

Impacto de la cultura en la práctica de la Terapia Ocupacional centrada en la persona, basada en un caso clínico

Impact of culture on the practice of person-centered occupational therapy based on a clinical case

Chiara Buzzelli

Chiara Buzzelli

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de San Martín. Terapeuta ocupacional en centro de rehabilitación Fleni, Escobar.

chiaribuzzelli@gmail.com

Resumen

Desde sus comienzos, la Terapia Ocupacional ha mantenido el interés acerca de la diversidad y una profunda convicción de la unicidad de cada individuo. Basado en dichos principios, se sostiene el énfasis en la práctica centrada en la persona. Ésta se afianza en la creencia profesional sobre el valor y respeto de todos los individuos. La misma busca comprender los valores y creencias del usuario para desarrollar de manera cooperativa intervenciones apropiadas y significativas para la persona (Black, 2016). Iwama (2007) define a la ocupación como todo aquello que las personas hacen para ocuparse, pudiendo incluir actividades de la vida cotidiana con un valor y un sentido asignados por los individuos y la cultura. La cultura se define como un sistema de significados compartidos que incluye creencias, valores y normas que dan forma al comportamiento que realizan las personas en su vida cotidiana. Los terapeutas ocupacionales deben tener en cuenta la influencia singular que ejerce sobre el comportamiento individual, dada su estrecha conexión con la elección ocupacional. Al respetar las experiencias subjetivas de cada persona, el profesional se dirige a integrar en su práctica la espiritualidad inmersa en la cultura, aumentando la motivación del usuario. El objetivo del presente trabajo es reflexionar acerca del impacto de la cultura en la práctica de la Terapia Ocupacional centrada en la persona a partir de la experiencia transitada en un caso clínico.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, cultura, prácticas culturales, terapia centrada en la persona.

Abstract

Since its inception, occupational therapy has maintained an interest in diversity and a deep belief in the uniqueness of each individual. Based on these principles, the emphasis on person-centered practice is sustained. This is based on the professional belief in the value and respect of all individuals. It seeks to understand the values and beliefs of the user to cooperatively develop appropriate and meaningful interventions for the person (Black, 2016). Iwama (2007) defines occupation as everything that people do to occupy themselves, and may include activities of daily life with a value and meaning assigned by individuals and culture. Culture is defined as a system of shared meanings that includes beliefs, values, and norms that shape the behavior that people perform in their daily lives. Occupational therapists must take into account the unique influence that culture has on individual behavior, given the close connection between occupational choice and culture. By respecting the subjective experiences of each person, the professional aims to integrate spirituality immersed in the culture into their practice, increasing the user's motivation. The objective of this work is to reflect on the impact of culture on the practice of person-centered occupational therapy based on the experience in a clinical case.

Key words: Occupational Therapy, culture, best practice, person-centered therapy.

Introducción

La **cultura** es un concepto amplio que abarca todos los aspectos sobre un individuo que lo hacen único. Debido a su compleja naturaleza ha sido definida de múltiples maneras y por diversos autores a lo largo del tiempo. Entre ellos, Black y Wells (2007) la definen como:

La suma total de la forma de vivir, que incluye los valores, las creencias, los estándares, la expresión lingüística, los patrones de razonamiento, las normas conductuales y los estilos de comunicación que influyen sobre la conducta de un grupo de personas y se transmiten de una generación a otra. (p. 5)

A su vez, la geógrafa social Isabel Dyck (1998, como se citó en Iwama, 2007) explica la cultura como un sistema de significados compartidos que “abarca ideas, conceptos y conocimientos, e incluye creencias, valores y normas que forman los estándares y las reglas de comportamiento que realizan las personas en su vida cotidiana”.

Tal como enuncia Black (2016), la terapia ocupacional y la cultura están ligada de manera inextricable. La disciplina defiende el valor de la unicidad de cada individuo con el que trabaja y se sostiene en la creencia de la práctica centrada en la persona. Ésta práctica, iniciada por Carl Rogers a principios de la década de 1940, considera al usuario de la terapia como el experto en su vida y dirige junto con el profesional el proceso de intervención (Yao & Kabir, 2023). A su vez, esta práctica se basa en el respeto de todos los individuos y se enfoca en comprender sus creencias y valores, para desarrollar de manera cooperativa intervenciones apropiadas y significativas para la persona (Black, 2016).

Al comparar las definiciones de cultura y práctica centrada en la persona, se pueden encontrar algunos conceptos en común. Entre ellos se encuentran los **valores** y las **creencias**. En el Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional, los valores son definidos como los principios, estándares o cualidades que el mismo cliente considera valiosos. Por otro lado, las creencias son definidas como algo que es aceptado, considerado como verdadero o sostenido como una opinión (AOTA, 2020). Además, éstos se encuentran estrechamente relacionados entre sí y pueden vincularse con la **espiritualidad** a través de la experiencia ocupacional. En este sentido, la espiritualidad es definida como la “experiencia profunda de significado que ocurre por la participación en ocupaciones que involucran la implementación de ideologías personales, reflexión e intención dentro de un entorno contextual” (Billock, 2016). Existen rastros de su importancia en el abordaje de Terapia Ocupacional desde la fundación de la profesión. En el tratamiento moral, se reconocía que la participación de la mente, el cuerpo y el espíritu a través de la ocupación promovían la salud y otorgaban un significado a la vida. Incluso en

el Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional se incluye a la espiritualidad, en un primer momento como un contexto de la ocupación (AOTA, 1994) y, actualmente, se ubica dentro de los factores del cliente ya que consideran que se encuentra dentro de la persona (AOTA, 2020). Las personas manifiestan sus creencias y valores a través de la participación ocupacional, que puede provocar una experiencia de espiritualidad. Por esta razón, entender la prolífica interrelación entre los tres conceptos con la ocupación permite a los terapeutas enriquecer el enfoque holístico singular de la profesión con respecto a la salud y el bienestar de los pacientes (Billock, 2016).

Existen, en la literatura y en la práctica, distintos marcos de referencia de Terapia Ocupacional y modelos conceptuales que guían la práctica y enmarcan su accionar considerando a la persona como el participante principal dentro del equipo terapéutico. El Modelo de Proceso de Intervención de Terapia Ocupacional (OTIPM) es uno de los modelos propios de la Terapia Ocupacional que propone la planificación e implementación de intervenciones de arriba-abajo, centradas en el cliente y basadas en la ocupación. La práctica basada en la ocupación hace referencia a la utilización de la participación de la persona en la ocupación como método de evaluación e intervención. De igual manera, el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional se centra en la interacción entre la persona, el ambiente y la ocupación que resulta en el desempeño ocupacional. Dentro de sus premisas, incluye a la espiritualidad como el núcleo central de la persona y considera la práctica centrada en el cliente como principio fundacional de la práctica (Law & Laver-Fawcett, 2013).

Debido al contexto socio-histórico mundial en el que la diversidad cultural crece, las publicaciones sobre atención de la salud en relación con la cultura y la diversidad se incrementaron durante las últimas décadas (Black, 2016). Es por eso que el objetivo del presente escrito es reflexionar acerca de la importancia de considerar los aspectos culturales dentro del proceso de intervención de terapia ocupacional centrada en la persona, a partir de la experiencia transitada en un caso clínico.

Desarrollo

Evaluación inicial

J.J. ingresó a un centro de rehabilitación debido a secuela de traumatismo craneo-encefálico (TEC) secundario a accidente de tránsito (moto contra auto). Requiere craniectomía descompresiva ósea bifrontal por hipertensión endocraneana, por lo que ingresa al centro de rehabilitación con requerimiento de uso de casco por seguridad.

En la evaluación inicial, realizada por el servicio de terapia ocupacional, se encontraba acompañado por su madre. A través de una entrevista semi-estructurada se recabó informa-

ción demográfica y sobre su desempeño ocupacional en actividades de la vida diaria (AVD). J.J. tiene 32 años, está casado, tiene 4 hijos y vive en un departamento en Capital Federal con su familia. Practica la religión judía, cumpliendo costumbres ortodoxas. El desempeño en AVD básicas fue evaluado a través de la Medida de Independencia Funcional (FIM). En el inicio, el paciente requería supervisión en la actividad de alimentación, asistencia moderada en toilete y aseo menor, y asistencia mínima en vestido de tren superior e inferior. En la actividad de baño se desempeñaba utilizando una silla de baño por seguridad, y controlaba esfínteres durante el día y la noche.

En relación a las AVD instrumentales, valoradas a través de un listado semi-estructurado diseñado en la institución, J.J. y su madre refieren que colaboraba en las tareas del hogar, en la preparación de alimentos, realizaba compras con responsabilidad primaria y secundaria, y usaba su teléfono y computadora sin dificultad. Manejaba sus finanzas de forma autónoma, no tomaba medicación y se manejaba en la comunidad de forma independiente, siendo sus medios de transporte principales su auto y su moto. Al momento del ingreso, no participaba de ninguna de dichas actividades.

Castro et al. (2014) definen a la ocupación como la expresión de significados y características que son creados por la cultura y compartida por grupos sociales. Por lo tanto, ambos fenómenos, cultura y ocupación se encuentran profundamente interconectados. Es por esto que resulta indispensable que los profesionales de terapia ocupacional tengan presente que no solo la **elección de la ocupación** es determinada por las propias creencias y expectativas culturales sino también la **forma en que se realiza**. Si el profesional permanece sensible a las diferencias culturales en el desempeño ocupacional podrá, con ayuda del usuario, desarrollar intervenciones apropiadas y significativas para él (Black, 2016). Una forma de comenzar a conocer la cultura del paciente, es profundizando en la rutina previa al evento que irrumpe con la misma y escuchar sus perspectivas y/o las de su familia.

Al indagar en la rutina diaria de J.J., utilizando la evaluación de *Torta de Rutina Diaria*, se observa que las actividades explícitamente relacionadas con la religión abarcan un 30% de su día aproximadamente. Sin embargo, al ahondar en el conocimiento de sus costumbres, se advierte que la gran mayoría de las ocupaciones se encuentran moldeadas por las costumbres ortodoxas de la religión judía. Es decir, sus creencias religiosas no solo se manifiestan en las actividades religiosas propiamente dichas, sino en la mayoría de las actividades que desempeña durante su rutina. La forma de preparar la comida, el lugar donde comprarla y la elección del menú se encuentran determinadas por las leyes de la religión judío-ortodoxa. De la misma forma, sus creencias influyen en la ropa elegida y los

locales en los que se adquiere. Esto coincide con lo enunciado por Billock (2016) quien sostiene que la religión está presente en las experiencias espirituales de las personas a través de ocupaciones como la oración, meditación, asistencia a actividades religiosas, entre otras, y que, a su vez, las creencias religiosas suelen adjudicar un significado espiritual a las ocupaciones diarias como la preparación de alimentos, trabajo e intimidad.

Al finalizar la entrevista inicial, se establecen objetivos con formato "SMART", es decir que deben ser específicos, medibles, alcanzables, relevantes y contar con un marco de tiempo. Para esto, fue necesario que la terapeuta ocupacional profundice su conocimiento en las costumbres, rituales y visiones propias de la cultura judía y la expresión única de las mismas en la vida del paciente, ya que se encontraban alejadas a la realidad de la profesional.

A partir de la evaluación inicial de J.J., se habían detectado déficits cognitivos y conductuales, los cuales se correlacionaban con la valoración realizada por el servicio de neuropsicología. Los mismos eran relevantes en el tratamiento de terapia ocupacional ya que desencadenaban en un mayor riesgo en el desempeño de las AVD, principalmente por la impulsividad del paciente y la exposición de su cerebro por estar, aún, desplazado. Tal como establece el plan de acción del modelo OTIPM (Fisher, 2009), luego de conocer el entorno de desempeño del paciente, se indagó sobre los problemas en el desempeño establecidos como prioridades por el paciente y su familia. Los objetivos referidos como prioritarios incluían la participación en las oraciones matutinas en posición de bipedestación, guiar la oración del sábado de sus hijos explicando diferentes pasajes de la Torá y bañarse de forma independiente ya que no permitía que su madre lo viera desnudo. Sin embargo, las prioridades del paciente y de la profesional no estaban alineadas por lo que fue de suma importancia que la terapeuta permaneciera abierta a comprender las necesidades y expectativas del paciente y considerarlas igual de válidas que las suyas. Para esto, fue necesario trabajar sobre la "humildad cultural" como terapeuta ocupacional.

Humildad cultural

La **humildad cultural** es definida como un abordaje orientado hacia el aprendizaje de por vida, para trabajar con personas con contextos culturales diversos y el reconocimiento de la dinámica de poder en el sistema de salud. Sus componentes centrales incluyen la apertura, el conocimiento propio, la interacción de apoyo, carencia de ego, y crítica (Agner, 2020).

Dentro de las corrientes de la disciplina en las que se estimula la toma de conciencia del impacto de la cultura en la práctica de terapia ocupacional, la humildad cultural se

considera un cambio de paradigma, dejando atrás el concepto de “competencia cultural”. Éste último, es definido por Awaad (2003) como “el conocimiento que es específico de cada cultura”. La principal diferencia con la humildad cultural radica en que la competencia cultural exige y pretende el conocimiento de las culturas por parte del profesional mientras que la última espera una actitud abierta de aprendizaje. La identidad cultural de cada persona afecta la perspectiva individual en todas las áreas de la vida, entre éstas, educación, salud y bienestar. Al reconocer su complejidad, la competencia percibida tiene el potencial de estereotipar, realizar suposiciones o universalizar ciertas afirmaciones sin tener presente que la cultura se manifiesta diferente en cada individuo.

La dinámica de poder mencionada en la definición de humildad cultural está relacionada con la ideología hegemónica occidental dentro de la terapia ocupacional. Si los profesionales no son conscientes de ésta, pueden encontrarse presionando a los clientes a cambiar su comportamiento o tomar decisiones basadas en lo que el profesional considera bueno o necesario (Agner, 2020). En concordancia, Iwama (2007) plantea el riesgo de considerar que el fracaso de la terapia ocupacional al trabajar con personas culturalmente diferentes, es un problema del individuo y no del enfoque del tratamiento. La humildad cultural impulsa a los terapeutas ocupacionales a conocer y aprender sobre estas dinámicas de poder, considerar cómo pueden influir en su interacción con los pacientes, promoviendo así, un abordaje más colaborativo y centrado en la persona. A su vez, pretende que se propongan abordajes basados en el diálogo, en el que se reconozca y se responda a los distintos puntos de vista sobre la salud, el bienestar, la familia, y las expectativas del rol particulares para cada persona (Agner, 2020).

En el caso de J.J., él era el único que podía guiar la oración de sus hijos del sábado, por lo que era indispensable para él y su familia que se trabajara sobre esto. Además, su rol como hombre judío-ortodoxo también exigía que participe en bipedestación en las oraciones de la mañana, durante 40 minutos. Las elecciones de sus ocupaciones no se encontraban determinadas únicamente por las creencias y valores individuales sino de las expectativas y necesidades familiares y sociales.

Es evidente que en casos en los que la cultura del profesional y el paciente difieren, diseñar una intervención efectiva puede resultar desafiante. Grandpierre et al. (2018) escriben sobre las barreras que existen en la implementación de tratamientos guiados por la humildad cultural. Sin embargo, también menciona facilitadores para una intervención en la que la cultura es tenida en cuenta para el establecimiento de objetivos y el plan de intervención. Entre ellos se encuentran la conciencia cultural entre profesionales, lo cual ayuda a establecer el rapport, a proveer intervenciones apropiadas, adaptar

la terapia cuando es necesario, y entender los objetivos del paciente y su entorno. Por último, destacan que conocer en profundidad la cultura del paciente y tenerla en cuenta durante la totalidad del tratamiento permite agregar valor a la intervención de terapia ocupacional.

Resultados de la intervención centrada en la persona

J.J. permaneció internado en el centro de rehabilitación por 4 semanas. Durante las mismas, recibió 1 hora de terapia ocupacional diariamente de lunes a viernes y media hora los sábados. Al momento del alta, J.J. logró desempeñarse de forma independiente en las AVD básicas, excepto en la actividad de baño y movilidad funcional en la que se indicó supervisión cercana por seguridad debido a que aún no se había realizado la craneoplastia.

Asimismo, logró participar de manera efectiva y segura en la oración matutina en la que debía permanecer en bipedestación, así como en la guía de la oración del sábado para compartir con sus hijos a través de video llamada. El logro de los objetivos descriptos fue posible, en gran medida, debido a la práctica centrada en la persona y la humildad cultural desarrollados, ya que permitieron llevar a cabo intervenciones significativas y motivantes para el paciente.

Conclusión

A partir de lo expuesto en el presente trabajo, se puede concluir que resulta indispensable que los terapeutas ocupacionales conozcan la cultura del paciente, entiendan sus cualidades únicas y consideren el impacto de la misma sobre las elecciones y conductas ocupacionales. Esto permitirá una mejor comprensión de la situación de la persona, mirando la realidad a través de sus lentes y no de las propias perspectivas del profesional. Además, favorecerá la construcción colaborativa de tratamientos significativos y relevantes para el paciente, favoreciendo el logro de los objetivos planteados.

A su vez, resulta fundamental que los profesionales consideren su propio conocimiento de la cultura y espiritualidad y cómo estas se representan en sus ocupaciones y experiencias. Este proceso de reflexión puede ayudar a reconocer sesgos, valores o creencias personales que podrían interferir con la apertura necesaria hacia las creencias y experiencias de los usuarios.

Por último, a partir del presente escrito se pretende promover las intervenciones centradas en la persona, reconociendo su individualidad y su ser cultural para favorecer una práctica de terapia ocupacional efectiva y satisfactoria. ■

[Recibido: 08/03/23 – Aprobado: 27/6/23]

Referencias

- Agner, J. (2020). Moving From Cultural Competence to Cultural Humility in Occupational Therapy: A Paradigm Shift. *American Journal of Occupational Therapy*, 74(4), 7404347010p1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.038067>
- Awaad, J. (2003). Culture, Cultural Competency and Occupational Therapy: A Review of the Literature. *British Journal of Occupational Therapy*, 66(8), 356–362. <https://doi.org/10.1177/030802260306600804>
- Black, R. M. (2016). Cultura, raza, etnia y el impacto en la ocupación y el desempeño ocupacional. In Willard & Spackman (Eds.), *Terapia Ocupacional* (pp. 173–186). Médica Panamericana.
- Black & Wells. (2007). Culture & occupation: A model of empowerment in occupational therapy. *American Occupation and Therapy Association Press*.
- Castro, D., Dahlin-Ivanoff, S., & Mårtensson, L. (2014). Occupational therapy and culture: a literature review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(6), 401–414. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.898086>
- Fisher, A. (2009). *Occupational therapy intervention process model : a model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions*. Three Star Press.
- Grandpierre, V., Milloy, V., Sikora, L., Fitzpatrick, E., Thomas, R., & Potter, B. (2018). Barriers and facilitators to cultural competence in rehabilitation services: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2811-1>
- Iwama, M. K. (2007). Ubicación en el contexto. Cultura, inclusión y terapia ocupacional. In F. Kronenberg (Ed.), *Terapia ocupacional sin fronteras* (pp. 127–140). Médica Panamericana.
- Law, M., & Laver-Fawcett, A. (2013). Canadian Model of Occupational Performance: 30 Years of Impact! *British Journal of Occupational Therapy*, 76(12), 519–519. <https://doi.org/10.4276/030802213x13861576675123>
- Yao, L., & Kabir, R. (2023). *Person-Centered Therapy (Rogerian Therapy)*. PubMed; StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589708/>

Cómo citar este relato de experiencia:

Buzzelli, C. (2023). Impacto de la cultura en la práctica de la terapia ocupacional centrada en la persona a partir de un caso clínico. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 9(1), 29-33.