



Educar en Salud: Rol del TO versus su estilo de vida.

Por Nicolás Fierro
nfierro@boletinto.cl

El actuar del Terapeuta Ocupacional, su rol y las expectativas que lleva consigo, son sabidas por cada individuo que practique esta disciplina dentro de una atención en salud o, al menos, debieran ser familiares. Sin embargo, más allá de su conocimiento, que es primordial para dirigir un plan de tratamiento adecuadamente, todo este juego de conceptos no es algo mayoritariamente conocido por quienes asisten a sesiones de Terapia Ocupacional. De todas formas, esto no posee mayor relevancia en este ensayo, dada su extensión y su necesidad de precisión.

Cuando hablamos de rol, nos encontramos inmediatamente en un campo social bastante confuso. El rol, como lo define Kielhofner en el Modelo de Ocupación Humana, hace sentido a la incorporación de un estado social y/o personalmente y un conjunto relacionado de actitudes y acciones. Siguiendo esta definición, podemos entender que el rol tiene un significado dentro de la relación social y cómo a partir de esta, funcionamos ante los demás. Para un terapeuta ocupacional, esto opera de la misma manera. Su rol, junto a los otros que posee como individuo, manifiesta una conducta específica, una conducta en presencia de otros que se da en la relación profesional-usuario y como producto de ella. Esta conducta hace que adopte una identidad, un perfil y acciones que pertenecen a su rol (Kielhofner, 2004) y que de este modo lo distinguen del comportamiento o identificación social que se pueda tener de un tecnólogo médico o un fonoaudiólogo. Ahora bien, ya definido el concepto de rol, es posible mencionar también el manejo de éste y ligarlo a la responsabilidad ética y legal que conlleva para con el paciente, además de su compromiso en las medidas que tome para ejercer su profesión.

El estilo de vida, en cambio, corresponde a un conjunto de actitudes y comportamientos que desarrollan las personas, nocivos o saludables, pero sin una connotación social tan definida como en el caso del rol. De todas maneras, la relación entre ambos conceptos es estrecha por cuanto un rol definido puede determinar un estilo de vida.

La atención primaria, desde la cual basaré el resto del presente texto, es un buen ejemplo de la dialéctica que se establece entre los estilos de vida y los roles. Esto se fundamenta en los objetivos que posee la atención primaria en salud, referidos a la promoción y prevención de ésta como fin. Sabemos que en este nivel asistencial, el profesional de la salud cumple un rol específico, un rol de educador, ligado al que ya posee, como puede ser de terapeuta ocupacional. Dada la relevancia social que ya mencionamos respecto al rol, también se entiende que esto implica regular nuestras actitudes y acciones hacia los demás, pues existe una expectativa que poseen los individuos respecto a nosotros. Al educar en salud, podemos reconocer en los educando tales expectativas, en donde están inmiscuidas las características del educador como la empatía, el respeto, la aceptación de la ignorancia como propia del ser humano y la flexibilidad, entre otras. Pero, ¿qué ocurre con el terapeuta ocupacional como individuo? ¿podríamos decir que es su deber comportarse conforme a sus enseñanzas?.

Las interrogantes anteriores exponen un dilema ético frecuente, pero de difícil consenso, y esto es tan válido en atención primaria como en el resto de los niveles asistenciales. El problema se traduce en cómo actuar regidos por lo que realmente hacemos, sin dejar de lado nuestro rol ni caer en la apraxia respecto a la educación que podemos entregar, así como cualquier tratamiento que apliquemos a un individuo. Dados estos argumentos, tengo la esperanza que estos pueden ser clarificados al mencionar la frase popular del "cura Gatica" que considero los ejemplifica en gran medida.

La ética profesional, como lo es el Juramento Hipocrático en medicina, adquiere un enorme peso para el profesional de la salud. De ahí emanan conflictos como la relación profesional-paciente, la diagnosis y la aplicación de un tratamiento adecuado. No podemos olvidar que el usuario espera una solución por parte de nosotros, que la relación complementaria que se establece en la interacción con un profesional de la salud está guiada por la indefensión y una disposición casi completa a lo que nosotros indiquemos. Pero la ética también aborda asuntos poco resueltos como nuestro estilo de vida, si éste es completamente adecuado a nuestro desempeño, el que se espera y el desarrollado en nuestros años de formación de pregrado. Esto no significa, en ningún caso, ser un fiel devoto de nuestra formación objetiva, sino más bien una libertad responsable de acuerdo a como deseamos actuar. La libertad responsable, a mi juicio, es entendida como aquella libertad para decidir nuestro *modus operandi* pero sin obviar el compromiso que tenemos con cada usuario, sin olvidar que en nuestras manos existe una responsabilidad, que no es sólo legal, al enfrentarnos a nuestros quehaceres específicos, responsabilidad que existe en la manera que educamos en salud, en la manera que la protegemos ante todo, obedeciendo al paradigma.

Volviendo a la atención primaria, en el Cuaderno de Terapia Ocupacional se menciona que el nivel de prevención primario se aplica a personas con salud óptima o disminuida y se refiere al fomento y protección de la salud. ¿Qué es fomento? ¿Qué es protección? En un sentido etimológico, estos conceptos no son más que los objetivos en los que se sustenta un nivel asistencial. Pero para nosotros, terapeutas ocupacionales, esto no es menor dada la relevancia que posee la salud de las personas y de especial manera con su ocupación, sus actividades diarias, su tiempo libre, etc. Para fomentar la salud, debemos ser conscientes que lo que digamos se transforma en una suerte de ley que todos debieran conocer y respetar, sin embargo, nuestro estilo de vida podría parecer algo inadaptado si es que ese promulgar que ejecutamos, como por ejemplo en intervención comunitaria, no se evidencia en nuestras vidas. Obviamente, no debiera causarnos mayores remordimientos dado que las personas que reciben educación en salud, no están ni estarán al tanto de nuestros hábitos.

Lo anterior no es un alivio. Es más, implica una profunda reflexión y una invitación al análisis por cada acción que ejecutemos. Pues bien, ¿qué hay entonces del rol? ¿Es uno? ¿Son varios? El terapeuta ocupacional tiene un único rol que, como hemos aprendido en nuestros primeros días de estudiante, hace relación con prestar ayuda al paciente para que pueda mejorar sus habilidades en su desempeño ocupacional a pesar de su déficit, incapacidad o invalidez, viendo al hombre como un ser biopsicosocioespiritual, el cual cuenta con una salud que es dinámica, la cual puede ser interferida por alguna enfermedad u evento. Esto es único y compartido por cada uno de los profesionales que se desenvuelvan dentro de esta disciplina, pero que se expresa de distintas maneras según el contexto sociosanitario en que nos encontremos. No será lo mismo actuar en rehabilitación sociolaboral que en prevención ni que en geriatría, a pesar que este rol es único y está centrado en la funcionalidad del individuo. Los objetivos son distintos, por lo tanto, también lo será nuestro desempeño y las expectativas sociales que se generan por parte de los otros.

Consideremos un contexto de atención comunitaria. Los objetivos de una sesión de este tipo están referidos a generar las vías y capacidades de autogestión para resolver las problemáticas a nivel de un grupo social. Esto generará una expectativa por parte del grupo que de no ser saldada inducirá a que los individuos no se sientan del todo motivados para organizarse como comunidad ni a considerar como válidos nuestros aportes.

Pero ya especificado el carácter que tiene el rol dentro de una intervención cualquiera, ¿cómo confrontarla con nuestros estilos de vida? Bien es sabido, que este rol, en el que destaco la protección de la salud, no implica de por sí que no bebamos alcohol, que no seamos fumadores ni desarrollemos ocupaciones poco saludables. Y siendo esta una realidad incontrarrestable, ¿es debido adecuar nuestros hábitos, que componen nuestro modo de vivir, a la perspectiva que nos obsequia el rol de terapeutas ocupacionales? Esto, a mi parecer, no es lo óptimo ni lo más probable. A pesar que el fumar o el beber se constituyen como hábitos nocivos, privar a las personas de hacerlo no aparece dentro de las posibilidades viables. Por otro lado, sabemos también que podemos sublimar, como lo menciona el psicoanálisis, esas pulsiones permutándolas, por ejemplo, por actividades que nos desvíen de tales acciones y sean saludables. Esto es bastante complejo, porque así como en al desarrollar una actividad, ya sea artística o recreativa, también podemos hacer uso de tales hábitos nocivos, por ejemplo, oír música mientras se fuma o se bebe.

Recordemos que los hábitos son aprendidos, se vuelven automáticos y así no ocupamos mayores recursos para llevarlos a cabo. Algo similar ocurre con nuestro estilo de vida, lo aprendemos y utilizamos para basar nuestras actitudes y conductas. De esta manera, al estar ligado íntimamente a nuestros hábitos, podría generarnos cierto cuestionamiento en la educación en salud. ¿Cómo educamos que el tabaco produce cáncer, disminuye nuestro rendimiento físico y nos hace más propensos a sufrir enfermedades cardiovasculares si siendo los educadores también consumimos dicha sustancia? Si recordamos lo ya mencionado por cuanto a ética se refiere, uno de los tantos dilemas que se plantean se refiere al estilo de vida. ¿Sería ético educar, entonces, bajo tales condiciones?.

Personalmente creo que no, pero no significa que no sea posible puesto que es nuestro deber dar conocimiento de aquello. Digamos que en ese contexto, no poseemos la solidez moral ni ética para persuadir a los otros que ese hábito es dañino ni tampoco persuadirnos a nosotros mismos o malograrnos en nuestra labor. El problema, que a mi juicio es el más importante, es cómo podemos transformarnos en sujetos realmente fieles y consecuentes a nuestros aprendizajes, cómo podemos enfrentar la educación, bajo contextos bastante idealistas, siendo imposible tener una salud total ni ejercer todas las medidas aptas para beneficiarla en lo posible. Si lo lográramos, de seguro que de dejaríamos de ser humanos.

Por lo tanto, la solución no sería dejar de educar en salud. Esto es algo necesario, y es necesario además por la connotación social que tiene la salud y su connotación de derecho humano. Debemos llevar la salud incluso a quienes no lo desean y aunque cause los problemas éticos ya mencionados, pues mucho menos ético sería privar de la salud y el conocimiento a las personas. Tampoco podemos obviar nuestro estilo de vida ni nuestro rol, y siendo esta dicotomía la causante de frecuentes dilemas, no queda más que equilibrarlos, aprender a regular esa balanza para que nosotros, en nuestra labor educativa, podamos hacer frente a las necesidades de la gente, que más allá de considerar el estilo de vida que pueda llevar un profesional de la salud, está más orientada hacia las soluciones que éste le pueda entregar, sus conocimientos y su ayuda. Sin embargo, no podemos olvidarnos de estas cuestiones tan importantes y frecuentes, y que la educación tiene una motivación social, un hacer social que espero no caiga en el mecanicismo ni la robotización, pues somos agentes sociales, aun cuando el mercantilismo nos diga lo contrario.

Bibliografía

- Kielhofner, G. "Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación". Ed. Panamericana, 2004.
- Rueda, L; Gómez, S. "Bases para el desarrollo de una ciencia de la ocupación". Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad de Chile, 2004.
- Gomez, S. "Cuaderno de Terapia Ocupacional". Santiago, julio de 1994.