender y aplicar principios de dirección y gestión en la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional, incluyendo coste-eficacia, administración de recursos y equipamiento y establecimiento de protocolos de Terapia Ocupacional.
G28	Implicarse en un proceso continuo de evaluación y mejora de la calidad en la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional, involucrar a las personas, pacientes y usuarios cuando sea apropiado y comunicar los resultados a las partes interesadas.
G29	Ser capaz de argumentar los principios científicos que sustentan la intervención en terapia ocupacional, adecuándola a la evidencia científica disponible
H1	Conocer y comprender los conocimientos médicos, quirúrgicos y psiquiátricos aplicables al ser humano en todos los momentos del ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, que capaciten para evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.
H2	Conocer y comprender el proceso fisiopatológico en todos los momentos del ciclo vital, identificando los problemas y aspectos preventivos y clínicos de la persona, tanto en la salud como en la enfermedad.
H3	Conocer, evaluar, analizar, elaborar y participar en programas de educación y promoción de la salud dentro del ámbito de la Terapia Ocupacional para prevenir las disfunciones ocupacionales en general y subsecuentes a afecciones médicas, quirúrgicas y psiquiátricas e inadaptación social
H4	Sintetizar y aplicar el conocimiento relevante de ciencias biológicas, médicas, humanas, pedagógicas, psicológicas, sociales, tecnológicas y ocupacionales, junto con las teorías de ocupación y participación
I1	Prácticas preprofesionales, con una evaluación final de competencias, en Centros de Salud, hospitales y otros centros asistenciales y que permita aplicar teorías, fundamentos, metodologías, técnicas, evaluaciones y valoraciones de Terapia Ocupacional, trabajando en equipo y desarrollando las habilidades y destrezas propias en diferentes entornos.
I2	Trabajo de fin de grado: materia transversal cuyo trabajo se realizará asociado a distintas materias.

Competencias Universidad de Zaragoza

Competencias Básicas:

5 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación
CB1	Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio
CB2	Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio
CB3	Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética
CB4	Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado
CB5	Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía

Descripción detallada de las competencias que se adquieren en la titulación

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS:

1- Aplicar los conocimientos de la Teoría y Práctica de Terapia Ocupacional (1) y Ciencia Ocupacional (21).

2- Aplicar los conocimientos de Estructura y Función del cuerpo humano (2), Fisiopatología (3), Patología Médica (9) y Quirúrgica (13), Pediatría (11), Gerontología y Geriátrica (10), Pedagogía (8), Psicología (4), Psicopatología y Psiquiatría (5), Técnicas ortoprotésicas (18), Ergonomía (20), Nuevas Tecnologías (16) y Deontología (15) dentro del contexto de Terapia Ocupacional.

3- Aplicar terapéuticamente las Actividades de la Vida Diaria (19) y las ocupaciones (17) en todas las áreas de desempeño ocupacional.

4- Trabajar de una manera holística, tolerante, cuidadosa y sensible, respetando los derechos, creencias y deseos de los individuos o grupos (24), en un contexto profesional legal y ético (23) que asegure el mantenimiento de la dignidad, privacidad y confidencialidad de la persona (36).

5- Establecer una comunicación efectiva (46) y relación de empatía con el usuario, familia, grupos sociales y otros profesionales (47), trabajar en equipo con el objetivo de lograr el bienestar del paciente (49) y priorizar y gestionar el tiempo eficientemente mientras se alcanzan los estándares de calidad (52).

6- Identificar los diversos roles, responsabilidades y funciones propias del profesional de Terapia Ocupacional (26), ajustando su intervención para responder efectivamente a las necesidades de la población o la persona (27), así como detectar y anticipar situaciones de riesgo (53)

7- Evaluar, interpretar y sintetizar la información para determinar si la persona es susceptible de recibir tratamiento de Terapia Ocupacional (32), establecer una relación terapéutica apropiada a las distintas etapas del ciclo vital (37), evaluar, planificar y desarrollar programas y tratamientos junto a la persona, familia o cuidadores y otros profesionales (31) en las alteraciones de desempeño ocupacional en el ámbito domiciliario, institucional y laboral (39) con intervención en la adaptación y readaptación del entorno físico, social y cultural (42).

8- Educar, facilitar apoyar y animar el funcionamiento ocupacional, el bienestar y el confort de las poblaciones, comunidades, grupos e individuos cuyas vidas están afectadas por la limitación en el funcionamiento, sufrimiento o enfermedad (25).

9- Aceptar la responsabilidad de su propio aprendizaje y desarrollo profesional continuado, utilizando la evaluación como medio para reflejar y mejorar su actuación y por tanto la calidad de los servicios prestados (28).

COMPETENCIAS GENERALES/TRANSVERSALES

1- Aplicar los conocimientos en la práctica (2), tanto los conocimientos generales básicos sobre el área de estudio (4) como los de la profesión (5).

2- Realizar análisis y síntesis (1), aprender (10), ejercitar crítica y autocrítica (12), adaptarse a nuevas situaciones (13), resolver problemas (15), tomar decisiones (16), generar nuevas ideas (creatividad) (14) y comprometerse éticamente (28).

3- Trabajar tanto de manera autónoma (25) como en un equipo interdisciplinar (17, 20), con desarrollo de habilidades interpersonales (18) y una comunicación oral y escrita en la lengua materna (6) incluso con personas no expertas en la materia (21), así como conocer una 2ª

lengua (7) y trabajar en un contexto internacional (23) con conocimiento de otras culturas y costumbres (24) con apreciación de la diversidad (22).

4- Diseñar y gestionar proyectos (26), ejercer el liderazgo (19) y la iniciativa y espíritu emprendedor (27), planificar y gestionar el tiempo (3), la información de diversas fuentes (11) y realizar un manejo básico de ordenadores (8).

(Entre paréntesis aparece la numeración de las competencias según la 1ª memoria de verificación)

Competencias Universidad Vic

Relación de competencias descritas en el título: Competencias Básicas:

5 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación
CB1	Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio
CB2	Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio
CB3	Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética
CB4	Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado
CB5	Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía

Competencias Generales:

30 registros encontrados, mostrando todos los registros.

Código	Denominación
G01	Capacidad de análisis y de síntesis.
G02	Capacidad de organizar y planificar.
G03	Conocimiento básico general.
G04	Poner los fundamentos en el conocimiento básico de la profesión.
G05	Comunicación oral y escrita en la propia lengua nativa.
G06	Conocimiento de una segunda lengua.
G07	Destreza en el uso elemental de la informática.
G08	Destreza en el uso de la información (habilidad para comprender y analizar la información de fuentes diferentes).
G09	Resolución de problemas.
G10	Toma de decisiones.
G11	Habilidades para la crítica y la autocrítica.
G12	Trabajo en equipo.
G13	Destrezas interpersonales.
G14	Habilidades para trabajar en un equipo interdisciplinario.
G15	Habilidad para comunicarse con expertos de otros campos.
G16	Apreciación de la diversidad y la multiculturalidad.
G17	Habilidad para trabajar en un contexto internacional.
G18	Compromiso ético.

Código	Denominación
G19	Capacidad para aplicar el conocimiento a la práctica.
G20	Destrezas de investigación.
G21	Capacidad para aprender.
G22	Capacidad para adaptarse a situaciones nuevas.
G23	Capacidad para generar nuevas ideas.
G24	Liderazgo.
G25	Comprensión de las culturas y las costumbres de otros países.
G26	Habilidad para trabajar con autonomía.
G27	Diseño y dirección de proyectos.
G28	Iniciativa y espíritu emprendedor.
G29	Preocupación por la calidad.
G30	Sensibilidad ante cuestiones medioambientales.

Competencias Específicas:

49 registros encontrados, mostrando del 1 al 30.[Primero/Anterior] **1, 2** [Siguiente/Último]

Código	Denominación
E13	Fomentar la participación del usuario y familia en su proceso de recuperación.
E14	Conocer, comprender y aplicar los fundamentos de la autonomía personal en las actividades de la vida diaria con y sin adaptaciones y/o ayudas técnicas en el ciclo vital.
E15	Analizar la ocupación en Terapia Ocupacional y su utilización terapéutica en el ciclo vital.
E16	Conocer y comprender los conocimientos de Terapia Ocupacional para la integración del individuo en su entorno a lo largo del ciclo vital.
E17	Aplicar la actividad significativa, el estudio ergonómico, las nuevas tecnologías y la tecnología asistente en Terapia Ocupacional en el ciclo vital.
E18	Conocer, evaluar, analizar, elaborar y participar en programas de educación y promoción de la salud dentro del ámbito de la Terapia Ocupacional para prevenir las disfunciones ocupacionales en general y subsecuentes a afecciones médicas, quirúrgicas y psiquiátricas e inadaptación social.
E19	Conocer, desarrollar y aplicar planes de gestión y administración sanitaria y sociosanitaria aplicados a la provisión de servicios y mejora de la calidad de Terapia Ocupacional.
E20	Conocer y comprender los conocimientos médicos, quirúrgicos y psiquiátricos aplicables al ser humano en todos los momentos del ciclo vital, desde la infancia a la vejez, que capaciten para evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.
E21	Seleccionar, modificar y aplicar teorías de forma apropiada, modelos prácticos de intervención y métodos para satisfacer necesidades ocupacionales y de salud de individuos y poblaciones.
E22	Explicar la relación entre desempeño ocupacional, salud y bienestar.
E23	Realizar y defender argumentos lógicos y razonados relacionados con la ocupación humano y la Terapia Ocupacional.
E24	Demostrar seguridad, autoconocimiento, autocrítica y conocimiento de sus propias limitaciones como terapeuta ocupacional.

Código	Denominación
E25	Sintetizar y aplicar conocimientos relevantes de ciencias biológicas, médicas, humanas, pedagógicas, sociales, tecnológicas y ocupacionales, junto con las teorías de la ocupación y participación.
E26	Apreciar y respetar las diferencias individuales, creencias culturales, costumbres y su influencia en la ocupación y la participación.
E27	Desarrollar el conocimiento de la ocupación y de la práctica de Terapia Ocupacional.
E28	Trabajar en colaboración con los individuos y grupos con el fin de participar activamente en la ocupación, a través de la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación y el tratamiento.
E29	Utilizar el razonamiento ético y profesional de manera eficaz a lo largo del proceso de terapia ocupacional.
E30	Utilizar el potencial terapéutico de la ocupación a través del análisis y síntesis de la ocupación y de la actividad.
E31	Adaptar y aplicar el proceso de terapia ocupacional en estrecha colaboración con individuos y población.
E32	Preparar, mantener y revisar la documentación de los procesos de terapia ocupacional.
E33	Llevar a cabo el ejercicio profesional de manera ética, respetando a las personas, pacientes y usuarios, teniendo en consideración los códigos de conducta profesional de los terapeutas ocupacionales.
E34	Comprender y aplicar principios de dirección y gestión en la prestación de servicios de terapia ocupacional, incluyendo coste-eficacia, administración de recursos y equipamientos y establecimiento de protocolos de Terapia Ocupacional.
E35	Implicarse en un proceso continuo de evaluación y mejora de la calidad en la prestación de servicios de terapia ocupacional, involucrar a las personas, pacientes y usuarios cuando sea apropiado y comunicar los resultados a las partes interesadas.
E01	Conocer y comprender la estructura y función del cuerpo humano de modo que permita evaluar, sintetizar y aplicar tratamientos de Terapia Ocupacional.
E02	Conocer y comprender el proceso fisiopatológico en todos los momentos del ciclo vital, desde la infancia a la vejez, identificando los problemas y aspectos preventivos y clínicos de la persona, tanto en la salud como en la enfermedad.
E03	Conocer y comprender los conocimientos de Pedagogía, Psicología y Psicopatología aplicables al ser humano en todos los momentos del ciclo vital, de modo que capaciten para evaluar, sintetizar tratamientos de Terapia Ocupacional.
E04	Conocer y comprender los conocimientos de Sociología y Antropología social que para la aplicación de tratamientos de Terapia Ocupacional en diferentes instituciones y grupos sociales, de modo que permitan prevenir y tratar situaciones de inadaptación y reacción social.
E05	Conocer y comprender el marco legal y administrativo vigente para realizar las funciones y responsabilidades propias del profesional de Terapia Ocupacional, utilizando adecuadamente los recursos socio-sanitarios y económicos.
E06	Conocer el contexto profesional, ético y legal del terapeuta ocupacional, reconociendo y respondiendo a dilemas y temas éticos en la práctica diaria.
E07	Explicar los conceptos teóricos que sostienen la Terapia Ocupacional, concretamente la naturaleza ocupacional de los seres humanos y el desempeño de sus ocupaciones.
Código	Denominación
E08	Conocer y comprender los antecedentes históricos, fundamentos teóricos y principios metodológicos: aspectos filosóficos, marcos de referencia teóricos, modelos, técnicas, evaluaciones y valoraciones de Terapia Ocupacional necesarios para reconocer e interpretar los procesos de función-disfunción ocupacional.

Código	Denominación
E09	Comprender las distintas teorías del funcionamiento, autonomía personal, adaptación funcional del/al entorno, así como los modelos de intervención en Terapia Ocupacional, transfiriéndolos a la práctica profesional cotidiana.
E10	Realizar un tratamiento adecuado, respetando las distintas fases y principios básicos, a través de ocupaciones terapéuticas y basado en conocimientos relacionados como la Ciencia de la Ocupación, en las diferentes áreas de desempeño ocupacional, analizando los componentes de desempeño y los distintos entornos y contextos existentes.
E11	Promover la salud y prevenir la discapacidad, adquirir o recuperar el desempeño ocupacional necesario en cada etapa del ciclo vital para lograr la independencia y autonomía en las áreas de desempeño ocupacional de aquellas personas que sufren situaciones de riesgo, déficits orgánicos, limitación en la actividad y la participación y/o marginación social.
E12	Conocer, diseñar y aplicar las distintas modalidades y procedimientos generales de intervención en Terapia Ocupacional en sus marcos de referencia, evaluando su efectividad en un entorno de trabajo cooperativo.
E36	Determinar y priorizar los servicios de Terapia Ocupacional.
U01	Utilizar estrategias y habilidades que permitan una comunicación efectiva con pacientes, familias y grupos sociales, así como la expresión de sus preocupaciones e intereses.
U02	Identificar los factores que intervienen en el trabajo en equipo y en situaciones de liderazgo.
U03	Analizar las necesidades de atención y de provisión de servicios de las personas en situación de vulnerabilidad, así como de su entorno sociofamiliar, desde una perspectiva interdisciplinar e intersectorial con el fin de asegurar una atención integrada y la continuidad asistencial.
U04	Conocer la terminología científica en otro idioma.
U05	Conocer, seleccionar, aplicar e interpretar las pruebas estadísticas con el fin de aplicarlas adecuadamente en el análisis de datos.
U06	Construir una relación terapéutica como base del proceso de la terapia ocupacional.
U07	Comprender e interpretar fuentes de información, orales y escritas, especializadas en Ciencias de la Salud en una segunda lengua.
U08	Trabajar para facilitar entornos accesibles y adaptados y promover la justicia ocupacional.
U09	Establecer una relación empática y de acompañamiento con los enfermos y familiares.
U10	Comprender el método científico a través de programas de investigación básica y aplicada, utilizando tanto la metodología cualitativa como cuantitativa aplicada a la Terapia Ocupacional y respetando los aspectos éticos.
U11	Conocer y comprender la interacción de los aspectos socioculturales en el mantenimiento de la salud o en la aparición de la enfermedad.
U12	Conocer e identificar los problemas psicológicos y físicos derivados de la violencia de género para capacitar al estudiante en la prevención, la detección precoz, la asistencia y la rehabilitación de las víctimas de esta forma de violencia.
U13	Reconocer las situaciones de riesgo vital y saber ejecutar maniobras de soporte vital básico y avanzado.