

Autonomía Profesional del Terapeuta Ocupacional¹

Olga Luz Peñas Felizzola²

La terapia ocupacional, a lo largo de sus treinta años, ha vivido grandes cambios que, de una u otra manera, influyen sobre el curso de la profesión. Así, hechos como la profesionalización de la carrera, la creación de la Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional, el surgimiento de numerosas instituciones para la formación del recurso humano y la participación del terapeuta ocupacional en el sistema de seguridad social vigente, entre muchos otros, constituyen en sí mismos factores de desarrollo y fortalecimiento profesional.

Este nivel de desarrollo y fortalecimiento alcanzado por una profesión se evidencia de manera clara a través de la autonomía profesional. Sobran razones para declarar la autonomía como elemento vital de una profesión y, por consiguiente, el desarrollo de estudios en este tema es imprescindible para la comunidad profesional. Así, este estudio se convierte en un primer esfuerzo por ahondar en un tema de indudable relevancia para la disciplina.

1. AUTONOMÍA DE LAS PROFESIONES

“Una característica importante que distingue las profesiones es la autonomía con que cuentan” (Light, y cols, 1991, 561). La autonomía profesional se refiere a la libertad que poseen los profesionales de determinado campo para ejercer las funciones sin la intervención de otros, teniendo en cuenta los cánones o estándares que les rigen. Es la posesión de libertad para decidir sobre los medios de evaluación, análisis y solución de problemas (Raelin, 1991).

¹ Resumen del trabajo elaborado bajo la dirección de Alicia Trujillo Rojas como requisito de grado para optar por el título de terapeuta ocupacional. Recibió Distinción Meritoria por parte del jurado calificador en 1998.

² Terapeuta ocupacional y Candidata a Magíster Sc. en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia.

Para Light, Keller y Calhain (1991), la práctica de una profesión debe guardar estrecha relación con la autonomía, dado que es un elemento distintivo de ellas, con relación a las semiprofesiones (ocupaciones que no alcanzan a cumplir las exigencias o características de una profesión, entre otras, la autonomía). Un verdadero profesional se supone que no requiere aprobación, intervención o supervisión externa, dado que es competente para auto regularse. Visto de otro modo, las profesiones están en una búsqueda continua de libertad para seleccionar y participar de los compromisos internos de la comunidad a la cual pertenecen (Argirys y Schön, 1980).

1.1 Autonomía y ética

Cada profesión tiene un campo de acción delimitado, con funciones definidas, sustentadas en su propio código de ética, lo cual permite a sus profesionales conocer con especificidad la magnitud y restricción con que pueden llevar a cabo sus acciones. La autonomía, según Andrew Abbott (1983), guarda estrecha relación con la ética profesional. Este vínculo se debe a que la ética establece las reglas fundamentales de conducta para cada profesión, delimitándolas en cuanto a su campo de intervención; campo en el cual debe desenvolverse la comunidad profesional para no ceder o quitar autonomía a otras, al restar funciones que les pertenecen.

1.2 Autonomía en la prestación de servicios de terapia ocupacional

Son diversas las situaciones a través de las cuales puede observarse el grado de autonomía profesional del terapeuta ocupacional, referidas al área de servicios humanos:

1.2.1 Remisiones

Los miembros de una profesión deben estar en capacidad de determinar si el caso es de su competencia, es decir, tomar la decisión de prestar sus servicios según su juicio experto. Lo anterior no obsta para señalar que el proceso de remisión a terapia ocupacional por parte de otro profesional no es deseable, habida cuenta que, por ejemplo, en el sector salud el médico general o especialista es responsable del acceso de los pacientes al sistema, de acuerdo con lo reglamentado por el sistema vigente de seguridad social (Ley 100 de 1993).

Adicionalmente, la remisión por otro profesional fomenta el conocimiento y la interacción disciplinaria cuando, debido a la complejidad de la atención ésta debe ser prestada desde diversos campos del conocimiento, como sucede con la rehabilitación de la discapacidad. Lo importante para el terapeuta ocupacional es entender que la decisión de atender a la persona debe ser producto de su propio análisis juicioso y razonamiento clínico en su campo de competencia (Trujillo, 1997).

1.2.2 *Evaluación*

La evaluación es el proceso encaminado a la obtención de información acerca del estado y condiciones del usuario del servicio, y puede ser llevada a cabo a través de instrumentos formales e informales, propios o de otras disciplinas.

El uso de los instrumentos propios de terapia ocupacional por parte de su comunidad, fortalece el quehacer terapéutico y afianza la credibilidad del terapeuta ante la sociedad, al permitir la comprobación de hipótesis y el afianzamiento del sustento teórico de su ejercicio.

1.2.3 *Diagnóstico*

Es importante conocer las prácticas diagnósticas de terapia ocupacional en Colombia como elemento fundamental en la determinación de la autonomía profesional. El hecho de diagnosticar permite saber el grado de evolución teórica y práctica de una profesión, y con ello la capacidad profesional para la identificación y el manejo de casos que le competen. La autonomía profesional reflejada en la elaboración de los diagnósticos está determinada por la aplicación del bagaje teórico, conceptual y práctico en el razonamiento clínico de la comunidad de terapia ocupacional.

En terapia ocupacional, hasta el momento, no se conoce ningún sistema genérico para diagnosticar las entidades atendidas. Hay sistemas diagnósticos específicos de algunas teorías como la Integración sensorial (Hopkins y Smith, 1988) y la Ocupación humana (Kielhofner y Burke, 1980), que diagnostican entidades específicas derivadas de su posición teórica particular. Se cuenta también con la terminología uniforme de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional, que permite utilizar conceptos unificadamente en la elaboración de diagnósticos y a lo largo de todo el proceso de intervención terapéutica. Se conocen algunos sistemas no diseñados

por terapia ocupacional que son útiles como la Clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, de la Organización Mundial de la Salud (1991) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DMS-III-R).

1.2.4 *Intervención*

La intervención constituye un factor esencial en la autonomía del terapeuta ocupacional, ya que en este proceso el profesional debe ejercer las acciones propias de la disciplina con base en su criterio idóneo. Así, en los diversos pasos del proceso de intervención, la presencia de la autonomía es vital para su adecuado desarrollo, pues cada una de las acciones del profesional se respalda en un vasto y fortalecido sustrato teórico que le da autoridad para seleccionar e implementar el programa de atención.

En el caso de terapia ocupacional, los profesionales tienen la competencia para hacer uso de una serie de estrategias encaminadas a mejorar los niveles de funcionalidad en el desempeño ocupacional del individuo. Las estrategias empleadas en la prestación del servicio de terapia ocupacional son cuatro: "las actividades de independencia funcional, juego-distracción; la utilización consciente del terapeuta como elemento que promueve y facilita el crecimiento intraindividual y las relaciones interpersonales; el proceso enseñanza-aprendizaje...; y el medio ambiente físico y social..." (Trujillo, 40; retomando a Mosey, 1981; Trujillo, 1985).

1.2.5 *Fundamentos teóricos de terapia ocupacional*

Para las profesiones, un elemento de gran valor lo constituye la generación y utilización del conocimiento desarrollado por su comunidad científica. "La construcción teórica propia es esencial para la supervivencia de una disciplina y para la utilización que de ella hace el profesional en su praxis... la teoría orienta al profesional en la interpretación de la realidad y lo guía en su abordaje de aspectos determinados dentro de su dominio de estudio" (Trujillo, 1987, 44). La investigación constituye el camino para la construcción teórica disciplinar, permitiendo con ello la profundización y mayor solidez en el campo de conocimientos de la profesión.

En terapia ocupacional se cuenta con un acopio de modelos aplicables a las diversas áreas, que permite un desempeño basado en el sustento teórico propio. Con ello, los terapeutas ocupacionales poseen una importante herramienta para el res-

paldo de su quehacer, pues posibilita la argumentación de sus acciones con sólidas teorías de la disciplina y la complementación con otras diferentes, para fortalecer en últimas al gremio, con la credibilidad y reconocimiento de su práctica profesional.

1.2.6 Terminología

En el manejo conceptual de cada profesión juega un papel fundamental la terminología empleada, ya que proporciona uniformidad en las definiciones, categorizaciones y explicaciones acerca de las situaciones manejadas dentro del área de competencia. Según Borst y Nelson (1993, 612), la terminología "... facilita el uso uniforme de términos y definiciones en la profesión...", y permite, igualmente, "... crear una base de términos consistentes para ser usados en publicaciones, educación y en la práctica".

Aun cuando los terapeutas ocupacionales cuentan con terminología uniforme (propuesta por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional), varios estudios desarrollados sobre este tema (Fleming, 1991; Borst y Nelson, 1993; Darnell y Heater, 1994) han señalado la poca utilización que de ella se hace en la práctica. Según Fleming (1991, 988), "la terminología usada en la literatura es inconsistente y algunos términos se superponen o tienen diferente significado". La solidez profesional, con base en lo anterior, está influenciada directamente por la utilización de la propia terminología, ya que brinda la oportunidad de explicar y definir mediante el empleo especializado de ésta, y facilita a sus profesionales ser identificados en la sociedad.

1.2.7 Trabajo interprofesional

El trabajo interprofesional consiste en la participación de un equipo de representantes de diversas disciplinas afines, reunidos con el fin de aportar desde sus propias perspectivas conceptos sobre el manejo de un problema o situación compleja. Así, aunque cada una tiene una perspectiva propia, todas van enfocadas hacia el mismo individuo y se complementan unas con otras. Esta modalidad de trabajo está dada con el fin de profundizar en un área del saber en la cual confluyen las diversas disciplinas participantes, para lo cual se requiere que cada una aporte su bagaje teórico y práctico, con el objetivo de complementar y aclarar los conceptos de su pertinencia.

2. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

El estudio fue de carácter descriptivo, encaminado a determinar y analizar las características de la autonomía profesional de los terapeutas ocupacionales. La autonomía se miró a través de tres dimensiones: proceso de ingreso de usuarios al servicio; desarrollo del programa de intervención terapéutica; y sustento teórico del programa.

Para la realización del estudio se tomó como población a todos aquellos miembros de la Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional (254 asociados). Se seleccionó la población con un tiempo de ejercicio mínimo de un año en servicios humanos, en la ciudad de Santafé de Bogotá (en total 41 terapeutas), de los cuales se seleccionaron al azar 28 terapeutas ocupacionales para integrar la muestra definitiva del estudio.

Para la recolección de la información se diseñó la encuesta estructurada "Autonomía Profesional del Terapeuta Ocupacional - A.P.T.O." (Anexo 1), producto de la revisión bibliográfica, intra y extra profesional y de su aplicación preliminar, en una prueba piloto.

3. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1 La población

A continuación se describen los hallazgos en cuanto a las características de la población de estudio:

3.1.1 Edad

Se encontró que la mayoría de terapeutas (64%) se encuentra entre los 26 y 35 años. El rango de edad que le sigue en frecuencia es el de 36 a 45 (18%). Llama la atención que la menor representación (7%) corresponde al grupo mayor de 46 años, grupo que por su mayor experiencia presumiblemente estaría contribuyendo a darle al ejercicio un sello de mayor autonomía, ya que los terapeutas ocupacionales de mayor edad tienden a publicar más y a asumir el liderazgo profesional, por lo cual su participación juega un papel importante para obtener mayores niveles de autonomía.

3.1.2 Sexo

Se halló predominancia femenina (93%), hallazgo coherente con una característica de la profesión a lo largo de la historia, ya que desde el inicio de la terapia ocupacional en Colombia, el recurso humano ha estado constituido fundamentalmente por mujeres

3.1.3 Tiempo de ejercicio

Los periodos de tiempo con mayor representación son los menores (menos de cinco años el 21%, de seis a diez años el 53% y de once a quince años el 14%), es decir, que la mayoría de los profesionales ha ejercido la terapia ocupacional por un máximo de diez años (gráfico 3). Este período es inferior al esperado si se tiene en cuenta que la profesión lleva tres décadas en Colombia y, por lo tanto, la experiencia de sus profesionales debería ser más amplia. Sin embargo, como fue señalado con anterioridad, en lo referente a la edad, el mayor número de terapeutas ocupacionales de la muestra se encuentra entre 26 y 35 años; esto puede explicar la escasa experiencia profesional (Gómez, 1997). El hallazgo, como se señaló en lo relativo a edad, es preocupante precisamente porque podría suponerse que a mayor tiempo de experiencia profesional, mayor el nivel de autonomía. A este respecto, puede anotarse que profesiones de mayor antigüedad en el país, como el derecho y la medicina, tienen alto grado de autonomía profesional.

3.1.4 Área de desempeño terapéutico

En el mayor número de casos (71%) los profesionales ejercen en un área exclusiva de terapia ocupacional, y el campo con mayor personal es el de educación (60%), seguido por salud ocupacional y docencia (10% cada una). En ejercicio simultáneo de varias áreas se encuentra el 29% de la población, donde la mayor proporción corresponde a disfunciones físicas y educación (37%). Las restantes áreas se encuentran en menores porcentajes: salud mental, docencia y otra; salud ocupacional y docencia; docencia y otra, cada una con 13%. Disfunciones físicas y otra; disfunciones físicas, educación y docencia, tienen un 12%, respectivamente.

3.1.5 Sector laboral

Se observa predominancia en la prestación de servicios de terapia ocupacional en instituciones (43%), seguido de la doble vinculación trabajo institucional y consul-

ta privada (39%) lo cual puede ser relacionado con la tendencia en las áreas de ejercicio, donde se encontró que educación, seguido de disfunciones físicas, salud ocupacional y docencia, son las que presentan mayor predominancia. Las áreas mencionadas generalmente están vinculadas con el ejercicio en una institución, ya sea educativa, de salud, o una empresa del sector productivo.

3.1.6 *Publicaciones y grupos de investigación*

El porcentaje elevado de profesionales (67%) que no han generado ningún aporte teórico, es un indicador de debilidad en la construcción conceptual propia, ya que deben ser los mismos profesionales quienes fortalezcan la disciplina en sus dos componentes esenciales: teoría y praxis. Además, teniendo en cuenta que el tiempo de experiencia de los profesionales encuestados se encuentra en su mayoría entre seis y diez años (en el 53.5%), podría pensarse que esta fuese suficiente experiencia para el desarrollo de trabajos investigativos de diversa índole y complejidad

De igual manera, la mitad de los profesionales encuestados (50%) están vinculados a grupos informales de investigación. La proporción que le sigue (29%) no participa en ninguna clase de equipo investigativo, es decir, casi la tercera parte de los terapeutas ocupacionales encuestados no están relacionados con el desarrollo de estudios, originados en el trabajo conjunto con diversos profesionales. El 14% se halla vinculado a equipos formales y el 7% restante afirma pertenecer tanto a grupos formales como informales de investigación.

Haciendo un paralelo con los datos recogidos sobre publicaciones realizadas se encuentra que, aún cuando los terapeutas ocupacionales afirman pertenecer, en un 71%, a grupos investigativos formales y/o informales, en un 67%, nunca han publicado, como lo muestran las respuestas sobre publicaciones. Por tanto, cabe preguntarse sobre la confiabilidad de esos datos. Si el 14.2% pertenece a grupos formales de investigación, la comunidad profesional debería conocer sobre la existencia de esos grupos, sin embargo, en la Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional no se encontró ningún reporte de grupos de investigación y, sumado a ello está el hecho de que en varias ocasiones el concurso bienal de investigación en terapia ocupacional se ha tenido que declarar desierto (Fernández, 1996).

3.2 Autonomía en el ejercicio profesional

Para la caracterización de la autonomía en el ejercicio del terapeuta ocupacional se diseñó una escala de calificaciones cuantitativa, con el fin de determinar la frecuencia con la cual se están presentando cada uno de los indicadores que se consideran relacionados con la autonomía.

3.2.1 Remisiones y selección de usuarios

La distribución de las remisiones a terapia ocupacional está dada de la siguiente manera: otro terapeuta ocupacional el 13%, el médico el 20%, el psicólogo y el mismo usuario, cada uno el 17%, y por otros profesionales el 33%. Comparando las proporciones encontradas con las áreas de ejercicio más representadas en la muestra (ver análisis del sector laboral), puede decirse que coinciden con las fuentes de remisión: los médicos en el sector salud, los psicólogos en educación y posiblemente el mismo usuario en lo relacionado con salud ocupacional. El porcentaje de remisiones por parte del médico es comprensible si se tiene en cuenta que las normas del sistema de seguridad social disponen que sea este profesional el canal de envío de usuarios.

En cuanto a la selección de los usuarios del servicio de terapia ocupacional, en general, puede decirse que el terapeuta ocupacional, el médico y el psicólogo son los profesionales que más participan en la decisión de aceptar el usuario para la prestación de dicho servicio. Así, el terapeuta ocupacional decide cuál es el usuario a atender en la totalidad de los casos, orientado en algunas ocasiones por el criterio de otros profesionales (el médico en el 40% y el psicólogo en el 36%). Lo anterior, desde el punto de vista de la autonomía, implica que el ingreso de una persona al servicio está dado según el concepto del profesional de terapia ocupacional, quien determina la pertinencia de su intervención en cada caso.

La información obtenida de la muestra puede indicar que la selección de usuarios en terapia ocupacional está guiada básicamente por el propio juicio profesional y complementada por juicios de otras disciplinas relacionadas con el servicio, quienes en conjunto determinan si la participación es o no necesaria. Esto, visto desde la autonomía, es favorable pues las apreciaciones empleadas en terapia ocupacional son un soporte apropiado para las ejecuciones del quehacer profesional.

3.2.2 Instrumentos empleados

Los mayores porcentajes corresponden a la observación clínica y las entrevistas formal e informal (25%, 22% y 19%). Los tests validados de terapia ocupacional y de otras profesiones son empleados en proporciones menores (21% y 13%). Esto quiere decir, que si en efecto la comunidad profesional de terapia ocupacional está utilizando instrumentos validados en un bajo porcentaje, el hecho puede constituir en sí mismo un factor que no promueve la autonomía profesional. Esto se debe a que los tests que han seguido un proceso formal de construcción aportan, al profesional que los emplea, argumentos para comprender, explicar y sustentar su posición, no siendo así, en aquellos que se fundamentan en instrumentos débiles, no formales.

En resumen, aún siendo importante la utilización de instrumentos informales de evaluación en terapia ocupacional, sería recomendable su complementación con métodos de valoración rigurosos. Esto con el fin de manejar e interpretar más acertadamente los datos de la evaluación, argumentar las acciones profesionales, y promover la credibilidad de la profesión ante la sociedad.

3.2.3 Objetivos del programa

Los integrantes de la muestra reportaron que en la totalidad de las ocasiones, los objetivos del programa de intervención se fundamentan en los resultados de la evaluación de terapia ocupacional. Esto no excluye la participación de otros miembros del grupo interprofesional en la selección de las metas (26%), seguidos en iguales proporciones por el diagnóstico médico (20%) e indicaciones de la remisión (20%).

De esta manera, la determinación de los objetivos se fundamenta en las condiciones detectadas en el usuario, sus expectativas e intereses particulares, en el criterio del mismo profesional y en el concepto de un grupo de profesionales afines al servicio, los cuales aportan criterios útiles en la toma de esta decisión.

Es decir, si estos resultados coinciden con los hechos, en un alto porcentaje los terapeutas ocupacionales son quienes toman las decisiones sobre los objetivos de los programas, avalados por el juicio experto del grupo interprofesional e indicaciones de la remisión. Esto es comprensible debido a que las poblaciones que atiende el terapeuta ocupacional, por la complejidad de sus problemas, con frecuen-

cia son abordados simultáneamente por otros profesionales y, por tanto, se requiere la integración de diversos puntos de vista.

3.2.4 Estrategias o actividades del programa

En el mayor número de los casos, son los resultados de la evaluación de terapia ocupacional (28%) los que guían la selección de estrategias del programa, seguidos por las necesidades manifestadas por el usuario y/o su familia (27%), y la orientación del grupo interprofesional (18%). Estos resultados son similares a los encontrados en la selección de objetivos de intervención, donde es el mismo terapeuta ocupacional el profesional encargado, en la totalidad de las ocasiones, de determinar las acciones a desarrollar.

Hay un porcentaje de profesionales que emplea el diagnóstico médico como criterio de selección de las estrategias (14%) y por las indicaciones de la remisión (13%). Teniendo presente que el médico es el canal obligatorio de ingreso al sector salud, según lo establecido por la Ley 100 de Seguridad Social, debe ser él quien remita los usuarios a las diferentes especialidades.

En síntesis, es un hallazgo favorable para la autonomía que el manejo del terapeuta ocupacional en cada caso esté basado en primer lugar en sus propios conocimientos y juicio, y que también tenga en cuenta, en menor medida, el criterio de otros profesionales. Lo anterior conlleva en últimas a una mejor atención del usuario, al tiempo que favorece la interacción de la terapia ocupacional con otras profesiones, y con los mismos usuarios del servicio.

3.2.5 Duración de los programas de intervención

Según la muestra de profesionales encuestados, el terapeuta ocupacional estipula la duración de sus programas de intervención en el mayor porcentaje (39%), seguido por las pautas del grupo interprofesional como principal asesor en la decisión (26%). Influyen también, aunque en menor representación, las pautas de los protocolos de atención y las normas institucionales (14% cada una).

Si estas respuestas en efecto corresponden a la realidad del ejercicio, entonces puede decirse que éste es un indicador de actuación autónoma. Sin embargo, surge el interrogante de confiabilidad en las respuestas, si se piensa que un comen-

tario frecuente en los programas de atención, al menos en el sector salud, es que los usuarios son dados de alta sin atender el concepto de terapia ocupacional. Podría especularse que las respuestas en educación y salud ocupacional estén dando más peso al porcentaje de 88%.

En general, puede decirse que el grado en el cual los terapeutas ocupacionales determinan la duración de sus programas es un indicador que debe explorarse a mayor profundidad en estudios posteriores.

3.2.6 Duración de las sesiones

Aquí se observan resultados similares a los encontrados sobre duración de los programas: el terapeuta ocupacional el 59%, las normas institucionales el 22% y el grupo interprofesional el 17% de las ocasiones son quienes determinan la duración de las sesiones de intervención. Aunque es evidente que es el mismo profesional quien es competente para definir la duración de sus sesiones de tratamiento, los profesionales deben estar atentos a que las reformas en la seguridad social exigen eficiencia. Esto significa que la comunidad de terapeutas ocupacionales deberá estudiar cual debe ser el tiempo mínimo de una sesión para obtener los mejores resultados. Esas normas, hasta ahora inexistentes, deberán hacerse públicas para seguimiento de todos los profesionales.

3.2.7 Modelos teóricos

La utilización de modelos teóricos por parte de la muestra está encabezada por el modelo de la Ocupación Humana (28%); seguido en frecuencia por el modelo del Neurodesarrollo (19%); y los marcos Cognoscitivo y Biomecánico (14% en iguales proporciones). En menor número figuran los modelos del Desempeño Ocupacional Realizante (13%) y Psicodinámico (12%). Fue señalado también el manejo del modelo de Integración Sensorial, el modelo Sistémico y el modelo de Rehabilitación profesional.

Comparando el área de ejercicio y los modelos conceptuales aplicados, se encuentra que, proporcional a la frecuencia de ejercicio en las principales áreas: educación, salud ocupacional y disfunciones físicas, es la utilización de las diversas teorías: Ocupación Humana, Neurodesarrollo, Cognoscitiva y Biomecánica. Con base en lo anterior se observa que los modelos más empleados en el ejercicio profesional

del terapeuta ocupacional coinciden, en cuanto a su aplicabilidad, con las áreas de ejercicio señaladas como de mayor concentración de profesionales, lo cual puede indicar que en las principales áreas de desempeño, los terapeutas están empleando modelos teóricos apropiados para su campo del conocimiento.

Adicionalmente, en el instrumento que se empleó para el estudio, se propusieron conceptos básicos de modelos teóricos de terapia ocupacional para ser identificados por parte de la muestra, como mecanismo para controlar la coherencia entre los modelos teóricos empleados y los conceptos que los identifican. Se encuentra que en la gran mayoría de los casos los términos de cada posición teórica son identificados por los profesionales. Lo evidente es que los terapeutas si están empleando modelos teóricos propios para orientar sus programas.

Los estudiosos de la sociología ocupacional señalan que el uso del conocimiento es el indicador más potente para diferenciar las profesiones de las semiprofesiones. Por lo tanto, si en realidad esta situación se presenta, los terapeutas ocupacionales cuentan con un sólido aval teórico para argumentar sus acciones.

3.2.8 Elaboración de diagnósticos

El 82% de los terapeutas afirmó diagnosticar; y para el 18% este procedimiento no es aplicable a su quehacer. Este último porcentaje se comprende teniendo en cuenta la vinculación de profesionales a las áreas de administración y docencia, donde las funciones asumidas no incluyen elaboración de diagnósticos terapéuticos.

Llama la atención sin embargo, que los terapeutas ocupacionales se comprometan con un diagnóstico cuando no se conocen sistemas diagnósticos de dominio público propios de terapia ocupacional (Trujillo, 1998).

La utilización de términos propios de terapia ocupacional o de otras disciplinas fue determinada teniendo en cuenta los diagnósticos más empleados en los programas de intervención. Con base en los casos que afirmaron elaborar diagnósticos se encontró lo siguiente: en el 70% los términos de los diagnósticos enunciados pertenecen a la terminología uniforme de terapia ocupacional (Borst y Nelson, 1993); en el 22% los diagnósticos más utilizados son los términos: funcional, disfuncional y semifuncional; en un 4% los términos corresponden a diagnósticos médicos de la especialidad psiquiátrica; y en el 4% éstos se hallan incluidos dentro de los términos de psicología.

Términos como funcional, disfuncional y semifuncional fueron enunciados como diagnósticos empleados en el servicio de terapia ocupacional, que aunque son frecuentemente utilizados por terapeutas ocupacionales, no pertenecen a ninguna categoría diagnóstica publicada.

La emisión de diagnósticos con términos de otras disciplinas (psiquiatría y psicología), constituyen un foco de atención dada la relación con el estudio. A pesar de no contar la terapia ocupacional con un sistema propio de clasificación diagnóstica, tiene a su alcance una serie de recursos que le permiten sortear esta carencia, como son: la terminología uniforme y los sistemas diagnósticos específicos de los modelos de la Ocupación Humana y la Integración Sensorial, el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales y la Clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Estos son aplicables al orientar al terapeuta en la selección de términos y proporcionar respaldo conceptual en la elaboración de sus diagnósticos; pero, en ningún instante, constituyen sistemas de clasificación diagnóstica para la disciplina de terapia ocupacional.

La determinación de los sistemas de clasificación diagnóstica empleados se realizó con base en los diagnósticos enunciados por la muestra. De esta manera, se encontró que el 43% de los terapeutas ocupacionales afirma que los diagnósticos empleados corresponden a algún sistema de clasificación; y en el 57% restante señalaron que no.

Cuando se solicitó a los integrantes de la muestra identificar el sistema diagnóstico empleado, mencionaron el modelo de la Ocupación Humana (40%); en igual proporción (40%) el modelo de Integración Sensorial; y el 20% restante, señaló la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías.

En resumen, aun cuando los terapeutas dicen que si diagnostican, esta información se contradice cuando señalan los sistemas de clasificación diagnóstica empleados: en unos casos no referencian algún sistema, y en otros, los sistemas mencionados no coinciden con los términos o conceptos utilizados. Estos resultados debilitan la confiabilidad de las respuestas obtenidas en lo concerniente a elaboración de diagnósticos.

3.2.9 Código de ética

Los resultados indican: el 54% de la muestra conoce el código de ética, mientras el 46% señaló no conocerlo. El porcentaje que señaló conocer el código de ética, afirmó en un 93% regirse por él en su ejercicio; y en un 7% no tenerlo en cuenta en el desempeño profesional. Unificando el porcentaje de profesionales que no conoce el código (46%), con el porcentaje que lo conoce pero no lo aplica (7%) se encuentra que constituyen en conjunto una cifra considerable, equivalente al 53%.

Así pues, casi la mitad de la muestra desconoce o no emplea el código de ética de la Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional, cifra elevada si se tiene en cuenta que todos los profesionales encuestados son miembros de ella y tienen a su alcance este texto de dominio público.

Lo anterior, desde la perspectiva de la autonomía, implica que los terapeutas ocupacionales no respaldan sus acciones profesionales en parámetros del código de ética, los cuales son la guía de conducta de la profesión, establecidos de manera independiente por la misma comunidad profesional. Teniendo en cuenta, además, que una sociedad le reconoce más autoridad y respeto a las profesiones que demuestran que sus miembros cumplen las normas por ellas establecidas.

3.2.10 Estándares de práctica

Los estándares que guían el ejercicio profesional en terapia ocupacional se determinaron con base en diversos parámetros aplicables a esta comunidad. Se encontró lo siguiente: por el criterio personal se guía el 11%; por el código de ética el 21%; y por normas institucionales el 4%. Con combinación de varios estándares se encontró: estándares propios y código de ética el 21%; estándares propios y normas institucionales el 29%; por el código de ética y normas institucionales el 4%; y por la conjugación de los tres el 11%.

El mayor porcentaje está representado por los estándares propios y las normas institucionales (29%) seguidos, en iguales proporciones, por el código de ética y éste mismo conjugado con los estándares propios (21% respectivamente). Se encuentra alta regulación institucional visible en el número de profesionales que se guían por las normas o políticas de ésta. El código de ética, con su función reguladora, constituye también uno de los estándares profesionales para el terapeuta ocupacional, empleado como criterio complementario en la toma de decisiones que brinda

mayores y más sólidos argumentos. En ambos casos, los estándares personales de cada terapeuta respaldan igualmente las acciones profesionales, esto con el fin de llenar posibles vacíos que las normas institucionales o el código puedan presentar en su contenido.

En síntesis: se puede decir que en terapia ocupacional los profesionales tienden a regular su ejercicio por criterios como normas de la entidad donde laboran y parámetros de comportamiento personales. Esta situación es inevitable debido a que no se conocen consensos de dominio público sobre estándares de ejercicio para la terapia ocupacional en Colombia. Este es un vacío que la comunidad profesional deberá resolver en el corto plazo.

Cabe anotar que el seguimiento del código de ética como recurso en la orientación del desempeño profesional es importante y puede estar acompañado por estos parámetros en mención, pues permiten su complementación; ya que, como se había señalado inicialmente en el estudio, el código de la Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional omite aspectos fundamentales para el quehacer disciplinar.

4. CONCLUSIONES

- Las dimensiones del ejercicio profesional que reflejan y promueven la autonomía, con base en los datos obtenidos a través de la muestra, son: el proceso de selección de los usuarios; el establecimiento de los objetivos; la selección de las estrategias a desarrollar en el programa de atención y el respaldo teórico propio de la terapia ocupacional que emplean los terapeutas ocupacionales para explicar sus programas. Estas dimensiones reflejan autonomía, pues aparentemente es el mismo terapeuta ocupacional quien, bajo su propio juicio experto, selecciona las acciones profesionales más apropiadas para el proceso de admisión, evaluación e intervención, respaldando sus argumentos en el campo del conocimiento que le compete.
- Las dimensiones del ejercicio profesional que **no** promueven la autonomía, según los hallazgos detectados en la investigación, son:
 - Baja experiencia de los miembros de la comunidad profesional en el ejercicio de la terapia ocupacional (entre seis y diez años), y edad promedio de los profesionales entre 26 y 35 años de edad. Es decir, si en efecto estos resultados reflejan la realidad, los terapeutas ocupacionales con mayor edad y experiencia profesional, y con ello, posiblemente mayor autonomía, tienen menor representación en la comunidad profesional.

- Deficiente participación investigativa y volumen de publicaciones. Este hecho conduce a que la producción intelectual sea baja, teniendo presente, como se ha mencionado a lo largo del estudio, que el propio conocimiento generado al interior de la disciplina es el indicador más potente de la autonomía y distintivo de las profesiones.
- Predominancia de la aplicación de instrumentos evaluativos informales y de poco rigor científico. Esto podría significar que los hallazgos de la evaluación de terapia ocupacional no se estén basando en un proceso formal y riguroso que es el que ofrece mayores argumentos al terapeuta para formular juicios y tomar decisiones válidas, guías en el proceso de intervención.
- Si bien los terapeutas ocupacionales afirmaron que diagnostican, en algunos casos no dan referencia del sistema de clasificación empleado, y en otros casos, el sistema mencionado no corresponde a los términos empleados. Estos hallazgos debilitan la confiabilidad de esas afirmaciones.
- El conocimiento y aplicación del código de ética y de estándares de práctica son insuficientes. En la mitad de los casos los terapeutas ocupacionales desconocen el código de ética de la profesión, y en un alto porcentaje rigen su ejercicio las normas de la institución donde laboran y parámetros personales, es decir, no hay unificación o consenso sobre las normas de regulación del ejercicio profesional. Esto llama la atención, teniendo presente que la auto regulación, vista desde el seguimiento del código de ética, es un indicador de autonomía, al proporcionar patrones de comportamiento propios y característicos de la profesión. Por tanto, la no observancia de sus reglas constituye un factor de debilidad en el ejercicio profesional.

5. RECOMENDACIONES

El estudio presenta limitaciones, en cuanto su carácter es descriptivo, no explicativo. Es decir, identifica hechos relacionados con la autonomía pero no puede responder respecto a sus causas.

Los resultados de este trabajo son útiles en el proceso de formación del recurso humano de terapia ocupacional, para los grupos profesionales y para la Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional, como un elemento de juicio para evaluar sus propios planes de desarrollo, estrategias de formación básica y educación postgraduada y continuada. En estos aspectos, juegan un papel importante tanto

la academia como la Asociación de profesionales, para poner en marcha mecanismos que promuevan un mejor y mayor desempeño profesional, con autonomía.

El instrumento aplicado para la recolección de los datos fue sometido a un proceso de validez y confiabilidad. Sin embargo, se hace necesaria su posterior revisión, en cuanto a confiabilidad se refiere, por ser una encuesta de opinión, cuya debilidad radica en la obtención de respuestas veraces.

El tamaño de la muestra de estudio debe ser ampliado en posteriores casos con el fin de dar mayor confiabilidad a los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbott, Andrew. Professional ethics. En: American Journal of Sociology. Vol. 88, Núm. 5 (1983).

Argirys, Chris; Schon, Donald. Theory in practice: increasing professional effectiveness. 6 ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1980.

Borst, Michael; Nelson, David. Use of Uniform Terminology by Occupational Therapists. En: American Journal of Occupational Therapy. Vol. 47, Núm. 7 (julio, 1993).

COMUNICACIONES PERSONALES CON Alicia Trujillo Rojas, Docente Universidad Nacional de Colombia. Santa Fe de Bogotá, mayo, 1998.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Sistema de Seguridad Social Integral: Ley 100 de 1993. Santa Fe de Bogotá: Ediciones Lito Imperio, 1997.

Darnell, J; Heater, S. Occupational Therapy or Activity Therapist- Which do you choose to be? En: American Journal of Occupational Therapy. Vol. 48, Núm. 5 (mayo, 1994).

Fernández Moreno, Aleida. Investigación, Estrategia del Futuro. En: Revista Ocupación Humana, vol. 6, Núm. 4 (1996).

Fleming, Maureen. Clinical Reasoning in Medicine Compared with Clinical Reasoning in Occupational Therapy. En: American Journal of Occupational Therapy. Vol. 45, Núm. 11 (noviembre, 1991).

- Gómez, Ana María. Exploración del desempeño del terapeuta ocupacional. En: Revista Ocupación Humana; vol. 7, núm. 2, 1997.
- Hall, Richard. Professionalization and bureaucratization. En: American Sociological Review. Vol. 33, Núm. 1 (febrero, 1968).
- Hopkins, H.L. Occupational Therapy. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1988.
- Light, Donald; Keller, Suzanne; Calhain, Craig. Sociología. 5 ed. Santafé de Bogotá: Mc Graw Hill, 1991.
- Muñoz, Santiago; Parejo, Luciano; Ruiloba, Eloy. La libertad de ejercicio de la profesión y el problema de las atribuciones de los técnicos titulados. Madrid: Gráfica Latorre, 1983.
- Raelin, Joseph. The clash of cultures: Managers, managing professionals. Boston: Harvard Bussines School Press, 1991.
- Schön, Donald. Educating the reflective practitioner: Toward a new design for teaching and learning in the professions. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1987.
- Trice, Harrison. Occupational subcultures in the workplace. New York: I.L.R. Press, 1993.
- Trujillo, Alicia. Reflexiones sobre la identidad del terapeuta ocupacional. En: Revista Acción. Vol. 2, Núm.1 (julio, 1987).