

USE OF SELF IN OCCUPATIONAL THERAPY: MAKING RELATIONSHIPS INTENTIONAL

USO DEL "SELF" EN TERAPIA OCUPACIONAL: CREANDO RELACIONES INTENCIONALES¹

Palabras Clave: relación, uso del self, razonamiento clínico, modelo de relación intencional

Key Words: relationship, use of self, clinical reasoning, intentional relationship model



Autora:

Renee R. Taylor, Ph.D.

*Department of Occupational Therapy
University of Illinois at Chicago
Chicago, Illinois USA*

Traducción al español del texto²

Use of Self in Occupational Therapy: Making Relationships Intentional

Texto traducido por :

Dña. María Pais Abejón
Terapeuta Ocupacional

Dña. María Jesús Viña Areosa
Terapeuta Ocupacional

Traducción revisada por:

D. José Ramón Bellido Mainar.

Como citar el original:

Taylor RR. Use of Self in Occupational Therapy: Making Relationships Intentional. *Ergosci.* 2007; 2: 1-10.

Como citar la traducción:

Taylor RR. Uso del "Self" en Terapia Ocupacional: Creando relaciones intencionales. [Traducción]. *TOG (A Coruña)* [revista en Internet]. 2011 [-fecha de la consulta-]; 8(13): [29p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num13/pdfs/modelotaylor0.pdf>

Un estudio a nivel nacional, sobre la práctica de los terapeutas ocupacionales dentro de los Estados Unidos demostró que más del 80% de los terapeutas consideraron que el uso terapéutico del "self" es el determinante de más importancia para el éxito de los resultados de la terapia. (Taylor, Lee, Kielhofner, & Ketkar, 2007). En una encuesta similar en Reino Unido, el 83% de los que respondieron situaron la importancia del buen trato en el uso del "self" y el 72% situó que esto es un determinante clave en los resultados (Summerfield, Forsyth, & Taylor, 2007). Por otro lado, menos de la mitad de los terapeutas estadounidenses y sólo la mitad de los terapeutas ingleses sintieron que fue adecuado el entrenamiento en este área durante sus estudios

¹ **Nota de los editores:** Cuando realizamos la traducción de intencional por intencional, estamos queriendo expresar que es una relación que tiene un propósito deliberado vinculado a la recuperación de la persona a través de lo que ocurra en la interacción personal. Habitualmente esto se denomina en castellano se denomina relación terapéutica.

² **Nota de los editores:** Agradecemos la colaboración de Dña. R Taylor, y a los editores de la Revista Ergoscience por facilitarnos la autorización para la traducción de este documento. A D. José Ramón Bellido por realizar los contactos con la autora, y a Dña. María Pais Abejón y María Jesús Viña, sin su ayuda no podríamos haber realizado dicha traducción y a D. Pedro Moruno por su contribución en la concreción de la terminología en su traducción al castellano.

RESUMEN

Objetivo: revisar el campo de la literatura que concierne al uso terapéutico del "self", identificar los campos de conocimiento, y proponer un modelo de práctica conceptual que responda a cuestiones sin contestar dentro de la literatura. **Método:** se trata de una revisión no sistemática enfatizando el punto de vista del autor. Damos una visión de conjunto de las más prominentes contribuciones teóricas y científicas con respecto al uso del "self" en el campo de historia de la terapia ocupacional. **Resultados:** Basándose en la revisión literaria, identificamos lagunas en el conocimiento existente sobre el uso del "self". Tratamos de dirigir esas preguntas proponiendo un modelo práctica conceptual preliminar, el modelo de relación intencional, y guiar el razonamiento clínico en esta descuidada área. **Conclusión:** Aunque no se aborden todas las preguntas relacionadas con el uso del self en terapia ocupacional, creemos que el modelo de relación intencional proporciona nuevos conceptos y técnicas/destrezas clínicas utilizables que son necesarias para fomentar y mejorar las relaciones en terapia ocupacional.

SUMMARY

Objective: To review the field's literature concerning therapeutic use of self, identify gaps in the field's knowledge, and propose a conceptual practice model that addresses unanswered questions within the literature. **Method:** This is an unsystematic literature review in which the author's viewpoint is emphasized. We overview the most prominent theoretical and scientific contributions regarding use of self throughout the history of the field of occupational therapy. **Results:** Based on the literature review, we identified gaps in existing knowledge about use of self. We attempted to address these questions by proposing a preliminary conceptual practice model, the intentional relationship model, to guide clinical reasoning in this neglected area. **Conclusion:** Though it does not address all questions related to use of self in occupational therapy, we believe that the intentional relationship model provides new concepts and concrete, usable clinical skills that are necessary to foster and improve relationships in occupational therapy.

que se centra específicamente en el uso del "self". Además, incluimos una explicación de la investigación, que ha sido dirigida hasta ahora para apoyar el desarrollo de este modelo.

Método

Buscamos cinco bases de datos específicas entre el 1 de abril de 2007 y el 1 de mayo del 2007 incluyendo Medline, PSYCHINFO, CINAHAL, ERIC, and the Science Citation Index. La primera base de datos consultada fue PSYCHINFO, la cual incluye un archivo histórico que se remonta a 1887.

Criterios de Inclusión/Exclusión: los materiales se incluyeron si cumplían los siguientes criterios:

de terapia ocupacional.

Estas opiniones sobre la importancia del uso del rol del "self" en terapia ocupacional son apoyadas por otros estudios de investigación en el campo. Un creciente número de estudios indican que la relación cliente-terapeuta es un determinante clave en el conjunto del éxito del tratamiento (Cole & McLean, 2003; Ayres-Rosa & Hasselkus, 1996). En este artículo, revisamos la literatura en el uso del "self" dentro del campo de la terapia ocupacional. Esto es, tras una razonada exposición para la introducción de un nuevo modelo de práctica conceptual, el único de este tipo

- Cualquier referencia en artículos de revista relacionado con la relación terapéutica en terapia ocupacional, incluyendo documentos de investigación originales, breves informes, documentos teóricos y documentos de opinión.
- Cualquier libro o capítulo de libro centrado directamente en la relación terapéutica en terapia ocupacional.

Fueron excluidos materiales que no fueron revisados, no emanados/procedentes del campo de la terapia ocupacional, y/o si no se relacionaron directamente con temas de la relación terapéutica.

Síntesis de Datos: se sintetizaron y categorizaron históricamente artículos, libros y capítulos de libros sobre el uso del "self" enfatizando tres áreas diferenciadas sobre este "uso".

En base al momento en que se publicaron los artículos originales, fueron clasificados en una de las tres épocas históricas establecidas por Kielhofner (2004) etiquetadas como: Primera era ocupacional, *Early Occupational Era* de los mecanismos internos *Era of Inner Mechanisms* y Retorno a la ocupación (era contemporánea) *Return to Occupation (Contemporary Era)*.

Resultados

Es evidente a partir de la literatura que el tema general del uso terapéutico del "self" ha estado presente/escrito en la historia de la terapia ocupacional. Estrategias diferentes de cómo los terapeutas ocupacionales deben comunicarse e interactuar con los clientes han cambiado el pensamiento sobre cómo se ha desarrollado la práctica con el tiempo. Nuestra revisión identificó tres épocas distintas en la terapia ocupacional (Kielhofner, 2004). Cada una de estas épocas ofrece una perspectiva e importancia única en el papel de la relación cliente-terapeuta en el proceso de la terapia.

Early Occupational Era. La primera época que ha denominado la *Occupational Era* (la Era Ocupacional) refleja los valores que se llevaron a cabo por los fundadores del campo (Kielhofner, 2004). Las primeras descripciones

relacionadas con el uso terapéutico del "self" surgieron en Europa a finales de los años 1700 durante el tiempo/época del tratamiento moral. (Bing, 1981; Bockoven, 1971). El tratamiento moral hizo hincapié en la facilitación de la autodeterminación a través de la participación en las actividades diarias tales como artes y oficios/artesanías, deportes, y otras actividades. Cuando emergieron a comienzos del 1900 mayores aproximaciones disciplinarias a la terapia ocupacional, los valores humanistas defendidos por el tratamiento moral fueron resaltados. Los defensores del tratamiento moral argumentaron que todas las recomendaciones para la actividad deben basarse en una comprensión profunda de la personalidad del paciente, sus preferencias e intereses (Bing, 1981). Valores interpersonales adicionales de consideración y bondad se sostuvieron como fundamentos. En esta época, la relación terapéutica existía sólo como un medio para alentar a los clientes a participar en la ocupación. En la creación de esta relación, el papel del terapeuta era servir como un:

- experto
- guía
- modelo de rol
- motivador a través de la persuasión
- simulador de la alegría de la ocupación
- inculcador de confianza
- creador de un entorno físico y social positivo

En la mitad del siglo XX, la literatura refleja una salida abrupta de las aproximaciones interpersonales y los valores de la primera era ocupacional.

En cambio, la literatura se presenta más coherente con conceptos, enfoques y valores de una era más analítica que ha sido titulada la Era de los Mecanismos Interiores ***Era of Inner Mechanisms***. (Kielhofner, 2004): En esta época, el deterioro subyacente del cliente se convirtió en el foco. Arraigado en la base del modelo médico, el papel del terapeuta durante esta época era entender los matices y corregir lo que se consideraban desviaciones internas del cuerpo y la mente. La relación cliente-terapeuta fue vista como el mecanismo central para

el cambio, y la comprensión de esta relación se basaba en parte en los principios influenciados por una perspectiva psicoanalítica. A menudo, la relación era vista como un medio por el cual entender los motivos inconscientes del cliente, los deseos y el comportamiento hacia los demás y hacia las ocupaciones. Dentro de esta relación, el papel del terapeuta era:

- comportarse de una manera competente y profesional
- asumir una actitud impersonal y objetiva hacia el cliente.
- infundir esperanza
- ser discreto
- ejercer autocontrol
- buen juicio
- confidencialmente identificar y utilizar las reacciones de los pacientes para responder a la planificación

Dentro del ámbito de la salud mental, el cual entonces comprendía una cantidad significativa en la práctica de la terapia ocupacional, era común esperar que el cliente alcanzaría la catarsis a través de actuaciones y motivaciones y deseos inconscientes dentro de la relación terapéutica. Luego, el terapeuta ayuda al cliente a lograr comprender los problemas que se han mostrado y como estos influyen en los sentimientos del cliente y los comportamientos patológicos.

En la década de 1970, algunos creyeron que la ocupación había perdido su lugar como la dinámica clave/esencial de la terapia (Schwartz, 2003; Shannon, 1977; Kielhofner and Burke, 1977; Yerxa, 1967).

Return to Occupation (Contemporary Era) (Vuelta a la Ocupación. Era Contemporánea). En la última parte del siglo XX la literatura cambió, una vez más. En lugar de centrarse en los mecanismos internos del "self" la literatura volvió a insistir de nuevo en el valor la ocupación. La literatura era compatible con una época que Kielhofner (2004) etiquetó como El Retorno a la Ocupación (Return to Occupation). En parte, esta nueva etapa representa una reacción a

lo que se percibe como un énfasis excesivo en el papel de la relación terapéutica en la época de los mecanismos internos. En esta época contemporánea, el fuerte enfoque en la relación terapéutica³ ha sido anulado en favor de un renovado hincapié en la participación de profesionales como el verdadero mecanismo para el cambio y los resultados positivos en la terapia ocupacional (Schwartz, 2003; Shannon, 1977; Kielhofner y Burke, 1977; Yerxa, 1967).

Al igual que en la temprana época ocupacional, el papel de las relaciones en la era contemporánea es más unidimensional en su enfoque, por tanto es estrictamente para facilitar la participación del cliente en la ocupación. El papel del terapeuta es utilizar una variedad interpersonal de estrategias para que las ocupaciones resulten atractivas.

Dentro de esta época contemporánea, hubo tres movimientos centrales con los cuales se asoció la relación cliente-terapeuta:

- colaboración y abordaje centrados en el cliente.
- énfasis en el cuidado y la empatía.
- uso de narrativa y razonamiento clínico.

Colaboración y abordajes centrado en el cliente (e.g., Duncan 2006, Mosey, 1970; Townsend, 2003) se han focalizado en reajustar los desequilibrios de poder dentro de la relación terapéutica y en la facilitación del control del cliente en la toma de decisiones y en la resolución de problemas. En general, estos enfoques resaltan la comunicación abierta, la orientación hacia la perspectiva del cliente, el reconocimiento de las fortalezas del cliente, los objetivos y prioridades comunes, y una asociación de colaboración. También se ha resaltado la autoconciencia del terapeuta. Se anima a los terapeutas a reconocer/conocer, controlar y corregir las reacciones no terapéuticas,

³ **Nota de los editores:** la autora se refiere a relación terapéutica desde un perspectiva psicoanalítica, donde la relación terapéutica establecida entre el cliente y el terapeuta ocupacional es una herramienta de primer orden para ser utilizada como generadora de cambios fundamentales en su estructura de personalidad y los procesos psicopatológicos

incorporar sus propias experiencias de vida en la comprensión de las perspectivas de sus propios clientes, y dibujar/aprovechar sus reacciones personales de cara a los clientes para orientar/guiar su razonamiento clínico.

Junto con los enfoques de colaboración y centrados en el cliente, la época contemporánea también se ha caracterizado por resaltar la empatía y el cuidado dentro de la relación terapéutica. Esto se puede resumir como una mayor importancia en los cambios/intercambio emocional que se produce entre el cliente y el terapeuta, tanto en la actividad dirigida a objetivos como sobre las actividades que promueven el crecimiento personal. (Baum, 1980; Devereaux, 1984; Gilfoyle, 1980; King, 1980; Peloquin, 1989a; 1989b; 1990; 1993; 1995; 2002; 2003; Yerxa, 1980). El cuidado se consideró como un valor muy necesario definiéndose de la siguiente forma (Baum, 1980; Devereaux, 1984; Gilfoyle, 1980; King, 1980; Yerxa, 1980):

- conocimiento íntimo
- comunicación eficaz/ comunicar de manera eficaz
- Eliminación del foco sobre el deterioro
- flexibilidad para adaptarse a las demandas/exigencias ambientales y situacionales
- aprovechar la voluntad de cada cliente
- creer en el potencial innato de la persona
- usar el humor
- conectar/conexión a nivel emocional
- usar el contacto para conectar, y
- restaurar/reestablecer el control personal a través de la actividad
- recientemente se ha escrito ampliamente, sobre la empatía y se ha definido como la comunicación de la asociación
- un giro hacia el alma de cliente
- un reconocimiento de cómo uno es similar al cliente y de cómo el clientes es único
- una entrada/acceso en la experiencia del cliente

- una conexión con los sentimientos del cliente.
- la energía para recuperarse de esa conexión y mantener la fuerza para continuar el trabajo terapéutico.

Peloquin (1989b, 1990, 1993) resaltó el rol del arte, la literatura, la imaginación y la auto-reflexión. Alegó, además, que las características fundamentales que se requieren para desarrollar la utilización terapéutica del uso del "self" se transmite a través de la lectura y la literatura y viendo y haciendo arte (Peloquin, 1989b). Peloquin defendía que dotar a los terapeutas de poemas e historias de ficción o reales que pusieran de manifiesto la empatía y las consecuencias de la despersonalización debido a actitudes negligentes y a la falta de comunicación podría motivar enormemente el desarrollo de la del cuidado. (Peloquin, 1990, 1993, 1995).

El razonamiento clínico y los enfoques narrativos conforman la categoría final general de la era contemporánea que incluye la relación cliente- terapeuta como un punto central (Clark, 1993; Crepeau, 1991; Flemming, 1991; Jonsson, Josephsson, & Kielhofner, 2001; Kielhofner, 1997; Lyons & Crepeau, 2001; Mattingly, 1991; Mattingly, 1994; Mattingly & Flemming, 1994; Rogers, 1983; Schell & Cervero, 1993; Schell, 2003),

Los enfoques del razonamiento clínico incorporan el pensamiento sobre las relaciones como un componente de su enfoque global para dar sentido a los resultados de la valoración y el desarrollo de un plan de tratamiento (Mattingly y Flemming, 1994). Este elemento se ha denominado como un razonamiento interactivo (Mattingly & Flemming, 1994) que ha sido descrito como una "práctica clandestina" en la terapia ocupacional (Flemming, 1991) porque se sabe relativamente poco sobre los mecanismos que lo sustentan. Una excepción implica el trabajo de Mattingly y Gillette (1991), que dio lugar a seis estrategias de construcción de relaciones pertinentes para el razonamiento clínico. Estas incluyen:

- proporcionarle elección a los clientes
- individualizar tratamientos.

- estructuración de las actividades de tratamiento para maximizar el potencial de éxito.
- Salir de la función terapéutica formal y hacer favores especiales o actos de bondad para los clientes.
- Compartir las historias personales con los clientes, y
- solucionar los problemas de forma conjunta.

Los enfoques narrativos (por ejemplo, el razonamiento narrativo) son desarrollados en paralelo con los enfoques de razonamiento clínico (Kielhofner, 1997; Mattingly, 1994). Los enfoques narrativos buscan organizar y dar sentido a la información de los clientes, animándolos a presentar información sobre ellos mismos a través de cuentos, poesía, o metáfora. Pensar en forma de historia es un pensamiento que permite tanto al cliente como al terapeuta descubrir el significado de la experiencia de deterioro según la perspectiva única del cliente. Los enfoques terapéuticos se centran/dirigen entonces hacia la reconstrucción de narrativas más esperanzadoras y reformas de la historia de vida.

Discusión

De la literatura observamos que la opinión de la terapia ocupacional sobre la relación terapéutica ha cambiado y se desarrollado a lo largo de la historia. Las perspectivas iniciales de la primera época/era de campo, puso de relieve la centralidad de la ocupación y el rol del terapeuta en la promoción del compromiso ocupacional. La segunda era, redefinía la relación terapéutica como un proceso psicodinámico que, según/de acuerdo a algunas perspectivas, sustituía/reemplazaba la ocupación como la dinámica central de la terapia. Con alguna excepción, esta idea ha sido, en gran parte rechazada a favor del enfoque contemporáneo, renovando el foco sobre la ocupación

Durante nuestra era contemporánea de enfoque mayormente ocupacional, hay tres principales temas relacionados con la relación terapéutica descrita en la introducción de la anterior: (1) colaboración y abordajes centrados en el

cliente; (2) énfasis en el cuidado y la empatía; y (3) razonamiento clínico y uso de narrativa. Estos son temas importantes que ofrecen unos amplios y útiles principios relacionados con el uso terapéutico del "self"

A pesar de que estos enfoques coexisten con el énfasis de regresar al campo del compromiso profesional, no abordan directamente la cuestión de cómo el uso terapéutico del "self" puede ser utilizado específicamente para promover tanto el compromiso/participación ocupacional como los resultados positivos de la terapia. Su relación en la práctica ocupacional enfocada se asume pero no hace explícito.

Además, algunos suponen implícitamente que, cuando los terapeutas alcanzan un estado de reflexión, agradecimiento y conexión emocional con los clientes, simplemente surge un proceso terapéutico positivo. Este supuesto es una máxima que parece estar en contradicción en la experiencia de la mayoría de los terapeutas ocupacionales en activo. A pesar de existir una extensa presencia de la literatura contemporánea, la práctica en el centrada en el cliente, el cuidado, la empatía, el razonamiento clínico y la narrativa, según la gran mayoría de los encuestados la terapia ocupacional no tiene los suficientes conocimientos para apoyar el uso terapéutico del "self" (Taylor, Lee, Ketkar, & Kielhofner, 2007; Sommerfield, Forsyth, & Taylor, 2007). Sus perspectivas sugieren que algo sigue faltando.

Hasta la fecha, no ha habido ningún esfuerzo por integrar todos los enfoques contemporáneos interpersonales en la terapia ocupacional dentro de una explicación coherente de la relación terapéutica. Por otra parte, más allá de principios generales, hay pocos detalles sobre cómo la relación terapéutica debería abordarse y gestionarse en función del tema central, la participación del cliente en la ocupación. Por consiguiente, sigue habiendo una falta de claridad en la definición exacta, el uso, y la pertinencia/relevancia del uso del "self" en terapia ocupacional.

Estas observaciones fueron los impulsos para desarrollar el modelo de práctica conceptual presentado en este artículo, el Modelo de Relación Intencional. Este modelo fue desarrollado en un intento de clarificar y proporcionar una orientación más detallada sobre cómo aprobar el uso terapéutico del "self" en terapia ocupacional. El uso terapéutico del "self" implica una toma de decisiones muy personal, individualizada y subjetiva. Para algunos terapeutas el proceso es impulsado por las reacciones emocionales de los clientes y una confianza percibida en una inhata capacidad intuitiva. Otros en gran parte, perciben el progreso como racional y basado en la aplicación disciplinada de un conjunto de directrices interpersonales. Sin tener en independencia de esos puntos de vista, el uso terapéutico del "self" es, en gran parte, producto del grado de posesión de la base de conocimientos y destrezas/habilidades interpersonales que pueden ser aplicadas cuidadosamente a los acontecimientos interpersonales comunes en la práctica. Por consiguiente, el uso terapéutico del "self" es una habilidades/destreza de la terapia ocupacional que se debe desarrollar, reforzar, controlar y refinar.

El Modelo de Relación Intencional⁴

El Modelo de Relación Intencional explica el uso terapéutico del "self" y su relación con el compromiso/participación ocupacional. Además, proporciona un mapa de medios, interpretación y respuesta a los acontecimientos interpersonales únicos del día a día de la terapia ocupacional, a través de la incorporación de una variedad de perspectivas, habilidades y enfoques. El modelo proporciona a los educadores, supervisores, estudiantes, médicos; un vocabulario común con el cual discutir y describir el fenómeno interpersonal que tiene un impacto continuo en la práctica diaria.

El Modelo de Relación Intencional fue desarrollado en un periodo de tres años. En parte, sus conceptos se basan a gran escala en las respuestas de profesionales (n: 1000, tasa/porcentaje de respuesta 64%) en una encuesta a nivel nacional sobre los conocimientos de los terapeutas ocupacionales, actitudes y comportamientos interpersonales relacionados con el uso del "self". (Taylor, Lee, Kielhofner, & Ketkar, 2007). Además, 12 profesionales de la terapia ocupacional de varias regiones del mundo fueron observados y entrevistados utilizando una entrevista semiestructurada desarrollada por el autor. En cada región, estos terapeutas ocupacionales fueron nombrados por sus iguales como poseedores de un talento excepcional en términos de sus habilidades/capacidad para formar una relación terapéutica exitosa, con un gran registro de clientes. También participaron en una entrevista inicial introductoria con el autor para determinar su idoneidad para su participación en la entrevista y observación formal. Las ideas/percepciones que surgieron de la observación de estos expertos terapeutas, fueron fundamentales para el desarrollo de este modelo. En su mayoría, se observaron seis modos coherentes de interacción en los 12 terapeutas ocupacionales.

⁴ **Nota de los editores:** Cuando realizamos la traducción de intencional por intencional, estamos queriendo expresar que es una relación que tiene un propósito deliberado vinculado a la recuperación de la persona a través de lo que ocurra en la interacción personal. Habitualmente esto se denomina en castellano se denomina relación terapéutica.

Además, muchos de los conceptos del modelo de relación intencional tienen su origen en la teoría subyacente a los modelos de práctica de psicoterapia. Sin embargo, el modelo de relación intencional reconoce una diferencia fundamental entre la terapia ocupacional y la psicoterapia tradicional. La Figura 1 muestra el proceso de la psicoterapia tradicional. En psicoterapia, la relación interpersonal entre el cliente y el terapeuta es el foco central. La comunicación verbal entre cliente y terapeuta es larga, intensa, altamente compleja, matizada y deriva del detalle de los modelos conceptuales de cómo el cambio psicológico debería producirse. La comunicación interpersonal es generalmente la única actividad que se produce durante la psicoterapia.

Figura 1. La relación entre el cliente y el terapeuta en la psicoterapia tradicional.

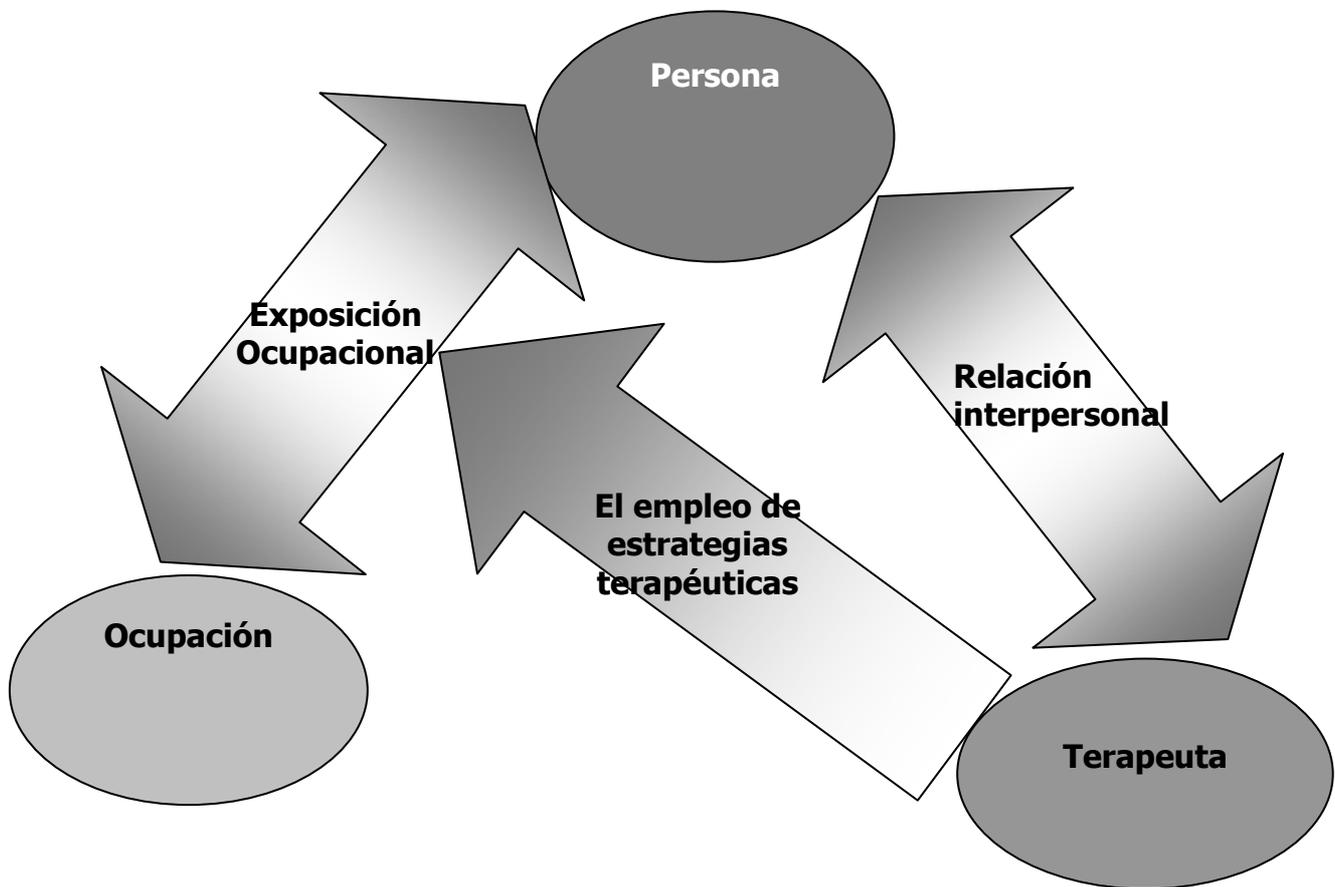


En la terapia ocupacional la relación cliente- terapeuta no puede ni pretende emular la intensidad, duración, y complejidad de la relación tradicional de la psicoterapia. Por el contrario, el foco central de la terapia ocupacional es el compromiso ocupacional. En la figura 2 se presenta un diagrama del único rol que la relación terapéutica juega en la terapia ocupacional.

Tal y como se muestra, el terapeuta ocupacional utiliza un número de estrategias terapéuticas, normalmente enraizadas en los modelos de práctica existentes, para facilitar el compromiso/participación del cliente en la ocupación. Dependiendo de las necesidades ocupacionales, capacidades, y diagnóstico del cliente, cualquier número de modelos de práctica de terapia ocupacional podrían ser empleados solos o combinados para promover el compromiso/participación ocupacional. Sin embargo, esta tarea principal de promover el compromiso ocupacional mediante la utilización de los métodos y estrategias específicas de la terapia ocupacional no existe en el aislamiento de

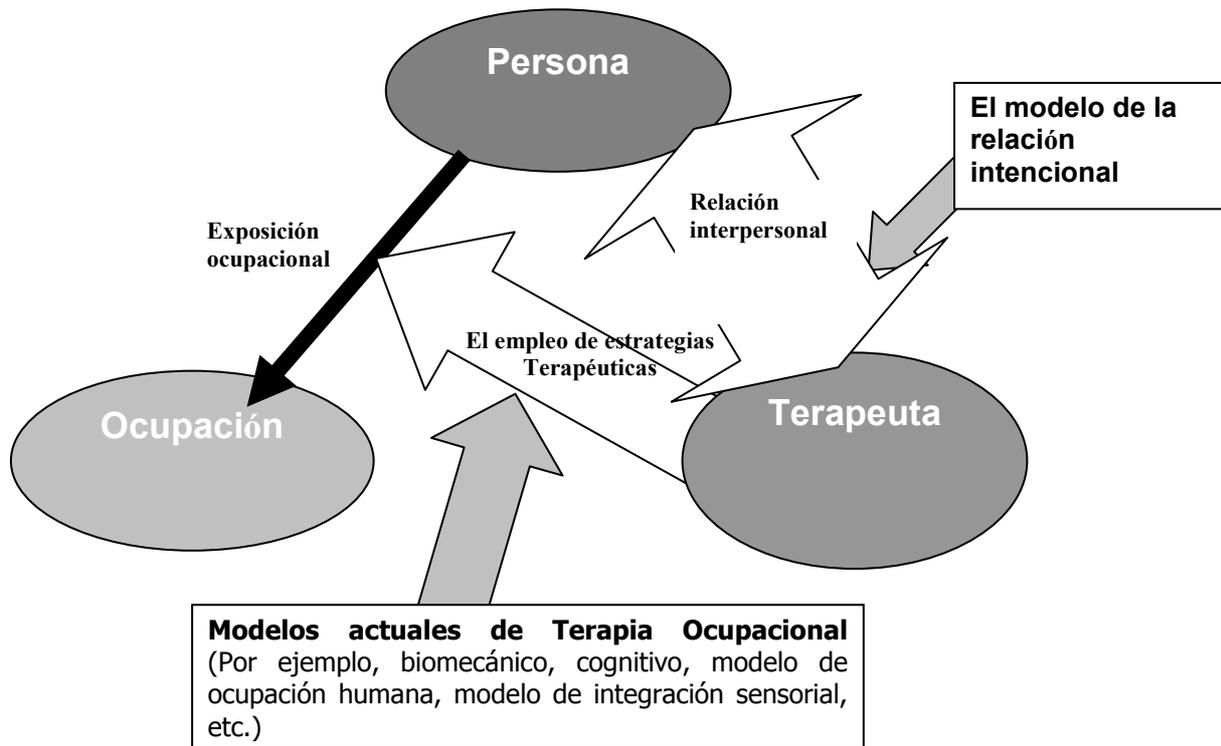
un proceso más amplio de relación que se produce entre el cliente y el terapeuta

Figura 2. La relación única entre el cliente, el terapeuta, y la ocupación en la terapia ocupacional



El modelo de relación intencional explica/aclara que la relación entre el cliente y el terapeuta es parte del proceso general de la terapia ocupacional. Por lo tanto, el modelo de relación intencional trata de complementar la existencia de modelos conceptuales de la práctica de la terapia ocupacional en lugar de reemplazar cualquier modelo único. Explica los aspectos detallados y de gran alcance de la relación cliente-terapeuta aspecto importante de la terapia ocupacional que no se aborda por otros modelos de la práctica conceptual. La Figura 3 muestra cómo la relación intencional está diseñada para complementar el uso de otros modelos conceptuales de práctica de terapia ocupacional.

Figura 3. El modelo de relación intencional como complemento a los actuales modelos de terapia ocupacional



Como puede observarse, el modelo de relación intencional debe complementar los conceptos habituales y las estrategias de terapia ocupacional que están encaminadas directamente a facilitar el compromiso ocupacional. La utilidad del modelo para la terapia ocupacional se basa en el abordaje de los aspectos de las relaciones interpersonales que se producen durante el proceso de la terapia, de otra manera desarticulada y que influya tanto en la participación ocupacional como en los resultados de la terapia. La siguiente sección define los elementos de este modelo y proporciona una explicación de cómo los elementos interactúan para optimizar las condiciones para una relación exitosa entre cliente-terapeuta en la terapia ocupacional.

Para reiterar, el modelo de relación intencional no es un modelo independiente de la práctica de la terapia ocupacional. Si un terapeuta únicamente utiliza este modelo, el trabajo esencial de la terapia ocupacional no se produciría. Este modelo fue diseñado para llenar un vacío en el conocimiento de nuestra práctica sobre cómo gestionar los aspectos interpersonales de la terapia-

particularmente los más difíciles. Este modelo debería complementar los modelos ya existentes para facilitar que el proceso de establecimiento de una relación exitosa con los clientes sea más fácil, más clara y más directa.

Elementos del Modelo de Relación Intencional. Este artículo proporciona solamente una visión básica/una visión en conjunto del Modelo de Relación Intencional. Aquellos que estén interesados en un tratamiento más a fondo/profundo deberían consultar *The Intentional Relationship: Therapeutic Use of Self in Occupational therapy (Taylor)*. En la Figura 4 se presenta un diagrama resumen del modelo.

Figura 4. El modelo de las relaciones intencionales en Terapia Ocupacional



El modelo de relación intencional (IRM por sus siglas en inglés) considera que la relación terapéutica está compuesta por cuatro elementos centrales:

1. El cliente.
2. Los acontecimientos interpersonales que ocurren durante la terapia.
3. El terapeuta.
4. La ocupación.

El modelo explica los requisitos para una relación funcional cliente-terapeuta e incorporar directrices para responder a acontecimientos/sucesos interpersonales que frecuentemente suceden en la terapia. En la siguiente sección, se describen los aspectos relevantes de cada elemento del modelo.

El Cliente. Según el IRM, el cliente es el punto principal/central. Es responsabilidad del terapeuta trabajar para desarrollar una relación positiva con el cliente y responder apropiadamente cuando se produzcan acontecimientos/sucesos interpersonales. Para desarrollar esta relación y responder adecuadamente al cliente, un terapeuta debe trabajar para entender/comprender al cliente desde una perspectiva interpersonal.

Esto implica conocer las **características interpersonales del cliente**. Según el IRM, las características interpersonales del cliente pueden ser comprendidas de acuerdo a dos dimensiones:

- Características situacionales
- Características permanentes/duraderas

Características situacionales son las características interpersonales que son incompatibles/que no concuerdan con la forma en que un cliente se comporta normalmente y coherentemente, al interactuar con los demás. En cambio, reflejan una reacción aguda emocional del cliente a una situación específica. Por lo general, las características situacionales del cliente atraen nuestra atención/nos llaman la atención cuando él o ella se encuentra con una situación que es de algún modo dolorosa, frustrante o estresante. Para la mayoría, las situaciones estresantes resultan de un estado negativo emocional que hace que sea temporalmente difícil participar en ocupaciones que estaban planeadas. Por lo tanto, las características situacionales del cliente es probable que salgan a la superficie cuando interfieren en las habilidades de cliente para realizar las actividades de terapia como estaban previstas.

Es más probable que se revelen las características situacionales del cliente en la terapia cuando éste se enfrenta a una situación donde experimenta algún aspecto inmediato que lo perjudique y/o el medio ambiente como un factor estresante. Déficits, especialmente cuando son nuevos o cuando hay una crisis médica o una exacerbación de la gravedad que altera una relación habitual con

el medio, a menudo hacen que las personas experimenten mayor estrés. Los terapeutas son animados a asumir, en algún nivel, que la situación de deterioro de un cliente y/o la interacción del cliente con un entorno desadaptado o difícil provocará que el cliente sea más vulnerable a experimentar una variedad de reacciones emocionales, muchas de las cuales pueden ser percibidas como negativas o al menos atípicas para ese individuo.

Por ejemplo, sentimientos de pérdida son comunes entre personas con discapacidad reciente y pueden manifestarse en términos de tristeza, irritabilidad, ansiedad, inseguridad o ira. El comportamiento del terapeuta, si se percibe como insensible, crítico, o indiferente, puede ser también una fuente de estrés y hacer que el cliente interactúe de una manera que generalmente suele ser incompatible con su personalidad. Es importante para los nuevos terapeutas reconocer que éstas y otras reacciones emocionales agudas son normales. De hecho, se dan en muchas situaciones del cuidado de la salud. Que no existe ninguna reflexión sobre el carácter de la persona ó su personalidad. Sin embargo, tienen el potencial para jugar dentro de la relación terapéutica, y la forma en la cual un terapeuta escoge responde y a menudo es vital para el futuro de esa relación.

Por el contrario. *Las características permanentes* son los aspectos más estables y consistentes del comportamiento interpersonal del cliente. No están necesariamente relacionados con la situación de adquirir una discapacidad o a una reacción del medio ambiente o a falta de adaptación a ese deterioro. **En** cambio constituyen un perfil interpersonal que es idiosincrático para el cliente. Las características interpersonales permanentes incluyen cosas tales como el estilo preferido de comunicación de un cliente, capacidad de confianza, necesidad de control, orientación general de relación, y la forma habitual de responder al cambio, desafíos o frustración.

Las características permanentes y situacionales son, se retroalimentan debido a que coexisten en cada cliente. El comportamiento que refleja una reacción

emocional aguda a un evento estresante puede atenuar temporalmente, alterar, o intensificar una conducta interpersonal en lo que son por lo general categorías más estables. Por ejemplo, un cliente que normalmente responde a una situación de difícil adaptación, puede llegar a irritarse cuando el terapeuta le recomienda una actividad más complicada si, antes de ese día, el cliente se sometió a una biopsia dolorosa y entonces, descubrió que no tenía los fondos para pagar el transporte después de salir de la consulta del médico. Del mismo modo, la reacción de un cliente durante una situación estresante, puede reflejar una intensificación de una característica subyacente que de otra manera es más difícil de detectar. Por ejemplo, la fuerte necesidad de control de un cliente, puede surgir sólo cuando el cliente se enfrenta a una situación estresante o exigente. Así que, si bien hay una cierta incertidumbre de las dos categorías, la razón para distinguir las características situacionales de las permanentes es para informar a los terapeutas en la comprensión del cliente en situaciones de estrés y sin estrés, para que las respuestas terapéuticas puedan ser debidamente adaptadas y moduladas.

Los ***acontecimientos interpersonales de la terapia***. Un acontecimiento interpersonal es una comunicación de origen natural, reacción, proceso, tarea o circunstancia general que se produce durante la terapia y que tiene el potencial de menoscabar o fortalecer la relación terapéutica. En la terapia, estos sucesos pueden ser precipitados por los siguientes tipos de circunstancias:

- Resistencia del cliente (por ejemplo, un cliente se niega o se siente incapaz de participar en alguna actividad),
- comportamiento del terapeuta (por ejemplo, el terapeuta hace una pregunta que el cliente percibe como una intromisión, o le es emocionalmente difícil de enfrentar),
- exposición de las emociones fuertes del cliente en la terapia (por ejemplo, un cliente de edad avanzada empieza a llorar durante el entrenamiento en la transferencia, o un niño corre hacia la terapeuta y la abraza en medio de una actividad sensorio-motora)

- una circunstancia difícil de la terapia (por ejemplo, un cliente se siente avergonzado por haber perdido el control vesical, o se siente frustrado o temeroso en medio de una actividad),
- una división o conflicto entre el cliente y el terapeuta (por ejemplo, el cliente se siente ofendido por un comentario hecho por el terapeuta)
- diferencias sobre el objetivo de la terapia (por ejemplo, un cliente insiste en el objetivo que el terapeuta cree que no es posible, o el terapeuta recomienda un objetivo que el cliente rechaza)
- petición del cliente que pone a prueba los límites o limita la relación terapéutica (por ejemplo, el cliente invita al terapeuta a asistir a su boda)

Éstos, por supuesto, son sólo algunos de los miles de posibles acontecimientos interpersonales que se producen en el curso de la terapia ocupacional. Cuando los acontecimientos interpersonales de la terapia se producen, su interpretación por el cliente es un producto de serie única de las características interpersonales de éste. A veces, el acontecimiento puede tener un efecto significativo sobre el cliente y otras veces éste no se verá afectado o se afectará mínimamente. Cuando estos sucesos ocurren, lo que es importante es que el terapeuta tenga en cuenta que el acontecimiento ha ocurrido y que asuma la responsabilidad para responder adecuadamente.

Los acontecimientos interpersonales son:

- Inevitables en el curso de la terapia
- Delimitan tanto una amenaza como una oportunidad

Los acontecimientos interpersonales son parte del constante dar y tomar que ocurre en un proceso de terapia. Éstos son distinguidos de otros acontecimientos o procesos en los que cargaron con la posibilidad de una respuesta emocional o cuando se producen después de la reflexión. En consecuencia, si son ignorados o no se responden de manera óptima, estos acontecimientos pueden poner en peligro tanto la relación terapéutica como el

compromiso ocupacional del cliente. Cuando son respondidos óptimamente, estos eventos pueden ofrecer oportunidades de aprendizaje positivo para el cliente o cambiar y solidificar la relación terapéutica. Debido a que son inevitables en cualquier interacción terapéutica, una de las tareas principales de una práctica de terapeuta, de acuerdo con el modelo de relación intencional, es responder a estos acontecimientos inevitables en un camino que conduce a la reparación y el fortalecimiento de la relación terapéutica.

El terapeuta. En el modelo de relación intencional, el terapeuta es responsable de hacer todos los esfuerzos razonables para que la relación funcione. En concreto, el terapeuta es responsable de ofrecer tres capacidades interpersonales principales en la relación:

- Una base de habilidades interpersonales
- Modos terapéuticos (o estilos interpersonales)
- Capacidad de razonamiento interpersonal

Esta sección ofrece una breve descripción de cada una de estas capacidades interpersonales. La primera capacidad implica el desarrollo y la aplicación de un amplio rango de conocimientos acerca de cómo administrar los diversos aspectos de la relación con otras personas. La base de la habilidad interpersonal del terapeuta consta de un conjunto de habilidades que son aplicadas juiciosamente por el terapeuta para construir una relación funcional de trabajo con el cliente. La perspectiva del modelo es que, dependiendo de las experiencias únicas, conocimiento y las capacidades innatas del terapeuta, algunas de estas habilidades serán más naturales, mientras que otras requerirán un gran esfuerzo y práctica para desarrollarse.

Estas habilidades interpersonales se resumen en términos de nueve categorías:

- comunicación terapéutica
- habilidades de entrevista e interrogatorio estratégico
- establecimiento de relaciones con los clientes
- familias, sistemas sociales y grupos

- trabajar eficazmente con los supervisores, los jefes, y otros profesionales
- la comprensión y el manejo del comportamiento interpersonal dificultoso
- **cambios/respiros empáticos y conflictos**
- comportamiento profesional, valores y ética
- auto-cuidado del terapeuta y desarrollo profesional

La primera categoría, la comunicación terapéutica, consiste en actividades tales como habilidades de comunicación verbal y no verbal, la escucha terapéutica, la asertividad, proporcionando a los clientes instrucciones y retroalimentación, buscando y respondiendo a las reacciones de los clientes. Las habilidades de entrevista son otro conjunto de destrezas que implican estar alerta y con intención sobre la forma en que uno se aproxima al proceso de hacer una pregunta al cliente. El interrogatorio socrático es un enfoque específico para interrogar procedente de la psicología cognitiva (por ejemplo, Beck, 1995). Se trata de hacer preguntas de modo que guíen al que responde a pensar de manera más amplia o de forma diferente. El establecimiento de relaciones con los clientes incluye la construcción compenetrada, haciendo encajar un estilo terapéutico a las exigencias interpersonales del cliente, dirigiendo sus emociones fuertes, un uso adecuado de comunicar las cosas, y la competencia cultural.

Debido a que muchos clientes tienen cuidadores, familiares u otras personas con quienes tienen contacto regular, la comprensión y el trabajo con las familias, los sistemas sociales y los grupos son un aspecto esencial de la práctica de la terapia ocupacional. Ésta incluye el uso de los principios de la guía IRM, en combinación con las importantes teorías de sistemas, para obtener la colaboración de socios, padres, otros familiares y amigos para atender a las metas de la terapia. También implica la comprensión de la estructura, del proceso y de las dinámicas interpersonales de la terapia de grupo.

Otra habilidad fundamental consiste en saber cómo trabajar en colaboración con los supervisores, los jefes, y otros profesionales. Se trata de saber cómo comunicarse con otros profesionales acerca de los clientes tanto en presencia como en ausencia de éstos. Además, es necesario comprender las dinámicas de poder y los sistemas de valores que están detrás de las relaciones entre supervisor / estudiante y jefe / empleados. Comprender y manejar el comportamiento dificultoso de los clientes es otra categoría de las habilidades interpersonales necesarias requeridas en algunas situaciones de la práctica. Se trata de saber cómo responder con eficacia a las conductas que implican manipulación, dependencia excesiva, síntomas, resistencia, desconexión emocional, negación, dificultad con la simpatía y la confianza, y hostilidad. Responder eficazmente ayudará a limitar el grado en que este comportamiento interrumpe la meta y el proceso de la terapia.

Saber cómo resolver los conflictos y cambios empáticos (o divisiones en la comprensión entre el cliente y el terapeuta) es otro conjunto de habilidades fundamentales que pueden salvar una relación que está en problemas o reparar amenazas de menor importancia que de no ser así comportaría una relación de otro modo funcional. El comportamiento profesional y ético abarca el conocimiento de cómo sus propios valores son consistentes o inconsistentes con los valores fundamentales de terapia ocupacional, el comportamiento ético y la toma de decisiones, auto-conciencia comportamental en torno a los clientes, ser fiable y de confianza, la defensa de la confidencialidad, y el establecimiento y la gestión de los límites profesionales. El auto-cuidado del terapeuta incorpora el conocimiento y la gestión de las propias reacciones emocionales de los clientes y ser responsable ante las reacciones, una capacidad general para la auto-reflexión, la capacidad de gestionar la propia vida personal y buscar apoyo cuando sea necesario, y la capacidad de mantener la perspectiva respecto a los resultados del cliente.

La segunda capacidad interpersonal que un terapeuta aporta a la relación cliente-terapeuta es su modo, o modos, terapéuticos primarios. Un **modo terapéutico** es una forma específica de relacionarse con un cliente. **La IRM identifica seis modalidades terapéuticas:**

- promocionar
- colaborar
- empatizar
- fomentar
- instruir
- resolver problemas

Una breve definición de cada modo se proporciona en la Tabla 1.

Tabla 1. seis modalidades terapéuticas

| Modo | Definición |
|---|--|
| Partidario, defensor, abogando por (Advocating) | Asegurar que los derechos del cliente se cumplen y los recursos están asegurados. Puede requerir al terapeuta ser un mediador, facilitador, negociador, ejecutor, o cualquier otro tipo de rol con las personas y organismos externos. |
| Colaborador (Collaborating) | Esperando que el cliente sea un participante activo. Garantizar la elección, la libertad y la autonomía en la mayor medida posible. |
| Empático (Empathizing) | Continuar, tratando de entender los pensamientos, sentimientos y comportamientos del cliente, mientras se suspende cualquier tipo de juicio. Asegurarse que el cliente verifica y experimenta la comprensión/entendimiento del terapeuta como algo verídico/sincero y válido. |
| Capacitador/potenciador/fomentador (Encouraging) | Aprovechar la oportunidad de infundir esperanza en un cliente. Celebrando el pensamiento de un cliente o el comportamiento a través del refuerzo positivo. Transmitir una actitud de gozo, alegría y confianza. |
| Instructor (Instructing) | Con cuidado, realizar la estructuración de las actividades de la terapia y ser explícitos con los clientes sobre el plan, la secuencia y los eventos de la misma. Proporcionar instrucciones claras y retroalimentación sobre el desempeño. El establecimiento de límites en las peticiones de un cliente o de comportamiento. |
| Resolutor de Problemas (Problem-solving) | Facilitar el pensamiento pragmático y resolver dilemas, esbozando las opciones, lo que plantea cuestiones estratégicas, y proporcionar oportunidades para el pensamiento comparativo o analítico. |

Los terapeutas usan de forma natural modalidades terapéuticas que son compatibles con sus características de personalidad fundamentales. Por ejemplo, un terapeuta que tiende a ser más un oyente que un interlocutor y

cree en la importancia de comprender la perspectiva de otra persona antes de hacer una propuesta sería probable que usara la empatía como modo primario terapéutico en la terapia. Los terapeutas varían ampliamente en cuanto al alcance y la flexibilidad con la que usan los modos de relacionarse con los clientes. Algunos terapeutas se refieren a los clientes en una o dos formas primarias, mientras que otros recurren a múltiples modalidades terapéuticas en función de las características interpersonales del cliente y la situación, o inevitables acontecimientos interpersonales. Una de las metas en el uso del modelo de relación intencional es que llegue ser cada vez más cómoda la utilización de cualquiera de los seis modos de manera flexible e intercambiable en función de las necesidades del cliente. Una modalidad terapéutica o un conjunto de modos definen el **estilo interpersonal** general del terapeuta cuando interactúa con un cliente. Los terapeutas pueden utilizar todos los seis modos de forma flexible y cómoda, y para adaptar esos modos al cliente y la situación, son descritos con un **estilo interpersonal multimodal**.

De acuerdo con la IRM, la elección de un terapeuta y la aplicación de una modalidad terapéutica o de un conjunto de modos debe depender en gran medida de las características interpersonales duraderas del cliente. Además, ciertos sucesos o acontecimientos interpersonales en la terapia pueden requerir un cambio de modo. Un **cambio de modo** es un cambio consciente en la propia manera de relacionarse con un cliente. Cambios de modo son requeridos con frecuencia en respuesta a los acontecimientos interpersonales que se dan en la terapia. Por ejemplo, si un cliente percibe que los intentos de un terapeuta en la resolución de un problema son insensibles o se pasan del límite, sería prudente que el terapeuta cambie el modo de resolución del problema a un modo de empatía para que pueda obtener una mejor comprensión de la reacción del cliente y de la raíz del dilema. Un proceso de razonamiento interpersonal, descrito en el párrafo siguiente, puede ser utilizado para guiar al terapeuta para decidir cuándo puede ser requerido un cambio de modo y determinar qué modo alternativo seleccionar. Debido a que los aspectos

interpersonales de la práctica de la terapia ocupacional son complejos y requieren a un terapeuta que posea una personalidad terapéutica altamente adaptativa, el modelo de relación intencional recomienda que los terapeutas aprendan a dibujar todas las seis modalidades terapéuticas de una manera flexible, de acuerdo a las diferentes necesidades interpersonales de cada cliente y las exigencias particulares de cada situación clínica.

La tercera competencia interpersonal del terapeuta consiste en la capacidad de participar en un proceso de **razonamiento interpersonal** cuando un dilema interpersonal se presenta en la terapia. El razonamiento interpersonal es un proceso gradual por el cual el terapeuta decide qué decir, hacer o expresar en reacción a la aparición de un dilema interpersonal en la terapia. Éste incluye el desarrollo de una vigilancia mental hacia los aspectos interpersonales de la terapia en previsión de que un dilema pudiese suceder, y un mecanismo de revisión y evaluación de opciones para responder. Los seis pasos de razonamiento interpersonal incluyen:

1. Anticipar
2. Identificar y hacer frente
3. Determinar si se requiere un cambio de modo
4. Elegir un modo de respuesta o la secuencia de modo
5. Recurrir a cualquiera de las habilidades interpersonales relevantes relacionadas con el modo (s)
6. Intercambio de ideas

Una extensa descripción y discusión de estos pasos se puede encontrar en Taylor (in press).

La Ocupación Deseada. El compromiso ocupacional del cliente es la cuestión clave y única en el proceso de la terapia ocupacional. El componente final del modelo de relación intencional es la ocupación deseada. La **ocupación deseada** es la tarea o actividad que el terapeuta y el cliente han seleccionado para la terapia. Estas ocupaciones deseadas pueden incluir una amplia gama de tareas y actividades tales como vestirse, conducir, ir de compras, juego de

motricidad gruesa, participar en un grupo de fijación de metas, completar una actividad artesanal, o participar en una tarea de trabajo simulado o modificado. La selección de la ocupación y el apoyo para el compromiso ocupacional será informado principalmente por otros modelos conceptuales de la práctica de terapia ocupacional tales como el modelo biomecánico, el modelo de integración sensorial, o el modelo de ocupación humana (Kielhofner, 2004)

La función principal del modelo de relación intencional es permitir que el terapeuta maneje la dinámica interpersonal entre el cliente y el terapeuta, que también se produce como parte del proceso de la terapia. Esta dinámica interpersonal influye en el compromiso ocupacional y también sirve como un escenario en el cual las reacciones emocionales tienen su origen o el compromiso ocupacional puede ser dirigido positivamente. Así según el modelo la relación terapéutica funcional simultáneamente como:

- un apoyo al compromiso ocupacional y
- un lugar donde las emociones y el proceso de afrontamiento asociado con las deficiencias del cliente y sus implicaciones para la participación ocupacional pueden ser abordados.

Conclusión

En la terapia ocupacional, el uso terapéutico del "self" es un aspecto fundamental de la práctica que tiene importantes implicaciones en términos del curso y de los resultados finales de la terapia. En el presente artículo, aprendimos que iniciar y mantener una relación que sostiene el compromiso ocupacional es un proceso complejo y dinámico que debe ser intencionado para que sea lo más receptivo posible en el desarrollo de las necesidades interpersonales del cliente en la terapia. El artículo comenzó con una reseña histórica de las conceptualizaciones y los enfoques previos para el uso terapéutico del "self" a lo largo de la historia de nuestro campo. Se proporcionó una justificación de la necesidad de un modelo conceptual de práctica que únicamente se ocupe de los aspectos interpersonales de la terapia ocupacional

y que no interfiera con otros modelos y enfoques de la práctica. Se presentó un modelo que responde a esa necesidad, el modelo de relación intencional. Se describieron los componentes principales del modelo y sus relaciones.

Bibliografía

La bibliografía de este artículo podrá obtenerla en: Taylor RR. Use of Self in Occupational Therapy: Making Relationships Intentional. Ergosci. 2007; 2: 1–10.