



UNIVERSIDAD
DE ALMERÍA



Docencia Universitaria en Terapia Ocupacional Comunitaria: Una mirada desde las y los formadores en Chile

Daniela Avello Sáez
Doctorado en Educación
Escuela Internacional de Doctorado
Universidad de Almería
Julio 2021

Universidad de Almería
Doctorado en Educación
Escuela Internacional de Doctorado



DOCENCIA UNIVERSITARIA EN TERAPIA OCUPACIONAL
COMUNITARIA: UNA MIRADA DESDE LAS Y LOS
FORMADORES EN CHILE
UNIVERSITY TEACHING IN COMMUNITY OCCUPATIONAL
THERAPY: A VIEW FROM THE EDUCATORS IN CHILE

Daniela Avello Sáez

Directores

Dr. Antonio Luque de la Rosa
Dra. María del Mar Fernández Martínez

Julio 2021

Agradecimientos

Quiero agradecer a todos aquellos que me apoyaron de manera incondicional en los distintos momentos de la elaboración de tesis...

A todos las y los docentes y directores que me brindaron su tiempo para las entrevistas.

A mi mamá y hermanos que han tolerado muchas ausencias desde la tesis de pregrado, magíster y el doctorado, a mi papi y mami que partieron conmigo este proceso desde la tierra y hoy me acompañan desde el cielo.

A nuestra pequeña familia, sobre todo a Gustavo que a pesar de vivir momentos difíciles de salud, siempre ha tenido una palabra de amor y aliento en este proceso y a Pandi y Leo que con sus ronroneos han hecho el transcurso del doctorado más llevadero.

A mis amigas y amigos que han debido postergar innumerables charlas y llamadas porque “estoy trabajando en mi tesis”, sobre todo a Fran, Yasna y Jony; y al grupo de sibaritas.

A todos mis compañeros de trabajo y estudiantes que han debido escuchar mis reflexiones y pasión por lo comunitario y el apoyo brindado por mis jefaturas Solange, Marcelo e Ismael.

A Cyntia por todo su apoyo en leer, releer y ayudarme con la edición de la tesis.

A la profesora María del Mar que, a pesar de la distancia, cambios de horarios, y retrasos, me acompañó en este proceso de formación con dedicación y comprensión.

Y a mi componente volitivo que se ha mantenido en alto durante estos años, inclusive en pandemia.

Tabla de contenido

ÍNDICE DE FIGURAS	7
ÍNDICE DE TABLAS	10
RESUMEN	11
ABSTRACT	12
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN FORMACIÓN UNIVERSITARIA DE ESTUDIANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL	15
1.1.- ENFOQUES Y MODELOS EN LA FORMACIÓN DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN EL MUNDO	19
1.2.- PERFILES Y COMPETENCIAS DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL	33
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	50
2.1. TERAPIA OCUPACIONAL COMUNITARIA	50
2.2. CONTENIDOS EN TERAPIA OCUPACIONAL COMUNITARIA	73
2.2.1.- CONTENIDOS TEÓRICOS O CONCEPTUALES	76
2.2.2.- CONTENIDOS PROCEDIMENTALES	77
2.2.3.- CONTENIDOS ACTITUDINALES O VALÓRICOS	83
2.2.4.- CONTENIDOS TRANSVERSALES	84
2.3. METODOLOGÍAS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE EN TERAPIA OCUPACIONAL	87
2.3.1. METODOLOGÍAS DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE EN TERAPIA OCUPACIONAL	87
2.4. PROCESOS DE EVALUACIÓN	96
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	109
3.1.- OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	110
3.2.- ENFOQUE METODOLÓGICO	110
3.3.- CONTEXTO DE INVESTIGACIÓN	111
3.4.- PROCEDIMIENTO	112
3.5.- POBLACIÓN	115
3.6.- MUESTRA	117
3.7.- OPERACIONALIZACIÓN DE CATEGORÍAS	121
3.8.- TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	129
3.9.- PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	135
3.10.- CONTROL DE CALIDAD	138
3.11.- RESGUARDOS ÉTICOS	139
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	142
4. 1.- IDENTIFICAR LOS VÍNCULOS DE LO COMUNITARIO CON LOS CURRÍCULOS UNIVERSITARIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN CHILE	148
4.2.- CARACTERIZAR LOS CONTENIDOS QUE SE DESARROLLAN EN LA FORMACIÓN DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ÁMBITO COMUNITARIO EN CHILE	155
4.2.1.- CONTENIDO TEÓRICO	157
4.2.2.- CONTENIDO PROCEDIMENTAL	161
4.2.3. - CONTENIDO ACTITUDINAL O VALÓRICO	166
4.2.4. - CONTENIDOS TRANSVERSALES	168
4.2.5. - REEVALUACIÓN DE CONTENIDOS	169
4.3.- DESCRIBIR LAS METODOLOGÍAS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE EN EL ÁMBITO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL COMUNITARIA EN LA FORMACIÓN DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS EN CHILE	171
4.4.- IDENTIFICAR LOS TIPOS DE PROCESOS EVALUATIVOS QUE SE ESTÁN LLEVANDO A CABO CON ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS EN EL ÁMBITO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL COMUNITARIA	183
4.5.- ELEMENTOS DE MEJORAS LAS PRÁCTICAS DOCENTES EN EL ÁREA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL COMUNITARIA EN CHILE	191

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	203
5.1. DISCUSIÓN EN TORNO A LOS VÍNCULOS DE LO COMUNITARIO CON LOS CURRÍCULOS UNIVERSITARIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN CHILE	203
5.2. DISCUSIÓN EN TORNO A LOS CONTENIDOS QUE SE DESARROLLAN EN LA FORMACIÓN DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ÁMBITO COMUNITARIO EN CHILE.....	209
5.2.1 CONTENIDO TEÓRICO	210
5.2.1.1 FUNDAMENTOS CONCEPTUALES.....	210
5.2.1.2. ENFOQUES Y MODELOS DE INTERVENCIÓN.	213
5.2.2. CONTENIDO PROCEDIMENTAL	218
5.2.3. CONTENIDO ACTITUDINAL O VALÓRICO.....	225
5.2.4. CONTENIDO TRANSVERSAL	227
5.2.5. REEVALUACIÓN DE CONTENIDOS.....	228
5.2.6. ROL DOCENTE.....	229
5.3. DISCUSIÓN EN TORNO A METODOLOGÍAS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE EN EL ÁMBITO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL COMUNITARIA EN LA FORMACIÓN DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIO EN CHILE	230
5.3.1. METODOLOGÍAS PARTICIPATIVAS	232
5.3.2. METODOLOGÍAS CLÁSICAS	238
5.3.3. VINCULACIÓN CON EL MEDIO	239
5.3.4. EL ROL DOCENTE EN LAS METODOLOGÍAS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE.....	239
5.4. DISCUSIÓN EN TORNO A LOS PROCESOS EVALUATIVOS EN LA FORMACIÓN EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL COMUNITARIA EN CHILE.....	240
5.4.1. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	241
5.4.2. ENFOQUE DE EVALUACIÓN	241
5.4.2. INTENCIONALIDAD DE LA EVALUACIÓN.....	242
5.4.3. AGENTES INTERNOS DE EVALUACIÓN.....	243
5.5. DISCUSIÓN EN TORNO A PROPUESTA DE ELEMENTOS QUE MEJOREN LAS PRÁCTICAS DOCENTES EN EL ÁREA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL COMUNITARIA EN CHILE.....	244
5.5.1. ELEMENTOS PARA MEJORAR LAS PRÁCTICAS DOCENTES DESDE LAS INSTITUCIONES	245
5.5.2. ELEMENTOS PARA MEJORAR LAS PRÁCTICAS DOCENTES DESDE LAS PERSPECTIVAS DE LOS ACADÉMICOS	249
5.5.3. ELEMENTOS PARA MEJORAR LAS PRÁCTICAS DOCENTES CENTRADAS EN ESTUDIANTES	251
5.5.4. ELEMENTOS PARA MEJORAR LAS PRÁCTICAS DOCENTES DESDE LA COMUNIDAD	253
CAPÍTULO VI: CONCLUSIÓN	256
6.1.- LIMITACIONES Y PROYECCIONES	264
6.2.- PROYECCIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	265
REFERENCIAS	267
ANEXOS	279
ANEXO 1: VALIDACIÓN DE CATEGORÍAS E INSTRUMENTOS	279
1.1. PAUTA DE EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS	279
1.2. GUIÓN DE ENTREVISTA A DOCENTES	281
1.3. GUIÓN DE ENTREVISTA A DIRECTORES Y JEFES DE CARRERA	283
ANEXO 2: MATRIZ DE CATEGORÍAS, DE ELABORACIÓN PROPIA	287
ANEXO 3: CATEGORÍAS INICIALES DE CODIFICACIÓN.....	288
ANEXO 4: LIBRO DE CODIFICACIONES.....	289
ANEXO 5: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	294

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Pirámide de Miller de tipologías de actividades según niveles de competencia</i>	23
Figura 2. <i>Procesos de creación de programas formativos de Terapia Ocupacional en Chile</i>	31
Figura 3. <i>Áreas de trabajo de la Red Europea de Terapia Ocupacional para la Educación Superior</i>	32
Figura 4. <i>Competencias genéricas del Terapeuta Ocupacional</i>	34
Figura 5. <i>Competencias específicas del Terapeuta Ocupacional en España</i>	35
Figura 6. <i>Competencias del perfil profesional de los Terapeutas Ocupacionales de Argón</i>	37
Figura 7. <i>Proceso de certificación de Competencias del Terapeuta Ocupacional de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía</i>	38
Figura 8. <i>Competencias profesionales del terapeuta ocupacional canadiense</i>	42
Figura 9. <i>Componentes de la Comunidad</i>	53
Figura 10. <i>Dimensiones de la Inclusión sociocomunitaria</i>	55
Figura 11. <i>Aproximaciones conceptuales de la Terapia Ocupacional Comunitaria</i>	57
Figura 12. <i>Continuo de Intervención de Terapia Ocupacional Comunitaria</i>	61
Figura 13. <i>Principales fundamentos de la facilitación centrada en el cliente y basada en la ocupación</i>	63
Figura 14. <i>Matriz de rehabilitación basada en la comunidad</i>	66
Figura 15. <i>Principales roles de los terapeutas en la intervención de Terapia Ocupacional</i>	79
Figura 16. <i>Cualidad y características personales para el ejercicio profesional de Terapeutas Ocupacionales Comunitarios</i>	84
Figura 17. <i>Habilidades que son claves en el proceso de facilitación en salud</i>	86
Figura 18. <i>Etapas ampliadas de un ABP</i>	90
Figura 19. <i>Ejes de la Metodología A+S</i>	93
Figura 20. <i>Fases y etapas de la investigación cualitativa</i>	109
Figura 21. <i>Cronograma de la investigación</i>	112
Figura 22. <i>Carta utilizada para la difusión de la investigación</i>	114
Figura 23. <i>Extracto de cuestionario de validación de categorías e instrumentos</i>	

.....	122
Figura 24. Porcentaje de aceptación de los instrumentos de evaluación	123
.....	124
Figura 25. Categorización de dimensiones asociadas a pautas de entrevista	125
.....	126
Figura 26. Operacionalización de la Categoría Vínculos con lo comunitario	127
.....	128
Figura 27. Operacionalización de la Categoría Contenidos	129
Figura 28. Operacionalización de la Categoría Metodologías de Enseñanza – Aprendizaje	131
Figura 29. Operacionalización de la Categoría Procesos Evaluativas	131
.....	133
Figura 30. Operacionalización de la Categoría Mejoras	134
.....	137
Figura 31. Guion de entrevistas a docentes	143
Figura 32. Guion de entrevistas a directores o jefes de carrera	144
.....	145
Figura 33. Convenciones de transcripción	146
.....	147
Figura 34. Carta de compromiso de confidencialidad de los transcritores	148
Figura 35. Ejemplo de codificación	152
Figura 36. Nube de palabras más frecuentes de la investigación	155
Figura 37. Árbol de palabras del concepto de comunidades	163
.....	171
Figura 38. Árbol de palabras para la habilitación para la intervención de personas – grupos – comunidades	173
.....	174
Figura 39. Número de referencias de codificación en el sistema de categorías	174
Figura 40. Cobertura de codificación por categoría	177
.....	181
Figura 41. Mapa jerárquico Categoría Vínculos con lo Comunitario	181
.....	181
Figura 42. Presencia de lo sociocomunitario en las mallas curriculares de Terapia Ocupacional en Universidades Chilenas	181
.....	181
Figura 43. Mapa jerárquico de la Categoría de Contenidos	181
Figura 44. Visualización de Árbol de Palabras de la Palabra Diagnóstico en Contexto	181
Figura 45. Mapa jerárquico de la categoría de metodologías de enseñanza – aprendizaje	181
.....	181
Figura 46. Subcategorías de las Metodologías más usadas en Módulos de Terapia Ocupacional Comunitaria	181
.....	181
Figura 47. Comparación del uso de Metodologías Participativas en relación con la totalidad de Metodologías en TOC	181
.....	181
Figura 48. Metodologías TOC con enfoque en Metodologías Clásicas; Metodologías con Vinculación al Medio; y, Metodologías Enfocadas en el Rol del Docente	181
.....	181

Figura 49. *Mapa jerárquico de los tipos de procesos evaluativos que se están llevando a cabo con estudiantes universitarios en el ámbito de la Terapia Ocupacional Comunitaria*

.....183

Figura 50. *Mapa jerárquico de elementos que mejoren las prácticas docentes en el área de la Terapia Ocupacional Comunitaria en Chile*

.....191

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Representatividad de programas de Terapia Ocupacional en Chile</i>	29
Tabla 2. <i>Competencias de los Terapeutas Ocupacionales de Andalucía con el Ciudadano</i>	38
Tabla 3. <i>Competencias de los terapeutas ocupacionales de Andalucía en la atención sanitaria integral</i>	39
Tabla 4. <i>Competencias de los terapeutas ocupacionales de Andalucía en lo profesional</i>	40
Tabla 5. <i>Competencia de los terapeutas ocupacionales de Andalucía en la eficacia</i>	41
Tabla 6. <i>Competencias de los terapeutas ocupacionales de Andalucía en los resultados</i>	41
Tabla 7. <i>Elementos de concepto de comunidad y sus significados</i>	54
Tabla 8. <i>Instituciones que imparten Terapia Ocupacional en Chile</i>	116
Tabla 9. <i>Resumen de muestra documental</i>	118
Tabla 10. <i>Resumen de muestras de entrevistas</i>	119
Tabla 11. <i>Caracterización de participantes de entrevista</i>	120
Tabla 12. <i>Expertos que participaron en el proceso de fiabilidad de las categorías y guiones de entrevistas</i>	122
Tabla 13. <i>Ejemplo de libro de códigos</i>	136
Tabla 14. <i>Listado de las diez palabras más frecuentes</i>	143
Tabla 15. <i>Nodos Comparados por Número de Referencias de Codificaciones de la Categoría Vínculos con lo Comunitario</i>	149
Tabla 16. <i>Nodos comparados por Número de Referencias de Codificaciones de la Categoría Contenidos</i>	157
Tabla 17. <i>Nodos comparados por número de referencias de codificaciones de la Categoría Metodologías de Enseñanza – Aprendizaje</i>	172
Tabla 18. <i>Nodos comparados por número de referencias de codificaciones de la categoría Procesos Evaluativos</i>	184
Tabla 19. <i>Nodos comparados por número de referencias de codificaciones de la categoría elementos de mejora en la práctica docente</i>	192

RESUMEN

La presente tesis doctoral surge como respuesta ante la escasa investigación que existe actualmente en Chile, sobre la formación universitaria de estudiantes de Terapia Ocupacional y la creciente práctica comunitaria, dado que los egresados que se desempeñarán en esta área requieren desarrollar competencias específicas. Ante esta problemática, se realizó una investigación cualitativa, de carácter descriptivo, considerando a todas las universidades chilenas que imparten la carrera a través de un análisis de contenido en su aproximación dirigida de sus perfiles de egreso y mallas curriculares, así como syllabus y programas asociados. Ello es complementado por entrevistas a expertos, docentes de temáticas sociales y comunitarias, y directores y directoras de programas de terapia ocupacional, con el objetivo de analizar las prácticas docentes que guían la formación de estudiantes universitarios de terapia ocupacional en el ámbito comunitario en Chile. A través de estas entrevistas se busca reconocer los vínculos y concepciones asociadas a la terapia ocupacional comunitaria, tanto desde experiencias personales, docentes, así como históricas, generando una exploración de los contenidos teóricos, procedimentales, actitudinales y transversales necesarios a desarrollar por los estudiantes, las metodologías y actividades de enseñanza-aprendizaje, sistemas evaluativos, y elementos de mejoras en las actuales prácticas desde los formadores. Por medio de esta investigación, se plantea definir los alcances de esta disciplina ya sea con claros enfoques desde asignaturas específicas, incorporando tanto lo biomédico como lo social; o, presentando lo comunitario como una cualidad inherente a la Terapia Ocupacional. Esta definición haría posible la sistematización de módulos y subsecuente democratización de conocimientos para impartir una concepción compartida de la formación del profesional desde los contenidos hasta las metodologías y procesos evaluativos para fomentar el desarrollo del estudiante de Terapia Ocupacional que se desempeñará en los territorios y comunidades hacia un profesional íntegro, de competencias de trabajo interdisciplinario orientado a los derechos humanos universales, centrado en la ocupación y sus usuarios, con habilidades blandas, capaz de enfrentarse a las injusticias sociales a través de prácticas participativas en los territorios y con las poblaciones y comunidades.

PALABRAS CLAVES: Educación superior, Terapia Ocupacional, Comunidad, Docencia.

ABSTRACT

The present doctoral thesis emerges as an answer in light of the scarce investigation that currently exists in Chile, regarding the university formation of Occupational Therapy students and growing community practice, given that the graduates that will perform in this area are required to develop specific competencies. In light of this problem, a qualitative investigation, of descriptive nature, has been carried out, considering all Chilean universities that impart the career through an analysis of content in a targeted approach towards graduation profiles and curricula, as well as syllabi and associated programs. This is complemented by interviews with experts, educators of community and social issues, and Occupational Therapy program directors in order to analyze pedagogical practices that guide the formation of university students of Occupational Therapy in the community field in Chile. Through these interviews, we look for the links and conceptions associated with Community Occupational Therapy, as much from personal experience, from teaching, as well as historical and generational experience, an exploration of the theoretical, procedural, attitudinal, and transversal contents necessary for the development of students; the methodologies and activities of teaching-learning, evaluative systems, and elements to improve the current practices from the educators. Through this investigation, we pose to define the scopes of this discipline through clear approaches from specific subjects, incorporating the biomedical aspect as much as the social aspect; or, presenting the community as a quality inherent to Occupational Therapy. This definition would allow for the systemization of modules and the subsequent democratization of knowledge to impart a shared conception of the formation of the professional from contents to methodology and evaluative processes to encourage the development of the Occupational Therapy student that will perform in the territories and communities, towards an integral professional, of interdisciplinary work competencies, oriented towards universal human rights, centered in the occupation and its users, with soft skills, able to face social injustices through participative practices in territories and with populations and communities.

KEY CLAVES: Superior Education, Occupational Therapy, Community, Education.



PRIMERA PARTE:

**Introducción
y
Marco Teórico**



Escuela Internacional de Doctorado / Doctorado en Educación / Universidad de Almería



CAPÍTULO I:

Introducción a la Formación Universitaria en Estudiantes de Terapia Ocupacional



Escuela Internacional de Doctorado / Doctorado en Educación / Universidad de Almería

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN FORMACIÓN UNIVERSITARIA DE ESTUDIANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL

La educación superior universitaria se encuentra tensionada permanentemente por la globalización, los espacios políticos e institucionales, así como los avances científicos y tecnológicos (Gutiérrez-Paredes y Gutiérrez-Jofré, 2016). Esto queda al descubierto por las complejidades de las diferentes disciplinas, lo que que permite discutir sobre la formación de los distintos profesionales, en función de las demandas del mundo laboral, las nuevas evidencias científicas y los cambios sociodemográficos de la población, especialmente en las carreras vinculadas con la medicina por su relevancia en la salud pública (Tappura, Teperi, Kurki, y Kivistö-Rahnasto, 2019).

En Chile, la educación superior está compuesta por diversas instituciones reconocidas por el Estado, constituidas por tres tipos de organismos: las universidades, los institutos profesionales y los centros de formación técnica (Fernández Darraz, 2018; Tuning Project, 2007). En el artículo 29 de la Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza N° 18.962 (LOCE), se estipula la normativa para que las instituciones de educación superior puedan recibir el reconocimiento estatal, mencionando que estas instituciones son las autorizadas para otorgar títulos profesionales, grados académicos y técnicos de nivel superior, además de los post grados (Ministerio de Educación Pública, 1990).

Las universidades en Chile son las instituciones que conforman el nivel más alto de enseñanza, ya que es en ellas donde convergen las funciones de docencia de pre y post grado, investigación y de vinculación con el medio. En este nivel se imparten los programas de licenciatura y posgrado como maestría y doctorados (Comisión Nacional de Acreditación, CNA, Chile, 2018) y es aquí en donde se enmarca esta investigación.

Como se mencionó anteriormente, además de las universidades, existen institutos profesionales que, aunque se enfocan en títulos de técnicos de nivel superior, también pueden entregar títulos profesionales. La diferencia entre ambas instituciones radica en que la entrega de grados académicos, según lo que señala la ley, es una facultad exclusiva de las universidades. Para efectos de este estudio, los institutos profesionales quedan excluidos, ya que su principal rol es responder al sector productivo de bienes y servicios (Tuning Project, 2007).

En los últimos 35 años, la educación superior chilena ha experimentado significativos cambios, aumentando de 120.000 estudiantes a más de un millón y de ocho universidades a 150 instituciones

(Fernández Darraz, 2018). Sumado a lo anterior, la Ley General de Educación 20.370 (Ministerio de Educación, 2010; Secretaría General del Consejo de Rectores Universidades Chilenas, 1981) fomenta la libertad de enseñanza, lo que permite que cada institución de educación superior y sus respectivas carreras definan sus propias mallas y sus contenidos de formación. Esta ley, junto con el Libro V., *Del ejercicio de la medicina y profesiones afines del código sanitario* (Ministerio de Salud Pública, 2010), son los encargados de regular las profesiones de la salud, lo cual despliega una enorme diversidad en planes y programas de formación en las carreras socio sanitarias incluida la Terapia Ocupacional.

Por otra parte, desde el año 2004, el gobierno de Chile viene implementando el “Proyecto Tuning América Latina” (Tuning América Latina, 2018), el cual busca establecer un marco universal para la implementación del Proceso de Bolonia para las instituciones de educación superior, que consiste en una metodología de rediseño, desarrollo, implementación y evaluación de los programas de estudios. En dicho proceso, los programas de estudios deben ser comparables, compatibles y transparentes, de acuerdo al Sistema de Créditos Transferibles de Chile (SCT-CHILE) (Argüeles, 2009; Gacel-Ávila, 2011). No obstante lo anterior, ya se observaban esfuerzos de innovación curricular previos en universidades desde los años noventa, en el caso de las universidades asociadas al Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas (CRUCH) (Gutiérrez-Paredes y Gutiérrez-Jofré, 2016).

La implementación del proceso de Bolonia contempla poner en marcha las competencias genéricas y específicas, tanto en las unidades y/o módulos como en los distintos niveles, y desde una mirada global en el currículo. También considera el uso del SCT-Chile, un sistema de aseguramiento y monitoreo de la calidad, diplomas complementarios y la formación en tres ciclos (licenciatura, maestría y doctorado); al igual que movilidad y colaboración internacional (Pey y Chauriye, 2011).

En Chile, en los años noventa, se utilizaba el “Plan de Desarrollo Institucional” como herramienta para la gestión y crecimiento. Este plan era demandado por el programa de “Mejoramiento de la calidad y la equidad en la educación terciaria” (MECESUP) y ha evolucionado hasta llegar al uso actual de lo que se denomina, “Modelo Educativo”. En consecuencia, es una herramienta que plasma las visiones y misiones de las instituciones de educación superior y la transferencia de saberes, ya que entrega instrumentos para la reproducción y la coherencia institucional de los procesos de enseñanza-aprendizaje (Pey y Chauriye, 2011; Universidad de Chile, 2015).

La tendencia actual, a modo de garantía de calidad, es generar una formación centrada en el estudiante que fomente en ellos las facultades para ser ciudadanos críticos y creativos (Peacock y Cowan, 2018), a través de una estructura general e integral, el desarrollo de competencias, resultados de aprendizaje, metodologías activas participativas, la evaluación de carga académica de los alumnos, el fomento del trabajo autónomo, la internacionalización, y las salidas intermedias (Maquilón y Alonso, 2014; Pey y Chauriye, 2011).

En consecuencia a ello, el perfil de egreso es el elemento principal de los procesos centrados en el estudiante; por lo que todo el currículo tributa a este: orienta los diseños formativos y recoge las necesidades de la sociedad y del mundo laboral, en sintonía con los requerimientos del estado y del mercado laboral (Gutiérrez-Paredes y Gutiérrez-Jofré, 2016; Ortiz Moreira y Gajardo Navarrete, 2015). Estos perfiles de egreso son los que determinan los enfoques que tendrán los futuros terapeutas ocupacionales en el país, y si es que estos planes y programas consideran las particulares del enfoque comunitario y sus aportes a la salud.

Actualmente, muchas de las carreras en Chile se encuentran implementando procesos de innovación curricular, transitando desde modelos tradicionales a modelos referenciados por competencias o resultados de aprendizaje. Esto implica modificaciones considerables en lo que respecta a las metodologías de enseñanza-aprendizaje y a los programas de las asignaturas o trayectorias formativas.

El desarrollo de las pedagogías de la salud con enfoque social, como la terapia ocupacional, ha tomado influencias de diversos autores y fuentes teóricas, lo que ha ido creando los marcos conceptuales para el desarrollo metodológico y prácticas reflexivas (Mejía Jiménez, 2013). Los ejes formativos han presentado evoluciones dispares y enfoques heterogéneos en relación con los requerimientos culturales y condicionantes socioeconómicos de los distintos contextos en los que se desarrolla la Terapia Ocupacional. En Latinoamérica, la incorporación progresiva del área comunitaria en las mallas curriculares tributa a la necesidad de garantizar un entrenamiento formal en el campo (Oyarzún, Zolezzi, y Palacios, 2012). Por ello, es necesario reconocer que tanto la investigación en docencia en Terapia Ocupacional Comunitaria como los estudios sobre los fundamentos teóricos disciplinares se encuentran en sus primeros pasos. Los Terapeutas Ocupacionales requieren de una formación universitaria que les permita desarrollar habilidades para propiciar la inclusión social y ocupacional de los sujetos de atención, grupos y/o comunidades, con la finalidad de realizar acciones orientadas a la mejora permanente en la calidad de vida de las personas.

Ahora, si bien, existen antecedentes que permiten caracterizar el panorama que impacta actualmente la formación en profesionales de la salud, estos son insuficientes y requieren un proceso de contextualización hacia la terapia ocupacional y, específicamente, al ámbito comunitario del mismo. A partir de esta problemática, esta tesis enfoca su análisis de las prácticas docentes, que guían la formación de estudiantes universitarios de terapia ocupacional, en el ámbito comunitario en Chile, considerando los contenidos teóricos, procedimentales y actitudinales o valóricos, además de las metodologías de enseñanza-aprendizaje, los procesos evaluativos y, finalmente, busca establecer una propuesta de mejoras.

Para lograr esta propuesta, se puede señalar que la presente investigación busca aunar aspectos en común y destacar diferenciaciones sobre la formación de pregrado de terapia ocupacional comunitaria en las diferentes universidades del país. Este estudio constituye uno de los primeros trabajos empíricos sobre las prácticas docentes en terapia ocupacional comunitaria en el mundo, ya que, al ser un área emergente, es un campo de estudio que no se encuentra definido en su totalidad. Posee vaivenes en su desarrollo, encontrándose en expansión en Chile, siendo a la actualidad más un desarrollo individual que colectivo de la disciplina y, por ende, se presume que la docencia se encuentra en condiciones similares.

Esta investigación se propone, además de fomentar el avance en la producción de conocimiento en relación con la educación en terapia ocupacional basada en la evidencia, propiciar elementos que permitan el aseguramiento de la calidad de los y las estudiantes de terapia ocupacional, haciendo hincapié en cuán importante es que los académicos puedan tomar sus decisiones de enseñanza sustentados en la evidencia científica y no solo en la tradición e intuición.

Con esto en mente, esta tesis doctoral pretende poner a la disposición de formadores de terapeutas ocupacionales una investigación que recoge los principales aspectos pedagógicos de lo comunitario, con una visión global de la educación en terapia ocupacional, donde encontraremos en los capítulos generales: Formación universitaria en terapia ocupacional; Vínculos del aspecto comunitario con los currículos universitarios de terapia ocupacional en Chile; Principales contenidos; Metodologías de enseñanza-aprendizaje; El proceso evaluativo y, finalmente, los resultados y conclusiones de esta investigación.

Antes de indagar en la especialización comunitaria de la Terapia Ocupacional, es necesario recopilar los antecedentes tanto teóricos como históricos de la Terapia Ocupacional en sí, para contextualizar esta investigación. Para ello, se identificarán los elementos conceptuales claves para la formación de estudiantes de terapia ocupacional. Estos antecedentes servirán como el sustento para este

estudio y dictarán las directrices para los principales enfoques y modelos en la formación, perfiles y competencias, y las competencias específicas para la intervención en comunidad.

1.1.- Enfoques y modelos en la formación de Terapeutas Ocupacionales en el mundo

La Terapia Ocupacional es una disciplina del ámbito de la salud, que basa sus principios epistemológicos en las ciencias biológicas, psicológicas y sociales. Utiliza la ocupación, entendida como una actividad con propósito y significado, como una herramienta terapéutica en los procesos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud (Crepeau, Cohn, Schell, Willard, y Spackman, 2011). Así mismo, la Asociación Americana de Terapia Ocupacional, AOTA, (2015) define la Terapia ocupacional como:

[E]l uso terapéutico de las actividades de la vida diaria (ocupaciones) con individuos o grupos con el propósito de mejorar o permitir la participación en los roles, hábitos y rutinas en el hogar, escuela, lugar de trabajo, la comunidad, y otros ambientes. Los terapeutas ocupacionales utilizan su conocimiento de la relación transaccional entre la persona, su participación en ocupaciones significativas, y el contexto para diseñar planes de intervención de carácter profesional que facilitan el cambio o crecimiento en las características del cliente (funciones corporales, estructuras corporales, valores, creencias, y la espiritualidad) y habilidades (motoras, de procesamiento y de interacción social) necesarios para la participación exitosa (AOTA, 2015, p.2).

Los servicios de terapia ocupacional proveen promoción de la salud y el bienestar, prevención de enfermedades, habilitación y rehabilitación para personas que presenten dificultades en el desempeño ocupacional y limitaciones para realizar actividades, en riesgo de desarrollar una patología, deficiencias o alguna discapacidad (AOTA, 2015).

Siendo la ocupación el foco central del ejercicio de la práctica de terapia ocupacional, existen múltiples y variadas definiciones. Entre ellas, se destaca la siguiente, del icónico libro de Willard y Spackman, en la cual la ocupación se refiere a “las actividades que comprometen nuestra experiencia vital y pueden ser nombradas en la cultura” (Crepeau et al., 2011, p. 16), ya que no todas las formas de hacer son una ocupación. Carlson y Clark (2001) compilaron la bibliografía disponible para proponer los siguientes cinco criterios para identificar si una forma particular de hacer es una ocupación. Su objetivo no es ofrecer

una definición hermética de ocupación, sino diferenciar la ocupación de otros tipos de hacer. Estos criterios son los siguientes:

- Las ocupaciones son unidades de acción con puntos de inicio y término identificables; una persona que desempeña una ocupación está haciendo algo que comenzó y puede dejar de hacer; por ejemplo, cenar (Carlson y Clark, 2001).
- Las ocupaciones son repetibles, intencionales y conscientemente ejecutadas. El sonambulismo o el sueño en sí mismo no se calificarían como una ocupación; sin embargo, es fundamental que los terapeutas ocupacionales consideren el sueño en la rutina diaria de una persona, para lograr un estilo de vida equilibrada y saludable (Carlson y Clark, 2001).
- Las ocupaciones tienden a ser significativas dentro del contexto de la vida de una persona, por ello, pueden contribuir a la identidad. Además, las personas representan sus ocupaciones con cierto sentido de propósito (Crepeau, Cohn y Schell, 2005). Sin embargo, las ocupaciones varían en su grado de significados; algunas pueden ser ocupaciones que tienen un significado bajo para la persona como mirar un *reality show* (programa de telerrealidad), porque no podemos pensar en otra cosa por hacer en ese momento; mientras que otras reflejan las pasiones de los sujetos, como realizar acciones de caridad o pintar un cuadro como expresión artística. Aun cuando sean significativas, no todas las ocupaciones son saludables; consideremos, por ejemplo, los costos personales y sociales de pintar el vecindario con grafitis o pasar el tiempo buscando y consumiendo drogas adictivas (Carlson y Clark, 2001).
- Las ocupaciones son intermedias en términos de alcance, comprenden unidades del hacer que ocupan un sitio entre los micro comportamientos como cepillarse el cabello o recortarse las uñas y preocupaciones vitales o globales como intentar ser una buena persona (Carlson y Clark, 2001).
- Los miembros de la cultura dan nombre a las ocupaciones y el lenguaje cotidiano que usan designa fácilmente las ocupaciones ya que están compuestas por actividades habituales más que por actividades idiosincráticas (Crepeau et al., 2005). Actividades como entablar un diálogo y hacer una caminata cumplen este criterio de ser fácilmente rotuladas, mientras que una actividad como colocar de forma meticulosa tazas de té en un armario no lo es. Dado que las palabras significan cosas que las personas en la cultura realizan repetidas veces, las palabras y los términos nuevos –

por ejemplo, andar en snowboard y navegar por la red– surgen cuando nacen nuevas formas de ocupación (Carlson y Clark, 2001).

A su vez, la educación en Terapia Ocupacional está basada en una amplia comprensión de la ocupación y una única integración de lo empírico, lo fenomenológico, el conocimiento de lo social, lo tecnológico, lo humano, lo biológico, lo psicológico y las ciencias de la vida. La Terapia Ocupacional además contribuye e influencia el desarrollo de las ciencias de la ocupación (The Tuning Occupational Therapy Project Group, 2007).

La educación en áreas vinculadas a la salud está registrada en diversos puntos de la Historia, desde la antigua Grecia, donde encontramos el célebre juramento de Hipócrates en el siglo V a.C.; en la edad media, vinculada con la iglesia occidental y la creación de instituciones hospitalarias y también desde la educación médica en el islam en centros como los de Bagdad, El Cairo y Córdoba. En el siglo IX, encontramos facultades parecidas a las actuales que luego aparecen en las universidades de Europa Occidental, en las cuales los profesores se dedicaban de manera exclusiva a la enseñanza y se fueron aislando de la práctica clínica. Esta situación cambia en el siglo XVI con la iniciativa de Thomas Linacre, apoyado por el Rey Enrique VIII, y la creación de la “Company of Physicians”, institución autorizada para conceder la licencia de ejercicio de todos los médicos del reino de Inglaterra e Irlanda (Palés, 2015).

En los siglos XVII y XVIII, se fue reafirmando el valor del hospital para el aprendizaje. Así mismo, en el siglo XIX, se crea el modelo de aprendizaje apoyado en las ciencias básicas, prácticas con pacientes para realizar diagnósticos y procesos terapéuticos. A mediados de este siglo se fija el currículo basado en el conocimiento científico que se generalizó en las facultades vinculadas a la salud (Palés, 2015).

En 1910, ocurre un hecho fundamental en la educación sanitaria: se publica el “Informe Flexner”, la primera declaración comprehensiva acerca de cómo debe estructurarse un modelo curricular para la formación en salud y que supone el inicio de una nueva era en la educación sanitaria (Palés, 2015, p. 4). Lo que hizo el autor con este informe fue codificar la esencia de la educación en salud definiendo sus estándares y recomendando lo siguiente:

- Priorizar el aprendizaje de las ciencias básicas antes de adentrarse en las ciencias clínicas.
- Alcanzar la integración de ciencias básicas y clínicas en cuatro años.
- Estimular el aprendizaje activo.

- Limitar el aprendizaje de memoria y las clases magistrales.
- Registrar el aprendizaje de hechos y potenciar el pensamiento crítico y la habilidad de resolver problemas.
- Insistir en que, en los profesionales de la salud, el aprendizaje es una tarea para toda la vida.

Esta propuesta aún se encuentra vigente y se evidencia en los currículos del primer ciclo, vinculado a las disciplinas básicas y también en ciclos posteriores de los estudios clínicos.

En el siglo XX, el informe Rappleye se refirió al estado de la educación en salud. En la primera mitad, hizo una crítica indicando que los elementos decisivos en la educación deben ser el estudiante y maestro, nunca el currículum. En la segunda mitad, el nuevo decano de la Western Reserve University en Ohio emprendió una reforma educativa sobre ideas de lo que había que hacer. Además de nombrar profesores clínicos, esto permitió que en los años setenta apareciera un modelo innovador donde reagruparon los conocimientos de aparatos y sistemas como una sola asignatura, en las universidades de MacMaster y Masstricht. Esta reforma cuestiona los métodos actuales y pone en tela de juicio los siguientes temas: ¿por qué disociar la estructura de la función? ¿Por qué disociar las estructuras macroscópicas (anatomía), microscópicas (histológicas) y moleculares (bioquímicas)? ¿Por qué discutir la función separada de los agentes que modifican dicha función?

Al poner en efecto estas reformas, los resultados obtenidos por estas universidades, pioneras en la implementación de la enseñanza integrada y en el contacto precoz del estudiante con la clínica, fueron tan positivos que alentaron a muchas universidades americanas y europeas para adoptar este sistema de enseñanza (Palés, 2015).

En 1959, se publicó el libro *Enseñando y aprendiendo en la escuela de medicina*, escrito por George Miller, quien es considerado el padre de la educación en salud como campo específico del conocimiento, ya que investigó la complejidad del proceso de enseñanza-aprendizaje, y detectó cuán lejos podían encontrarse a menudo ambos sistemas. Uno de sus principales aportes es “La pirámide de Miller”, usada para representar las competencias clínicas, diagramada en la Figura 1.

Figura 1

Pirámide de Miller de tipologías de actividades según niveles de competencia



Nota. Adaptación de la pirámide de Miller según Camps, 2015; Miller, 1990.

En la década de 1970, las propuestas de Miller entraron con gran fuerza en las facultades de salud, sobre todo en aquellas jóvenes, donde se comprobó que era más fácil innovar desde el principio que cambiar estructuras de poder. La consolidación de estas facultades nacientes, como fueron McMaster University, Maastricht y Ben-Gurión, ayudó a desarrollar nuevas metodologías como el ABP (Aprendizaje basado en problemas). Así mismo, desde la Facultad de Medicina de la Universidad de Dundee, se ha desarrollado el modelo SPICES planteado por Harden y colaboradores, que permite utilizar diversas estrategias, como la enseñanza centrada en el estudiante y no en el profesor, en la que es el estudiante orientado por el profesor-tutor quien selecciona sus objetivos de aprendizaje, y da predominio a las actividades de aprendizaje de carácter más activo y a la autoevaluación. El Aprendizaje basado en problemas, es una estrategia de aprendizaje basada en el principio de usar problemas como punto de partida para la adquisición e integración de nuevos conocimientos, es una estrategia que descansa en el reconocimiento de una necesidad de aprendizaje. La integración curricular, tanto horizontal como vertical, frente a la enseñanza basada en disciplinas y se recomienda ampliamente, ya que reduce la fragmentación, elimina las repeticiones innecesarias, da una visión más global y favorece el contacto entre profesores y departamentos. Programas desarrollados en la comunidad, poniendo menos énfasis en programas basados en la enseñanza en ámbitos hospitalarios. La utilización de la “evaluación clínica objetiva y estructurada” (ECOE) con pacientes simulados, simuladores simples de tareas, casos clínicos, fantasmas, maniqués de

resucitación, simulación por ordenador, este tipo evaluaciones han demostrado un alto nivel de fiabilidad y validez. La escalera de integración curricular, que indica que en los escalones más bajos se encuentran los currículos basados en asignaturas, en los peldaños del medio los currículos basados en asignaturas con actividades integradas y en los peldaños superiores los currículos integrados, que es el que genera un impacto más significativo y aprendizaje más profundo en el estudiante, y la iniciativa de “educación médica basada en la evidencia” (BEME), la cual se basa en una perspectiva a imagen y semejanza de la medicina basada en la evidencia, que pretende que los profesores implanten en sus métodos prácticas y enfoques basados en la mejor evidencia disponible (Palés, 2015).

Los años ochenta fueron marcados por la declaración de Edimburgo, que auguró el futuro de la educación en salud. Tras ello, en los años noventa, se consideran a los profesionales de la salud como agentes sociales, con sentido de responsabilidad social, y ocurre un cambio paradigmático trascendental con la educación, que ahora se basa en competencias compuestas por tres elementos: conocimiento específico, espíritu de servicio y auto exigencia ética, sumado a la habilidad para hacer y saber (conocimiento) y lo que debe hacerse, teniendo la actitud adecuada. Se trata, más bien, de una educación tanto desde los referentes externos como desde las necesidades de los profesionales egresados y la propia sociedad (Palés, 2015).

A fines de los noventa, comienza el proceso de Bolonia, que permanece hasta nuestros días, en la cual se concretan algunos elementos en la enseñanza en salud desde la Declaración de Bolonia. Estos elementos, adaptados de Palés (2015), son los siguientes:

- Enseñanza centrada en el estudiante.
- El estudiante como un ser activo en el aprendizaje.
- Desarrollo e implementación de instrumentos para la enseñanza-aprendizaje y para la evaluación de las competencias.
- Enseñanza-aprendizaje de las evaluaciones orientadas a los resultados.
- La responsabilidad social como inherente a la actividad educativa.
- Evaluación del proceso, la estructura y el resultado como sistema de aseguramiento de la calidad.
- Desarrollo del profesorado como profesionales de la educación en salud.

- Fomento de la investigación en educación en salud.

A partir de estos preceptos, Palés (2015) establece que el futuro de la educación en salud es la estandarización de los resultados de aprendizaje, la integración de la adquisición de la experiencia clínica, el desarrollo de hábitos mentales y de motivación innovadora, así como las identidades profesionales y la capacidad de propiciar los principios de responsabilidad social.

La educación médica y la formación de terapeutas ocupacionales está sumamente ligada ya que la terapia ocupacional es definida por la OCDE y el ministerio de salud chileno como una profesión de las ciencias de la salud. Por ello, sigue muchos de los lineamientos y perspectivas de la medicina y otras carreras vinculadas. En sintonía con estos lineamientos, es pertinente revisar la formación básica de los profesionales en las ciencias de la salud según los principios de la educación médica. A continuación, se hace un breve recorrido por las competencias que deben tener los profesionales según dichos principios.

Martínez Clares (2015) usa el término “Formación basada en competencias” (FBC) para referirse a un modelo de enseñanza-aprendizaje dentro de la educación en salud. Funciona como un lema del cambio educativo que ocurre en las prácticas occidentales, propio del proceso de reestructuración de sociedades de Occidente que están en un momento de transición entre sociedades que funcionaban en base a un sistema industrial y ahora emigran a sistemas basados en conocimientos.

Estos cambios responden a la multiculturalidad de la época, al apogeo de las tecnologías del conocimiento y a la globalización. En este contexto, se valoran sistemas en los cuales el trabajo, la formación y la educación tienen el objetivo de generar y adquirir competencias que otorguen respuestas directas a problemas del entorno real. Siguiendo los planteamientos de Martínez Clares (2015), es imperativo reconocer el vínculo entre el contexto social y las competencias, ya que,

La FBC precisa de una visión comprensiva del escenario actual para propiciar una mejor adaptación a este nuevo contexto social; lo importante es enseñar a pensar para aprender a saber, y a saber hacer sin descuidar o menospreciar el saber ser y el saber estar, superando la clásica formación centrada sólo en la transmisión de conocimientos y en el adiestramiento de habilidades específicas (p. 34 - 35).

De esta noción se desprende que este modelo es imperativo dentro de las ciencias de la salud, ya que llama a los profesionales en formación a entrar en un proceso de enseñanza-aprendizaje en constante retroalimentación “que facilita la transmisión de conocimientos y la generación de habilidades y destrezas; pero es que, además, desarrolla en el participante las capacidades para aplicarlas y movilizarlas en situaciones reales de trabajo” (Martínez Clares, 2015).

Para lograr tal cambio de paradigma y permitir que se expandan las fuentes de conocimiento, es necesario reconfigurar el papel del docente y el estudiante. En este canje, el enfoque transita desde el docente hacia el estudiante, transformándolo en el protagonista de su propio aprendizaje, otorgándole el cargo de gestionar su propia metodología bajo la guía, orientación y apoyo constante de su docente. Ahora, para comprender más específicamente el concepto de “competencias”, Martínez Clares (2015) ha recopilado una serie de definiciones, analíticas y descriptivas, para llegar a la siguiente idea central:

(...) [L]as competencias implican, en el caso de las ciencias de la salud, la capacidad de utilizar en la práctica los conocimientos, habilidades, actitudes, valores y destrezas propios de la profesión sanitaria al servicio de la resolución y prevención de un problema de salud (p. 37).

Más particularmente aun, “(...) una persona es competente cuando demuestra que «sabe», «sabe hacer», «sabe estar» y «sabe ser» con cierto nivel de calidad y de manera flexible y autónoma” (Martínez Clares, 2015). Con esta idea en mente, el autor identifica cuatro rasgos que caracterizan las competencias.

- *Es un conjunto de conocimientos, destrezas y actitudes*, ya que es una combinación dinámica que tiene que ver con qué hacer y cómo hacerlo.
- *Se define en la acción*, ya que tener una competencia y ser competente no son lo mismo; “La competencia exige pasar del saber hacer al saber actuar, ir más allá de lo prescrito, ir a una acción o a un encadenamiento de acciones” (Martínez Clares, 2015, p. 37).
- *Su ejercicio no puede desligarse del contexto* ya que las competencias deben siempre ser pensadas y actuadas en función de las demandas que plantea la realidad.
- *Se labran a través de la experiencia*, dado que las competencias son “saberes articulados, integrados entre ellos y de alguna manera automatizados en la medida en que la persona

competente moviliza este saber en el momento oportuno" (p.37). Es un aprendizaje que supera los conocimientos formales y teóricos de la educación.

Es relevante tener en cuenta estas nociones sobre las competencias, ya que son fundamentales en la formación de los terapeutas ocupacionales y se indagará en los perfiles y competencias con mayor detalle en capítulos posteriores. Ahora, si podemos entender que la formación en base a competencias se escapa a los modelos de aprendizaje tradicional, podemos decir que esta propuesta tiene como objetivo “aprender a aprender”. Este nuevo aprendizaje se puede auxiliar al “potenciar al máximo un modelo de aprendizaje autónomo y significativo, mediante estrategias didácticas orientadas más al desarrollo de destrezas y actitudes que al dominio de conocimientos, a través de un proceso de retroalimentación” (Martínez Clares, 2015).

Cabe recordar que estas delimitaciones provienen desde principios de la medicina, por lo cual, para efectos de esta tesis, no se indagará en mayor detalle sobre la aplicación específica de las competencias en esa área, aunque la Terapia Ocupacional tiene muchos puntos en común.

En América, la formación de Terapeutas Ocupacionales Universitarios se remonta al año 1916. Nace en la Universidad de Columbia de Estados Unidos y, en 1918, se establece en Chicago un programa de estudios denominado *Curso Especial en Ocupaciones curativas y recreacionales*, ofrecido por la Sociedad Cívica y Filantrópica de la ciudad. Durante este mismo año se abren cuatro escuelas en las ciudades de Milwaukee, Filadelfia, Boston y San Luis.

En Canadá, la Universidad de Toronto ofrece el primer curso de formación universitaria en Terapia Ocupacional, también en 1918, y en 1920 se estableció la homologación de los programas de formación de terapeutas ocupacionales entre Estados Unidos y Canadá (Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional, CNDEUTO, 2004).

En 1923, se establecen los estándares para la cualificación de terapeutas ocupacionales, en la cual se establece que los contenidos en los planes de estudio deben incluir conocimientos sobre el desarrollo normal y anormal en psicología, anatomía, kinesiología y ortopedia, trastornos mentales, tuberculosis y el estudio de casos médicos genéricos. Asimismo, se establecen como complemento a tales contenidos la formación sobre las características de los distintos servicios hospitalarios y su administración; así como ética médica, historia de la utilización curativa de las ocupaciones, las relaciones del arte y el trabajo con el desarrollo de la civilización, trabajo industrial y rehabilitación vocacional. También se señala que al

menos deben completarse 1080 horas de entrenamiento en talleres manuales, tales como marquetería, costura, cestería, forja y diseño de joyería (CNDEUTO, 2004).

En Europa, la implantación académica, profesional e institucional fue más tardía, partiendo en 1930, en la Dorset House en Bristol, Inglaterra. A esta, le seguirán la apertura de escuelas en Edimburgo en 1937 y Liverpool en 1946. Desde entonces, el crecimiento de la profesión ha sido constante (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad de Acreditación, 2005).

En Chile, se empieza a impartir la disciplina en 1963, en la Universidad de Chile, con el apoyo de la Oficina Panamericana de la Salud (Universidad de Chile, 2018). En 1967, se conforma la asociación nacional de Terapeutas Ocupacionales, organismo que representa a Terapeutas Ocupacionales en materia gubernamental, gremial, educativa y social, siendo considerada la primera asociación profesional de la disciplina. En 1981, se transforma en el Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Chile (COLTO), configurándose como el organismo oficial que representa al gremio de Terapeutas Ocupacionales Chilenos (Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Chile, 2019).

La Educación en Terapia Ocupacional ha sido implementada en institutos, centros politécnicos y universidades (The TUNING Occupational Therapy Project Group, 2007). Actualmente, en Chile existen 62 programas distribuidos en 29 universidades y 1 instituto profesional; lo que quiere decir, que un mismo organismo puede contar con más de un programa de Terapia Ocupacional a nivel nacional (Ministerio de Educación, 2021). La Tabla 1 identifica la cantidad de programas de Terapia Ocupacional presentes, a lo largo del país, catalogados según región, nombre de la institución educativa y el número de programas que dicha institución posee.

Tabla 1*Representatividad de programas de Terapia Ocupacional en Chile*

Región	Nombre de Institución	Nº de Programas
Arica y Parinacota	U. de Santo Tomás	1
Tarapacá	U. de Santo Tomás	1
Antofagasta	U. de Antofagasta	1
Atacama	U. de Santo Tomás	1
Coquimbo	U. de Santo Tomás	1
	U. Central de Chile	1
	IP de Chile	1
Valparaíso	U. Andrés Bello	1
	U. de Aconcagua	1
	U. de Las Américas	2
	U. de Playa Ancha de Ciencias de la Educación	1
	U. de Viña del Mar	1
Región Metropolitana	U. Santo Tomás	1
	Pontificia Universidad Católica	1
	Universidad Academia de Humanismo Cristiano	1
	U. Andrés Bello	1
	U. Autónoma de Chile	2
	U. Bernardo O'Higgins	1
	U. Central de Chile	1
	U. de Chile	1
	U. del Desarrollo	1
	U. de Las Américas	3
	U. de Los Andes	1
	U. de Santiago de Chile	1
	U. Mayor	1
U. Santo Tomás	1	
U. SEK	2	
IP de Chile	1	
Libertador General Bernardo O'Higgins	U. de O'Higgins	1
	IP de Chile	1
Del Maule	U. Autónoma de Chile	1
	U. Católica del Maule	1
	U. de Talca	1
Ñuble	U. de la República	2
	U. Adventista	1
Biobío	U. Andrés Bello	1
	U. de las Américas	1
	U. San Sebastián	1
	U. Santo Tomás	1
Araucanía	U. Autónoma de Chile	1
	U. Católica de Temuco	1
	U. de la Frontera	1
	U. Santo Tomás	1
	U. Mayor	1
IP de Chile	1	
Los Ríos	U. Austral de Chile	1
	U. San Sebastián	1
	U. Santo Tomás	1
Los Lagos	U. Austral de Chile	1
	U. San Sebastián	1
	U. de los Lagos	2
	U. Santo Tomás	2
Aysén		0
Magallanes	U. de Magallanes	1
Total	29 universidades/1 Instituto	62 programas

Nota. Tabla de elaboración propia en base a la información recopilada de mi futuro.cl, 2021.

La Federación Mundial de Terapia Ocupacional (WFOT, por sus siglas en inglés) nace en 1952, con la inquietud de proporcionar una guía de estándares mínimos en la formación de los terapeutas ocupacionales (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad de Acreditación, 2005). Estos estándares fueron publicados por primera vez en 1954. Se desarrolla una segunda edición en el año 2002 y la última versión fue revisada en el año 2016 por la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT, 2018). The TUNING Occupational Therapy Project Group afirma que, “Los estándares mínimos resumen la filosofía fundamental y los contenidos de los programas de educación y ha ayudado en el desarrollo y mantenimiento de un entendimiento común de la profesión en todo el mundo” (2007a, p. 27); además, aseguran las bases, consistencia y cohesión internacional de la práctica de la disciplina, ya que promueve que los terapeutas ocupacionales tengan similares habilidades, conocimientos y modos de trabajar, a nivel internacional. Esto ofrece una mayor identidad y reconocimiento internacional (World Federation of Occupational Therapy, 2016). Estos estándares mínimos describen los contenidos y materiales esenciales para ser incluidos en programas educativos de Terapia ocupacional, ya sea a nivel de diplomatura, licenciatura, máster y doctorado (World Federation of Occupational Therapy, 2016).

En 1995, se crea la Red Europea de Terapia Ocupacional para la Educación Superior (ENOTHE) con los objetivos de desarrollar y armonizar los requisitos mínimos de la práctica y de la formación, garantizar la calidad de estos y estimular los estándares europeos en educación superior. Lo anterior responde a las directrices de la WFOT y las declaraciones de Bolonia y Praga. En la actualidad, la ENOTHE está conformada por 120 centros y propone el desarrollo de métodos innovadores de enseñanza, de educación continuada y de investigación, abarcando no solo instituciones europeas sino que de todo el mundo, incluyendo actualmente universidades chilenas en carácter de miembros contribuyentes (ENOTHE Board, 2016).

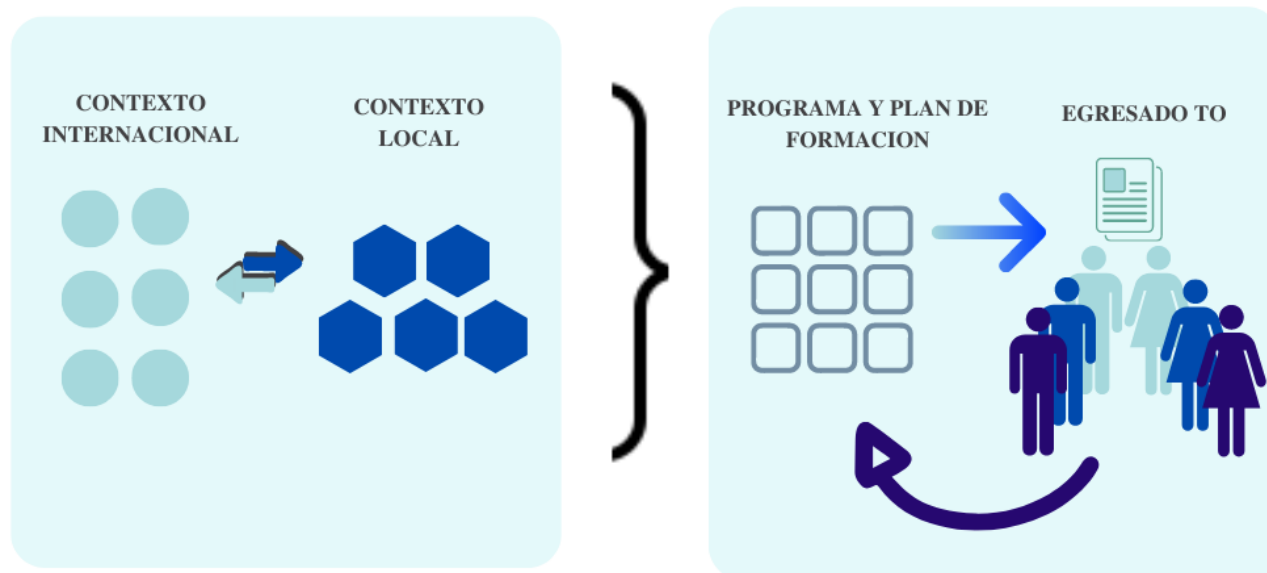
De la misma forma, desde 1997, existe la Confederación Latinoamericana de Terapeutas Ocupacionales (CLATO), la cual agrupa a las asociaciones de siete países de América Latina, incluyendo Chile y cuenta con una línea dedicada a la educación superior; sin embargo, esta se encuentra en una etapa inicial. Al respecto, sería interesante que la Confederación sugiriera directrices para mayor unificación en los criterios de formación (Gómez y Imperatore, 2010).

Además, existe una gran diversidad de documentos, tales como la “Declaración sobre Salud Ocupacional para todos” de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1995), al igual que lineamientos producidos por la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2018) y varias otras organizaciones que

tienen influencia con la salud, bienestar y ocupación. Ellas entregan una perspectiva internacional, en relación con los contextos locales, que delimitan la creación de los programas educativos, así como los conocimientos, destrezas y actitudes de los graduados en Terapia Ocupacional que retroalimentan los procesos formativos, presentados en la Figura 2.

Figura 2

Procesos de creación de programas formativos de Terapia Ocupacional en Chile



Nota. Fuente de elaboración propia en base a la Federación Mundial de Terapia Ocupacional (2016).

En la Figura 2, se denota cómo las perspectivas internacionales configuran los procesos de la Terapia Ocupacional y cómo deben adaptarse al contexto local, delimitando los programas de formación disciplinar, y moldeando sus egresados, quienes nutren y transforman la formación del terapeuta ocupacional. Con ello, los lineamientos de programas, conocimientos, destrezas, y competencias se manifiestan como los resultados de un proceso de retroalimentación constante.

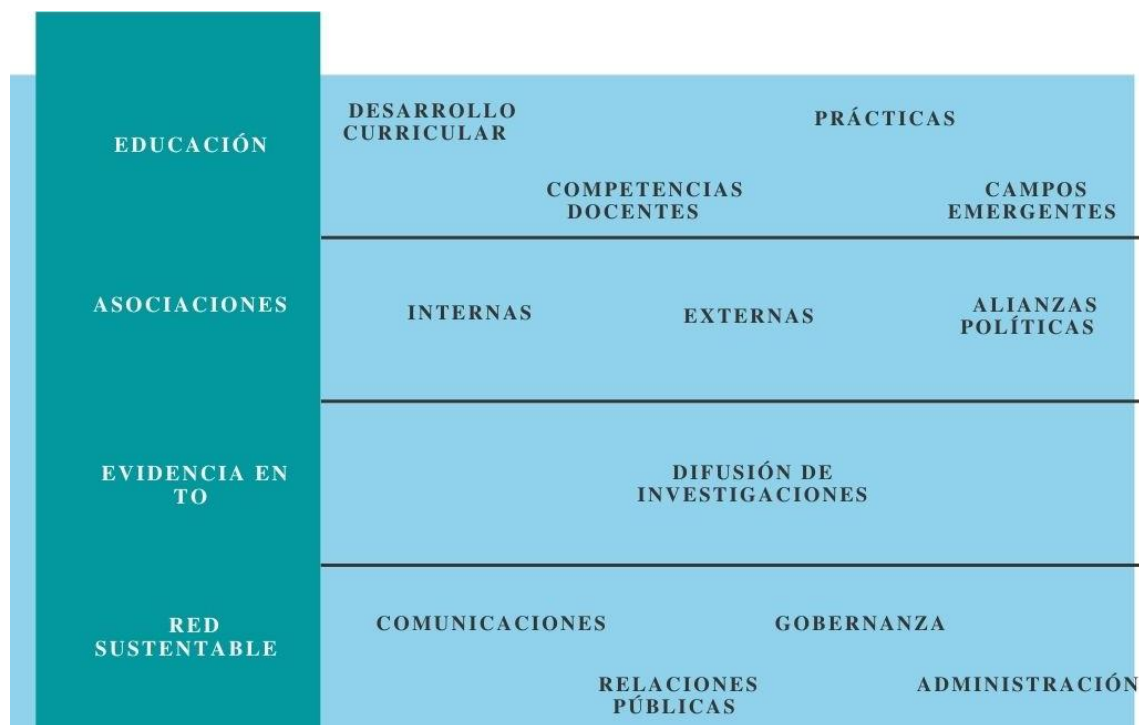
Según el último Consejo de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO, 2016), los procesos actuales en la formación de Terapeutas Ocupacionales están ligados a la adquisición de competencias, las que deben ir unidas a la adecuación de leyes, planes, modelos internacionales – especialmente a aquellos marcados por la organización mundial de la salud– y consideraciones universales, como derechos humanos, éticos, etc., avances tecnológicos, práctica basada en la evidencia, nuevos modelos en la entrega de los servicios y prestaciones de Terapia Ocupacional, pensamiento crítico e investigación. Ello determinará las líneas orientativas en la formación de terapeutas ocupacionales como,

por ejemplo: cultura y diversidad, sostenibilidad medioambiental y de la práctica de terapia ocupacional, desplazamientos humanos, derechos humanos, educación inclusiva en la terapia ocupacional, ciencia de la ocupación, diseño universal y rehabilitación laboral.

Para lograr estos objetivos, la ENOTHE (Red Europea de Terapia Ocupacional en Educación Superior, por sus siglas en inglés, European Network of Occupational Therapy in Higher Education) define distintas áreas estratégicas, de las cuales tres son aplicables al contexto latinoamericano, y están delimitadas en la Figura 3.

Figura 3

Áreas de trabajo de la Red Europea de Terapia Ocupacional para la Educación Superior



Nota. Fuente de elaboración propia en base a datos de ENOTHE, 2016.

Actualmente, la formación de pregrado de terapia ocupacional, en Chile, cuenta con una diversa gama de perfiles profesionales y curriculares, la cual se debe a los distintos procesos de auto evaluación y perfeccionamiento llevados a cabo por las distintas universidades del país en los últimos años (Farías y López, 2018). En virtud de la revisión de las páginas web de las universidades chilenas, se observa que la mayoría de los currículos se encuentran basados en competencias o resultados de aprendizaje, donde el

foco central es el estudiante, posicionándose desde paradigmas constructivistas del aula. A continuación, se analizarán dichos perfiles y competencias de esta profesión.

1.2.- Perfiles y Competencias del Terapeuta Ocupacional

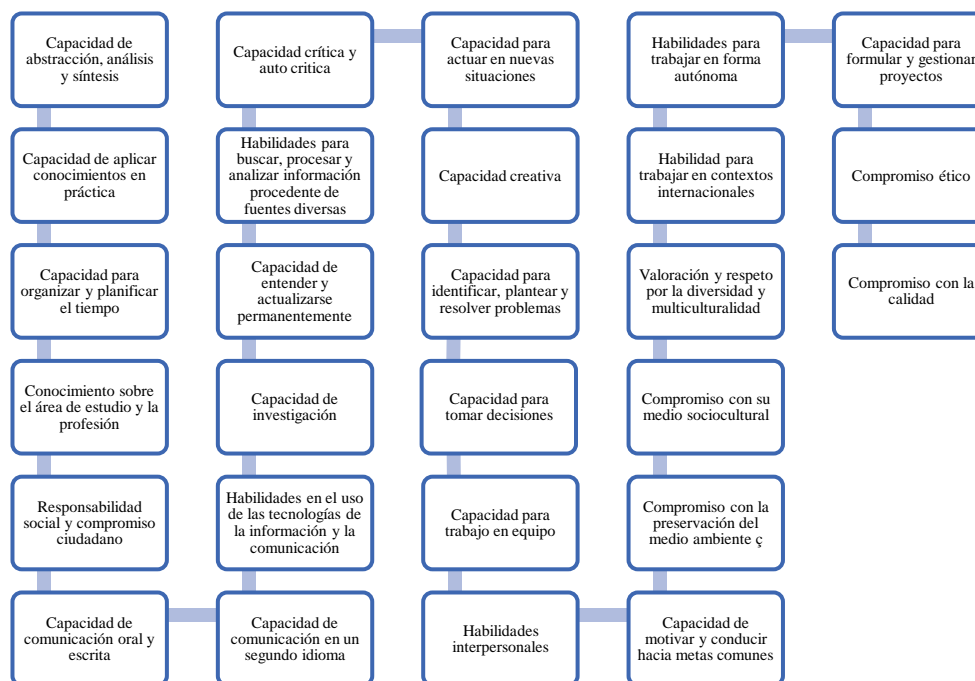
El perfil pretende ser el elemento intermediario entre la realidad laboral y los conocimientos teóricos y prácticos que deben recibir los estudiantes de Terapia Ocupacional, por ello es reformulado permanentemente (Ruiz et al., 2009). La mayoría de las universidades europeas y latinoamericanas han transformado sus perfiles de egreso y programas de estudio orientados por la formación en base a competencias, según los lineamientos del proyecto Tuning, orientando el alcance de las competencias genéricas y específicas (Pey y Chauriye, 2011). La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (2018) señala que la mejor estrategia que permite el posicionamiento disciplinar es la formación en educación superior con competencias en la generación de conocimiento basado en evidencia y competencias para el ejercicio profesional reflexivo y consistente.

Las competencias genéricas son entendidas como destrezas o conocimientos necesarios para el desempeño en el trabajo y en la sociedad, como ciudadano responsable, y las competencias específicas son conocimientos científicos y teóricos, actitudes y valores que se aplican a la solución de un problema determinado o una situación específica de carácter académico profesional (Centro Interuniversitario de Desarrollo, CINDA, 2015). Según Pey y Chauriye (2011):

Las competencias genéricas son características compartidas por cualquier titulación, que se relacionan con las competencias específicas que son vinculadas a cada área de estudio, importantes para la obtención del perfil de egreso y la especificidad propia del campo de estudio (p. 46).

Un estudio publicado por el *Libro Blanco de Terapia Ocupacional de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad de Acreditación Española* (ANECA, 2005) señala que, de las competencias genéricas nombradas anteriormente, las más valoradas estadísticamente son: (a) capacidad de aplicar conocimientos en la práctica, (b) motivación, (c) resolución de problemas, (d) trabajo en equipo y (d) conocimientos básicos de la profesión, determinadas a través de una encuesta a terapeutas ocupacionales en activo y a docentes que participan en la formación del título de terapia ocupacional. En América Latina, esto se transformado en 27 competencias genéricas consensuadas por 62 instituciones, representando a 18 países, señaladas en la Figura 4.

Figura 4
Competencias genéricas del Terapeuta Ocupacional



Nota. Figura adaptada en base a datos Pey y Chauriye (2011).

Desde las competencias genéricas, el documento de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad de Acreditación Española (2005) –en adelante ANECA– para el diseño de planes y títulos de grado, expone competencias específicas, que son entendidas como las competencias relacionadas con cada área de estudio, cruciales para cualquier título y referidas a la especificidad propia de un campo de estudio (Tuning Project, 2007, p. 37).

A continuación, se enumeran las competencias específicas según ANECA (2005), que se aplican al Terapeuta Ocupacional e identifican los conocimientos y capacidades que este profesional debe poseer.

Figura 5*Competencias específicas del Terapeuta Ocupacional en España*

La teoría y la práctica de Terapia Ocupacional	Las estructuras y función del cuerpo humano	Fisiopatología	Psicología	Psicopatología	Psiquiatría	Sociología
Pedagogía	Patología médica	Gerontología y geriatría	Pediatría	Medicina preventiva y salud pública	Patología quirúrgica	Legislación
Deontología	Nuevas tecnologías	Las ocupaciones terapéuticas	Técnicas ortoprotésicas	Actividades de la vida diaria terapéuticas	Principios de ergonomía	Ciencia Ocupacional
Hablar, comprender y escribir una segunda lengua	Trabajar en un contexto profesional, ético y de códigos reguladores y legales	Trabajar de una manera holística	Educación, facilitar, apoyar y animar el funcionamiento ocupacional y el bienestar de los usuarios	Ser consciente de los diversos roles, responsabilidades y funciones propios	Ajustar su papel con el objeto de responder efectivamente a las necesidades de la población o la persona	La responsabilidad de su propio aprendizaje y desarrollo profesional continuado
Emprender valoraciones apropiadas y sistemáticas en las áreas de desempeño ocupacional	Reconocer e interpretar signos de función-disfunción de la persona	Responder a las necesidades del paciente, su entorno, y otros profesionales	Determinar si la persona es susceptible de recibir tratamiento de TO	Mostrar y mantener una práctica basada en la evidencia	Adaptarse a los niveles asistenciales para cubrir las necesidades de los usuarios	Utilizar el razonamiento clínico revisando y reajustando el tratamiento
Mantener la dignidad, privacidad y confidencialidad de la persona	Establecer una relación terapéutica apropiada a los diferentes momentos del ciclo vital de la persona	Informar, educar, adiestrar y reentrenar y supervisar a la persona, cuidadores y su familia	Aplicar tratamientos en todas aquellas alteraciones del desempeño ocupacional	Elaborar y ejecutar los programas de promoción, prevención, educación sanitaria y reinserción social	Participar en programas de salud en integración escolar, laboral y social	Intervenir en la adaptación y readaptación del entorno físico, social y cultural
Informar, registrar, documentar y si cabe, derivar, el proceso de intervención	Aplicar el método científico en los métodos de intervención	Comunicarse de manera efectiva con el usuario, familias, grupos sociales y otros profesionales	Establecer una relación de empatía con el usuario, familia, grupos sociales y otros profesionales	Saber trabajar en equipo con el objetivo de lograr el bienestar del paciente	De liderar (dirigir y coordinar) un equipo	Llevar a cabo evaluaciones de calidad
Educación, facilitar, supervisar y apoyar a los estudiantes de Terapia Ocupacional y otros profesionales	Lograr el bienestar del paciente a través de la combinación de recursos y acciones de los miembros del equipo	Permitir que los pacientes y sus cuidadores expresen sus preocupaciones e intereses y que puedan responder adecuadamente	Trabajar y comunicarse en forma efectiva para priorizar y gestionar el tiempo eficientemente	Identificar y anticipar situaciones de riesgo en el proceso de intervención	Colaborar con el resto de los profesionales en la prevención de riesgos laborales	Utilizar los recursos socio-sanitarios y económicos eficientemente

Nota. Tabla adaptada de ANECA, 2005.

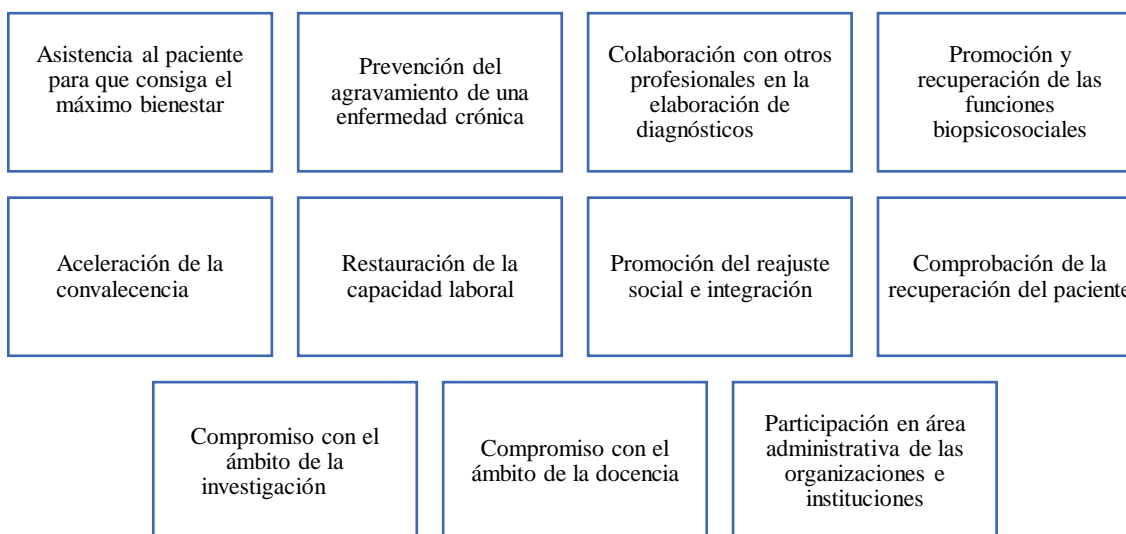
En el mismo estudio, señalado en *Libro Blanco de Terapia Ocupacional de la ANECA (2005)*, se determinó que, dentro de las cinco competencias más valoradas por los docentes y terapeutas ocupacionales en ejercicio, la más trascendental es la referente a los conocimientos y habilidad para aplicar la teoría y la práctica de Terapia Ocupacional. La que le sigue se vincula estrechamente con la profesión también y consta de aplicar las ocupaciones terapéuticamente. Esta última se vincula con una metodología que distingue al profesional terapeuta ocupacional de otros de la salud o ciencias sociales que es el sello de la profesión.

Las competencias que les siguen, posicionadas en el tercer y cuarto lugar, en su conjunto superan la segunda competencia más importante, mencionada en el párrafo anterior. Es “la capacidad para responder a las necesidades del paciente, evaluando, planificando y desarrollando los programas individualizados más apropiados junto a la persona y su entorno, sus cuidadores, familias y otros

profesionales” (ANECA, 2005). Esta competencia está compuesta por diferentes ámbitos a considerar: se reconoce la importancia que tiene para la disciplina el conocimiento y el dominio de una metodología que entregue habilidades para realizar todo el proceso de terapia ocupacional (evaluación, planificación, ejecución y valoración); pero, a su vez, es recurrente en señalar el carácter individualizado y exhaustivo, así como el interés de adoptar una perspectiva en la que el usuario tenga un papel fundamental en su tratamiento o lo que se conoce como práctica centrada en el cliente. A su vez, esta competencia señala la necesidad de contemplar no solo al usuario, sino que su contexto desde una mirada amplia, englobando el contexto físico, social y cultural que puede influir en el proceso terapéutico (ANECA, 2005).

Además, es importante mencionar la importancia que se le otorgó a las competencias de “trabajar en equipo cuyo fin último sea el logro máximo del bienestar del paciente”. De manera distintiva, esta competencia es de carácter actitudinal. Se diferencia de las otras, que tenían un componente más centrado en el conocimiento y procedimientos, en relación con las cinco primeras competencias más valoradas por el grupo encuestado. Desde el análisis realizado se consideró que el peso de esta competencia en la formación del terapeuta ocupacional es razonable, debido a que el ejercicio profesional requiere de un abordaje interdisciplinar, donde todos los profesionales trabajen de manera coordinada para lograr los objetivos de trabajo (ANECA, 2005).

Así mismo, en España, el Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Aragón (COPTOA), fundado en el 2001, tiene como objetivo la creación de su perfil profesional. Sin embargo, este se encuentra en constante edición debido a ser considerado como dinámico, ya que es el elemento mediador entre la realidad laboral y los conocimientos teóricos que deben recibir los estudiantes de terapia ocupacional, contrario a la teoría, que debe estar a disposición de los avances y del ejercicio profesional (Ruiz et al., 2009). Frente a lo anterior, se han definido las funciones que debe desempeñar el terapeuta ocupacional de la siguiente forma.

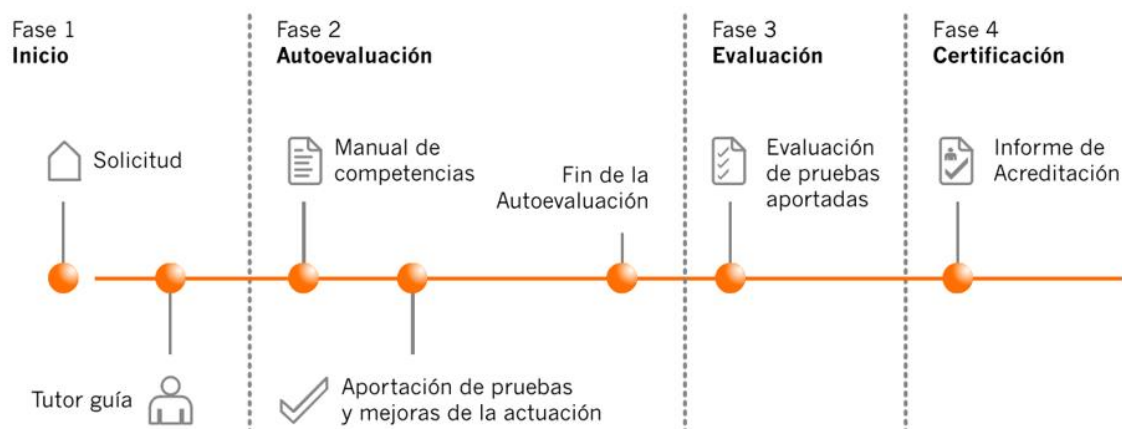
Figura 6*Competencias del perfil profesional de los Terapeutas Ocupacionales de Aragón*

Nota. Figura adaptada en base a los estudios de Ruiz et al., 2009.

De igual forma, en España, la Agencia de Calidad de Andalucía se abocó a la labor de crear un “Manual de Competencias Profesionales del Terapeuta Ocupacional” (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2005), el cual busca identificar la práctica real de los profesionales como una forma de promover el desarrollo profesional y la mejora continua, entendiendo estas competencias en el ámbito sanitario como las aptitudes para integrar y aplicar las buenas prácticas de su profesión para resolver las situaciones que sean pertinentes. En virtud de ello, los terapeutas ocupacionales pueden certificar sus competencias, a través de evidencia y pruebas, y el resultado satisfactorio puede otorgar los grados de avanzado, experto y excelente. Dicha certificación tiene un periodo de vigencia de cinco años y puede re acreditarse (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2015). Esta certificación busca garantizar la existencia o la adquisición de nuevas competencias, así como un nivel de desarrollo del profesional a lo largo de su vida. Para el terapeuta ocupacional, esto consiste esencialmente en recopilar y aportar pruebas procedentes del propio ejercicio profesional, real y diaria, siendo un proceso dinámico que se encuentra compuesto por cuatro fases que se retratan a continuación.

Figura 7

Proceso de certificación de Competencias del Terapeuta Ocupacional de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía



Nota. Figura adaptada en base a datos de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2015

Las competencias que deben tener los terapeutas ocupacionales, según este manual, se encuentran divididas en temáticas, competencias y las buenas prácticas que representan dicha competencia y pueden categorizarse de las maneras representadas en las Tablas 2, 3, 4, 5, 6.

Tabla 2

Competencias de los Terapeutas Ocupacionales de Andalucía

Ámbito	Criterio	Competencia	Buena práctica
El ciudadano	Orientación al ciudadano: satisfacción, participación y derechos	Orientación al ciudadano: respeto por sus derechos	Protege la confidencialidad de la información proporcionada por las personas, preservando su intimidad
			Contribuye a mejorar la accesibilidad de los usuarios para ser atendidos
			Cuida la relación con los usuarios procurando satisfacer sus necesidades y expectativas
		Facilita el ejercicio de los derechos de los ciudadanos	
		Oferta de servicios y conocimiento organizativo	Orienta al ciudadano sobre la oferta de servicios en el sistema sanitario público

Nota. Tabla adaptada a partir de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2015.

Tabla 3*Competencias de los terapeutas ocupacionales de Andalucía en la atención sanitaria integral*

Ámbito	Criterio	Competencia	Buena práctica	
Atención sanitaria integral	Promoción de la salud, prevención y atención comunitaria	Educación para la salud, consejo sanitario y medidas de prevención	Dirige y orienta el uso responsable y seguro de los productos de apoyo terapéutico	
			Lleva a cabo actividades educativas, de detección de riesgos y de prevención para promover y mantener la salud	
			Lleva a cabo actividades encaminadas a evitar posibles eventos adversos y aumentar la seguridad en su desempeño profesional	
	Atención al individuo y la familia	Recuperación y adaptación a la adversidad	Comunicación y/o entrevista clínica	Ofrece una atención que integre las necesidades y deseos de la persona, potenciando su autonomía y movilizando los apoyos necesarios para lograr su adaptación efectiva y positiva a la adversidad
				Emplea las habilidades de comunicación adecuadas
		Personalización de los cuidados	Capacidad de apoyar a la familia en su rol de cuidador	Hace una valoración integral de terapia ocupacional identificando las necesidades de la persona
				Tiene en cuenta la diversidad cultural y utiliza estrategias de intermediación.
				Tiene habilidades para la realización de intervenciones frecuentes en su disciplina.
		Continuidad asistencial	Soporte vital	Apoya y forma a las personas cuidadoras principales sobre el desempeño de su rol y su propio cuidado
		Garantiza la continuidad de los cuidados a lo largo de la atención que recibe el ciudadano en los distintos ámbitos asistenciales	Aplica los conocimientos necesarios para asistir una emergencia vital	
	Gestión por procesos asistenciales integrados	Visión continuada e integral de los procesos	Participa en el diseño, implementación, desarrollo o mejora de los procesos asistenciales o de soporte y/o planes integrales en su ámbito asistencial	

Nota. Tabla de Competencias de los terapeutas ocupacionales de Andalucía en la atención sanitaria integral adaptada de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2015.

Tabla 4*Competencias de los terapeutas ocupacionales de Andalucía en lo profesional*

Ámbito	Criterio	Competencia	Buena práctica
Profesional	Trabajo en equipo y relaciones interpersonales	Trabajo en equipo	Promueve la incorporación de los aspectos éticos en los procesos deliberativos conjuntos de toma de decisiones Colabora con los profesionales de otros equipos asistenciales Participa en la mejora continua de su grupo profesional y del sistema sanitario público
	Actitud de progreso y desarrollo profesional	Actitud de aprendizaje y mejora continua	Realiza acciones formativas y mantiene una reflexión activa sobre su trabajo, para mejorar la atención sanitaria
	Compromiso con la docencia	Capacidad docente	Está comprometido con la función docente de su trabajo en el servicio sanitario público
	Compromiso con la investigación	Aplicación de técnicas de investigación	Está comprometido con la función investigadora de su trabajo en el servicio sanitario público
		Atención sanitaria basada en la evidencia	Aplica las bases de la atención sanitaria basada en la evidencia, la epidemiología clínica y/o los estándares de calidad internacionales a la práctica diaria

Nota. Tabla de Competencias de los terapeutas ocupacionales de Andalucía en lo profesional adaptada de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2015.

Tabla 5*Competencia de los terapeutas ocupacionales de Andalucía en la eficacia*

Ámbito	Criterio	Competencia	Buena práctica
Eficiencia	Uso eficiente de los recursos	Adecuada utilización de los recursos disponibles	Identifica y/o moviliza los recursos para ayudar al individuo en su proceso de recuperación y mejorar su bienestar e integración en la comunidad
			Hace un uso eficiente del tiempo
			Hace uso adecuado de los recursos disponibles

Nota. Tabla de Competencias de los terapeutas ocupacionales de Andalucía en la eficacia adaptada de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2015.

Tabla 6*Competencias de los terapeutas ocupacionales de Andalucía en los resultados*

Ámbito	Criterio	Competencia	Buena práctica
Resultados	Orientación a resultados en el desempeño profesional	Orientación a los resultados	Orienta su trabajo a alcanzar unos resultados que mejoren la salud de la población
		Metodología de calidad	Realiza actividades de mejora continua en relación con la evaluación de sus resultados

Nota. Tabla de Competencias de los terapeutas ocupacionales de Andalucía en los resultados, adaptado en base a la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2015.

Así mismo, la Asociación Canadiense de Terapeutas Ocupacionales –en adelante CAOT–, en el año 2012, confecciona un perfil para los terapeutas ocupacionales que establece una visión de la práctica y un modelo de excelencia para la disciplina. Bajo esta mirada, se plantea a la profesión como un arte y una ciencia que tiene como foco permitir el compromiso en la ocupación, con la finalidad de promover la salud y el bienestar en sus intervenciones ya sea a nivel individual, grupal, comunitario y sociales (Townsend y Polatajko, 2012).

En este perfil, se estableció el rol fundamental del terapeuta ocupacional en base a las evidencias de las áreas de competencia y práctica de la terapia ocupacional, determinando que es el experto en facilitar la ocupación. Para ello, las competencias complementarias son promover una actitud de comunicador, profesional académico, colaborador, agente de cambio y administrador de la práctica (Canadian Association of Occupational Therapists, 2012), como se demuestra en la figura 8.

Figura 8

Competencias profesionales del terapeuta ocupacional canadiense



Nota. Figura adaptada de la Asociación Canadiense de Terapeutas Ocupacionales, 2012.

Según CAOT (2012), estas son las seis competencias profesionales del terapeuta ocupacional canadiense:

- **Experto en facilitar la ocupación:** Este es el rol central, de experticia y competencia del terapeuta ocupacional. Es un experto en facilitar la ocupación, la terapia ocupacional basada en la evidencia, procesando el foco de la ocupación en los clientes en el auto cuidado, la productividad y las actividades de ocio. Los clientes incluyen a los individuos, familias, grupos, comunidades, poblaciones u organizaciones.

Los terapeutas ocupacionales utilizan el conocimiento de la ocupación, el desempeño y el compromiso ocupacionales, para brindar procesos de intervención y habilitación de una terapia ocupacional centrada en la evidencia y un servicio centrado en el cliente.

Los terapeutas ocupacionales brindan servicios actuales y éticos, a través del uso de los recursos y comunicación efectiva con los clientes, otros profesionales y la comunidad, tomando en cuenta las perspectivas y diversidad de los clientes.

Los servicios de terapia ocupacional están diseñados de forma única. Son sensibles al contexto; holísticos y flexibles para responder a las condiciones cambiantes de las ocupaciones, las personas y los entornos del cliente, otros profesionales de la salud y los servicios de salud.

Los terapeutas ocupacionales trabajan dentro de los límites de su profesión, experiencia personal, el contexto y las preferencias de los clientes.

- **Comunicador:** En este rol, la relación entre el profesional y el cliente es fundamental para los terapeutas ocupacionales, debido a que permite las interacciones dinámicas efectivas con los clientes, con los miembros del equipo profesional y otras personas vinculados al proceso. La comunicación incluye medios verbales, no verbales, escritos y electrónicos.

Este rol de comunicador se demuestra en las actividades de la vida diaria, así como en los servicios de terapia ocupacional. Además, se demuestra al mediar y negociar soluciones, y en desafíos permanentes del terapeuta ocupacional como promocionar la diversidad e inclusión. Los enfoques de comunicación varían ampliamente y requieren un alto nivel de experiencia y adaptación al cambio, en cada uno de los espacios de práctica distintos.

- **Colaborador:** Los terapeutas ocupacionales trabajan eficazmente con los actores claves para facilitar la participación en ocupaciones, mediante el uso de la promoción y enfoques comunitarios y participativos en la toma de decisiones.

Los terapeutas ocupacionales colaboran, tanto en un entorno interprofesional como intra profesional, a veces liderando, y otras veces compartiendo con los actores claves incluyendo profesionales y otros miembros de la comunidad. Los terapeutas ocupacionales trabajan en estrecha relación con los actores claves, en un territorio en particular o con grupos extendidos, trabajando en múltiples contextos terapéuticos y en la comunidad en general.

- **Gerente de práctica:** Los terapeutas ocupacionales administran el tiempo, priorizan y apoyan la gestión de prácticas eficaces y eficientes.

Bajo este rol, el gerente de práctica supervisa el aspecto comercial de las prácticas en salud, son además los responsables de contratar y capacitar al personal administrativo, mantener registros y

asegurar que la práctica cumpla con las regulaciones de la industria. También aseguran que la práctica opere dentro de un presupuesto establecido.

- **Agente de cambio:** Los profesionales utilizan su experiencia e influencia de manera responsable, para desarrollar avances en la ocupación, el desempeño ocupacional y el compromiso laboral. Los terapeutas ocupacionales abogan en nombre de los clientes, al igual que con ellos, trabajando para lograr un cambio positivo para mejorar los programas, servicios y la sociedad, dentro de los procesos de salud y otros sistemas. Los profesionales trabajan para el cambio de la población y la comunidad en la financiación, la gestión, la política y otros sistemas que impactan las ocupaciones en la vida diaria. Los terapeutas ocupacionales colaboran con quienes están dentro y fuera del sistema, y utilizan estrategias para permitir el empoderamiento de las poblaciones.
- **Profesional Académico:** Bajo este rol, los terapeutas ocupacionales incorporan la crítica, la reflexión y la mejora de la calidad en su práctica diaria y a través de un aprendizaje de por vida. Como educadores, los terapeutas ocupacionales facilitan el aprendizaje con los clientes, los miembros del equipo y otros estudiantes. Los terapeutas ocupacionales basan su trabajo en la mejor evidencia de la investigación, las mejores prácticas y el conocimiento experiencial. Los profesionales evalúan la efectividad, la eficiencia y la rentabilidad de los servicios y preguntas para clientes. Los terapeutas ocupacionales se comprometen en la búsqueda de por vida para mantener y construir experiencia personal. Se demuestra un compromiso para facilitar el aprendizaje y contribuir a la creación, difusión, aplicación y traducción del conocimiento.
- **Profesional:** Los terapeutas ocupacionales están comprometidos con la práctica ética y con altos estándares personales de comportamiento para permitir la ocupación. Las terapeutas ocupaciones son profesionales autónomos y autorregulados que supervisan y gestionan individual y colectivamente sus límites personales y profesionales. Los profesionales se guían por códigos de práctica éticos y un compromiso de ser competentes, además de comportamientos y actitudes apropiados, así como íntegros, altruistas, con foco en la diversidad e injusticias, el bienestar personal, indagación crítica del conocimiento y la promoción del bien público, dentro de su dominio.

Otra experiencia, correspondiente al Colegio de Terapeutas Ocupacionales en Colombia, señala que el perfil profesional y las competencias que este debe adquirir se encuentran vinculadas con: (a) promoción de la salud, (b) prevención, (c) evaluación, (d) rehabilitación, (e) salud mental y atención psicosocial, (f) prestación de servicios y tecnologías de asistencias, (g) salud física, (h) niñez y juventud, (i) educación, (j) seguridad en el trabajo, (k) personas mayores y (l) salud pública (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, 2016).

Más aún, el Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional (2016) se ampara en la Ley 949, de 2005, que define el rol del terapeuta ocupacional como “el profesional en Terapia Ocupacional identifica, analiza, evalúa, interpreta, diagnostica, conceptúa e interviene sobre la naturaleza y las necesidades ocupacionales de individuos y grupos poblacionales de todas las edades en sus aspectos funcionales, de riesgo y disfuncionales” (Ley N° 949, 2005). Sus competencias están categorizadas según los dominios que se nombran a continuación:

Competencia según Promoción de la Salud

- Gestionar prácticas que impacten las determinaciones sociales, políticas y económicas de la salud de personas y colectivos y que fomenten o mejoren la participación en ocupaciones saludables, significativas y satisfactorias.
- Aportar a la transformación positiva de las determinaciones sociales, políticas y económicas de la salud de la población colombiana, vinculadas a la relación bienestar – ocupación.

Competencia según Prevención

- Evitar o mitigar los impactos negativos en la participación en ocupaciones de personas y colectivos, como consecuencia de la exposición a factores de riesgo biológico, psicológico y social.

Competencia según Evaluación

- Construir conceptos ocupacionales que visibilicen situaciones y realidades de personas, familias y comunidades, a partir del análisis, el reconocimiento y la comprensión de sus particularidades de su contexto.

Competencia según Rehabilitación

- Realizar de manera conjunta, con personas y colectivos, un plan de acción y seguimiento que favorezca el desempeño ocupacional.

Competencia según Salud mental y Atención psicosocial

- Comprender críticamente la situación de salud mental en el contexto nacional, priorizando las necesidades ocupacionales de la población.
- Promover modos y estilos de vida saludables, de acuerdo con necesidades identificadas y las determinaciones sociales, políticas y económicas relacionadas con la salud mental.

Competencias según Prestación de servicios y tecnología de asistencia

- Comprender los conceptos básicos de la relación discapacidad – tecnología de asistencia – ocupación humana que orientan la prestación de servicios en este campo.
- Observar, analizar y definir, en contexto, las características de la tecnología de asistencia a ofrecer, partiendo por las necesidades del usuario, y, con este insumo, proceder a prescribir/diseñar o elaborar el dispositivo de tecnología de asistencia o a definir la estrategia o técnica a emplear.

Competencia según Salud física

- Promover la salud e identificar estrategias para potencializar las actividades y rutinas diarias en el ámbito intrahospitalario, domiciliario y de hospitalización domiciliaria.
- En consulta externa, promover, recuperar, rehabilitar el desempeño ocupacional de las personas bajo un concepto de integralidad y de humanización en salud.

Competencia según Niñez y Juventud

- Conocer las diferentes teorías y marcos de referencia que aportan a la comprensión de la ocupación del bebé, el niño y el adolescente.
- Conocer las dimensiones que conciernen a la evaluación del bebé, el niño y el adolescente en Terapia Ocupacional.

Competencia según Educación

- Comprender los conceptos básicos de la relación – sujeto – educación – ocupación humana que orientan la prestación de servicios en este campo.
- Participar y concertar con la comunidad educativa las políticas institucionales, locales y regionales de educación inclusiva.
- Caracterizar la oferta de servicios educativos comunitarios que permitan cualificar el desempeño ocupacional escolar.

Competencia según Seguridad y Salud en el Trabajo

- Comprender los diferentes contextos en que se presenta la relación – sujeto – trabajo – ocupación humana y las normas técnicas y legales que orientan la prestación de servicios en este campo.
- Realizar diagnósticos cualitativos y análisis de situaciones de riesgo para individuos y colectivos, a partir de la identificación de condiciones de seguridad y salud que potencialmente afecten su desempeño ocupacional y la relación persona – ocupación – ambiente.
- Evaluar las capacidades de desempeño que tienen las personas en las diferentes áreas de la ocupación y conceptualizar al respecto en procesos de rehabilitación, calificación, certificación e inclusión socio laboral.

Competencia según Personas mayores

- Evaluar las condiciones socio familiares, físicas, cognitivas y socio ocupacionales de la persona mayor.
- Diseñar planes y ejecutar acciones que minimicen alteraciones, optimicen la calidad de vida y promuevan la sensación de bienestar en las personas mayores.

Competencia según Salud Pública

- Aportar en el análisis de situación poblacional a través de la comprensión de la ocupación en cualquiera de sus dimensiones y la relación con la salud y la vida en los territorios a los que se refiera.
- Aportar en la formulación de políticas públicas que promuevan la participación de las personas y las comunidades en ocupaciones saludables y significativas.

De igual manera, la formación de pregrado de Terapia Ocupacional en Chile cuenta con una diversa fama de perfiles profesionales y curriculares. En parte, esto se atribuye a los distintos procesos de autoevaluación y perfeccionamiento llevados a cabo por las diferentes universidades del país (Farías y López, 2018). Esto queda en evidencia muy claramente en Chile, al basarnos en la Figura 2 que ilustra la cantidad de programas, que existen actualmente, y que pueden responder a factores inherentes a su contexto local, variando por la retroalimentación de sus egresados.

Como se mencionó anteriormente, la garantía de calidad en la formación de terapeutas ocupacionales es generar una formación centrada en el estudiante que les permita desarrollar facultades para ser ciudadanos críticos y creativos, a partir de una estructura general e integral (Peacock & Cowan, 2018). Esto permitiría el fomento de ciertas competencias en base a resultados de aprendizaje,

metodologías activas participativas, la evaluación de la carga académica de los estudiantes, el fomento del trabajo autónomo, la internalización, entre otras habilidades. Sin embargo, muchas carreras en Chile están en un proceso de cambio, buscando procesos de innovación curricular para dejar atrás modelos tradicionales en favor de modelos referenciales, dados específicamente por competencias o resultados de aprendizaje. Esto implica la apertura a la retroalimentación de profesionales del campo que puedan aportar conocimiento valioso en torno a experiencias profesionales que pueden moldear nuevas metodologías de enseñanza y aprendizaje en los programas ya estipulados de la carrera.

Con ello en mente, la presente investigación propone analizar el escenario actual de la formación profesional del terapeuta ocupacional comunitario en Chile. Ello implica indagar en el aspecto comunitario para identificar las similitudes y las diferencias entre modelos de formación, que son determinados por el perfil profesional y la malla curricular implementados por la institución académica que las avala. Estos dos elementos están condicionados por las prácticas docentes, los contenidos teóricos, procedimiento y actividades, metodologías de enseñanza-aprendizaje y sistemas evaluativos, lo cual permitirá generar una discusión en torno a las fortalezas y las debilidades de su formación y, finalmente, posibilitará la creación de un modelo general que responda a las carencias formativas de los terapeutas ocupacionales comunitarios en el país.



CAPÍTULO II:
Marco Teórica



Escuela Internacional de Doctorado / Doctorado en Educación / Universidad de Almería

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. *Terapia Ocupacional Comunitaria*

Sobre la salud comunitaria, hay mucha literatura. Carlos Vidal (1975) ha estudiado diversas perspectivas para postular que la salud comunitaria es un nuevo enfoque de la salud, el cual incorpora y no se limita a nociones de salud pública o medicina social. La definición misma de salud comunitaria se aproxima más bien a un concepto evolutivo que una noción específica, que transforma las estructuras clásicas del sistema de salud tradicional (p. 12).

La salud comunitaria responde a la necesidad de integrar las acciones relacionadas con la salud, dentro de los servicios de salud, con su entorno, tanto a nivel individual como colectivo, dentro y fuera de los hospitales, en zonas urbanas y rurales, a través de un equipo multi profesional. Lo que esto implica es una apertura a todos los elementos que influyen en el área de la salud y haciendo que la comunidad sea participe de esta gestión sanadora. Es decir, “se destaca la fundamental importancia de la participación de los grupos sociales en la planificación y ejecución de estos programas para lograr una apropiación del conocimiento por parte de la población” (Vidal, 1975). Esto significa que, al hacerse cargo de los programas de salud, los grupos sociales se organizan mediante sus propias formas que respondan más personalmente a sus culturas y tradiciones. Ello implica reconocer aspectos curativos, preventivos, educativos y de rehabilitación física y mental desde el conocimiento de un equipo compuesto tanto por profesionales como auxiliares y personal administrativo. El objetivo es integrar medidas tanto de prevención, curación, fomento, recuperación y rehabilitación, en equipo.

Para entender cómo aplicar estos conocimientos en cada contexto, Vidal (1975) insiste en que es crucial que la salud comunitaria fomente la formación de personal, tales como voluntarios y promotores de salud “de cuadra”, sacado de la misma comunidad. Al participar en sus propios procesos de prevención, promoción y curación, la población se apropia del conocimiento médico.

Esto requiere de una gran apertura de consciencia por parte del personal de salud, llamándolos a actuar en función de las necesidades del servicio y no necesariamente de su educación o formación tradicional. Requiere, también, de un cambio desde la docencia para crear profesionales que trabajen bajo un paradigma de integración.

En sintonía con esta idea, Mariana Cabrera y Alicia Radosinsky (2016) se plantean la necesidad de tener tanto conocimiento científico sobre una enfermedad como factores de riesgo social de una comunidad, de la forma ejemplificada a continuación:

(...) Además de que los estudiantes tengan los conocimientos y las herramientas para comprender los mecanismos básicos de la glucogenólisis, comprendan la importancia de la polución de las ciudades y su relación con el asma o, conocer los mecanismos de las drogas para el tratamiento de la tuberculosis como la inequidad en el acceso a los cuidados de la salud y su impacto en la maduración de los niños en comunidades marginales (40).

En esta reflexión, se vuelve evidente el valor de este tipo de cuestionamiento social que, no solo valida, sino que, vuelve urgente que la formación de futuros profesionales de la salud considere elementos reales de las comunidades de personas que tratarán. Para terminar, Cabrera y Radosinsky (2016) critican la enseñanza tradicional, tildándola de “dogmática y pasiva. No desarrolla en el alumno la noción de deberes sociales o los que se tiene para consigo mismo, sus semejantes y con las futuras generaciones...” (Bernardo Houssay, 1958, en Cabrera y Radosinsky, 2016).

Para poder comprender las competencias que requieren los terapeutas ocupacionales en los espacios comunitarios, es importante comprender que la terapia ocupacional comunitaria (TOC) proviene del paradigma social de la ocupación (Morrison, Olivares, y Vidal, 2011). En este sentido, TOC se refiere a la aplicación del conocimiento sobre la ocupación a los diferentes tipos de práctica comunitaria. La intervención de terapia ocupacional comunitaria se entiende como un proceso continuo, dinámico y participativo, cuyo objetivo es que la comunidad vaya adquiriendo progresivamente un mayor protagonismo en el proceso (Zango, 2017, p. 29).

Es pertinente entender que el concepto de comunidad aún sigue en discusión por los autores y es importante reconocer que es un diálogo que implica diversas disciplinas. Desde la perspectiva histórica, el primero en plantear la naturaleza de la comunidad fue el sociólogo alemán Ferdinand Tönnies (1855-1930), quien realiza la distinción entre comunidad (*Gemeinschaft*) y sociedad (*Gesellschaft*).

El término alemán *Gemeinschaft* se utiliza para caracterizar las relaciones entre los individuos que son privadas y se basan en los intereses compartidos con los parientes o la familia, vecinos y grupos de

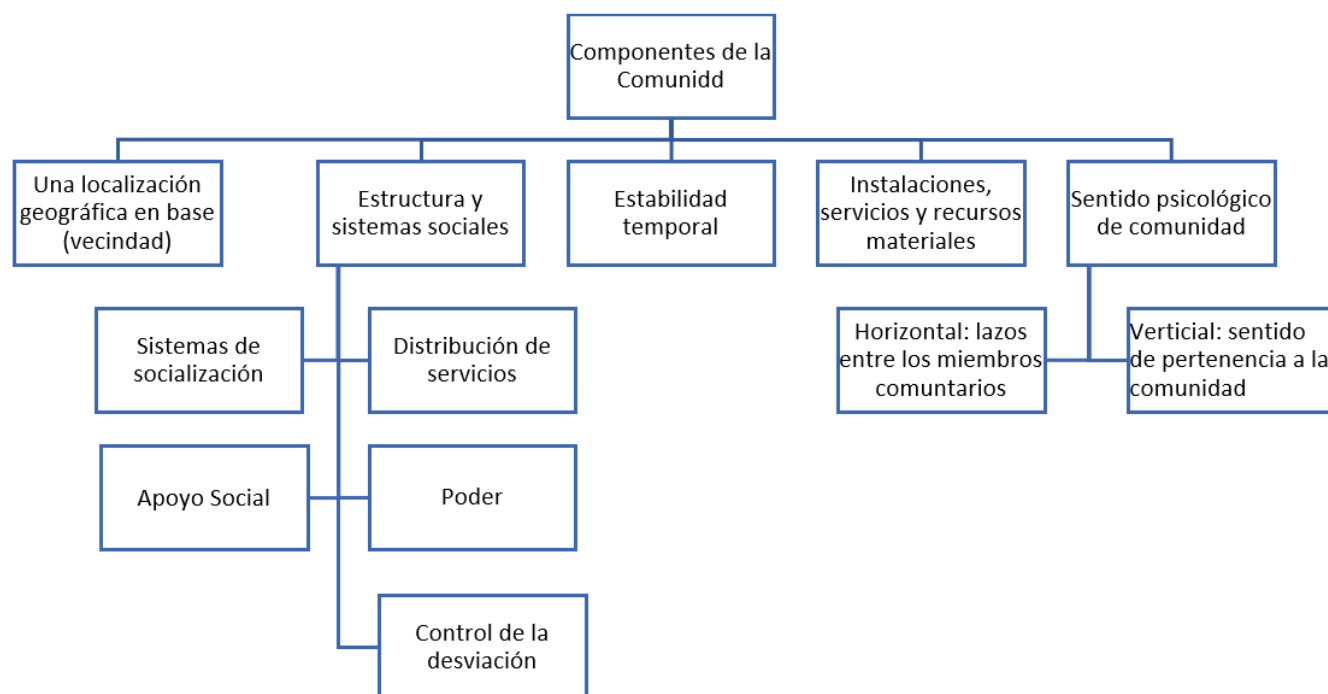
amigos, denominándose elementos comunitarios. Estos fueron contrastados con el concepto de *Gesellschaft*, término utilizado para caracterizar los recursos y las acciones que son una expresión o una respuesta pública a un deber o a una organización dentro de la sociedad.

Para Sánchez Vidal (1991), un psicólogo comunitario que realiza una exhaustiva revisión del concepto en la literatura internacional especializada, la comunidad utiliza el procedimiento que consiste, primeramente, en distinguir componentes para luego articularlos en una síntesis. De acuerdo con este autor, los componentes que caracterizan la comunidad son:

- Una localización geográfica de base (vecindad)
- Estabilidad temporal
- Instalaciones, servicios y recursos materiales que forman los núcleos y ejes de condensación comunicativa y relacional de los individuos
- Estructura y sistemas sociales (sistemas de socialización, control de la desviación y apoyo social, poder, distribución de servicios). La disfunción de estos sistemas origina los problemas a solventar en las intervenciones comunitarias.
- Componente psicológico resultante (sentido psicológico de comunidad) expresado en dos dimensiones:
 - Vertical: la identificación o sentido de pertenencia a la comunidad
 - Horizontal: el conjunto de interrelaciones y lazos entre los miembros comunitarios.

Sánchez Vidal (1991) postula que la comunidad es un sistema social diferenciable, debido a que comparten características e intereses por parte de sus miembros, que se componen de proximidad geográfica, interdependencia e interacción estable, sentido de comunidad y, además, se identifican con símbolos o instituciones. Estos componentes se grafican en la Figura 9.

Figura 9
Componentes de la Comunidad



Nota. Figura de los Componentes de la Comunidad adaptados de Sánchez Vidal en Martínez, 2006.

A su vez, existen otras propuestas o redefiniciones del concepto de comunidad, como el propuesto por Mariane Krause (2001), donde señala que tradicionalmente se ha asociado el concepto de comunidad al territorio, en el sentido de localidad geográfica; sin embargo, actualmente, por las características de la modernidad, está desapareciendo la noción de territorio físico de las comunidades. En su lugar, se establecen redes y agrupaciones de personas que no comparten una ubicación geográfica común, es más, algunas de ellas ni siquiera tienen contacto cara a cara.

Por ello, Krause (2001) aboga para que el concepto de comunidad solamente incluya los elementos mínimos necesarios, que distinga la comunidad de otro tipo de conglomerados humanos y que se separe de la dimensión valórica ideal. La comunidad, entonces, estaría basada en tres elementos imprescindibles: pertenencia, interrelación y cultura común. La tabla 7 sintetiza estos tres elementos:

Tabla 7
Elementos de concepto de comunidad y sus significados

Elementos	Significado
Pertenencia	Sentirse “parte de”, “perteneciente a” o “identificado con”
Interrelación	La existencia de contacto o comunicación (aunque sea “virtual”) entre sus miembros y mutua influencia
Cultura común	La existencia de significados compartidos

Nota. Esta tabla fue desarrollada en base a los estudios de Krause, 2001.

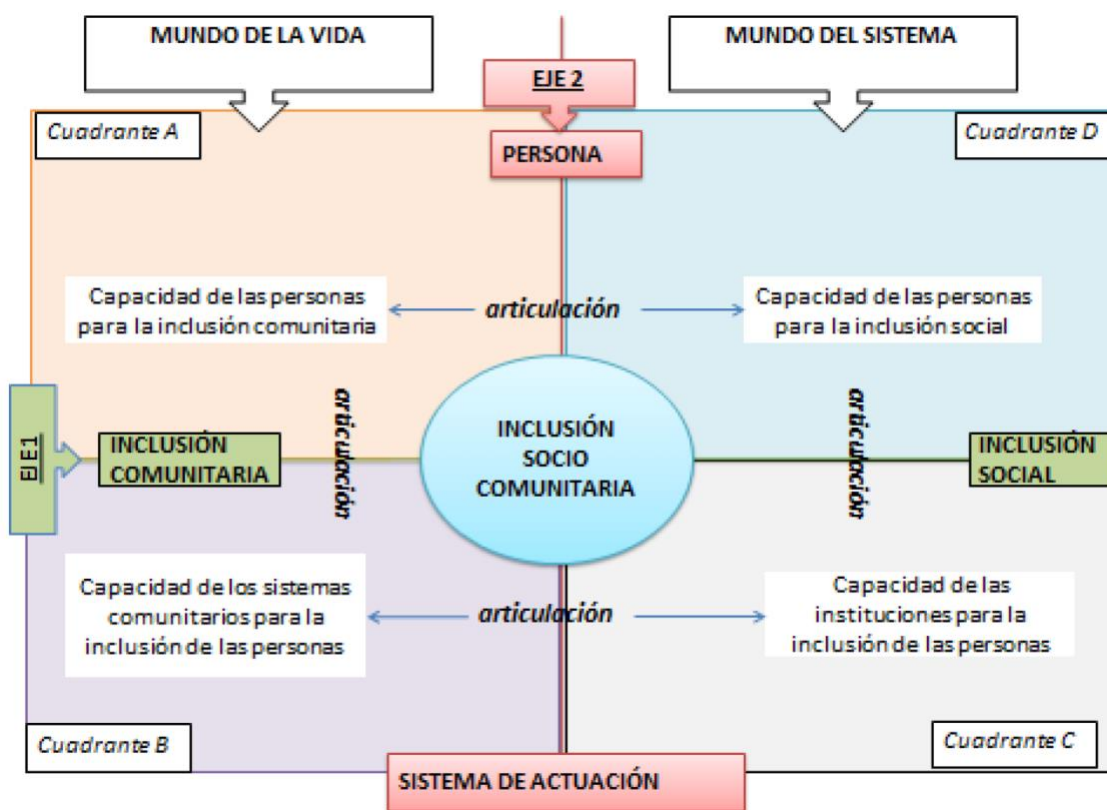
Estos conceptos, desarrollados por Mariane Krause (2001), se pueden entender de la siguiente manera:

La **pertinencia** puede ser definida de manera externa o interna, pero su énfasis radica en su dimensión subjetiva, lo que incluye tanto el sentirse “parte de”, como “identificado con”. Este último se refiere a compartir con otros miembros de la comunidad, valores, ideas o problemáticas, o bien los propósitos o metas de la comunidad, asociada a una identidad grupal.

La **interrelación** no está asociada necesariamente a un territorio físico compartido, por lo que la comunicación no se reduce solo al cara a cara, sino que se refiere a vínculos que puedan darse en espacios virtuales y medios artificiales, como la comunicación electrónica y comunidades virtuales. Otro aspecto es la mutua dependencia e influencia, donde cada participante de una comunidad depende de los otros participantes para formar en conjunto con ellos la comunidad.

La **cultura común** es un elemento que entiende a la cultura como una red de significados compartidos. Esto equivale a decir que una comunidad, para ser llamada como tal, deberá compartir al menos en cierto grado, una visión del mundo o una interpretación de la vida cotidiana. Esencialmente, deben compartir representaciones sociales propias e interpretaciones compartidas de las experiencias que se vivan comunitariamente.

Ahora, si bien el concepto de comunidad y sociedad están presentes en las sociedades contemporáneas, existen algunos autores, como Martínez (2014), que proponen el concepto de lo “sociocomunitario” como el transitar entre el mundo de la vida y el mundo del sistema, representadas a través de un modelo conceptualizado por este autor. En la figura 10 se grafican las dimensiones propuestas por este modelo:

Figura 10*Dimensiones de la Inclusión sociocomunitaria*

Nota. Figura sobre las Dimensiones del modelo de Inclusión sociocomunitaria según Martínez, 2014.

El foco de este modelo está puesto en la inclusión socio comunitaria de las personas, sobre la cual se sostienen dos ejes principales:

Eje 1: Inclusión comunitaria-Inclusión social

Eje 2: Persona-Sistema de actuación

Lo anterior se refiere a la inserción activa de las personas en una comunidad del mundo de la vida, en un sistema de actuación de formalidad comunitaria. En cambio, la inclusión social está referida a la inserción de las personas en un sistema de actuación de formalidad institucional.

En términos genéricos, la inclusión corresponde al modo de participación de una persona en un sistema de actuación. Cuando nos situamos en el polo persona del eje 2, nos centramos en las disposiciones personales (capacidades, competencias, motivación, etc) para participar de un sistema de actuación. En contraste, cuando nos situamos en el polo “sistema de actuación”, nos centramos en las características de

la estructura, ya sea comunitaria o institucional, en la que la persona se incluye. Los cuadrantes que estos polos crean se explican a continuación:

Cuadrante A: Persona/ Inclusión comunitaria

Se asocia a persona con inclusión comunitaria, donde se sitúa en el plano de las capacidades de las personas para incluirse en un sistema de actuación de formalidad comunitaria. Interesa conocer aquí cuáles son las dimensiones biológicas y psicológicas que afectan, tanto en sentido positivo como negativo, esta capacidad de producción de acciones de inclusión comunitaria (Martínez, 2014).

Cuadrante B: Sistema de actuación/Inclusión Comunitaria

Se asocian los sistemas de actuación con la inclusión comunitaria y se sitúa en el plano de los sistemas de actuación que funcionan con formalidad comunitaria y en los cuales las personas se incluyen. Estos sistemas pueden ser familia, redes sociales de todo tipo, comunidades territoriales, poblaciones, grupos de pares, etc. También encontramos aquí los sistemas de actuación comunitarios que se configuran al interior de matrices institucionales como residencias, escuelas, hospitales, etc. (Martínez, 2014).

Cuadrante C: Sistema de actuación/Inclusión Social

Se asocian los sistemas de actuación con inclusión social. Nos situamos en el plano de la política pública y del entramado de dispositivos institucionales ofrecidos a las personas en todo tipo de ámbito de su inclusión. Interesa aquí la estructura de estos dispositivos, su lógica de funcionamiento y sus modalidades de vinculación (Martínez, 2014).

Cuadrante D: Persona/ Inclusión social

Se asocia la persona con inclusión social. Nos situamos en el plano de las capacidades de las personas para incluirse en un sistema de actuación de formalidad institucional. Estamos refiriendo aquí a la participación de las personas en los programas y servicios en todos los ámbitos de la oferta institucional como salud, educación, habitabilidad, ingresos, trabajo, empleo, asociatividad, deportes, recreación, cultura, identificación, protección social, medio ambiente, etc. Esta participación de las personas la efectúan en calidad de beneficiarios, usuarios, clientes, pacientes, entre otros. Lo central en este cuadrante es el modo en cómo las personas ejercen en la práctica sus derechos como ciudadanos. Es por decirlo así, el cuadrante de la ciudadanía (Martínez, 2014).

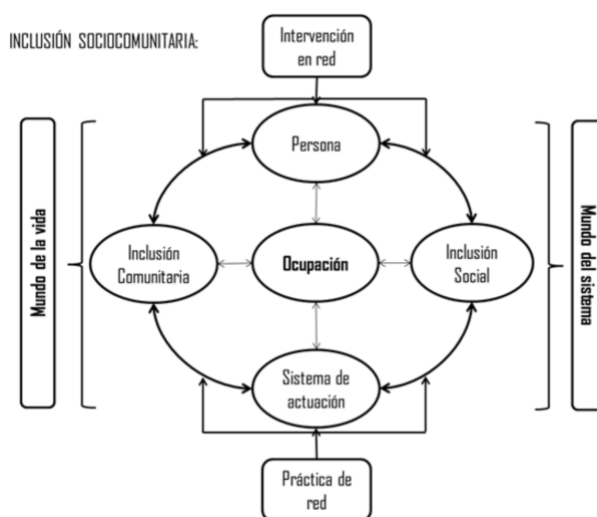
Este modelo evalúa las capacidades en cada uno de estos cuadrantes de forma dimensional, lo que quiere decir que es posible calcular el índice sobre la calidad de la inclusión socio comunitaria de las personas. Este índice se expresa en una graduación simple: nivel bajo, nivel medio y nivel alto de capacidad.

A partir del modelo de inclusión socio comunitaria de Martínez (2014), los autores Pino y Ceballos (2015) conceptualizan la terapia ocupacional comunitaria. Los autores plantean que las personas son ontológicamente comunitarias y ocupacionales, ya que estas naturalezas son interdependientes, lo cual ancla a la persona al mundo de la vida, de la cotidianidad, del mundo comunitario. Esta es uno de los enfoques principales para la TOC, debido a que es en el mundo de la vida donde se entrelazan estas actividades con sentido y significado. Estas ocupaciones van determinando el quehacer de las personas, es por ello que se torna tan importante la inclusión para la terapia ocupacional, porque es en el mundo de la vida donde se visualizan las problemáticas de la vida diaria.

La terapia ocupacional comunitaria es planteada por Pino y Ceballos (2015) como una metodología que busca articular el vínculo entre el mundo de la vida y del sistema. En esta metodología se entiende que existe un diálogo e interacción permanente entre la ocupación y la comunidad, ya que es la forma que tiene la comunidad para relacionarse entre sí. A continuación, se presenta una conceptualización teórica de la Terapia Ocupacional Comunitaria.

Figura 11

Aproximaciones conceptuales de la Terapia Ocupacional Comunitaria



Nota. Figura de Aproximaciones conceptuales de la Terapia Ocupacional Comunitaria, según Ceballos y Pino, 2015.

Esta propuesta se compone de una serie de elementos:

Persona: Es el ser anclado al mundo de la vida y del sistema de forma dialógica, se relaciona con este mundo a través de la ocupación, vinculándose con sus comunidades a través de las ocupaciones con sentidos colectivos.

Ocupación humana: Son actividades con propósito y significado para las personas situadas en un contexto y territorio específico, que se da en relación de la persona con su ambiente y con otros, es el fenómeno de estudio y eje central de la terapia ocupacional.

Mundo de la vida: Se refiere a la experiencia cotidiana y natural donde se desempeñan ocupacionalmente los sujetos, implicando necesariamente actividad con otros.

Mundo del sistema: Es el mundo institucional tradicional, es un espacio mayormente estructurado y jerarquizado, donde importa más el rol asignado que la personalidad del sujeto. Funciona en relación con su visión y misión, presupuesto y reglas explícitas (Ceballos y Pino, 2015a).

Sistemas de actuación: Son los sistemas en los cuales se estructuran los vínculos de las personas, además de las disposiciones y capacidades de las personas para desempeñarse dentro de estos sistemas. Tienen ciertas características estructurales que permiten que las personas se incluyan o se excluyan. Se encuentran presentes tanto en el mundo de la vida, como en el mundo del sistema.

Inclusión comunitaria: Es la inserción de las personas en el mundo de la vida, donde participan de la comunidad, pudiendo realizar sus ocupaciones, mantener rutinas y costumbres (Ceballos y Pino, 2015a).

Intervención en red: Tiene un carácter profesionalizante e involucra las actividades que realiza un terapeuta ocupacional o un equipo profesional en la intervención de la red del sujeto-foco (ecomapa de la persona, pareja, familia, grupo o comunidad). La función es volver operativa esta red para fortalecer, construir, reconstruir con la finalidad de colaborar en los problemas y/o necesidades de éste.

Práctica de red: Es un tipo de intervención técnica, realizada por uno o varios profesionales, relacionada con un conjunto de actores sociales que pueden estar vinculados a la comunidad o lo institucional. Su propósito es trabajar con las redes que ya se encuentran en un territorio determinado o favorecer la creación de nuevas redes que puedan fortalecer u optimizar el funcionamiento de las actuales. Implica una relación estrecha y cara a cara con los actores correspondientes. Se desarrollan vínculos funcionales y

operativos para favorecer la resolución de problemas y se espera que cree, aumente o fortalezca los vínculos (Ceballos y Pino, 2015a).

Uno de los principales ejes de la terapia ocupacional comunitaria es favorecer la inclusión comunitaria. Para diseñar objetivos e intervenciones que promuevan la inclusión comunitaria y la participación dentro y con las comunidades, es sustancial considerar los intereses de las personas específicas, al igual que las necesidades de toda la comunidad. Al promover la participación comunitaria, se utiliza tanto un enfoque centrado en el cliente como uno centrado en la comunidad. Estos enfoques tienen aspectos y objetivos en común pero presentan estrategias de intervención distintas (Dudgeon, 2011).

En relación con el enfoque centrado en el cliente de manera individual, las intervenciones pueden enfocarse, por ejemplo, en la inclusión comunitaria de un niño con discapacidad o en la reintegración de un adulto al inicio de una patología psiquiátrica. Esta perspectiva centrada en el cliente señala el desarrollo, el restablecimiento o la adaptación de las habilidades del individuo, así como la organización y el uso de la asistencia disponible en sus redes naturales como la familia y amigos, sumado a contextos que promuevan la participación de la persona (Dudgeon, 2011).

La inclusión a la comunidad se entiende como el proceso de volverse parte de la vida familiar y comunitaria, participando en sus roles y responsabilidades normales, como un miembro activo de la sociedad (Johnston, Goverover, y Dijkers, 2005). Sin embargo, desde una perspectiva crítica, cabe mencionar que las tendencias actuales promueven un enfoque hacia la participación y aún más a la inclusión, debido a que la inclusión contiene una connotación de membresía, mientras que la participación implica compartir como un proceso activo y dinámico (Dudgeon, 2011).

Por otro lado, el enfoque centrado en lo poblacional o comunitario plantea intervenciones que se centran en la accesibilidad y la aceptación, ya sea en los contextos físicos, sociales y culturales; al mismo tiempo siendo capaces de abordar de igual forma las problemáticas planteadas en el párrafo anterior. Este enfoque suele involucrar los diseños universales o accesibles a toda la comunidad, así como la promoción del conocimiento, la prevención de patologías y la inclusión de aquellos con características o capacidades diferentes, entre otros (Dudgeon, 2011).

La interdependencia, entre los individuos y sus entornos, es importante para comprender los problemas y generar procesos de intervención que incluyan a todos los niveles de la comunidad. Los

enfoques centrados en el cliente se concentran en microsistemas, como el hogar, y los enfoques basados sobre la comunidad incluyen también meso sistemas, como por ejemplo negocios locales, escuela, ámbitos laborales. Los enfoques centrados en la comunidad se concentran en los ecosistemas, como programas de salud pública, y microsistemas, como política pública, reglas y regulaciones. Es probable que el éxito de un individuo con la transición hacia la participación comunitaria involucre el cambio tanto a niveles individuales como comunitarios, y señala una fusión necesaria de los enfoques centrados en el cliente y en la comunidad (Dudgeon, 2011).

El término “reintegración comunitaria” señala que existe un mal ajuste o un quiebre entre el individuo y la comunidad, que busca una nueva conexión. La persona podría sentirse diferente o excluido, lo que busca la intervención es que los individuos se vuelvan miembros partícipes dentro de una comunidad, brindando una guía para favorecer las responsabilidades y deberes hacia la comunidad. Cuando se genera un proceso exitoso, la participación plena permite sin restricciones, la asociación, el acceso y la aceptación igualitaria en la comunidad. Con un fuerte conocimiento de las interacciones persona-entorno, los profesionales de terapia ocupacional están bien preparados para promover la inclusión comunitaria (Collins, 1996, citado en Dudgeon, 2011).

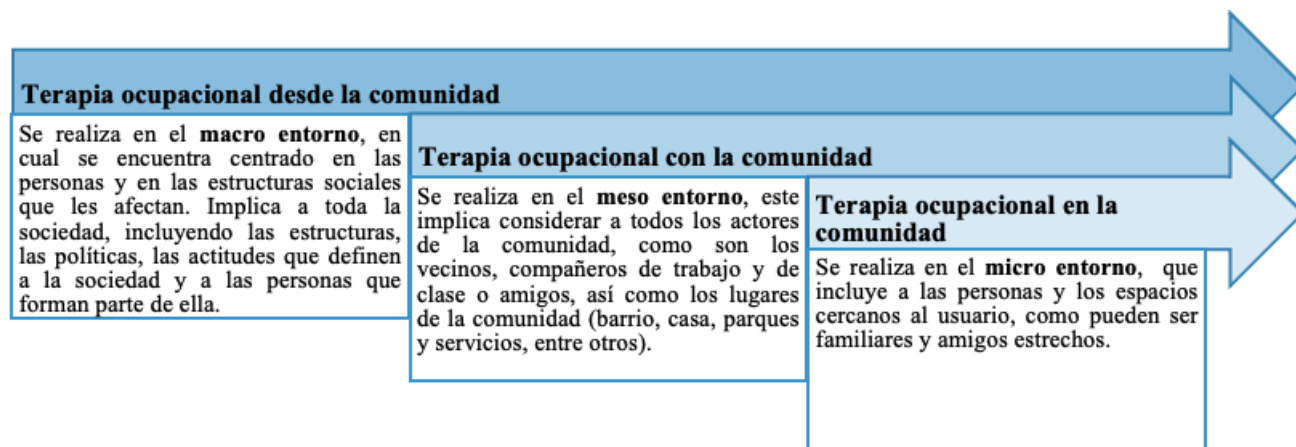
Actualmente, existe una tensión en la disciplina en relación con el alcance efectivo de la práctica debido a que, históricamente, se han planteado diferencias en los procesos de intervención basadas en las instituciones, en la comunidad y centros comunitarios. La atención institucional surge como una forma de congregar y proteger a las personas que eran percibidas como vulnerables, sin embargo, este enfoque de protección condujo más a la segregación, la alineación y la estigmatización. Actualmente, existen esfuerzos por levantar estas instituciones que otorgan servicios insertos o como partes de la comunidad local; sin embargo, aún persiste insatisfacción con estos centros, por la percepción de desconexión que estos tienen con los contextos naturales, por lo que se busca una orientación basada en la comunidad de este tipo de instituciones como escuelas, negocios, parques, transportes, hogares, entre otros.

Los enfoques centrados en el cliente y centrado en la familia pueden basarse en la comunidad (Scaffa, 2001), pero son distintos de los enfoques centrados en la comunidad, en los cuales se tratan los sistemas, los lugares y las actitudes de la comunidad. Estos enfoques tienen focos específicos de interés y diferentes prácticas de evaluación e intervención (Dudgeon, 2011).

El objetivo final de la TOC es promover la salud ocupacional de toda la comunidad. Para ello, se pueden establecer estrategias de intervención que favorezcan de forma gradual el enfoque comunitario. Zango (2017) plantea un continuo de intervenciones de terapia ocupacional comunitaria que puede realizarse en, con y desde la comunidad y se aprecia en la Figura 12.

Figura 12

Continuo de Intervención de Terapia Ocupacional Comunitaria



Nota. Figura del Continuo de intervención de Terapia Ocupacional Comunitaria, adaptado de Zango, 2017 y Mc Coll, 1998.

Este continuo se explica de la siguiente manera:

- Terapia ocupacional en la comunidad

En los orígenes de la terapia ocupacional, se llevaron a cabo intervenciones en la comunidad cuya finalidad era proporcionar servicios directos o indirectos a las personas en sus entornos naturales. Así es como la terapia ocupacional en la comunidad surge con el objetivo de mejorar el acceso y la participación ocupacional de todos los miembros de la comunidad haciéndolos partícipes y protagonistas en todo el proceso terapéutico. Es importante tener en cuenta que la comunidad es un sistema que puede estar compuesto por individuos, grupos e instituciones que comparten determinados valores, intereses y normas (Zango, 2017).

La terapia ocupacional en la comunidad está influenciada por el modelo de la práctica centrada en el cliente. Este modelo surge como respuesta a las desventajas planteadas por el modelo biomédico entre las que cabe destacar los efectos de la institucionalización en la persona y el rol del profesional en la toma

de decisiones, quien ignora la experiencia de la persona y la capacidad de esta para la toma de decisiones, así como la limitación de la relevancia de la intervención terapéutica en el tiempo (Zango, 2017).

En este modelo, desarrollado principalmente por el psicólogo norteamericano Carl Roger en 1942, el principal planteamiento es una intervención terapéutica no directiva, en el cual el rol del profesional es crear un entorno de confianza y apoyo al cliente ofreciendo la oportunidad de utilizar sus capacidades para la resolución de los problemas que se plantean con la finalidad de alcanzar sus objetivos terapéuticos. Este modelo no trata de un planteamiento teórico o retórico, sino de un modelo de intervención complejo que requiere una práctica terapéutica en la que los clientes están implicados en todo el proceso, decidiendo sobre la orientación terapéutica, así como sobre la consecución de los objetivos que se plantean (Zango, 2017).

Existen diferentes planteamientos que diferencian la práctica centrada en el cliente de otros modelos de intervención. El primer postulado sostiene que el cliente conoce sus necesidades, pero necesita la intervención terapéutica para alcanzar un nivel óptimo en su desempeño funcional. Por lo tanto, para ello se tendrá en cuenta el marco de referencia del cliente respetando los valores, los intereses y las experiencias del cliente como la principal fuente de información para guiar el abordaje terapéutico. Además, congruente con este planteamiento, en este modelo se hace alusión al término “cliente” en contraposición al término “paciente”, lo que indica que la persona que solicita el servicio terapéutico es activa y participa durante todo el proceso (Zango, 2017).

En segundo lugar, la relación entre el terapeuta y el cliente no es asimétrica sino basada en una relación equitativa en la que se tiene en cuenta tanto la experiencia profesional como la experiencia personal con respecto a la discapacidad. De este modo, las decisiones y la orientación con respecto a la intervención terapéutica se tomarán de forma conjunta (Zango, 2017).

Por último, según este enfoque, el cliente es el principal responsable de iniciar y dirigir el proceso terapéutico y promover el cambio, siendo el profesional el responsable de crear un entorno que facilite este proceso, además de apoyar el cambio del cliente durante la intervención, aportándole la información, las sugerencias y los recursos necesarios para que pueda lograr sus objetivos (Zango, 2017).

Como consecuencia de la influencia de este modelo, en 1983, se desarrolló en Canadá, la guía para la práctica de terapia ocupacional, la cual definió esta profesión como centrada en el cliente basándose en las propuestas realizadas por Rogers (Zango, 2017).

A partir de esta fecha, la terapia ocupacional toma una perspectiva centrada en la ocupación, el desempeño ocupacional y la facilitación. A modo de estrategia para la promoción de la salud propuestas por la OMS, se establecieron los principales fundamentos de la práctica centrada en el cliente. En este punto, el enfoque de la facilitación se considera el aspecto clave de la práctica centrada en el cliente. Teniendo esto en cuenta y, con el objetivo de comprender el enfoque de la terapia ocupacional en la comunidad, es importante señalar cuales son los seis fundamentos principales sobre los que se sostiene este enfoque de intervención según Zango (2017), que se presentan en la Figura 13.

Figura 13

Principales fundamentos de la facilitación centrada en el cliente y basada en la ocupación



Nota. Figura de los principales fundamentos de la facilitación centrada en el cliente y basada en la ocupación, de Zango, 2017, p. 32.

El primero de los principios básicos de este enfoque alude al compromiso ético de los profesionales respetando la visión del cliente, sus elecciones y decisiones. Esto implica como orientación terapéutica que los clientes están en todo el proceso terapéutico tomando decisiones y colaborando activamente para conseguir los objetivos propuestos de forma conjunta con el terapeuta ocupacional, cuya función será facilitar un desempeño ocupacional seguro y que implique un riesgo seguro para la persona (Zango, 2017).

Por lo tanto, la relación terapéutica está basada en la confianza, la verdad y la aceptación. No obstante, es importante señalar que, tanto permitir a los clientes tomar decisiones como implicarlos en el proceso terapéutico, no es simplemente una forma más respetuosa de ofrecer un abordaje terapéutico, sino que, en la intervención terapéutica centrada en el cliente, el rol del profesional es ser un facilitador, educador o mentor en el proceso terapéutico (Zango, 2017).

Esto está vinculado con el segundo principio de la facilitación centrada en promover la participación de los clientes en todo el proceso como ciudadanos de pleno derecho, tanto del abordaje de terapia ocupacional como de otros servicios y decisiones vitales. Esta participación de los clientes impacta positivamente en su autoestima, su independencia y su empoderamiento. El abordaje es individualizado y responde a las demandas del cliente, lo que favorece que las actividades y los objetivos planteados estén contextualizados y sean específicos para cada persona (Zango, 2017).

Así, el tercer fundamento se refiere a generar diversas posibilidades para los clientes, considerando sus intereses, deseos y valores. Esto es relevante para que los clientes puedan dar respuesta a los diferentes desafíos ocupacionales y participar plenamente como ciudadanos. Esto requiere que los profesionales sean proactivos en la promoción del cambio, como un aspecto clave del proceso de transformación de los clientes, y tomen en consideración sus particularidades (Zango, 2017).

Otro de los fundamentos alude a la relevancia de promover la reflexión crítica en la práctica centrada en el cliente sobre aspectos relacionados con la justicia, la diversidad y la equidad, situando a la comunidad como principal responsable de las dificultades e injusticias a las que tienen que hacer frente las personas que experimentan (Zango, 2017).

Este proceso de facilitación debe estar basado en una distribución equitativa del poder entre los profesionales y los clientes. Compartir el poder implica que las intervenciones de terapia ocupacional en la comunidad tienen que estar basadas en generar oportunidades y recursos, facilitando en todo momento una toma colaborativa de las decisiones durante el proceso terapéutico (Zango, 2017).

Aunque estos fundamentos son la base sobre la que se sustenta la intervención de terapia ocupacional en la comunidad, ellos presentan algunas ventajas y desventajas que conviene señalar. Una de las ventajas más destacadas de la práctica centrada en el cliente es el hecho de que el cliente sea un experto. Eso implica una oportunidad para favorecer el desarrollo personal y profesional del terapeuta ocupacional que, con una adecuada posición, puede aprender sobre diferentes aspectos de las personas en su vida diaria, así como el rol terapéutico y relaciones humanas (Zango, 2017).

Este paradigma significa que, la aplicación de un enfoque orientada en la práctica centrada en el cliente requiere un cambio estructural en el sistema de salud, desde cumplir con los objetivos planteados por profesionales hacia responder a las necesidades particulares de los clientes. Desde este enfoque, los profesionales tienen una firme convicción en los recursos, las capacidades y la potencialidad de los

clientes. Esto implica que la práctica centrada en el cliente no sea aceptada por todos los profesionales de la salud, ya que no requiere únicamente un posicionamiento profesional sino también un posicionamiento personal con respecto al uso y manejo del poder en la relación terapéutica. Una de las principales dificultades planteadas por la práctica centrada en el cliente es establecer un consenso cuando existen discrepancias entre los objetivos planteados por los clientes y los objetivos propuestos por los profesionales (Zango, 2017).

- Terapia ocupacional con la comunidad

Este enfoque de terapia ocupacional con la comunidad implica realizar intervenciones en pro del desarrollo comunitario. Esto requiere otorgar una relevancia especial en el abordaje al contexto, las barreras y las políticas públicas de la comunidad y no solo centrar la intervención en las personas con dificultades en su desempeño ocupacional (Guajardo, Recabarren, y Parraguez, 2014; Zango, 2017).

Una de las estrategias que se utilizan en la actualidad, en la terapia ocupacional con la comunidad, es utilizar la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC). Ella se considera, por diferentes organismos internacionales, como una estrategia de desarrollo comunitario que promueve el desarrollo local inclusivo de la comunidad y con la comunidad como aspecto diferenciador (Zango, 2017).

La RBC puede definirse como una estrategia de desarrollar el espacio comunitario en rehabilitación; de generar condiciones de igualdad y equidad en personas en situación de discapacidad. La RBC es posible gracias al esfuerzo conjunto de las personas con discapacidades, sus familias, las organizaciones y las comunidades, y de los diferentes servicios gubernamentales y no gubernamentales vinculados con la salud, la educación, el trabajo o el ámbito social, entre otros (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Una de las finalidades de la RBC es favorecer la mejor distribución de los recursos de la comunidad a favor de todas las personas en ella, con especial atención a aquellas que experimentan situaciones de discapacidad. Así, la RBC requiere de un abordaje con las personas y sus familias para promover el desarrollo óptimo de sus capacidades, a favor del acceso a los recursos y a los servicios de la comunidad. Por otro lado, el aspecto central de la RBC implica realizar intervenciones con la comunidad en sí misma, promoviendo los derechos de todas las personas que forman parte de esta. La Figura 14 demuestra cómo se estructura la rehabilitación basada en la comunidad según la Organización Mundial de la Salud (2012).

Figura 14*Matriz de rehabilitación basada en la comunidad*

Nota. Figura de la rehabilitación basada en la comunidad según la Organización Mundial de la Salud, 2004.

En el año 2004, asociada a la estrategia de desarrollo multisectorial amplia de la OMS, la Federación mundial de Terapia Ocupacional (WFOT) publicó el documento, “Posicionamiento sobre la rehabilitación basada en la comunidad”. Este documento sostiene que los terapeutas ocupacionales están comprometidos con los derechos de todas las personas, especialmente con las personas con discapacidad, para promover el desarrollo de su capacidad con la finalidad de construir así su propio destino a través de la ocupación, lo que parece congruente con los principios básicos de la RBC (WFOT, 2004).

En este punto, es necesario reconocer, también, algunos elementos psicosociales que afectan los escenarios comunitarios. Según Paganizzi (2007), los programas psicosociales o de rehabilitación comunitaria se presentan como “alternativas sociales al modelo médico tradicional de los servicios de hospitales monovalentes”. De acuerdo con la OMS, la rehabilitación “es el uso combinado y coordinado de medidas médicas, sociales, educativas y vocacionales ayudan a las personas con discapacidad a alcanzar los niveles funcionales más altos posibles”. En estas definiciones, es importante identificar los conceptos claves para los cuales aplica la rehabilitación, según Paganizzi (2007):

- Deficiencia: se refiere a la pérdida o ausencia de una estructura o función.
- Discapacidad: este concepto abarca ampliamente ciertas restricciones que se pueden entender como una condición existencial o una condición circunstancial; también cabe la posibilidad de ser permanente o transitoria. De igual manera, la habilidad de realizar ciertas actividades puede verse afectada en medidas tanto concretas o simbólicas. En este caso caben las enfermedades mentales y la discapacidad puede manifestarse de móvil o fluctuantes.
- Minusvalía: se refiere a situaciones en las cuales el medio ambiente es un factor importante en las limitaciones de una persona.

En el siglo XXI, la OMS sugiere un nuevo conjunto de conceptos para reemplazar los anteriores para otorgarle una concepción más positiva. En este sentido, la noción de “deficiencia” es reemplazo por “función” y se refiere a “las intervenciones (de evaluación, tratamiento y/o investigación) en el funcionamiento de estructuras corporales, fisiológicas, cognitivas o psicológicas” (Paganizz, 2007). “Actividad”, por otra parte, se refiere a intervenciones para llevar a cabo tareas simples o complejas ya que no se visibiliza la “discapacidad” como restricción sino como “limitación”. En vez de “minusvalía”, se ocupan los términos de “participación y oportunidades”, para referirse a las intervenciones para el desarrollo de acciones y tareas necesarias para la vida comunitaria, social y cívica.

Con esto en mente, la rehabilitación surge como la respuesta a enfermedades y sus procesos crónicos, al igual que una alternativa a los métodos de la psiquiatría clínica. Las intervenciones de estos programas tienen el fin de mitigar las consecuencias de las enfermedades y sus consecuencias.

En América Latina, Paganizzi (2007) afirma que se hace hincapié en “la modificación de los contextos institucionales comunitarios y políticos para el logro de la participación social de las personas con trastorno mental. Se plantea la rehabilitación como una estrategia de salud que supera el ámbito de los dispositivos” (p.99). Se basa en nociones de Rotelli (1994) y Saraceno (1999) que se apoyan en el concepto de ciudadanía para referirse a “[no solo] la restitución de los sus derechos formales sino de sus derechos sustanciales, se trata de la construcción afectiva, emocional, relacional, habitacional y productiva que constituyen la púnica rehabilitación posible” (Paganizzi, 2007).

Para ello, los planes de intervención y evaluaciones (según Rodríguez, 1997, en Paganizzi, 2007) se basan en el tratamiento psiquiátrico que busca generar intercambios sociales, creando un marco interdisciplinario e intersectorial. Estos planes consideran tres dimensiones básicas:

- Las características propias del paciente
- Las características del contexto institucional donde el paciente ha recibido tratamientos anteriores.
- La permeabilidad familiar y social que aloja al paciente.

Con ello en mente, es importante notar que estas directrices nacen porque “la exclusión social es una problemática de la que parten las intervenciones en Terapia Ocupacional que tiene como propósito final la inclusión social y es en el ámbito social donde nuestra disciplina debe evaluar su real eficacia” (Benetton, 1996;1999, citado en Paganizzi, 2007).

Sin embargo, para responder a esta problemática, Oliver y Nicácio (2007) reconocen que aún se “requiere todavía la construcción o potenciación de tejidos sociales solidarios, de las múltiples posibilidades y proyectos de vida, la confrontación con las diversas formas de invalidación y negación de derechos y de las personas con la experiencia de la enfermedad y de la discapacidad” (p. 127). Para alcanzar estos logros, los autores proponen las siguientes estrategias:

- Transformación de la relación de tutela establecida entre los servicios y las personas en el contexto de las relaciones sociales.
- Construcción de estrategias de intervención y posibilidades de coproducción (proyectos de vida, poder contractual).
- Garantía de acceso y factibilidad de alternativas de atención domiciliar.
- Las residencias y las posibilidades de habitar.
- Producción de lugares de convivencia comunitaria inclusiva y acciones para ampliación de los cambios sociales y potenciación de las redes sociales de soporte.
- Creación de proyectos solidarios inclusivos de inserción en el trabajo.
- Acceso a derechos fundamentales como ir y venir, jugar, estudiar, trabajar, participar del universo cultural, divertirse, tener acceso a equipamientos de ayuda como sillas, adaptaciones, sistemas de comunicación, entre otros.

Ahora, como tercer planteamiento del continuo de intervenciones comunitarias se propone una terapia ocupacional desde la comunidad que tiene como principal referencia teórica y práctica la propuesta del modelo de vida independiente (MVI).

La principal diferencia en relación con la PCC y RBC, es que el modelo de vida independiente se desarrolló como un movimiento de activismo político del colectivo de personas con discapacidad entre

1960 y 1970, con el propósito de promover una visión de la discapacidad como un fenómeno socialmente construido (McColl, 2005).

La literatura sugiere que las competencias de los terapeutas ocupacionales comunitarios son similares a otros colegas que se desempeñan en otros contextos; sin embargo, existen algunas competencias que son únicas del trabajo en la comunidad. Una de las tantas publicaciones realizada sobre esta temática, fue basada en una encuesta a 130 terapeutas ocupacionales que realizaban sus intervenciones en centros comunitarios de Canadá. En ella, se identificó que las habilidades laborales más importantes incluyen la comunicación, trabajo en red, asesoría a los usuarios, consulta, educación a los usuarios, tratamientos, charlas, educación a otros profesionales y consejería individual. Este estudio fue uno de los primeros en agregar datos específicos en relación de qué hace únicos a los terapeutas ocupacionales basados en la comunidad (Lysack, Stadnyk, Paterson, MacLeod y Krefling, 1995 citado en Winstead, 2016).

El libro de terapia ocupacional comunitaria de Inmaculada Zango (2017), señala que una de las competencias fundamentales para llevar a cabo intervenciones de terapia ocupacional comunitaria es el desarrollo de un conocimiento específico sobre la ocupación y su contribución en el ámbito comunitario; de modo que este conocimiento es fundamental para facilitar el desarrollo de diferentes roles, al igual que un razonamiento clínico crítico para la toma de decisiones en este tipo de abordajes.

Además, para llevar a cabo una intervención comunitaria, es imperativo el desarrollo de competencias interpersonales que faciliten establecer relaciones efectivas entre los diferentes actores implicados en la intervención comunitaria. Las habilidades de desempeño y las competencias necesarias para la práctica comunitaria implican un conocimiento teórico específico, así como un conocimiento práctico. Otras competencias básicas para la intervención comunitaria están relacionadas con el razonamiento crítico; mientras que las competencias éticas son necesarias para la toma responsable de decisiones durante todo el proceso, tal como las competencias interpersonales (Zango, 2017).

La evaluación de las necesidades de la comunidad colabora con la detección de las necesidades de la disfunción ocupacional en poblaciones; sin embargo, conlleva el riesgo de centrarse mayormente en la disfunción que en el potencial de una comunidad. Para evitar esto, es necesario no poner el enfoque en las deficiencias comunitarias como la delincuencia y el desempleo, entre otras, y, en su lugar, fortalecer y utilizar los capitales comunitarios presentes en las personas (artistas, jóvenes, adultos mayores) y en las

organizaciones sociales (juntas de vecinos, iglesias) e instituciones (escuelas, los centros de salud familiar, empresas locales, etc). Kretzmann y McKnight (1993) señalan que una encuesta de necesidades se convierte, fácilmente, en un inventario de deficiencias; en cambio, un inventario de capacidades se transforma en un proceso de empoderamiento de las comunidades. Es así como los dispositivos de salud, incluyendo los servicios de terapia ocupacional, pueden comportarse como miembros de la comunidad, a través de la defensa de los derechos, financiamiento de proyectos, voluntariados y disposición de espacios que se tornan en virtud de las necesidades sentidas de las personas, su familia y la comunidad (Dudgeon, 2011).

Así mismo, se propone un modelo de desarrollo comunitario basado en los valores, en donde las habilidades de los pobladores, los ciudadanos voluntarios y los recursos de las instituciones públicas y privadas, al igual que las organizaciones de la sociedad civil y el tercer sector, deben capacitarse para promover la salud en la comunidad. Krezman, (2000), citado en Dudgeon (2011), señala que la salud es un producto de cuatro determinantes: a) la conducta del individuo, b) la fuerza de las relaciones sociales individuales, c) la promoción de la salubridad del entorno físico, d) el estatus económico del individuo.

Los terapeutas ocupacionales tienen mucho para contribuir a la accesibilidad y la aceptación comunitaria de las personas con necesidades especiales. Además de la naturaleza holística e interdisciplinaria de la profesión, la terapia ocupacional puede desarrollar asociaciones comunitarias con distintos profesionales, como arquitectos, ingenieros, urbanistas, especialistas en transporte, entre otros, así como con instituciones como municipios, oficinas de turismo y comercio, medios de comunicación y organizaciones barriales y comunitarias (Dudgeon, 2011).

A modo de conclusión, el bienestar de las comunidades tiene tanto un componente conductual, como uno social e incluye el estilo de vida personal, el contexto, los factores socios económicos, y las políticas públicas. Es por ello, que promover la participación y el empoderamiento comunitario debe incluir tanto al usuario como a la comunidad. Existen varias formas de implementar la intervención comunitaria como, por ejemplo, a nivel de atención primaria de salud (APS) tanto en promoción de estilos de vida saludable (ej: promoción de la actividad física) como en la prevención (ej: campañas antitabaquismo). Estas prácticas pueden ser implementadas en la APS, ya sea desde la institucionalidad como en espacios comunitarios (juntas de vecinos, colegios, lugares de trabajo, entre otros).

En la atención secundaria, por otra parte, se trabaja con personas asintomáticas, de momento, que presentan factores de riesgo. Padecen de un trastorno o enfermedad que se encuentra estabilizado o una enfermedad preclínica (antes de evidenciarse clínicamente) como, por ejemplo, la ergonomía en los puestos de trabajo de riesgo, la prevención de las caídas en los adultos mayores, la prevención de la violencia o el apresto laboral en ex consumidores de drogas.

En otra instancia, la intervención en atención terciaria se enfoca en la intervención de personas con enfermedades clínicas, trastornos de salud y situaciones en crisis como desastres. Desde un enfoque tradicional, los terapeutas ocupacionales se enfocan en la recuperación o adaptación, tanto como en la prevención de las complicaciones secundarias y el mantenimiento de las habilidades necesarias para desempeñarse en el mundo de la vida comunitaria. Desde perspectivas emergentes, los terapeutas ocupacionales comienzan a incluir enfoques de intervención centrados en la comunidad, que promueven la participación y el capital social de todas las personas, independientes de si estas se encuentran o no en condición de discapacidad (Dudgeon, 2011).

CAPÍTULO III:
**Contenidos en Terapia Ocupacional
Comunitaria**



Escuela Internacional de Doctorado / Doctorado en Educación / Universidad de Almería

2.2. *Contenidos en Terapia Ocupacional Comunitaria*

Millán Núñez Cortés (2015) establece que al elaborar planes de estudio hay tres elementos que forman el currículo. Estos tres elementos son:

- Los objetivos por alcanzar
- Las competencias por adquirir
- Los contenidos por incluir

El autor determina que, “se necesita poner el acento en los resultados del aprendizaje y articular el plan de estudios alrededor de las competencias que el alumno debe alcanzar, en lugar de que, equivocadamente, sea el proceso educativo el que, con frecuencia, siga marcando el desarrollo de los planes de estudio” (p. 133). Con esto en mente, se identifican seis características para el proceso educativo que constan en:

- Orientación a la capacidad para desarrollar actividades
- Enfoque en el autoaprendizaje
- Énfasis en los resultados
- Búsqueda de la capacitación profesional
- Especial atención a la tríada saber – comprender – hacer
- Sustitución de información simple por la integración de conocimientos

Ahora, la práctica comunitaria surge y se plantea como respuesta frente a los cambios en los servicios de salud, el aumento de costo sanitario, la limitación del tiempo y la escasez de recursos materiales y profesionales que en algunos contextos limitan, dificultan e influyen en la intervención socio sanitaria.

Esto implica considerar diferentes aspectos relacionados con la terapia ocupacional comunitaria. Por un lado, es fundamental comprender los fenómenos comunitarios desde los aspectos teóricos: el quehacer y rol del terapeuta ocupacional comunitario y las características que debe cumplir. No existen normas o criterios específicos para el desarrollo de la intervención en la terapia ocupacional, por lo que es fundamental, en la formación de terapeutas ocupacionales, generar las competencias que les permitan desempeñarse en el ámbito comunitario.

Los contenidos de esta disciplina son el conjunto de saberes relacionados con lo cultural, lo social, lo político, lo económico, lo científico y lo tecnológico que conforman las distintas áreas académicas y asignaturas, cuya asimilación y apropiación por los alumnos es considerada esencial para su desarrollo profesional (Coll et al., 2007).

Esta definición de los contenidos rompe con la tradicional interpretación transmitida, pasiva y acumulativa de la enseñanza y del aprendizaje. Plantea una concepción constructivista de estos procesos y mantiene el papel decisivo de los contenidos en la educación. Se destaca el papel de la actividad constructiva del alumno y la importancia de la influencia educativa del docente como uno de los factores determinantes de esta actividad. Lo más importante es que los alumnos puedan construir significados y atribuir sentido a lo que aprenden (Coll et al., 2007).

En Chile, desde la implementación masiva de las asignaturas de TOC en las mallas curriculares posterior al año 2000, se aprecia que el abordaje comunitario se vincula fuertemente con las políticas públicas y lo que estas definen como intervención comunitaria. En su mayoría, van dirigidas hacia el trabajo con las habilidades socio comunitarias del individuo y no así en el trabajo con la comunidad. En la actualidad, existen cuestionamientos en torno a la institucionalización de la disciplina y su modelo de enseñanza, reduciendo sus campos de actuar.

Por los cuestionamientos señalados previamente, se hace fundamental que el terapeuta ocupacional que realiza intervenciones comunitarias desarrolle habilidades de circunstancias; comprenda la comunidad, considerando su situación específica; realice propuestas de intervención creativas; y, por último, pueda dejar de lado los prejuicios culturales, personales y profesionales para respetar las opciones comunitarias sin emitir juicios (Scaffa, 2014). Para ello, es preciso adquirir los conocimientos que permitan llevar a cabo intervenciones en terapia ocupacional comunitaria. Estos conocimientos se pueden agrupar en los cuatro grupos principales que se presentan a continuación:

Conocimientos necesarios para la intervención de terapia ocupacional comunitaria

1. Contenidos teóricos

Conocimientos de los fundamentos teóricos de la terapia ocupacional
Modelos y marcos de referencia aplicados a la intervención ocupacional comunitaria
Desarrollo de programas comunitarios centrados en la ocupación
Roles de la terapia ocupacional en este ámbito
Principios de la salud comunitaria y sus abordajes

2. Contenidos procedimentales

Visionar posibilidades de intervención y roles de terapia ocupacional
Llevar a cabo una práctica centrada en el cliente
Identificar y acceder a recursos disponibles
Evaluar las intervenciones ocupacionales
Trabajar de forma colaborativa con otros profesionales y actores implicados
Investigar sobre la práctica
Realizar asesoramiento a diferentes grupos o individuos

3. Contenidos actitudinales o valóricos

Visionar posibilidades de intervención y roles de terapia ocupacional
Llevar a cabo una práctica centrada en el cliente
Identificar y acceder a recursos disponibles
Evaluar las intervenciones ocupacionales
Trabajar de forma colaborativa con otros profesionales y actores implicados
Investigar sobre la práctica
Realizar asesoramiento a diferentes grupos o individuos

4. Contenidos transversales

Razonamiento crítico
Razonamiento holístico
Aplicar la teoría a la práctica
Solucionar problemas
Razonamiento clínico en función de los clientes
Pensamiento creativo y abstracto
Razonamiento ético
Autoevaluación de las fortalezas y necesidades para el desarrollo profesional
Seguimiento del código ético de terapia ocupacional
Principios de justicia ocupacional

2.2.1.- Contenidos Teóricos o Conceptuales

Los contenidos teóricos o conceptuales se refieren al conocimiento que tenemos acerca de las cosas, datos, hechos, conceptos, principios y leyes que se expresan con un conocimiento verbal. Los contenidos teóricos de la terapia ocupacional comunitaria se han nutrido del diálogo horizontal entre los actores de las prácticas y diversas fuentes teóricas que, en diferentes momentos históricos y contextos socioculturales, han generado los marcos conceptuales para la reflexión sobre las prácticas y el desarrollo metodológico. Estos fundamentos teóricos presentan un interés crítico y emancipador basados en diferentes fuentes teóricas como las de Habermas (1998), Freire (1997), Fals Borda (2006), Dewey (1995), entre otros (De la cal Herrera, 2015; Doll, 2010; Muñoz Espinoza, 2007; Oyarzún et al., 2012; Pallarés y Planella, 2016).

En los años 2000, aumentan la cantidad de carreras y universidades que imparten terapia ocupacional. También aumenta la TOC, con docentes titulados en la década de los 80, que desarrollaron perspectivas fundamentadas en sus experiencias en contextos comunitarios. El desarrollo de lo comunitario de estos docentes, en muchas ocasiones, fue aprendido desde el quehacer y, posteriormente, fue vinculado a la teoría (Oyarzun, Zolezzi, Núñez, y Palacios, 2009).

Se aprecia que el abordaje comunitario se vincula fuertemente con las políticas públicas y lo que estas delimitan como intervención comunitaria. Estas se encuentran orientadas hacia el individuo en vínculo con la comunidad y no la comunidad como foco de intervención. Por ello, en la actualidad, existen cuestionamientos en torno a la institucionalización de la disciplina, reduciendo sus campos de actuar (Pino y Ceballos, 2015).

Además, Muñoz Espinoza (2007) afirma que, hoy en día, la formación de los terapeutas ocupacionales está nutrida por el espíritu y las teorías de expertos como de Jürgen Habermas (1992; 1998) y Paulo Freire (1996b; 1996a; 1997), quienes presentan una perspectiva crítica y emancipadora, promoviendo saberes y contenidos asociados al desarrollo de la autonomía, la libertad y la reflexión entre los estudiantes. Esta orientación les permitiría comprender el fenómeno de la ocupación no como un objeto sino como una variable. Es fundamental el interés crítico en el estudio de la Terapia Ocupacional, ya que este facilita la autorreflexión y un saber crítico sobre la ocupación humana (Muñoz Espinoza, 2007).

Cabe señalar que Habermas (1998) hace hincapié en que una mirada crítica genera en los seres humanos una concientización mayor sobre su propio contexto. Postula que esta concientización vuelve a las personas más críticas sobre sus opciones y elecciones, como agentes activos en los procesos de

transformación de sus proyectos de vida a través de la postulación de situaciones ideales. Con ello, se busca guiar la acción sobre el mundo real para poder transformarlo, lo cual es fundamental en la formación educativa de futuros terapeutas ocupacionales, capaces de aportar a la transformación social (Muñoz Espinoza, 2007; Pallarés y Planella, 2016).

Así mismo, Paulo Freire (1996b, 1996a, 1997) nos señala que es importante comprender la pedagogía no como sí misma sino como parte del proyecto político y cultural en el campo de la acción educativa (Mejía Jiménez, 2013). Además, nos señala que las prácticas educativas cuentan con un trasfondo y esa es una forma de mirar a las personas, el contexto y la sociedad (Freire, 1997). Los docentes no pueden asumir su neutralidad en el quehacer y es necesario cuestionar la realidad.

Los docentes esperan que los Terapeutas Ocupacionales puedan ser críticos y transformadores de la realidad; que generen espacios equitativos en el acceso a ocupaciones significativas, con especial énfasis en los grupos de personas más vulnerables de la sociedad; que tomen en cuenta los aspectos éticos de las prácticas docentes, principios básicos y conducentes de la terapia ocupacional comunitaria (Muñoz Espinoza, 2007). Para llevar a cabo todo lo anterior, es vital el dominio íntegro de los saberes puntuales que corresponden a la disciplina, por lo que otra competencia fundamental para llevar a cabo intervenciones de terapia ocupacional comunitaria es el desarrollo de un conocimiento específico sobre la ocupación y su contribución con el ámbito comunitario (Zango, 2017).

2.2.2- Contenidos Procedimentales

El conocimiento procedimental se refiere a cómo ejecutar acciones interiorizadas, como las habilidades intelectuales y motrices. Esto abarca destrezas, estrategias y procesos que implican una secuencia de acciones u operaciones a ejecutar de manera ordenada para conseguir un fin.

Desde la creación de la carrera hasta la década de los noventa, la formación estaba basada y orientada hacia el paradigma biomédico imperante. En la formación no se encontraban presentes aspectos socio comunitarios. A fines de los años noventa se incorpora, en algunas mallas, la asignatura de Terapia Ocupacional Comunitaria pero, en este punto, está enfocada principalmente hacia la salud mental (Oyarzún et al., 2012). Las prácticas de los Terapeutas Ocupacionales del periodo de la dictadura militar en Chile se vincularon con el fortalecimiento de organizaciones comunitarias, con el fin de propiciar la participación y aportar en la reconstrucción del entramado social (Oyarzún et al., 2012).

Desde ahí, los contenidos procedimentales de las asignaturas de terapia ocupacional comunitaria se encuentran ligadas con los ejercicios de las profesiones que basan su praxis en un componente comunitario relacionadas al trabajo con personas con demencia y sus familias (Hynes et al., 2016; Wenborn et al., 2016); población con VIH (Misko, Nelson, y Duggan, 2015); promoción de la salud en espacios laborales (Lecours y Therriault, 2017), personas con enfermedades crónicas y la gestión de listas de espera (Passalent, Landry, y Cott, 2010); personas con parálisis cerebral (Chikwanha, Chidhakwa, y Dangarembizi, 2015); población en situación de discapacidad (Turcotte, Carrier, Desrosiers, y Levasseur, 2015); migrantes (Suarez-Balcazar, Martinez, y Casas-Byots, 2013); comunidades indígenas (Avello Saez y Salgado Maldonado, 2017), entre muchas otras. De esta manera, los desarrollos de los contenidos procedimentales fundamentales se basan, por un lado, en comprender los posibles roles que los terapeutas ocupacionales deben desarrollar en el ámbito comunitario; y, por otro lado, consideran las habilidades específicas que hay que incorporar para desarrollar un enfoque de intervención comunitario.

Los roles son las funciones establecidas social y personalmente, que una persona desempeña en un lugar o en una situación particular. Teniendo esto como punto de partida, es importante analizar cuáles son los principales roles que los terapeutas ocupacionales pueden desarrollar para llevar a cabo una práctica de terapia ocupacional comunitaria (Zango, 2017). Estos roles del terapeuta ocupacional comunitario están descritos en la literatura como defensor, consultor, gestor de casos, emprendedor, supervisor, coordinador de programas comunitarios, investigador y docente (Doll, 2010; Scaffa, 2014). Estos roles se grafican a continuación.

Figura 15

Principales roles de los terapeutas en la intervención de Terapia Ocupacional



Nota. Figura de los principales roles de los terapeutas en la intervención de terapia ocupacional, según Zango, 2017 tomado de Scaffa, 2014.

Defensor De La Salud Comunitaria: Este rol implica defender o interceder a favor de la salud de las personas de una comunidad. Para ello, resulta esencial que el terapeuta ocupacional, en forma conjunta con la comunidad, realice una adecuada identificación de las necesidades sociales, físicas, emocionales, de salud, educaciones y ocupacionales de los miembros de una comunidad, con la finalidad de promover un buen funcionamiento de esta (Zango, 2017).

Este rol requiere que el profesional actúe tanto como defensor como grupo de presión, para ofrecer servicios y articular políticas locales y nacionales relacionadas con la salud física, la salud mental y el cambio de las condiciones ambientales, con el objetivo de promover la salud ocupacional de la población en general. Para ello, es muy importante desarrollar una serie de acciones individuales y sociales para conseguir el compromiso y apoyo político necesario para crear cambios en las políticas de salud y aceptación social dentro de un determinado sistema. La defensa de la salud es una de las tres estrategias para la promoción de la salud que plantea la Organización De Salud (OMS) y para lograr ello, en este rol,

el terapeuta ocupacional puede hacer uso de medios informativos, presión directa a los políticos y movilización de la comunidad, entre otras acciones.

Consultor: El rol de consultor, para los terapeutas ocupacionales que utilizan el enfoque de intervención comunitaria, está relacionado con ofrecer información y asesoramiento sobre la identificación, la puesta en marcha y la evaluación de los programas comunitarios. No obstante, un aspecto relevante del rol de consultor es que es un profesional considerado experto en un área específica (Zango, 2017); por ello, su función lo llama a realizar un proceso interactivo para ayudar a otros a resolver dificultades o problemas en potencia, identificando y analizando diferentes asuntos. De este modo, rol consultor deberá estar vinculado con el terapeuta ocupacional, experto en un área particular, para que pueda proveer la ayuda necesaria para desarrollar estrategias para solucionar o prevenir problemas que puedan producirse en el futuro. Otros aspectos vinculados con este rol pueden centrarse en la evaluación de programas comunitarios y en el establecimiento de planes de sostenibilidad (Zango, 2017).

Consultor en la intervención comunitaria: Se utiliza más frecuentemente al inicio del programa de terapia ocupacional comunitaria o bien, cuando este se ha modificado sustancialmente, a corto o largo plazo, teniendo en cuenta las diferentes situaciones surgidas durante el desarrollo del programa comunitario. Los terapeutas ocupacionales pueden ser consultores en diversos programas desarrollados por diferentes grupos de la comunidad, utilizando conocimiento especializado sobre la ocupación y los aspectos vinculados con esta (Zango, 2017).

Gestor de casos: Las actividades vinculadas con el rol del profesional, como gestor de casos, son coordinar la provisión de servicios: asesorar a las personas, a sus familias y a sus cuidadores; evaluar los recursos financieros y abogar por los servicios necesarios identificados en el proceso comunitario. Este rol debe desempeñarlo un profesional que tenga extensa experiencia en el ámbito socio sanitario (Zango, 2017).

Uno de los principales objetivos del profesional, que desempeña el rol de gestores de casos, es asegurar el acceso de las personas con diversidad funcional a los servicios y a los recursos de la comunidad en igualdad de condiciones. Otra de sus funciones principales es asistir a la persona para que pueda desarrollar las habilidades necesarias para vivir una vida autónoma (Zango, 2017).

Emprendimiento: Se entiende, por emprender, el hecho de comenzar una obra o un negocio u ofrecer un servicio. Este rol en el ámbito de la terapia ocupacional debe estar vinculado al ámbito socio sanitario y,

por lo tanto, implica que la acción emprendida debe tener como objetivo principal: un impacto positivo sobre una necesidad ocupacional para lo cual utiliza los recursos disponibles de forma innovadora y sostenible (Zango, 2017).

Para desempeñar bien este rol, es fundamental que el terapeuta ocupacional tenga habilidades para identificar, valorar y responder a las necesidades particulares de una comunidad específica. Asimismo, es imprescindible que tenga habilidades relacionadas con la gestión financiera, la promoción, el liderazgo y las habilidades de organización y de trabajo en equipo (Zango, 2017).

Supervisor: El rol del supervisor implica gestionar las actividades de todos los miembros del equipo. Este rol implica organizar las tareas, establecer delegados o responsables para el cumplimiento de las tareas, seleccionar y formar a los miembros del equipo y llevar a cabo evaluaciones del desempeño de cada uno de los miembros del equipo (Zango, 2017).

Por consiguiente, la principal finalidad del terapeuta ocupacional supervisor de un programa de enfoque comunitario, es asegurar la puesta en marcha de los servicios de terapia ocupacional de una forma segura y efectiva, fomentando la competencia y el desarrollo de todos los miembros de la comunidad (Zango, 2017).

Si bien, es cierto que las actividades de los terapeutas ocupacionales, relacionados con su rol como supervisor, pueden variar en función de los contextos en los que se desarrollan, las principales actividades suelen ser las siguientes: formación y evaluación del equipo de trabajo, desarrollo y revisión de intervención, resolver problemas, presupuestar el desarrollo del programa y gestionar los recursos disponibles para este fin (Zango, 2017).

Coordinador de programas comunitarios: El rol de coordinador de un programa comunitario implica ser responsable del diseño, el desarrollo, la evaluación, el presupuesto, la contratación y la supervisión de los miembros del equipo que forman parte de un programa comunitario. Este rol implica realizar una actividad sistemática, reglada entre personas o instituciones de una comunidad con un objetivo común (Zango, 2017).

Una de las principales funciones del coordinador de programas comunitarios es identificar las necesidades de una comunidad de forma conjunta con sus actores principales. Para ello, puede utilizarse el análisis de las debilidades, amenazas, las fortalezas y las oportunidades (DAFO) del proyecto comunitario antes de su puesta en marcha (Zango, 2017).

Además, el rol de coordinador implica también llevar a cabo tareas relacionadas con la gestión del equipo responsable del programa, asignando responsabilidades y tiempos para lograr un óptimo funcionamiento del programa comunitario. También es fundamental que el coordinador de un programa de terapia ocupacional comunitaria tenga habilidades de liderazgo con el equipo de trabajo; así como buena relación con los miembros relevantes de la comunidad ya que estas habilidades serán determinantes para que la comunidad pueda darle continuidad al proyecto (Zango, 2017).

Investigador: El rol de investigador es fundamental para el desarrollo de la terapia ocupacional comunitaria. Este rol implica examinar, desarrollar, analizar y evaluar la teoría y la práctica de la profesión. Con esto en mente, este rol puede implicar tanto la participación en el diseño de la investigación como la recolección de los datos, su análisis, y la divulgación de los resultados. Los terapeutas ocupacionales pueden desarrollar un rol investigativo en la comunidad incluyendo la investigación participativa basada en la comunidad (Zango, 2017).

La investigación participativa, basada en la comunidad, es un modelo colaborativo de investigación que tiene, como objetivo principal, incrementar el conocimiento y la comprensión de un fenómeno particular e integrarlo en las intervenciones, las acciones políticas y el cambio social para mejorar la salud y el bienestar de los miembros de una comunidad, que permite construir conocimiento situado y que los actores sociales lo utilicen para realizar acciones en su comunidad, de modo de transformar sus condiciones de vida, favoreciendo niveles de control sobre su entorno. De ella desprendemos la investigación acción (IA) y la investigación acción participativa (IAP), en la cual la última busca la inclusión de los miembros de la comunidad en todos los procesos implicados en el desarrollo de la investigación, que viene a des enmarcarse de lógicas asistencialistas, en la cual se plantean etapas sucesivas en las cuales se busca que las personas tomen parte del proceso de forma activa. En la cual se contempla un diagnóstico inicial de forma participativa, el cual es analizado por la misma para determinar focos de intervención, los cuales se jerarquizan y organizan para determinar un plan de trabajo que permite abordarlos, y al finalizar las acciones, debe ser evaluado para definir su nivel de avance y determinar las acciones a seguir en un posible nuevo ciclo de trabajo (Zambrano y Muñoz, 2014; Zango, 2017).

Este modelo de investigación reconoce a la comunidad como participante central en todo el proceso investigador y no como beneficiaria de este. Esto asegura que sea un proceso cooperativo y de co-aprendizaje que favorece el desarrollo de sistemas y el fortalecimiento de capacidades locales. Por lo

tanto, este modelo de investigación participativa, basada en la comunidad, implica un compromiso a largo plazo con la comunidad buscando el equilibrio entre la investigación y la acción (Zango, 2017).

La IAP, basada en la comunidad, puede ser de gran utilidad para los terapeutas ocupacionales ya que puede ayudar a identificar las desigualdades en el ámbito de la salud, así como a crear infraestructuras para dar respuestas a las necesidades de la comunidad (Zango, 2017).

Educador: El rol de educador está estrechamente vinculado con la práctica de terapia ocupacional comunitaria ya que, en este tipo de intervención, el profesional busca desarrollar y realizar acciones formativas o entrenamientos ocupacionales dirigidos a la comunidad o grupos de esta (Zango, 2017).

Este rol puede desempeñarse de manera formal, ofreciendo un servicio formativo reglado a un grupo de la comunidad, o de manera informal, realizando sesiones informativas/educativas de forma no estructurada ni programada, en función de las situaciones planteadas por parte de los miembros de la comunidad (Zango, 2017).

Este rol implica elaborar el material formativo y presentarlo, elaborar los casos prácticos y preparar cualquier otro material educativo necesario para llevar a cabo una formación específica (Zango, 2017).

2.2.3.- Contenidos actitudinales o valóricos

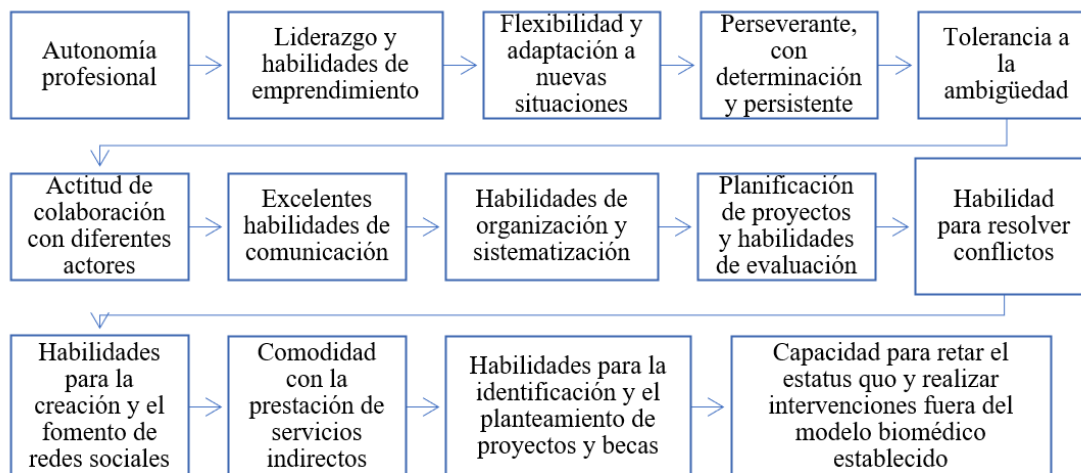
Según de Guevara (2019), estos contenidos “Están constituidos por valores, normas, creencias y actitudes dirigidas al equilibrio personal y la convivencia social” (p. 98). Las actitudes principales que los terapeutas ocupacionales deben desarrollar, para llevar a cabo una práctica de terapia ocupacional comunitaria, varían en función de la comunidad y de las características propias del profesional de terapia ocupacional que lleve a cabo la intervención (Zango, 2017). Con esto en mente, cada profesional de terapia ocupacional debe vincular unas actividades específicas con cada uno de estos roles identificados (Zango, 2017).

Son fundamentales las competencias éticas para la toma responsable de decisiones durante todo el proceso de evaluación y de intervención, según el código de ética profesional del Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Chile (s. f.). El profesional debe hacerse cargo de las necesidades de los sujetos y sus comunidades, generando las modificaciones necesarias para favorecer el bienestar ocupacional.

Además, Scaffa (2004) y Zango (2017) señalan que los terapeutas ocupacionales comunitarios deben desarrollar cualidades y características personales que son claves para el ejercicio profesional que se demuestran en la Figura 16 a continuación.

Figura 16

Cualidad y características personales para el ejercicio profesional de Terapeutas Ocupacionales Comunitarios



Nota. Figura sobre las cualidades y características personales de los Terapeutas Ocupacionales según Scaffa, 2014, p. 118.

2.2.4.- Contenidos Transversales

Gustavo Hawes B. (2003) describe que el pensamiento autónomo y crítico es uno de los mayores compromisos de la formación universitaria, al igual que una expectativa social de todos los profesionales que egresan. Dentro de las muchas definiciones y concepciones ambiguas del pensamiento crítico, se puede identificar que la característica principal trata de “un pensamiento orientado a la comprensión de problemas, la evaluación de alternativas, y la decisión y resolución de estos. Pensamiento crítico tiene que ver con comprender, evaluar, resolver” (p. 9).

Basándose en Murray (2003), Hawes B. (2003) postula que, desde una perspectiva pedagógica, hay cada vez más destrezas asociadas con el manejo de la lectura y escritura. Hoy, en día, ser alfabeto tiene que ver con el dominio de la información, lo cual incluye competencias tales como “definir la tarea, estrategias para buscar información, localización y acceso de la información, uso de la información, síntesis y evaluación de la información” (Murray, 2003; citado en Hawes B., 2003). Todos estos pasos llegan a su resultado final, generalmente, en un informe escrito que interpreta la información procesada y en este acto, según Bakalis (2003, citado en Hawes B., 2003), lo que realmente se está manifestando es cómo los hechos aprendidos son vinculados entre sí para enfrentar y, idealmente, solucionar, algún tipo de problema.

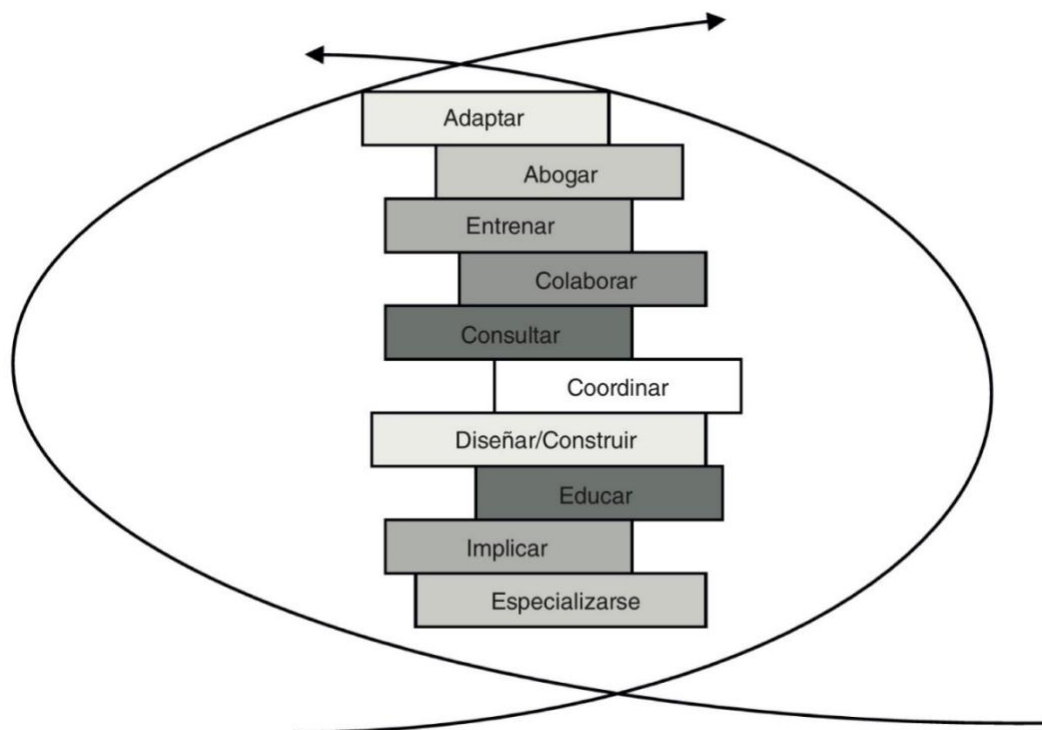
Con esto en mente, el pensamiento crítico se presenta como una habilidad extremadamente valiosa y es posible dimensionar su necesidad en un contexto académico; sin embargo, ¿cómo se enseña? El autor plantea que es posible pensar en esta “enseñabilidad” como:

un acto de meta cognición, es decir, de reflexión del estudiante y docente sobre los propios procesos de conocimiento y decisión. Reconstruir los propios procesos, reflexionando sobre los mismos, permitirá a los sujetos tomar consciencia de, y sistematizar aquellos recursos de pensamiento que son los más efectivos y eficientes en el marco de la propia disciplina (Hawes B., 2003).

Para aplicar esto al área de la Terapia Ocupacional Comunitaria, es necesario remitirse al concepto de razonamiento clínico, que se puede entender como “el proceso cognitivo que se establece a la hora de tomar decisiones, la interacción con el usuario y la elaboración de narrativas o la exploración desde la ética y la moral de las posibles alternativas de resolución de problemas” (Talavera Valverde, 2015). Esto se relaciona con la práctica profesional de terapeutas que se encuentran rodeados de diversos problemas a diario. Para solucionar estos problemas, cuentan con una gran variedad de herramientas clínicas y teóricas que les pueden orientar hacia la decisión más apropiada. Sin embargo, gran parte de sus decisiones no pueden ser basadas únicamente en teorías, y es en esta instancia en la cual deben hacer uso del razonamiento clínico o profesional. En el proceso del razonamiento clínico, Talavera Valverde (2015) se basa en McCannon (2004) para argumentar que:

Nuestra visión de mundo se construye por medio de las teorías y experiencias que hemos aprendido durante nuestros estudios de pre y posgrado, además, este proceso cognitivo también se construye de experiencias, de decisiones previas o de la gestión de nuestras habilidades.

Según los planteamientos del modelo canadiense de facilitación centrada en el cliente (Towsend y Polatajko, 2013), existen habilidades genéricas en la intervención terapéutica representadas en la Figura 17.

Figura 17*Habilidades que son claves en el proceso de facilitación en salud*

Nota. Figura sobre las habilidades que son claves en el proceso de facilitación en salud, traducido desde Townsend y Polatajko, 2013, p. 110.

Las dos flechas de la figura anterior representan la interacción terapéutica dinámica, entre el cliente y el terapeuta, en el continuo de la facilitación o capacitación. Por lo tanto, siguiendo los planteamientos del modelo de la facilitación centrada en el cliente, es preciso que el profesional de terapia ocupacional desarrolle en la intervención terapéutica las habilidades de adaptar, abogar, entrenar, colaborar, consultar, coordinar, diseñar o construir, educar, implicar a los clientes y ofrecer intervenciones especializadas (Townsend y Polatajko, 2013).

2.3. Metodologías de Enseñanza-Aprendizaje en Terapia Ocupacional

Las prácticas de enseñanza-aprendizaje en terapia ocupacional comunitaria son entendidas como parte de la acción educativa con un trasfondo político y cultural (Mejía Jiménez, 2013). En esta acción educativa, los docentes declaran que es necesario cuestionar la realidad y esperan que los estudiantes puedan transformar el entorno y construir contextos más justos, especialmente para los grupos más vulnerables (Muñoz Espinoza, 2007). Dado su impacto en la sociedad, es particularmente preocupante que no se ha encontrado evidencia de los métodos específicos con los cuales se genera el proceso dinámico de enseñanza-aprendizaje en terapia ocupacional comunitaria, por lo cual solo se presentan directrices genéricas para la terapia ocupacional.

2.3.1. Metodologías de enseñanza aprendizaje en Terapia Ocupacional

Actualmente, se ha identificado la necesidad de adecuar los métodos de enseñanza-aprendizaje, incorporando metodologías activo-participativas y de trabajo autónomo en los estudiantes, con apoyo de las tecnologías de la información y la comunicación (Pey y Chauriye, 2011). Estos métodos, aunque tienen diversas definiciones y especificaciones, concuerdan en que “el aprendizaje es un proceso constructivista, auto dirigido, colaborativo y contextual” (Nolla Domenjó, 2015). Esta idea se apoya en una imagen que se remonta a tiempos anteriores al siglo XX, en los cuales el aprendizaje de la medicina se llevaba a cabo al lado del maestro (docente) y a la cabecera del enfermo (paciente). Antes de que la educación se limitara a las facultades universitarias, el conocimiento se implementaba de manera presencial, en ejercicios tanto de práctica como de teoría.

Nolla Domenjó (2015) apunta al aspecto constructivista, aludiendo al “aprendizaje como un proceso subjetivo y sugiere que, para conocer el mundo, hay que experimentarlo” (p. 75 – 76). De igual importancia, es su carácter auto dirigido, aludiendo a que “los estudiantes deben ser capaces de asumir la responsabilidad de su propio aprendizaje, de su dirección y su relevancia para su vida, necesidades e intereses cotidianos” (p. 76). Es importante notar que esto no implica dejar solo al estudiante sino, más bien, dejar que se haga cargo de sus acciones. El aspecto colaborativo de este método de enseñanza – aprendizaje implica “relacionarse con maneras de concebir el mundo diferente, que desafían el propio conocimiento o los modelos mentales existentes, lo que facilita el progreso en la construcción del propio conocimiento” (p. 76). Con ellos, los docentes toman la responsabilidad de fomentar discusiones y debates que cuestionen sus pensamientos y expongan sus experiencias. Por último, el aprendizaje es visto como un proceso contextual. Esto se refiere a reconocer la importancia del entorno en el cual se pretende aplicar

conocimiento. Nolla Domenjó (2015) propone la introducción de simulaciones al aprendizaje e insiste en que “[e]l conocimiento profesional útil no se adquiere tanto cuando se aprende como cuando se utiliza” (p. 77) pero, hay que considerar, que la idea que funciona en un contexto no necesariamente funcionará en todos. Por ello, se debe siempre recordar que “cada vez que se utiliza un conocimiento, éste se reaprende, se enriquece con su contextualización, a la vez que se aumenta el saber profesional” (Nolla Domenjó, 2015).

Los programas de pregrado se caracterizan por reflejar el ámbito social, las políticas de salud y los servicios a la sociedad en la cual están basados. Además, la Federación Mundial de Terapia Ocupacional (Hocking y Ness, 2004) señala que es fundamental la implementación de los programas en sintonía con la realidad local, tomando en consideración los desafíos nacionales, las necesidades en salud, las prioridades y tradiciones, sumado a lineamientos de estrategias regionales de la organización mundial de la salud, el cual reconoce la diversidad de las políticas y situaciones de salud de cada país (The TUNING Occupational Therapy Project Group, 2007).

Los primeros niveles dentro de la educación en terapia ocupacional están marcados por un fuerte componente práctico, con una gran cantidad de horas en el ámbito práctico, el aprendizaje en la elaboración de artesanías y habilidades prácticas. Este equilibrio ha transitado gradualmente hacia la asociación de fuertes fundamentos teóricos de la profesión y el desarrollo de competencias académicas (The TUNING Occupational Therapy Project Group, 2007).

Los métodos educativos pueden incluir estudios de casos, aprendizaje con y de destinatarios en Terapia Ocupacional, discusión, entrenamiento de habilidades, demostraciones, ejercicios reflexivos, proyectos, revisión bibliográfica, aprendizaje experiencial, aprendizaje basado en problemas, aprendizaje interprofesional, clases o conferencias, etc. El trabajo de campo está considerado bajo un encabezado diferente (World Federation of Occupational Therapy, 2016).

La variedad de métodos de evaluación utilizados para controlar el progreso de los alumnos y la calidad de los aprendizajes logrados facilita el desarrollo de conocimiento, habilidades y actitudes del graduado. Los métodos de evaluación son coherentes con los métodos educativos (World Federation of Occupational Therapy, 2016).

Según estudios realizados en Europa y América Latina (CINDA, 2015; Clark et al., 2012; Mcgrath, Moldes, Fransen, Hofstede-Wessels, y Lilienberg, 2014; Melorose, Perroy, y Careas, 2015) las

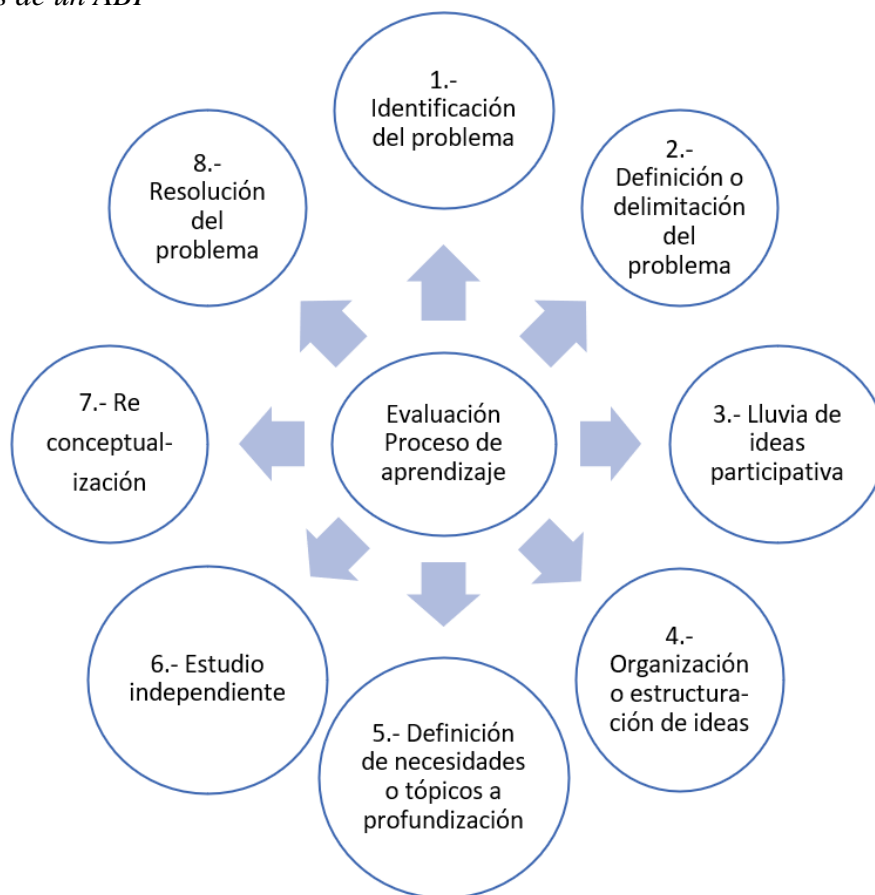
metodologías de enseñanza-aprendizaje más utilizadas en Terapia Ocupacional son: (a) el aprendizaje basado en problemas , (b) aprendizaje basado en asignaturas, (c) aprendizaje basado en la formación práctica, (d) aprendizaje en ambientes simulados, (e) aprendizaje servicio, y (f) las metodologías mixtas (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad de Acreditación, 2005; Melorose et al., 2015; Tapia, 2017).

Aprendizaje basado en problemas (PBL o ABP)

Esta innovadora metodología se realiza desde el punto de vista de la didáctica. Es utilizado por el 43% de los países europeos y se basa en el aprendizaje independiente del estudiante, al igual que en el aprendizaje centrado en el estudiante de forma más afectiva. (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad de Acreditación, 2005).

La metodología del ABP se basa en el aprendizaje mediado por la búsqueda y en la aplicación de conocimientos para la resolución de un problema o la respuesta a un interrogante; por ello, los estudiantes son los responsables de su propio aprendizaje en tanto que el rol del docente es el de guía (Melorose et al., 2015).

En una revisión realizada en Europa por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad de Acreditación en el 2005 (en adelante ANECA), encontraron que esta metodología se utiliza de manera parcial en *algunas* asignaturas, especialmente en las que hacen referencia a procesos de intervención en terapia ocupacional. Un curso ABP está organizado por etapas y procesos diferenciados, los cuales principalmente se asocian a problemas que con frecuencia son elaborados por un equipo de profesores, cuidadosamente contruidos, que son presentados a pequeños grupos de estudiantes (Melrose et al., 2015) implementadas en una serie de etapas que se grafican a continuación.

Figura 18*Etapas ampliadas de un ABP*

Nota. Figura sobre las etapas ampliadas de una ABP, según la Universidad de Chile, 2015.

Dado que esta metodología de aprendizaje se forma en torno a los problemas, sus etapas se basan en procesos dedicados a poner en práctica la solución de problemáticas, en las cual estudiantes han de identificar, encontrar y utilizar los recursos apropiados para su resolución.

Pueden considerarse las siguientes ventajas en la utilización del ABP en terapia ocupacional: (a) desarrollo de habilidades de auto aprendizaje, (b) adquisición de estrategias generales de solución de problemas mediante la solución de problemas concretos dentro de la disciplina, (c) selección y uso de los materiales de aprendizaje con mayor autonomía, (d) aprendizaje de habilidades sociales y personales mediante el trabajo en pequeños grupos (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad de Acreditación, 2005).

A su vez, surgen las siguientes desventajas: (a) se requiere una mayor cantidad de recursos humanos y materiales (ratios menores de alumnos, mayores fondos bibliográficos, entre otros), (b) requiere de una alta motivación del alumnado (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad de Acreditación, 2005). Según Morales (2004; citado en Sánchez Cuevas, 2016):

La innovación educativa que presenta la incorporación del ABP como método didáctico implica un cambio de paradigma que involucra la redefinición tanto de objetivos o competencias – en función del enfoque curricular – como de los valores del programa académico, la modificación del papel del profesor y del estudiante, y la transformación de los procesos de enseñanza y aprendizaje y, en ocasiones, de la cultura educativa institucional; por lo tanto, no es una simple adecuación o actualización de contenidos (p. 39).

Por ello, la incorporación del ABP como una metodología posee diferentes demandas de parte de los profesores, ya que implica una transición de actor principal a un guía.

Aprendizaje Basado en Asignaturas (SBL)

Esta metodología se base en una clase magistral que imparte el profesor, en la cual el alumno debe memorizar y replicar contenidos. Corresponde a un método que ha sido eficaz durante siglos y se apoya en las competencias y contenidos asociados a la asignatura que se dicta (Campo et al., 2009). Este enfoque de enseñanza no necesariamente excluye otros métodos y puede utilizar estrategias activo-participativas a modo complementario.

Aprendizaje basado en la formación práctica

Esta metodología responde a la perspectiva de aprender haciendo. Este tipo de aprendizaje se imparte en gran parte del mundo. Actualmente, la mayoría de los programas en Latinoamérica y Europa, excluyendo España, siguen la recomendación estándar de mil horas prácticas dadas por la Federación Mundial de Terapia Ocupacional (The TUNING Occupational Therapy Project Group, 2007; World Federation of Occupational Therapy, 2016), distribuida en cada uno de los años de programa.

El contenido de estas prácticas debe estar organizado de tal forma que se establezca la progresión desde la observación clínica a través de la reflexión hasta la práctica independiente, en conexión con el entrenamiento de las habilidades básicas (CINDA, 2015).

Dada la gran responsabilidad y la cantidad de particularidades a las cuales se verá enfrentado el nuevo profesional al egresar, la formación universitaria tiene dos grandes responsabilidades según el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). Estas responsabilidades recaen en factores que se han estudiado en apartados anteriores y se relacionan con la adquisición de competencias adecuadas que no se reducen a la acumulación de conocimientos, sino que están compuestas de habilidades, procedimientos y actitudes propias de un profesional de la salud; y, además, la formación universitaria debe ser capaz de otorgar una experiencia de calidad.

Para ello, las universidades han tenido que realizar importantes cambios en su formación y organización, los cuales surgido gracias al trabajo colaborativo de docentes, tutores asistenciales y estudiantes.

Aprendizaje en ambientes simulados (simulación clínica)

Esta técnica metodológica es utilizada, generalmente, por las carreras del área de la salud y la terapia ocupacional no queda ausente de esta corriente. Busca producir aspectos de la realidad cotidiana de manera controlada y supervisada, con el fin de poder reproducir en los estudiantes una experiencia lo más parecida posible a una real (Clark et al., 2012; Sánchez, López, López, y Álvarez, 2013).

Es una técnica utilizada para recrear aspectos de la realidad cotidiana, en la cual se simulan diferentes ambientes que permiten y propician el aprendizaje de elementos teóricos en ambientes prácticos, de manera controlada y supervisada. Además, se desarrolla la capacidad de resolver problemas y aprender procedimientos, prácticas y técnicas de interacción social (Clark et al., 2012; Sánchez et al., 2013).

Del mismo modo, este aprendizaje es empleado para proporcionar diferentes situaciones de riesgo que permitan desarrollar la capacidad de resolver problemas, comprender procedimientos, desarrollar competencias y practicar técnicas de interacción social. Además, cumple con acelerar el proceso de aprendizaje al brindar elementos de autoaprendizaje y mejorar la calidad de atención. Por ello, es importante tener en conocimiento los elementos que permiten un rendimiento oportuno en el desarrollo del proceso de la técnica del aprendizaje, tales como: observación del contexto o situación real,

representación física o simbólica del contexto, acción sobre la representación y consecuencias e implicancias de la acción sobre el aprendizaje de los estudiantes (Sánchez et al., 2013, p. 53).

Aprendizaje y Servicio (A+S):

Esta metodología es definida como,

Experiencias de aprendizaje en contexto real, realizadas mediante servicios de calidad y espacios de reflexión crítica a lo largo del currículum, en respuesta a necesidades genuinas de la comunidad, a partir de la aplicación y desarrollo de conocimientos, habilidades y valores, para la formación de profesionales socialmente comprometido (Centro de Desarrollo Docente, 2018, p. 1).

Un elemento central de esta metodología es que responde simultáneamente a tres dimensiones: (a) Académica, en la cual los estudiantes realizan un contacto directo con la realidad social, lo que favorece aprendizaje significativos; (b) Servicio, que debe ser de calidad, contribuyendo a la resolución de dificultades sentidas por la comunidad, y (c) Valores y actitudes, que desarrollan los estudiantes dentro de un espacio de formación (Centro de Desarrollo Docente, 2018) que se puede apreciar en la Figura 19.

Figura 19

Ejes de la Metodología A+S



Nota. Figura sobre los ejes de la metodología A+S según la Pontificia Universidad Católica.

Metodología de proyectos

La finalidad última de esta metodología, es la elaboración y realización de un proyecto para la resolución de un problema, aplicando las competencias (saberes, procedimientos y actitudes) previamente adquiridos, y se espera que logre resolver el problema a través de un servicio, o un producto, actividades entre otros (Universidad de Talca, 2018).

Dentro de las diversas aproximaciones a la metodología del aprendizaje a las cuales tenemos acceso, se presentan varios elementos. Para efectos de esta tesis, se puede decir que el aprendizaje adopta bases teóricas tanto del aprender haciendo, como del aprendizaje-experiencia y el aprendizaje significativo, a modo de componentes claves de su estructura teórica (Tapia, 2017). En este universo, el aprendizaje-servicio se posiciona como una práctica educativa que busca el equilibrio entre el servicio, las necesidades sentidas de las comunidades y el aprendizaje de los estudiantes (Jouannet, Salas, y Contreras, 2013).

Sin embargo, aunque se reconozca teóricamente la importancia del equilibrio descrito anteriormente, en un estudio de Flores et al. (2010), se pone en tela de juicio cuáles son las estrategias más utilizadas por los docentes hoy en día. El estudio, realizado en la Universidad de Salamanca en España, se planteó evaluar las estrategias docentes utilizadas por los profesores de Terapia Ocupacional. Este estudio les pregunta a los estudiantes, mediante una encuesta online, sobre sus percepciones acerca del uso de metodologías docentes por parte del profesorado. Los resultados de este estudio evidencian que aquellas estrategias más utilizadas por los docentes son precisamente las señaladas como de menor utilidad por parte de los estudiantes (Flores, Jenaro, Caballo, y Ortiz, 2010).

En otro estudio sobre la perspectiva de su propia formación universitaria, realizado en Chile con estudiantes de Terapia Ocupacional, Farías y López (2018) señalan que los estudiantes destacan una necesidad por revisar las metodologías para fomentar aún más la autonomía y la proactividad de los alumnos; al igual que su participación en el aula, a través de clases más interactivas y prácticas. Algunos ejemplos nombrados como favorables para el aprendizaje son: debates, visitas a lugares de práctica, charlas profesionales, preparación de seminarios por parte de los alumnos, videos y aprendizajes basado en problemas o casos prácticos. Además, una de las herramientas que los estudiantes valoran como un apoyo para su autonomía es la existencia de una bibliografía adicional a los contenidos entregados en clases, a modo de *tips* de los mismos docentes sobre libros, artículos y/o videos complementarios. En este estudio, los alumnos reafirman lo significativo que es poner en práctica lo aprendido y enfatizan que las

metodologías docentes debiesen ser utilizadas como puente entre los contenidos entregados en clase y la práctica de estos, aludiendo a las metodologías docentes como verdaderas “herramientas de preparación al mundo laboral o futuras intervenciones” (Farías y López, 2018).

2.4. Procesos de Evaluación

En la actualidad, el ámbito laboral exige profesionales cada vez más competentes. Esto implica que los profesionales egresados de las instituciones educativas posean nuevos conocimientos y adquieran nuevas habilidades que les permitan dar respuesta a las diversas situaciones que enfrenten en todas las áreas de su desempeño profesional (Torres y Ruiz, 2009). Dado lo anterior es que, hoy en día, las Instituciones de Enseñanza Superior dan mayor énfasis a la educación por competencias. En este tipo de educación es central que el estudiante adquiera no solo conocimientos específicos del tipo cognitivo sino que, además, desarrolle habilidades y actitudes a través de los retos y/o ejercicios prácticos a los que sea sometido a lo largo de su formación educativa (Chaparro, y García, 2017).

A partir de la literatura revisada, es posible sostener que la evaluación se constituye como un proceso fundamental en la etapa de formación de los estudiantes sobre el enfoque de enseñanza por competencias. Desde este punto de vista, la evaluación es un elemento clave ya que su principal función es regular el aprendizaje de los estudiantes de modo que sea capaz de identificar sus propias fortalezas y debilidades, además de reconocer sus errores, y tener la posibilidad de corregirlos. Por tanto, la evaluación garantiza la calidad de la formación de los estudiantes (Guerrero et al., 2017)

En esta misma línea, se puede agregar que la evaluación no debe ser considerada como un fin en sí misma, sino que debe entenderse como “un medio que contribuye al mejoramiento de la calidad del aprendizaje de los educandos” (Perea y Salas Mainegra, 2017, p. 211). Esto tiene sentido cuando los resultados son un instrumento que permite mejorar la calidad de la enseñanza y del aprendizaje (Galiano y Perza, 2017). Es por esto por lo que es necesario que las instituciones educativas se replanteen el lugar que tiene la evaluación en el proceso de enseñanza de los estudiantes, de modo que tanto el diseño curricular como la planificación e implementación del proceso formativo gire en torno a ella.

Para destacar la importancia de la evaluación, Torres y Ruiz (2009) sostienen que es necesario superar la concepción tradicional de la evaluación, la cual se centra en realizar evaluaciones sumativas que solo requieren de una memorización repetitiva y mecánica de la información. Según estos autores, esta concepción no permite evaluar adecuadamente los conocimientos y habilidades vinculadas al ámbito cualitativo. Por tanto, se afirma la necesidad de visualizar la evaluación como un proceso holístico en la que se integre lo cuantitativo y lo cualitativo.

Con respecto a la definición del proceso evaluativo, la literatura revisada lo define como un proceso sistemático e intencional que permite recoger información para analizarla, interpretarla y valorarla con

base en unos criterios establecidos en relación con lo evaluado (Guerrero et al., 2017, p. 217). Salas Perea y Salas Mainegra (2017) agregan que la evaluación es un proceso continuo que se tiene que llevar a cabo a lo largo del proceso formativo, por tanto:

...la evaluación se convierte en un componente que debe atravesar la educación primaria, secundaria, universitaria, y seguir a lo largo de la vida de forma continua y autónoma, autodirigida y automotivada por el estudiante dentro de una cultura de evaluación (Guerrero et al., 2017, p. 220).

Complementando lo anteriormente señalado, Carreras (2009) sostiene que durante los últimos años, los procesos evaluativos han sufrido tres grandes cambios que han afectado a la naturaleza misma de la evaluación. Esto son los siguientes:

- Cambio de enfoque del proceso enseñanza-aprendizaje: se le da mayor importancia no a la enseñanza sino al aprendizaje sustentado en objetivos establecidos.
- Cambios en el contenido objeto de evaluación: ya no se evalúan los conocimientos sobre un área en particular que posea un estudiante, sino que lo importante es la capacidad que tiene de aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes de manera efectiva en tareas o situaciones específicas.
- Cambios en la lógica de la evaluación: los procesos de evaluación dejan de ser considerados como mecanismos de control del proceso de aprendizaje y son concebidos como una herramienta para gestionar y garantizar el mismo proceso de aprendizaje.

Sin embargo –y, a pesar de todo lo señalado en párrafos anteriores referente a la creciente importancia que los estudios e investigaciones le asignan a la evaluación como elemento central del proceso formativo de los estudiantes– Salas Perea y Salas Mainegra (2017) afirman que en el ámbito de la salud, en Latinoamérica predomina aún una concepción tradicionalista de la evaluación, la cual se centra en la medición y en la elaboración de instrumentos válidos y confiables. De este modo se deja de lado el realizar juicios valorativos de tipo cualitativo de los resultados obtenidos.

Funciones de la evaluación

Salas Perea y Salas Mainegra (2017) definen las principales funciones de la evaluación en el aprendizaje, estas son:

- **Retroalimentación:** evaluar el estado de aprendizaje de los estudiantes en relación con los objetivos establecidos. Esta información le permite tanto al profesor como al estudiante realizar correcciones al proceso de aprendizaje y de autoaprendizaje por parte del estudiante.
- **Instructiva:** promover el estudio constante de los estudiantes de manera que le sea posible consolidar su nivel de aprendizaje.
- **Comprobación y control:** la evaluación entrega información sobre el grado en que se cumplen los objetivos de la enseñanza, como así también da cuenta de la efectividad y calidad de las estrategias educativas.
- **Educativa:** contribuye a incrementar la responsabilidad del estudiante por su aprendizaje y fomenta el trabajo independiente.

Principios de la evaluación en educación

Para que el estudiante aprenda, la evaluación se constituye como una de las principales fuerzas motivadoras, para esto es necesario tener en cuenta algunos principios (Universidad Nacional Autónoma de México, 2012):

- Debe especificar de manera clara qué se va a evaluar.
- Al escoger un proceso y/o instrumento de evaluación, se deben tener en cuenta las características de lo que se quiere evaluar.
- El proceso evaluativo requiere de variados procedimientos, no solo un instrumento, sino que varios en distintos momentos del proceso de aprendizaje del estudiante.
- Cada instrumento de evaluación tiene sus propias limitaciones, por tanto, se debe tener conocimiento de esto antes de aplicarlos
- La evaluación no es un fin en sí mismo, sino que es un medio.

Dimensiones de la evaluación

Según Guerrero et al., (2017), en la evaluación se deben tener en cuenta las dimensiones que la integran, estas son: la dimensión ética y la metodológica. En la dimensión ética se debe reflexionar y tener claridad sobre qué, para qué y por qué evaluar; por otro lado, la dimensión metodológica requiere que se tengan en cuenta los procedimientos y los instrumentos que se utilizarán para la evaluación.

A lo anterior, Torres y Ruiz (2009) agregan que en la evaluación, primero, es esencial tener claro el sentido ético de la evaluación; esto es, definir el propósito de la evaluación y qué aspectos se va a

evaluar. Una vez precisado lo anterior se puede considerar el cómo evaluar; es decir, qué instrumentos y/o técnicas son las más adecuadas en función del propósito de la evaluación.

Además, Carreras (2009) sostiene que todo proceso de evaluación requiere que se especifiquen los criterios valorativos que permitirán emitir juicios sobre los resultados obtenidos. Para emitir juicios valorativos, con mayor precisión, es necesario especificar y/o definir de manera adecuada, tanto las dimensiones de lo que se quiere evaluar como los indicadores de medición que estarán asociados a un determinado objetivo.

Posteriormente, al tener claridad con respecto a los criterios que se utilizarán para evaluar, es posible analizar la información de evaluación obtenida sobre la base de lo esperado y así, determinar si un estudiante ha alcanzado las competencias que la actividad realizada requería. Si el estudiante no ha logrado el objetivo del aprendizaje con los resultados que obtuvo, se podrá tomar medidas orientadas a identificar sus debilidades a fin de mejorarlas.

En la evaluación hay que tener en cuenta que este es un proceso comparativo entre lo que se evalúa y lo que se espera. Ante esto, Torres y Ruiz (2009) afirman que para lograr esto, es importante que, al momento de evaluar las competencias de los estudiantes, el docente cumpla con cuatro criterios fundamentales, los cuales son:

- Reconocimiento integral de la situación de evaluación: esto implica que el docente tenga conocimiento y claridad sobre las competencias a evaluar, como así también de los indicadores asociados a ellas.
- Determinación de los propósitos: el docente tiene que precisar el propósito de la evaluación, estos pueden ser, diagnóstico, formación o calificación.
- Establecer el referente evaluativo: aquí el evaluador debe establecer los referentes evaluativos, esto le permitirá juzgar si el estudiante alcanza el nivel o logro esperado.
- Selección y aplicación de los procedimientos e instrumentos: estos responden al propósito de la evaluación previamente definido.

Lo señalado deja entrever la importancia que tiene el docente en la evaluación. Quesada, Rodríguez, y Ibarra (2013) identifica cuatro funciones que este debe llevar a cabo en el proceso de evaluación:

1. **Diseño y planificación de la evaluación:** la actividad evaluadora tiene que estar en el centro de los programas educacionales. Desde esta perspectiva, la actividad de los profesores y/o docentes deben tener como punto de partida la evaluación. Esto requiere que se especifique cuáles son los

resultados de aprendizajes esperados y como se procederá a realizar la evaluación. Una vez clarificado lo anterior, se planifica y organizan las otras actividades. Por tanto, parte central de toda evaluación es su alineación con los objetivos de los programas educativos.

2. **Seguimiento de los estudiantes:** esta función tiene como finalidad entregar, mediante retroalimentaciones, información a los estudiantes para mejorar su proceso de aprendizaje.
3. **Participación de los estudiantes en la evaluación:** esta función supone la integración de los estudiantes a los procesos evaluativos. Esto se lo logra mediante estrategias de autoevaluación y coevaluación. Estas estrategias favorecen la autonomía y la reflexión crítica de los estudiantes sobre su desempeño.
4. **Seguimiento, mejora y adaptación de la evaluación:** esto se refiere a la mejora constante de los procesos evaluativos a partir del análisis crítico de la información obtenida. Esto requiere que se realice un seguimiento a todas las actividades de evaluación para mejorarlas y/o adaptarlas favoreciendo la innovación en la formación de los estudiantes.

Competencias para evaluar

Torres y Ruiz (2009) sostienen que las competencias a evaluar en el ámbito comunitario deben estar centradas en el *saber ser* (actitudinal), *saber conocer* (conceptual) y *saber hacer* (procedimental). A partir de lo anterior, los mismos autores proponen seis competencias que debe considerar toda evaluación, estas son: 1) la empatía, 2) el cultivo de vínculos positivos, 3) las habilidades de indagación, 4) las habilidades de razonamiento, 5) el servicio desinteresado o altruista y por último 6) la capacidad de trabajo en equipo.

Por otro lado, Chaparro (2013), al realizar un estudio para identificar las competencias que conforman el quehacer del profesional del área de la Terapia Ocupacional evidencia que, en las diversas áreas de desempeño las competencias a integrar, potenciar y evaluar son: Evaluación; Planificación, Intervención, Solución de problemas y Profesionalismo administrativo.

La evaluación hace referencia al proceso de obtención de datos e información necesaria para realizar una intervención adecuada. Por su parte, la planificación implica la descripción detallada y realista de las actividades que se han de llevar a cabo para el cumplimiento de las metas. La intervención considera la vinculación de la acción con el desempeño de las actividades. La solución de problemas requiere la

aplicación de los conocimientos, habilidades y actitudes del profesional a una situación real con la finalidad de dar solución al problema identificado. Y, por último, el profesionalismo administrativo es la capacidad de los profesionales para interactuar y vincularse con el entorno social en el que se encuentra inserto (Chaparro, 2013).

Tipos de evaluación

La variedad de instrumentos para evaluar las competencias es amplia. Todas tienen sus propias ventajas y desventajas, por lo que la utilidad y eficacia de cada una de ellas va a depender del contexto en el que se lleve a cabo el proceso evaluativo (UNAM, 2012). Por otro lado, algunos autores sostienen que la elección de un tipo de estrategia de evaluación estará en correspondencia con las características de lo que se quiere evaluar.

Guerrero (2017) distingue tres tipos de evaluación: la autoevaluación, la coevaluación y la hetero evaluación. En la autoevaluación el estudiante valora el desarrollo de sus competencias y tiene dos componentes: autoconocimiento y autorregulación. La coevaluación se refiere a la evaluación que realizan los estudiantes entre sí con el propósito de que el estudiante reciba retroalimentación de sus pares. Por su parte, la hetero evaluación es la evaluación que realiza el docente a los logros del estudiante.

Torres y Ruiz (2009) señalan que, en el trabajo comunitario que los estudiantes llevan a cabo, es importante incorporar la autoevaluación que induzca al mismo estudiante a un proceso de autorreflexión sobre sus capacidades y limitaciones en el desempeño de situaciones prácticas. De esta forma se promueve el auto mejoramiento continuo. Por otro lado, la coevaluación, no solo entre pares, sino que de la comunidad en la que el estudiante se inserte, es un buen instrumento de evaluación, ya que aporta una visión externa sobre el desempeño del evaluado.

Por su parte Pinilla (2013) agrega que en la enseñanza por competencias la evaluación tiene que estar centrada en el desempeño de los estudiantes en situaciones de la vida real. Por tanto, en la evaluación se tiene que privilegiar la utilización de medios directos; esto es: diseño y ejecución de proyectos, planteamiento y soluciones de problemas reales, trabajo en equipo, entre otros, puesto que de esta forma se evidencia de mejor manera el desempeño de un estudiante.

Galiano y Perza (2017) señalan que, para asegurar el logro de las competencias, las evaluaciones abarque no solo la medición de conocimiento, sino que también abarque las habilidades, actitudes y valores obtenidos. Para esto, proponen la utilización de rúbricas como un instrumento que permite realizar

una evaluación auténtica, puesto que entrega información sobre lo que los estudiantes son capaces de hacer, de ser y de estar.

La rúbrica es un tipo de matriz concebida como un sistema de medida que asegura el logro de las competencias, todo esto mediante una evaluación integral que considera los conocimientos, habilidades y actitudes que el estudiante posee. Es un instrumento abierto, dinámico y reformulable, el cual ayuda a fomentar el trabajo autónomo del estudiante (Galiano y Perza, 2017).

Para el diseño de una rúbrica de evaluación es necesario realizar un trabajo previo, esto es: 1) determinar el conocimiento, técnica o actividad objeto de estudio, 2) definir los resultados de aprendizaje esperado, 3) determinar las competencias a evaluar, 4) establecer los criterios de evaluación y por último 5) puntuar el nivel de desempeño del estudiante.

Teniendo en cuenta el propósito de la evaluación se distinguen tres tipos de evaluaciones, estas son: diagnóstica, formativa y sumativa (UNAM, 2012). La evaluación diagnóstica se realiza al inicio de cada ciclo de aprendizaje y tiene el objetivo de conocer si el evaluado tiene los conocimientos, competencias, habilidades y actitudes necesarias para llevar a cabo una actividad.

Además, sirve para identificar debilidades para posteriormente fortalecerlas. La evaluación formativa tiene el propósito de monitorear los objetivos del curso y el aprendizaje de los estudiantes mediante una evaluación permanente y progresiva. Este tipo de evaluación entrega información útil para conocer el avance del grupo y para realizar ajustes del curso, a fin de mejorar el proceso de aprendizaje de los estudiantes mediante la retroalimentación. Por último, la evaluación sumativa valora los conocimientos, habilidades y actitudes de los estudiantes al finalizar el ciclo educativo y, además, cumple con el propósito de certificar si el estudiante está capacitado para realizar el siguiente ciclo de formación.

Selección de instrumentos de evaluación

Con respecto a la selección de los instrumentos de evaluación, hay que tener en cuenta que no se puede hablar de instrumentos o procedimientos correctos o incorrectos, puesto que cada forma de evaluar entrega información sobre un determinado aspecto del proceso de aprendizaje de los estudiantes. Es por esto que, para escoger un tipo de evaluación hay que considerar la finalidad de la evaluación, el tipo de aprendizaje que se quiere evaluar y las cualidades de los propios instrumentos (Carreras, 2009).

Referente a las cualidades de los instrumentos de medición hay que tener en cuenta los criterios de validez y confiabilidad de los instrumentos de evaluación. La validez es cuando un instrumento mide aquello que se propone medir; por su parte, la confiabilidad se refiere a la consistencia y a la

reproductibilidad de los resultados en condiciones diferentes. Como complemento a lo anterior están los criterios de viabilidad y el impacto sobre el estudiante y sobre el proceso formativo (Carreras, 2009).

Lo anterior es reafirmado por la UNAM (2012), en donde se sostiene que tanto la validez como la confiabilidad son conceptos que tienen gran importancia en los procesos evaluativos, ya que ambos criterios le dan el sustento científico a la evaluación. Por tanto, es fundamental determinar el grado de validez y confiabilidad para garantizar la calidad de la evaluación y el logro de los aprendizajes de los estudiantes.

Carrera (2009) sostiene que en la educación por competencias, los conocimientos, habilidades y actitudes solo pueden evaluarse en la acción puesto que es ahí donde se demuestra la adquisición y la integración de las competencias por parte del estudiante. Sin embargo, para el desarrollo de una competencia es necesario tener una serie de conocimientos que se van adquiriendo en distintos momentos del proceso de aprendizaje. Debido a esto es que, las estrategias de evaluación serán distintas dependiendo del momento en el que se encuentre el estudiante, de ahí que el tipo de instrumento que se utilizará dependerá de la naturaleza del resultado de aprendizaje que se quiere capturar.

La pirámide de Miller (1990, citado por Carreras, 2009, pág. 20) divide el proceso de aprendizaje de un estudiante en cuatro etapas las cuales son: 1) saber, 2) saber explicar, 3) saber demostrar y, por último, 4) actuar. A partir de esta distinción es posible clasificar las evaluaciones en dos grandes grupos:

- a) **Evaluaciones tradicionales:** agrupa a las pruebas de “lápiz y papel” y se centra en evaluar conocimientos.
- b) **Evaluaciones de ejecuciones:** en este grupo las evaluaciones son mucho más variadas y permiten abarcar un rango más amplio de competencias tanto específicas como transversales.

Cabe destacar que los tipos de evaluaciones de cada uno de los grupos antes descritos son complementarios, puesto que, en conjunto, ambas enriquecen el aprendizaje y el proceso evaluativo de los estudiantes dada las ventajas que tiene cada instrumento de evaluación.

A partir de lo anterior, Carreras (2009) identifica las principales evaluaciones que están presente en el ámbito universitario dependiendo del objetivo de la evaluación:

- **Test objetivos:** pruebas en las que se solicita seleccionar la respuesta correcta de un conjunto de posibles respuestas. Son útiles para reforzar el pensamiento selectivo que los procesos mentales.
- **Preguntas cortas:** prueba compuesta por preguntas cortas en las que el estudiante elabora y estructura su respuesta con libertad. Evalúa tanto las habilidades cognitivas como el uso del

vocabulario y el razonamiento conceptual de un área en particular. Permite mostrar el aprendizaje profundo de los estudiantes.

- **Pruebas científico-matemáticas:** pruebas que mezclan el formato libre y el formato objetivo. En este tipo de evaluaciones se le exige al estudiante que construya una respuesta, pero permite una corrección objetiva. Permite la evaluación de la comprensión y la aplicación de conocimientos.
- **Pruebas orales:** uno o dos examinadores que realizan preguntas a los estudiantes con la finalidad de evaluar la comprensión y la habilidad de aplicar lo aprendido. Se valora la capacidad de comunicación y las habilidades interactivas de los estudiantes
- **Ejecuciones:** son evaluaciones específicas para la enseñanza. Este tipo de evaluaciones entrega información más directa sobre el aprendizaje que los *test* tipo prueba. Son ideales para evaluar competencias disciplinarias o técnicas de un área de conocimiento en particular en actividades como desarrollo de proyectos de investigación, pósteres, estudio de caso y longitudinales, entre otros. Favorecen la transferencia de los conocimientos académicos y favorecen las habilidades cognitivas de alto orden en los estudiantes.
- **Prácticas estructuradas:** son exámenes prácticos estructurados de manera objetiva y permiten evaluar habilidades y/o competencias específicas o técnicas del estudiante de manera objetiva.
- **Evaluación laboratorio:** se lleva a cabo en un entorno realista y requiere la realización de una tarea real, de modo que se puede evaluar tanto el proceso como el producto.
- **Dossier de aprendizaje:** son una colección selectiva y deliberada de trabajos realizados por el estudiante. En este tipo de evaluación se refleja el progreso y los aprendizajes de los estudiantes en un periodo largo de tiempo; por tanto, tiene la finalidad de hacer un balance del progreso y del desarrollo de los aprendizajes de cada uno de ellos.

En la enseñanza por competencias, la evaluación tiene que ser continua, de modo que se supervise el avance de los estudiantes a la luz de los resultados que estos obtienen mediante la aplicación de diversos instrumentos de evaluación. Además de incorporar, tanto la evaluación formativa como la sumativa, es pertinente incorporar evaluaciones externas realizadas por actores que no estén fuera del ámbito educativo pero que supervisen el desempeño de los estudiantes en situaciones reales.

Centrado en el área de trabajo social, Martínez, Pastor, y Torralba (2016) señalan que una de las estrategias de evaluación que permite la evaluación de las competencias de manera integral es el diseño, elaboración y ejecución de proyectos de investigación e intervención en el ámbito comunitario. Mediante

este tipo de evaluación es posible incorporar una amplia gama de competencias tanto específicas, asociadas a un área en particular, como transversales y/o genéricas. En términos generales se evalúa si el estudiante es capaz de identificar, justificar y contextualizar un problema u objeto de investigación con claridad y luego elaborar un plan de trabajo e instrumentos pertinentes para la recolección de información. Además, debe evaluar si es capaz de interactuar con el entorno, sintetizar y analizar de manera adecuada la información obtenida, diseñar y ejecutar estrategias de intervención, entre otras.

Al llevar estas nociones de evaluación a la educación en salud, es necesario recordar que el desarrollo de los programas formativos, basados en resultados, implican obligatoriamente el proceso de evaluación. Esto es porque los resultados de las evaluaciones son precisamente las competencias. Es decir, las competencias comprobadas son aquellas que son evaluadas. Es por ello por lo que la evaluación es una parte tan integral del proceso formativo de los profesionales en el área de la salud y deben ser considerada desde el inicio de la formación.

M. Nolla Domenjó y J. L. Palés Argullós (2015) se apoyan en los fundamentos anteriores para hacer hincapié en la importancia de un cambio de paradigma en el modelo de aprendizaje – enseñanza. Si lo que se busca en la actualidad es la posibilidad de aprender haciendo, la única manera de demostrar su éxito es modificando también el sistema de evaluación. Con esto en mente, los autores proponen que,

Evaluar consiste fundamentalmente en recoger información, comparada con determinados estándares y emitir un juicio de valor para tomar una decisión. La finalidad es comprobar que se han alcanzado los resultados de aprendizaje previamente definidos y establecer procedimientos correctores si es necesario. La evaluación es fundamental en el proceso de planificación educativa (p. 505).

Más aún, Nolla-Domenjó y Argullós (2015) postulan que la evaluación dirige el aprendizaje, ya que determina el resultado que se busca obtener, por lo cual debe condicionar el contenido, su estructura o formato, y la frecuencia en la cual estos contenidos se evalúan, entre otros elementos.

Este acercamiento a la evaluación no está libre de retos. Actualmente, en la educación médica, se recomienda evaluar conocimientos en entornos simulados; sin embargo, ¿cómo evaluar conceptos complejos que no son medibles a través de valores claros? En este punto, los autores rescatan los modelos de teóricos como Kirkpatrick (2000) y Miller (1990) para definir el objeto de estudio, aunque reconocen

que hay vacíos aún que deben llenarse con un conjunto de diversas técnicas de acuerdo con programa en cuestión. El principal problema al momento de evaluar tiene que ver, no con el objeto de estudio, sino con la práctica misma del profesional en un entorno real.

Para ello, Nolla Domenjó y Paldés Argullós (2015) se apoyan en los estudios de Brailovski (citado en Sánchez, 2016), quien plantea que “la capacidad reflexiva y el razonamiento en la resolución de problemas clínicos representan el núcleo fundamental de la competencia clínica” (p. 509). En este sentido, los instrumentos de medición deben tomar en cuenta estos dos factores y alejarse de otros instrumentos más tradicionales y directos. Esta sería una forma de evaluar conceptos tales como el trabajo en equipo, profesionalismo o comunicación, que son indispensables en un profesional de la salud.

Nolla Domenjó y Paldés Argullós (2015) concluyen que, al momento de evaluar tales habilidades, es necesario escapar de los modelos tradiciones de medición y privilegiar métodos que consideren el juicio subjetivo de expertos. Sobre ello, enfatizan que, “el juicio subjetivo por parte de expertos un valor al alza y que, aunque es bueno perseguir la objetividad en la evaluación, no que hay obsesionarse con ella, ya que objetividad no es sinónimo de fiabilidad” (p. 509).



SEGUNDA PARTE:

Marco Metodológico



Escuela Internacional de Doctorado / Doctorado en Educación / Universidad de Almería

Capítulo III:
Metodología



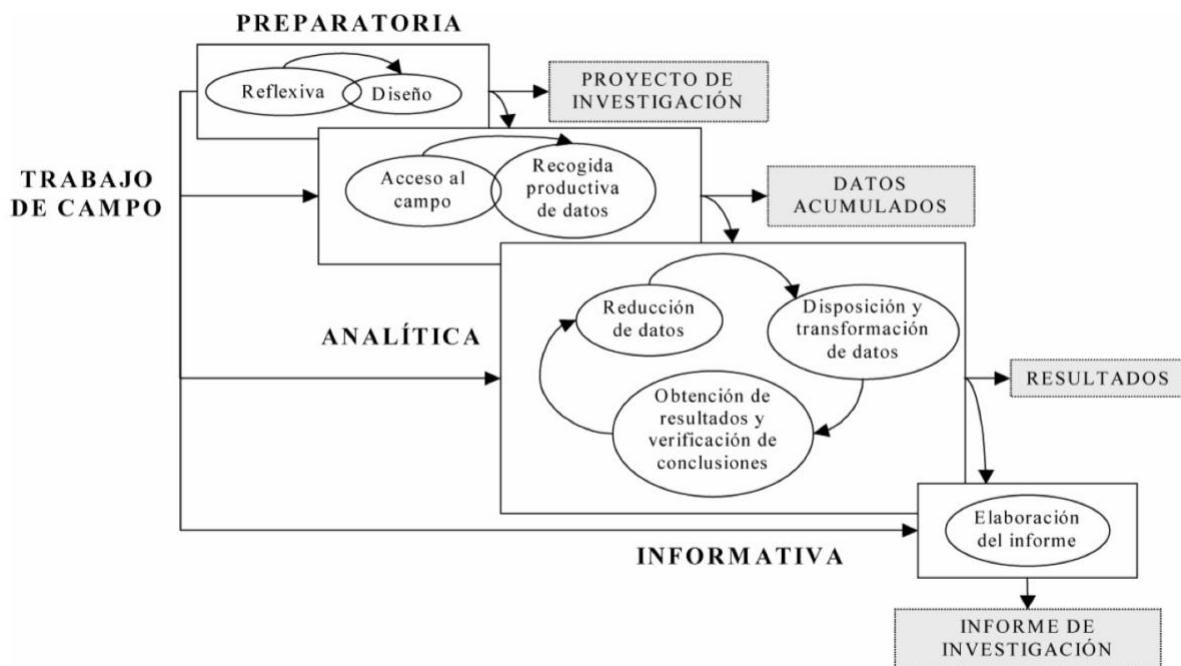
Escuela Internacional de Doctorado / Doctorado en Educación / Universidad de Almería

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

El marco metodológico inicia con el planteamiento de la pregunta de investigación. Desde ahí, se desprenden los objetivos y diseño, los cuales son entendidos según lo que plantean Hammersley y Atkinson (1995, citado en Flick, 2007) como un proceso reflexivo que opera a lo largo de cada fase del proyecto.

Para este proyecto, se toman como referencia las fases y etapas planteadas por Caro y Díez (2005), quienes señalan que existen cuatro fases fundamentales en cualquier investigación de carácter cualitativo: (a) la preparatoria, (b) el trabajo de campo, (c) la analítica y (d) la informativa. En la figura descrita por Rodríguez, Gil y García (1996), se observa que cada una de estas fases se desagrega en otras. Aunque la representación se expresa de forma lineal, la implementación de la investigación cualitativa dista de ser lineal y se manifiesta de forma multidireccional, en la cual las fases interactúan entre ellas e incluso se solapan al mismo tiempo, como se muestra a continuación.

Figura 20
Fases y etapas de la investigación cualitativa



Nota. Figura sobre las fases y etapas de la investigación cualitativa multidireccional adaptado de los estudios de Rodríguez et al., 1996, p. 64.

3.1.- Objetivos de investigación

Objetivos de investigación

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las prácticas docentes que guían la formación de los estudiantes universitarios de terapia ocupacional en el ámbito comunitario en Chile?

Desde lo anterior se recogen los siguientes objetivos de investigación:

Objetivo General

- Analizar las prácticas docentes que guían la formación de estudiantes universitarios de terapia ocupacional en el ámbito comunitario en Chile.

Objetivos Específicos

- Identificar los vínculos de lo comunitario con los currículos universitarios de Terapia Ocupacional en Chile.
- Caracterizar los contenidos que se desarrollan en la formación de estudiantes universitarios de terapia ocupacional en el ámbito comunitario en Chile.
- Describir las metodologías de enseñanza-aprendizaje en el ámbito de la Terapia Ocupacional Comunitaria en la formación de estudiantes universitarios en Chile.
- Identificar los tipos de procesos evaluativos que se están llevando a cabo con estudiantes universitarios en el ámbito de la Terapia Ocupacional Comunitaria.
- Proponer elementos que mejoren las prácticas docentes en el área de la Terapia Ocupacional Comunitaria en Chile.

3.2- Enfoque metodológico

Este estudio se basa en la teoría fenomenológica, con un enfoque metodológico descriptivo y cualitativo. Se entiende por estudio con alcance descriptivo una investigación que “busca especificar propiedades, características y rasgos importantes del fenómeno que se analice” (Hernández, Fernández, y Baptista, 2010, p. 80). Su valor radica en mostrar con precisión las dimensiones del fenómeno de las prácticas docentes en terapia ocupacional comunitaria a través de interrogantes como ¿cuáles son estas prácticas docentes?; ¿cuáles son sus principales características?, entre otras.

A su vez, la investigación cualitativa pretende acercarse al mundo de los fenómenos sociales, entender, describir y algunas veces explicarlos, desde el interior. Según Gibbs (2012), cuenta con diversos recursos como el análisis de experiencias individuales desde los docentes y directores de escuela, realizando el análisis del contenido de su discurso y de los documentos existentes ligados a la temática. Lo cualitativo busca desgranar cómo las personas construyen el mundo a su alrededor, lo que hacen o lo que les sucede en términos que sean significativos y que ofrezcan una comprensión llena de riqueza (Gibbs, 2012). La investigación cualitativa instala un fuerte énfasis en la exploración de la naturaleza de un fenómeno particular, indagando en su narrativa y los significados que definen estas prácticas docentes, desagregadas en sus contenidos, metodologías de enseñanza-aprendizaje y métodos de evaluación para, finalmente, proponer mejoras para su implementación. A continuación, se indagará en la descripción teórica de los aspectos metodológicos para luego especificar los parámetros con los cuales se trabajará en esta investigación.

3.3.- Contexto de investigación

El contexto de la investigación se puede entender como la serie de propiedades que forman parte de un fenómeno de investigación, así como las condiciones particulares bajo las cuales las estrategias de acción e interacción se toman para dirigir, manejar, llevar a cabo y responder a un fenómeno específico (Strauss y Corbin, 2002).

Es fundamental situar la investigación cualitativa dentro de un contexto, debido a que delimita las condiciones y características de donde ocurre el fenómeno que se estudia, para dar cuenta de realidades humanas singulares, lo anterior nutre los procesos de recolección de datos y el posterior análisis, ya que éstos se consideran de una manera dinámica y abierta (Sandoval Casilimas, 1996).

El presente estudio se sitúa territorialmente en Chile, Latinoamérica, en donde la terapia ocupacional es una disciplina relativamente nueva, oficialmente creada como carrera en el año 1963, y, durante casi tres décadas, estuvo instaurada únicamente en la Universidad de Chile. En la actualidad, existen 25 universidades que imparten la carrera, dentro de las cuales los perfiles de las prácticas docentes son variados. En esta disciplina, el área comunitaria es un ámbito emergente, lo que no permite estandarizar los saberes ni las significancias asociadas a la terapia ocupacional comunitaria que se están enseñando actualmente. La presente investigación se detalla a continuación.

Figura 21
Cronograma de la investigación



Nota. La investigación se realiza en los periodos del 2017-2021, en la cual los dos primeros años (2017-2018) se elabora el proyecto de investigación tanto a nivel del marco teórico, como del metodológico, sustentando la investigación en teorías y bases empíricas, así como la creación de la pregunta y objetivos de investigación, el 2019 se recolectan los datos, lo que operativamente fue complejo debido a una serie de movimientos sociales en el país que mantenían las ciudades y carreteras paralizadas por la cantidad de protestas, en el año 2020 se realiza el análisis de los datos y finalmente el 2021 el término del informe, que se fue llevando de manera paralela a los hitos descritos previamente.

La educación al no ser un fenómeno estático, sino que líquida, la investigación se va vinculando con aspectos de transformación en la disciplina de la docencia en terapia ocupacional comunitaria. Esto se debe al aumento en la cantidad de programas que implementan la carrera de terapia ocupacional, así como al cierre de algunos programas, la alta rotación de los docentes (especialmente en condición de *part-time*), sumado al aumento exponencial de egresados que van contribuyendo al desarrollo de la disciplina y generando nuevas prácticas y evidencia con relación a lo comunitario.

Sumado a lo anterior, Chile es propiciado por la Agencia Nacional de Acreditación, por lo cual está velando constantemente por la calidad en la educación, lo que ha motivado una serie de rediseños o innovaciones curriculares, ya sea a nivel de modelos educativos, perfiles de egreso, mallas y sus respectivos módulos y asignaturas, de lo cual no queda exenta la terapia ocupacional.

3.4.- Procedimiento

A nivel procedimental, para captar a los posibles participantes, se realizó un primer contacto con la Red de Escuelas de Terapia Ocupacional de Chile (RETOCh), y la investigadora principal asistió a una reunión con ellos, en dicha reunión participan los directores de escuela adheridos a esta red y se reúnen de manera presencial 3 o 4 veces al año, en la cual se explicó el objetivo de la investigación, alcance y aporte a la disciplina, se les entregó además un documento con la información, los directores que aceptaron

a participan fueron contactados posteriormente vía telefónica y ellos remitieron información de los y las docentes asociados a las asignaturas de terapia ocupacional comunitaria.

La investigadora asistió a los espacios laborales de cada uno de ellos, en cuatro regiones del país. A continuación, se muestra la carta presentada a la RETOCh.

Figura 22*Carta utilizada para la difusión de la investigación*

**Tesis Doctoral: Docencia Universitaria en Terapia Ocupacional
Comunitaria: Una mirada desde los formadores**

Autora: Daniela Avello Sáez¹;

Tutores: Dra. María del Mar Fernández y Dr. Antonio Luque

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las prácticas docentes que guían la formación de los estudiantes universitarios de terapia ocupacional en el ámbito comunitario en Chile?

Objetivo General

- Analizar las prácticas docentes que guían la formación de estudiantes universitarios de terapia ocupacional en el ámbito comunitario en Chile

Objetivos Específicos

- Caracterizar los contenidos que se desarrollan en la formación de estudiantes universitarios de terapia ocupacional en el ámbito comunitario en Chile.
- Describir las metodologías de enseñanza-aprendizaje en el ámbito de la Terapia Ocupacional Comunitaria en la formación de estudiantes universitarios en Chile.
- Identificar los tipos de procesos evaluativos que se están llevando a cabo con estudiantes universitarios en el ámbito de la Terapia Ocupacional Comunitaria.
- Proponer elementos que mejoren las prácticas docentes en el área de la Terapia Ocupacional Comunitaria en Chile.

Aspectos Metodológicos: Este estudio presenta un enfoque metodológico descriptivo y cualitativo. La muestra de esta investigación es representativa, además de pluralista, considerando distintas fuentes de información, tanto primarias como secundarias: (a) Perfiles de egreso de TO, (b) Mallas curriculares, (c) Directores y Jefes de Escuelas y Carreras, (d) Docentes vinculados a asignaturas de TO Comunitaria. La producción de los datos se realizará a través de análisis de contenido en su aproximación dirigida en los corpus de textos, entrevistas en profundidad a expertos y notas de campo, desde una mirada global a las prácticas docentes de todas las universidades chilenas (no se busca las particularidades de cada universidad, ni comparar, debido al enfoque de la investigación). Todo el proceso mantendrá un carácter confidencial. Retribución ética: Copia anillada de la tesis y un resumen ejecutivo.

Solicitud: Ser contactados entre julio 2019 y enero 2020 para proceso de consentimiento informado y entrevista, además de facilitar contactos de académicos y acceso a programas de asignaturas vinculadas a TO comunitaria.

¹ Daniela Avello Sáez, Candidata a doctora en educación, Magíster en Psicología Comunitaria, Especialidad en Salud Comunitaria, Terapeuta Ocupacional, Docente Universitaria en Universidad Bernardo O'Higgins, correo electrónico: daniela.avello.saez@gmail.com

Nota. Carta utilizada para la difusión de la investigación de elaboración propia.

3.5.- Población

La población de estudio, desde una perspectiva cualitativa, se visualiza como el conjunto de participantes potenciales de una investigación.

El universo de la población de estudio al 2021, corresponde a 30 instituciones de educación superior con 62 sedes, que cuentan con un programa de terapia ocupacional, esto quiere decir que una misma casa de estudios con similar programa, puede contar con varias sedes (MiFuturo.cl, 2021). Como se podrá observar en la tabla 9, las instituciones con mayor cantidad de sedes es la Universidad Santo Tomás, con 11; luego le sigue la Universidad de las Américas con 6 sedes y Universidad San Sebastián, Autónoma e Instituto Profesional de Chile con 4 respectivamente. Las universidades que cuentan con más de una sede, mantienen el mismo programa y calidad formativa para todas sus sedes (Comisión Nacional de Acreditación, 2015, 2016).

A modo de caracterización indicar que de estas 30 instituciones, 9 universidades son estatales y 20 son privadas; sumado a 1 instituto profesional. De ellas, las entidades estatales junto a 5 casas de estudio privadas, pertenecen al Consejo de Rectores de Chile (CRUCH) un organismo colegiado que vela por la calidad de la educación superior en el país. La Tabla 8 refleja un resumen de estas instituciones.

Tabla 8
Instituciones que imparten Terapia Ocupacional en Chile

Instituciones	Programas	Tipo de Institución
Instituto Profesional de Chile	4	Instituto Privado
Pontificia Universidad Católica de Chile	1	Privada - CRUCH
Universidad Academia de Humanismo Cristiano	1	Privada
Universidad Adventista de Chile	1	Privada
Universidad Andrés Bello	3	Privada
Universidad Austral de Chile	2	Privada - CRUCH
Universidad Autónoma de Chile	4	Privada
Universidad Bernardo O'Higgins	1	Privada
Universidad Católica de Temuco	1	Privada - CRUCH
Universidad Católica del Maule	1	Privada - CRUCH
Universidad Central de Chile	2	Privada
Universidad de Aconcagua	1	Privada
Universidad de Antofagasta	1	Pública - CRUCH
Universidad de Chile	1	Pública - CRUCH
Universidad de La Frontera	1	Pública - CRUCH
Universidad de Las Américas	6	Privada
Universidad de Los Andes	1	Privada - CRUCH
Universidad de Los Lagos	2	Pública - CRUCH
Universidad de Magallanes	1	Pública - CRUCH
Universidad de O'Higgins	1	Pública - CRUCH
Universidad de Playa Ancha de Ciencias de la Educación	1	Pública - CRUCH
Universidad de Santiago de Chile	1	Pública - CRUCH
Universidad de Talca	1	Pública - CRUCH
Universidad de Viña del Mar	1	Privada
Universidad del Desarrollo	1	Privada
Universidad de la República	2	Privada
Universidad Mayor	2	Privada
Universidad San Sebastián	4	Privada
Universidad Santo Tomás	11	Privada
Universidad SEK	2	Privada
Total	62	

Nota. Recuperado de MiFuturo.cl, 2021.

Como antecedente, cabe mencionar que sumado a las 25 universidades, existe un instituto profesional que imparte la carrera con 4 programas en total (MiFuturo.cl, 2021). Estos últimos están excluidos de la investigación, ya que la formación de estos profesionales está orientado a responder al sector productivo de bienes y servicios y no cuentan con un grado académico asociado (Tuning Project, 2007), por lo cual no son parte del interés de esta investigación.

Desde el inicio de la investigación, podemos indicar que han desaparecido dos programas en las Universidades Gabriela Mistral y Universidad Bolivariana, no obstante, se han creado programas en siete nuevas universidades, que corresponden a: Universidad de Talca, Universidad del Desarrollo, Universidad de la República, y Universidad Adventista de Chile, Pontificia Universidad Católica, Universidad Academia de Humanismo Cristiano y Universidad Católica del Maule. Esto refleja los permanentes cambios de la oferta y demanda de la formación en terapia ocupacional.

3.6.- Muestra

La muestra, corresponde a una selección de casos típicos, delimitados mediante criterios relevantes que se limiten al fenómeno de estudio, en este caso una fuente por cada universidad, que representan de manera adecuada el fenómeno (Flick, 2007). Es una muestra representativa, además de pluralista, considerando distintas fuentes de información, tanto primarias (entrevistas a directores de escuela y docentes) como secundarias (documentos como perfiles de egreso, mallas curriculares y programas de asignatura), es importante consignar distintas fuentes de información, ya que, al combinar dos o más fuentes de datos, se logra una triangulación de los datos (Pereyra, 2007).

De acuerdo con los estudios de “la combinación de dos o más teorías, fuentes de datos, métodos de investigación, en el estudio de un fenómeno singular” (Denzin, citado en Kvale, 2011) puede entenderse como la triangulación de datos.

El tipo de muestreo llevado a cabo, en el caso de los documentos, que son los perfiles de egreso y mallas curriculares es de carácter censal, considerando el 100% de la población, en relación con los programas o syllabus, esta se llevó a cabo por accesibilidad, en relación con las instituciones que estuvieron de acuerdo en remitirlos.

Para el cálculo de la muestra que participa en las entrevistas, se utiliza el criterio de saturación del contenido, por lo que las entrevistas son detenidas hasta dicho momento. La saturación de datos ocurre

cuando las categorías o casos adicionales no parecen contener nuevas ideas, ya que las predicciones y expectativas de estos datos categorías se confirman repetidamente. La búsqueda de ejemplos apropiados adicionales parece fútil y la recogida de datos debe detenerse (Gibbs, 2012).

Documentos: Son fuentes de información secundarias que se encuentran la mayoría de ellos disponibles de manera pública por las propias universidades, sumado a otras documentaciones entregados por los participantes.

Perfiles de egreso: Corresponde a un elemento esencial y referencial para la elaboración de planes de estudio. Se expresan de acorde al modelo institucional en el cual esté inserto, ya sea por competencias, resultados de aprendizaje u objetivos, que describen lo que el egresado de dicha carrera será capaz de realizar al término de su trayecto de formación, plasmando en conocimientos, procedimientos y actitudes (Ministerio de Educación, 2016; Secretaría de Educación, 2018). En esta documentación, cabe notar que la población total pesquisada corresponde a 25 perfiles de egreso, de las cuales su totalidad fue considerada en la muestra.

Mallas curriculares: Es un instrumento que contiene la estructura del diseño de una carrera de forma articulada e integrada, permitiendo una visión en conjunto de las asignaturas, además definen la duración de la carrera. En esta documentación, se consideraron 25 mallas curriculares, de las cuales su totalidad fue contemplada en la muestra.

Programas o Syllabus de las asignaturas: Son los documentos formales de las universidades, donde se declaran los aprendizajes enmarcados en una asignatura. Es importante mencionar que la accesibilidad de esta muestra es mayormente limitada, debido a que no todas las universidades pueden o aceptan poner a disposición estos registros para investigación. A continuación, se presenta un resumen de la muestra:

Tabla 9

Resumen de muestra documental

Muestra documental	Población total	Muestra
Perfiles de egreso	25	25
Mallas curriculares	25	25
Programas o Syllabus de asignaturas	28*	20

Nota. * Se consideran los programas de las asignaturas afines a la terapia ocupacional comunitaria, como intervención comunitaria, enfoques comunitarios o símil.

En la Tabla 9, identificamos el resumen del análisis documental, en el cual se consideró la totalidad de los perfiles de egreso y mallas curriculares, sin embargo, no fue posible acceder a todos los programas o syllabus de los módulos, ya que estos son facilitados de manera voluntaria por las instituciones o sus representantes.

Entrevistas

La entrevista cualitativa es una construcción de conocimiento a través de la interacción entre el entrevistador y el entrevistado, y estas fueron llevadas en condiciones formales como cita previa, sumado a un proceso de flexibilidad en la ejecución de la pauta de entrevista. En este estudio, los entrevistados son los siguientes:

Directores de carrera de Terapia Ocupacional: Corresponden a personas que se encuentran en cargos de gestión de la carrera, velando por el cumplimiento del plan de estudios, y debiendo estar desempeñando su cargo de manera activa al momento de la investigación.

Docentes: Son personas que se dedican a enseñar ramos vinculados a la terapia ocupacional comunitaria, además deben haber impartido la asignatura durante el último año y contar con al menos un año de experiencia docente y ser terapeutas ocupacionales.

Ambos roles (directores/as y docentes): Corresponde a las personas que ejercen ambos roles simultáneamente, ya sea en la misma sede o llevan a cabo un cargo en una sede y otro cargo en otra ubicación.

Estos datos se representan en la siguiente tabla:

Tabla 10

Resumen de muestras de entrevistas

Fuente de información	Población	Muestra
Directores/as	42	6
Docentes	60*	5
Ambos roles (directores/as y docentes)	Desconocida**	2

Nota. *Número estimado. **Se desconoce la cantidad de directores que cumplen además el rol de docentes de asignaturas asociadas a terapia ocupacional comunitario.

En la Tabla 10, encontramos el total de 42 directoras y directores de escuelas, cabe mencionar que las universidades cuentan con distintos sistemas de organización, sin embargo la mayoría de ellas cuenta

con un solo director nacional, a pesar de contar con varias sedes, se desconoce el número total de docentes o directores-docentes que imparten los módulos comunitarios, ya que además estos son fluctuantes en los semestres, u otro fenómeno que ocurre, ya que a veces un mismo docente imparte el módulo en varias universidades, por lo que se elaboró un estimado en virtud de los antecedentes recopilados, y la muestra está determinada por la saturación de los datos.

Además, se ha llevado a cabo la caracterización de cada entrevistado y entrevistada para contar con la mayor cantidad de información posible al momento de analizar los resultados.

Tabla 11
Caracterización de participantes de entrevista

Participante	Universidad	Sexo	Edad
Participante 1	Universidad 1	Mujer	34
Participante 2	Universidad 1	Mujer	31
Participante 3	Universidad 2	Mujer	35
Participante 4	Universidad 2	Hombre	26
Participante 5	Universidad 3	Hombre	32
Participante 6	Universidad 3	Mujer	40
Participante 7	Universidad 4	Mujer	55
Participante 8	Universidad 5	Mujer	36
Participante 9	Universidad 6	Mujer	46
Participante 10	Universidad 6	Hombre	26
Participante 11	Universidad 7	Mujer	35
Participante 12	Universidad 8	Mujer	31
Participante 13	Universidad 8	Hombre	42

Nota. Tabla de caracterización de participantes de entrevista, de elaboración propia.

En total participaron 13 terapeutas ocupacionales, entre directores y académicos, algunos con ambos roles con relación a la docencia en terapia ocupacional comunitaria, de los cuales 9 son mujeres con una edad promedio de edad de 36 años, entre los rangos de 31 a 55 años; y 4 hombres con una edad promedio de 36 años también, entre los rangos de 26 a 42 años. La muestra está asociada a 8 universidades, tanto públicas como privadas; pertenecientes y no adscritas al Consejo de Rectores de Chile .

Cabe mencionar además que, de los 13 participantes 7 pertenecen a la región metropolitana, y 6 a regiones, sin embargo, las instituciones que representan corresponden a 28 de las 58 sedes universitarias

del país y cuentan con programas en todas las regiones del país. Las notas de campo se asocian a cada uno de los participantes, por lo cual son 13 en total.

Sumado a lo anterior, por cada entrevista se generan notas de campo, que también son incluidas en el análisis de los datos.

Para el cálculo de la muestra que participa en las entrevistas, se utiliza el criterio de saturación del contenido, por lo que las entrevistas son detenidas hasta dicho momento. La saturación de datos ocurre cuando las categorías o casos adicionales no parecen contener nuevas ideas, ya que las predicciones y expectativas de estos datos categorías se confirman repetidamente. La búsqueda de ejemplos apropiados adicionales parece fútil y la recogida de datos debe detenerse (Gibbs, 2012).

3.7.- Operacionalización de categorías

La operacionalización de las categorías es un proceso que permite delimitar, examinar y conceptualizar las categorías. Se utilizó el diagrama de árbol para ordenar estas categorías y sub categorías, para llegar finalmente a los códigos en una estructura jerárquica (Morse y Field, 1995 citado en Hsieh y Shannon, 2005), las categorías se encuentran vinculadas directamente con cada uno de los objetivos específicos de esta investigación, y su vez con los instrumentos de evaluación (Pauta de entrevista para directores y Pauta de entrevista para docentes).

El sistema de categorización cumple con los lineamientos de Rodríguez, Gil y García (1996) de: (a) Exhaustividad, donde cualquier unidad debe poder ser ubicada en alguna de las categorías, cubre todas las posibles unidades de los datos, (b) exclusión mutua, cada unidad se incluye en una sola unidad, en la cual un segmento de texto diferenciado no puede pertenecer simultáneamente a más de una categoría y (c) único principio clasificatorio, en la cual las categorías deben estar elaboradas desde un único criterio de ordenación y clasificación.

Estas categorías y los instrumentos fueron revisados y examinados además por un grupo de tres expertos, del área de la educación, la terapia ocupacional y la intervención comunitaria.

Tabla 12

Expertos que participaron en el proceso de fiabilidad de las categorías y guiones de entrevistas


Expertos	Formación disciplinar	Máximo grado alcanzado	Área de experticia
Experta 1	Psicología	Doctora en Psicología Social	Comunidad
Experto 2	Terapia Ocupacional	Doctor en Filosofía	Terapia Ocupacional
Experto 3	Profesorado	Doctor en Educación	Docencia

Nota. Tabla sobre expertos que participaron en el proceso de fiabilidad de las categorías y guiones de entrevistas, de elaboración propia.

Los expertos fueron contactados previamente por su área de experticia y se remitió un cuestionario vía correo electrónico. En la Figura 23 se muestra algunos extractos, el formulario completo se puede encontrar en el Anexo 1.

Figura 23

Extracto de cuestionario de validación de categorías e instrumentos



A continuación, se plantean una serie de afirmaciones, las cuales cuentan con los siguientes indicadores:

Aspecto	En Desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente en acuerdo
Características	El instrumento no cumple con las definiciones planteadas	El instrumento cumple parcialmente con las definiciones planteadas	El proyecto cumple con las definiciones planteadas

Pauta de evaluación de instrumentos

Usted ha sido invitado al proceso de validación de dos pautas de entrevista semi estructurada, como parte de la investigación denominada "Docencia Universitaria en Terapia Ocupacional Comunitaria: Una mirada desde los formadores en Chile", desarrollada por la doctoranda Daniela Margot Avello Sáez, del Doctorado en Educación de la Universidad de Almería, España, dirigida por Antonio Luque de la Rosa y María del Mar Fernández Martínez. Cuyos objetivos de investigación son:

Objetivo General:

- Analizar las prácticas docentes que guían la formación de estudiantes universitarios de terapia ocupacional en el ámbito comunitario en Chile.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar los contenidos que se desarrollan en la formación de estudiantes universitarios de terapia ocupacional en el ámbito comunitario en Chile.
- Describir las metodologías de enseñanza-aprendizaje en el ámbito de la Terapia Ocupacional Comunitaria en la formación de estudiantes universitarios en Chile.
- Identificar los tipos de procesos evaluativos que se están llevando a cabo con estudiantes universitarios en el ámbito de la Terapia Ocupacional Comunitaria.
- Proponer elementos que mejoren las prácticas docentes en el área de la Terapia Ocupacional Comunitaria en Chile.

Esta investigación presenta un enfoque metodológico descriptivo y cualitativo, los participantes corresponden a 22 directores de escuelas o jefes de carrera, además de 22 docentes de asignaturas vinculados a la terapia ocupacional comunitaria, representando a cada uno de los programas de terapia ocupacional en Chile.

Uno de los métodos de producción de datos, corresponde a entrevistas semi-estructuradas en profundidad a expertos, las que tienen una duración aproximada de una hora, siendo aplicada en condiciones de máxima comodidad posible para el entrevistado.

El análisis de datos, se realizará a través de la técnica de análisis de contenido en su aproximación dirigida, apoyado de un software computacional.

Los resguardos éticos están contemplados en la totalidad del proceso de investigación, considerando la firma voluntaria del consentimiento informado de todos los participantes, enfatizando en todo momento la confidencialidad y anonimato de la información. Además de generar un proceso de devolución ética, a través de copia ejecutiva de la investigación y un apartado de aspectos a incorporar para la mejora de la práctica docente.

El instrumento se relaciona con el objetivo general y específicos, de manera consistente.

En desacuerdo

Parcialmente de acuerdo

Totalmente de acuerdo

El instrumento establece con claridad los contenidos que busca investigar.

En desacuerdo

Parcialmente de acuerdo

Totalmente de acuerdo

El instrumento es coherente con el análisis de datos planteados.

En desacuerdo

Parcialmente de acuerdo

Totalmente de acuerdo

Nota. Figura de un extracto de cuestionario de validación de categorías e instrumentos, de elaboración propia.

El cuestionario anterior obtuvo un 100% de aceptación del grupo de expertos, en cuanto a apreciaciones finales. Sin embargo, en los criterios particulares se obtuvieron resultados variables entre el 66,7% al 100% de aceptación, estableciéndose apreciaciones a los instrumentos (pautas de entrevistas).

Las sugerencias se orientan a reformulación de una pregunta, las cuál no quedaba clara desde su redacción, así mismo fortalecer las preguntas en relación con la categoría sobre *vínculos de la docencia con lo comunitario*. Sumado a identificar los grados de autonomía y formas de evaluación en la categoría *procesos evaluativos*. Igualmente, se sugiere incorporar una pregunta en la categoría *mejoras de las prácticas docentes*. Es importante mencionar que todas las apreciaciones fueron incorporadas.

Figura 24

Porcentaje de aceptación de los instrumentos de evaluación



Nota. Figura del porcentaje de aceptación de los instrumentos de evaluación, de elaboración propia.

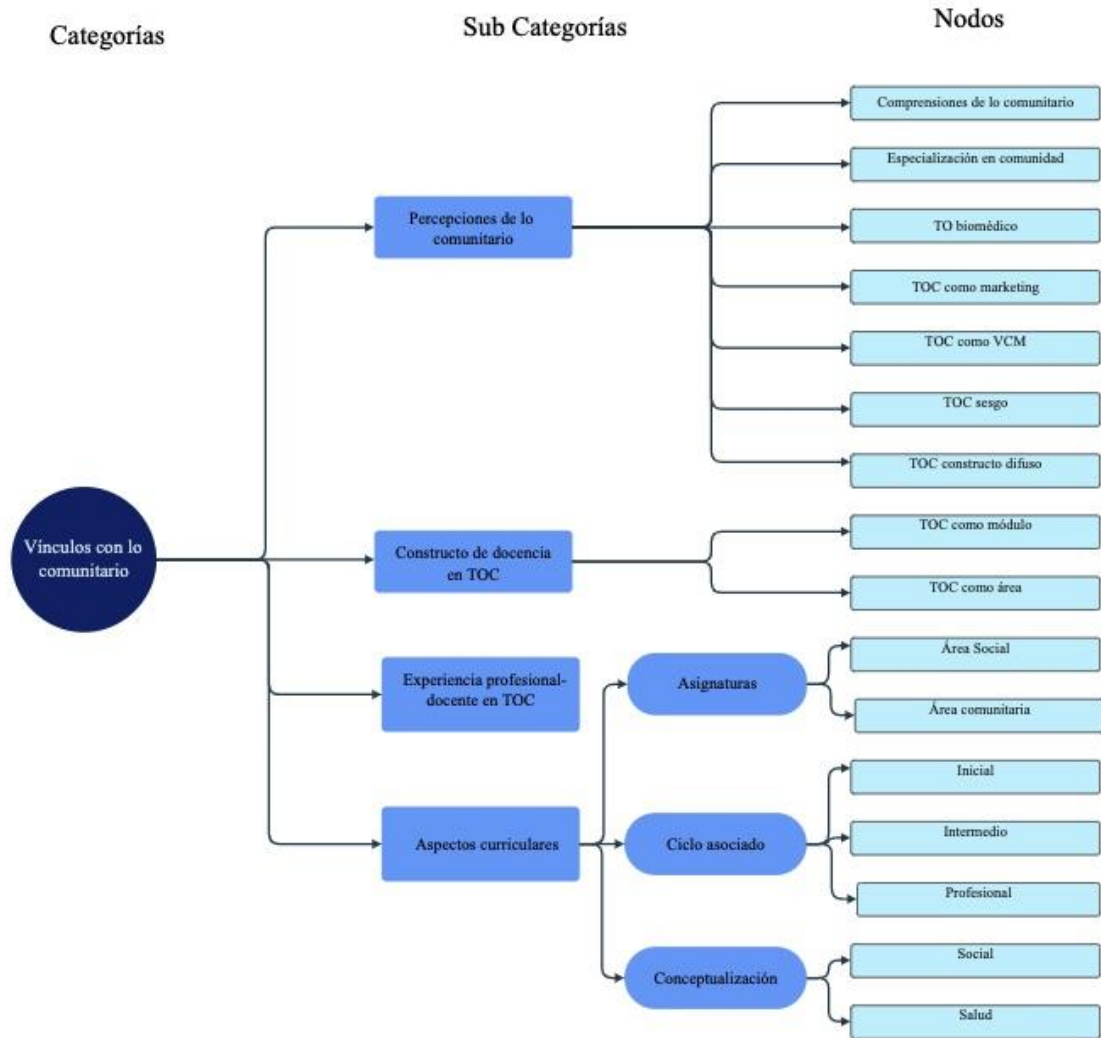
A continuación, se presenta las categorías y el instrumento resultante (Fig. 25), y la operacionalización de cada categoría (Fig. 26, 27, 28, 29 y 30) una vez introducidos los cambios sugeridos por los jueces expertos.

Figura 25

Categorización de dimensiones asociadas a pautas de entrevista

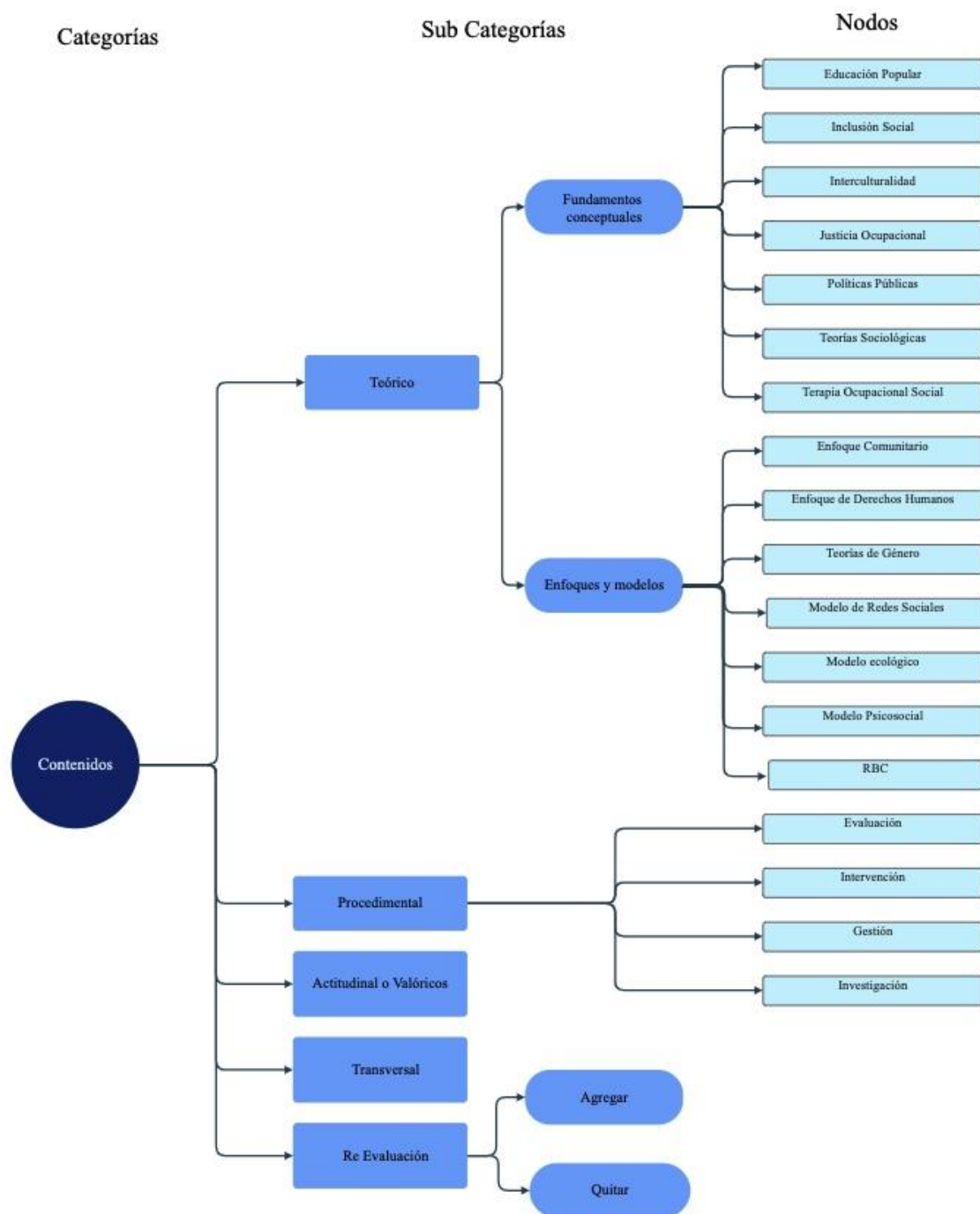
Prácticas docentes que guían la formación de estudiantes universitarios de terapia ocupacional comunitaria		
Dimensión	Preguntas del entrevistador a directores	Preguntas del entrevistador a docentes
Vinculos de lo comunitario con la docencia	<p>¿Qué piensas cuando hablamos de TOC? y ¿cuál es el rol que juegan las carreras de TO en ello?</p> <p>¿De qué forma se estructura lo comunitario dentro de la malla curricular?</p> <p>¿Crees que existen declaraciones de lo comunitario en el perfil de egreso?</p>	<p>Cuando pensamos en Terapia ocupacional comunitaria ¿cómo te ubicas como docente? ¿qué piensas al respecto?</p> <p>¿Cómo describes tu trayectoria profesional y docente y sus vinculos con lo comunitario?</p>
Contenidos	<p>Ustedes como carrera ¿adhieren a algún posicionamiento teórico en particular? ¿Y de qué manera se vincula con lo comunitario?</p> <p>¿Cómo se esta enseñando la evaluación, la intervención con las comunidades?</p> <p>¿Qué valores se promueven en los ramos o actividades de VCM que se vinculan con la comunidad?</p> <p>Se realiza en algún periodo del año ¿algún proceso de evaluación de los contenidos de las asignaturas? ¿lo han realizado con estos ramos comunitarios?... Si me pudieses contar un poco</p>	<p>En tus clases de TOC ¿Qué teorías o modelos ves habitualmente? Y ¿qué otros incorporarías?</p> <p>En tus clases de TOC ¿ves algún tipo de procedimiento? Ya sea de evaluación o de intervención...</p> <p>¿Qué valores se promueven en las clases de terapia ocupacional comunitaria? Y ¿cómo se hace?</p> <p>Si pudieses agregar otros contenidos tanto teóricos, como actitudinales o valóricos incorporarías a tus clases ¿Cuáles serían?</p> <p>De los contenidos que trabajas actualmente ¿sacarías alguno?</p>
Metodologías de enseñanza aprendizaje	<p>¿Cuáles son las metodologías de enseñanza que promueven ustedes como universidad o carrera?</p> <p>¿Sientes que alguna de estas metodologías se encuentra en sintonía con las lógicas comunitarias?</p> <p>¿Han podido implementar actividades que se vinculen con la comunidad? Y ¿cómo se vinculan los alumnos y docentes a estas?</p>	<p>Me podrías contar ¿cómo haces una clase típica?</p> <p>¿Recuerdas alguna situación donde sentiste que tu clase fue particularmente exitosa? Si me pudieses contar ¿qué crees que marco la diferencia?</p> <p>¿Existen dificultades en la enseñanza y formación de TOs que se desempeñarán en lo comunitario?</p> <p>Los estudiantes en tu ramo ¿van a práctica? Y ¿qué tipo de actividades van a realizar?</p>
Procesos evaluativos	<p>¿Los docentes tienen autonomía para poder plantear sus evaluaciones?</p> <p>¿Tu crees que han podido implementar evaluaciones participativas en las asignaturas de TOC?</p>	<p>¿Tienes autonomía en el sistema o forma de evaluación de tus asignaturas?</p> <p>¿De qué forma evalúas habitualmente a tus alumnos? ¿qué actividades realizas?</p>
Mejoras en las prácticas docentes	<p>Hay muchos perfiles que enfatizan lo comunitario pero esto no se refleja en las mallas curriculares de las carreras de TO, en tu opinión ¿a qué se debe esto? ¿Cuáles son los aspectos claves que debemos mejorar para una buena inserción de nuestros alumnos en lo comunitario</p>	<p>¿Cuáles son los aspectos claves que debemos mejorar para una buena inserción de nuestros alumnos en lo comunitario?</p>

Nota. Figura de la categorización de dimensiones asociado a pauta de entrevista, de elaboración propia.

Figura 26*Operacionalización de la Categoría Vínculos con lo comunitario*

Nota. Figura de la operacionalización de la categoría Vínculos con lo Comunitario, de elaboración propia.

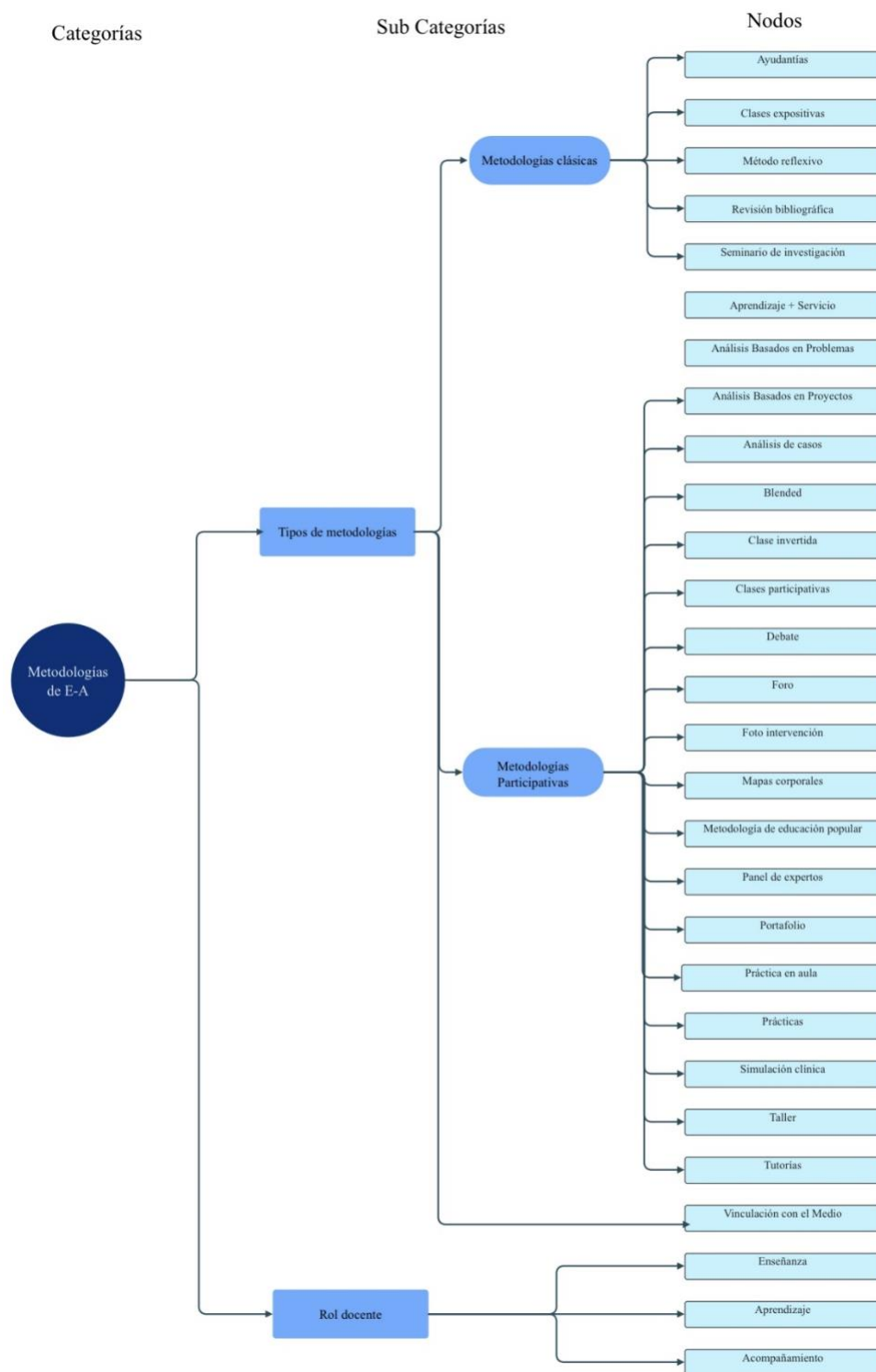
Figura 27
Operacionalización de la Categoría Contenidos



Nota. Figura de la operacionalización de la categoría Contenidos, de elaboración propia.

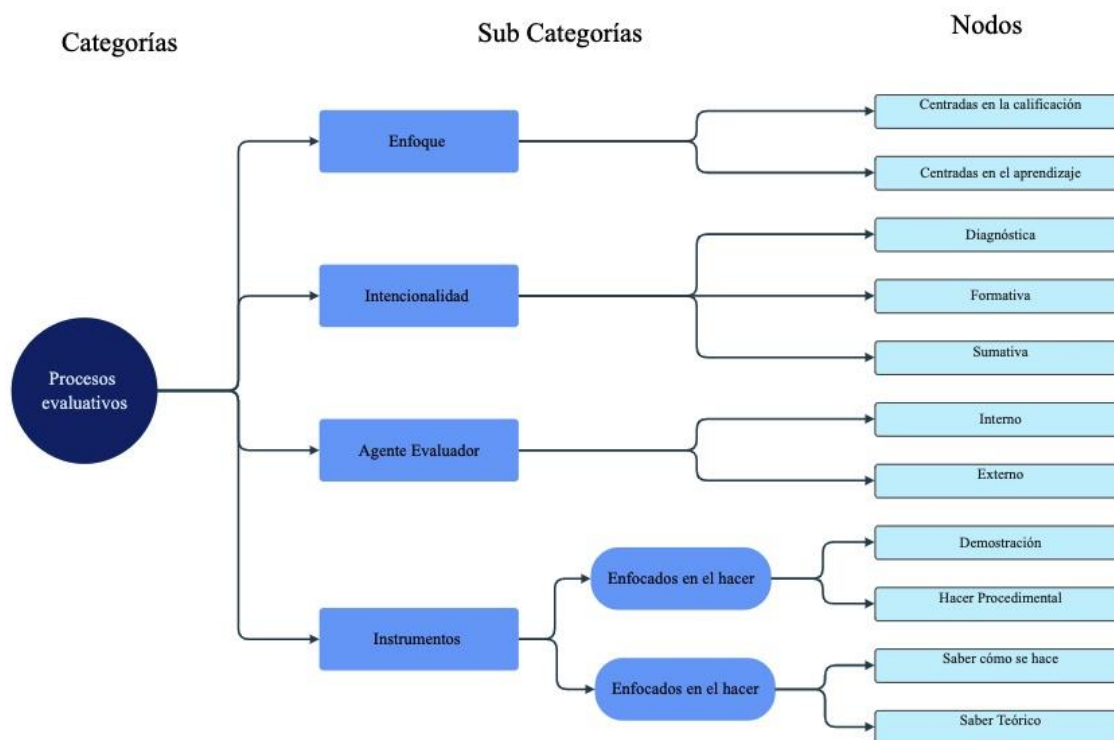
Figura 28

Operacionalización de la Categoría Metodologías de Enseñanza – Aprendizaje



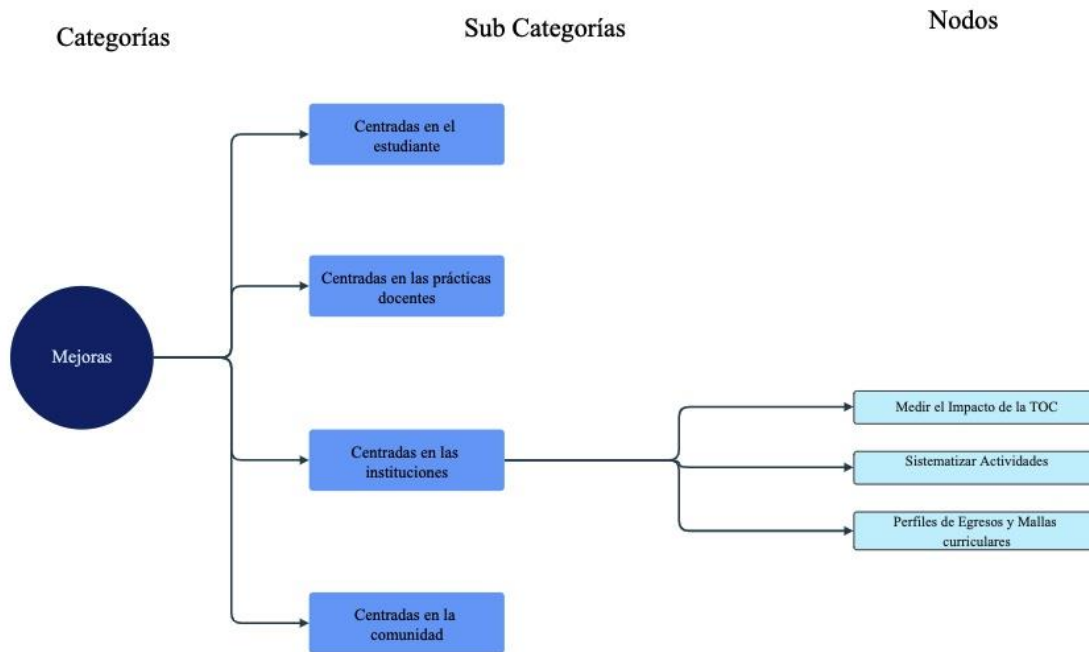
Nota. Figura de la operacionalización de la categoría Metodologías de Enseñanza - Aprendizaje, de elaboración propia.

Figura 29
Operacionalización de la Categoría Procesos Evaluativas



Nota. Figura de la operacionalización de la categoría Procesos Evaluativas, de elaboración propia.

Figura 30
Operacionalización de la Categoría Mejoras



Nota. Figura de la operacionalización de la categoría Mejoras, de elaboración propia.

3.8.- Técnicas de recolección de datos

Para recopilar los datos necesarios, existen distintos tipos de enfoques. Para esta investigación se hace referencia a tres tipos de enfoques planteados por Flick (2007): (a) documentos, (b) datos verbales y (c) descripciones de lo observado.

Documentos: En relación con los documentos, que pueden ser distintas características como los perfiles de egresos o mallas que son textos escritos o las mallas curriculares que son imágenes, se transforman en datos cualitativos como un corpus de texto (Flick, 2007).

Entrevista (datos verbales): Los datos verbales se recolectan a través de una entrevista cualitativa. Se propone entender el significado de los temas centrales en el mundo vivido de los sujetos, por lo que el entrevistador registra e interpreta los significados de lo que se dice y además de cómo se dice. Lo anterior, debido a que se busca conocimiento cualitativo expresado en lenguaje normal, no se encamina a la cuantificación. La entrevista pretende conseguir relatos matizados de diferentes aspectos del mundo de la vida del entrevistado; trabaja con palabras y no con números. En las entrevistas cualitativas, la precisión en la descripción y la rigurosidad en la interpretación del significado se

corresponden con la exactitud en las mediciones cuantitativas (Kvale, 2011). Además, las entrevistas se pueden clasificar de diferentes formas; en este caso, la división se realiza por los sujetos (expertos) y la forma de la entrevista (profundidad), por ende, es una entrevista en profundidad a expertos. La connotación de profundidad de la entrevista depende de que el informante haya sido seleccionado previamente, para establecer la conversación sobre los tópicos de la investigación, y permite profundizar en aspectos no previstos ya que, al ser esta semiestructurada, el investigador puede consultar de manera flexible sobre particularidades, así como también validar el discurso del entrevistado (Kvale, 2011).

Los entrevistados son considerados expertos, de acuerdo con los propósitos del investigador, y, por ende, se le da un tratamiento especial y no estandarizado. Por tratamiento especial, se entiende que se enfatiza en cómo el entrevistado define su situación; se anima al entrevistado a estructurar el relato de la situación y permite que el entrevistado introduzca, en medida considerable, sus nociones de lo que considera relevante en lugar de depender de las nociones del investigador sobre relevancia. Dicho de otro modo, en las entrevistas estandarizadas, el investigador define la pregunta y el problema. Solamente se dedica a buscar respuestas dentro de los límites marcados por sus presuposiciones. Sin embargo, en las entrevistas a expertos, el investigador está gustoso y a menudo deseoso de permitir que el entrevistado le enseñe cuál es el problema, la pregunta y la situación (Valles, 2007, citado en Kvale, 2011).

Una entrevista conceptual tiene como propósito una clarificación de fenómenos como la “terapia ocupacional comunitaria”. Las preguntas analizan el significado y las dimensiones conceptuales de los términos.

Por último, cabe destacar que se aplicará la producción de descripciones de lo que se ha observado. Los datos que se analizan aquí son notas de campos (Flick, 2007). Estas notas son redactadas en el mismo momento de la acción que se toman mientras se permanece en el entorno de la investigación. Son, en parte, notas mentales para ayudar a recordar quién, qué, por qué, cuándo, dónde, etc., y se pueden tomar mientras uno está todavía en el campo o nada más salir de él para registrar palabras, frases y acciones claves emitidas y emprendidas por las personas a las que está investigando (Gibbs, 2012).

Las entrevistas se realizan en base a los siguientes guiones de entrevistas y buscan abordar cada uno de los objetivos de la investigación a través de una matriz de categorías que los vincula, visible en el Anexo 2. Los encuentros entre la investigadora y los participantes se realizan en condiciones de bienestar: nueve de ellos se llevaron a cabo en las oficinas de los entrevistados, dos en una cafetería y un tercero en el domicilio de la participante, y en virtud de la disponibilidad temporal de los entrevistados con una

duración aproximada de una hora a una hora y media. Además, se le entregó un pequeño presente a cada uno de ellos, en agradecimiento por su colaboración. La figura 31 y 32 demuestran el guion de entrevistas a docentes y directores, respectivamente.

Figura 31

Guion de entrevistas a docentes

Guion de entrevista docentes

Saludo, agradecimiento por haber aceptado, proceso de consentimiento informado (explicando finalidad de la investigación y de la entrevista).

Se inicia la entrevista consultando sobre algunos datos personales-profesionales. Nombre, edad, ¿hace cuánto tiempo se dedica a la docencia? ¿qué funciones realiza actualmente en la universidad? ¿qué ramos imparte? ¿cuáles de ellos se vinculan a lo comunitario?

Dimensión: Vínculos de lo comunitario con la docencia

- ¿Qué entiende usted por TO Comunitaria? ¿lo considera relevante en la formación y por qué?
- ¿Cómo describe su trayectoria profesional y docente, y sus vínculos con lo comunitario?

Dimensión: Contenidos

- En sus clases de TO Comunitaria, ¿qué teorías o modelos ve habitualmente vinculados a la intervención comunitaria? ¿Cuáles son los referentes considerados en las asignaturas?
- ¿Qué aspectos asociados a la intervención comunitaria aborda en sus clases? ¿Se abordan competencias prácticas, por ejemplo, para la intervención comunitaria en sus clases?
- ¿Qué valores se promueven en las clases de terapia ocupacional comunitaria? Y ¿cómo se hace?
- Si pudiese agregar otros contenidos tanto teóricos, como actitudinales o valóricos a las clases de TO Comunitaria ¿Cuáles serían?
- De los contenidos que trabaja actualmente ¿sacarías alguno?

Dimensión: Metodologías de enseñanza-aprendizaje

- Me podría contar ¿cómo hace una clase típica de TO Comunitaria?
- ¿Recuerda alguna situación donde sintió que su clase fue particularmente exitosa? ¿qué cree que marcó la diferencia?
- ¿Cree que existen dificultades en la enseñanza y formación de TOs que se desempeñarán en lo comunitario?
- Los estudiantes en su ramo ¿van a práctica? Y ¿qué tipo de actividades van a realizar?

Dimensión: Procesos evaluativos

- ¿Tiene autonomía en el sistema o forma de evaluación de sus asignaturas vinculadas a lo comunitario?
- ¿De qué forma evalúa habitualmente estas asignaturas a sus alumnos? ¿qué actividades realiza?

Dimensión: Mejoras en las prácticas docentes

- Hay muchos perfiles que enfatizan lo comunitario, pero esto no se refleja en las mallas curriculares de las carreras de TO, en su opinión ¿a qué se debe esto?
- ¿Cuáles son a su parecer, los aspectos claves, que deben ser abordados en la formación de los TOs para que puedan realizar un abordaje apropiado de la dimensión comunitaria?

Nota. Figura de guion de entrevistas a docentes, de elaboración propia.

Figura 32

Guion de entrevistas a directores o jefes de carrera

Guion de entrevista directores o jefes de carrera

Saludo, agradecimiento por haber aceptado, proceso de consentimiento informado (explicando finalidad de la investigación y de la entrevista).

Se inicia la entrevista consultando sobre algunos datos personales-profesionales. Nombre, edad, ¿hace cuánto tiempo es director de escuela? ¿Cuáles son tus funciones principales? ¿imparte alguna asignatura actualmente, cuál(es) es/son?

Dimensión: Vínculos de lo comunitario con la docencia

- ¿Qué entiende usted por to Comunitaria? ¿lo considera relevante en la formación y por qué?
- La formación de toc es considerada en el plan de formación de su escuela, carrera?
- ¿De qué modo se integra al plan de formación la to Comunitaria?
- ¿Qué rol le otorga usted a la formación en el trabajo comunitario en la carrera de to?

Dimensión: Contenidos

- Ustedes como carrera ¿adhieren a algún posicionamiento teórico en particular? ¿existe algún referente en particular? ¿Y de qué manera se vincula con lo comunitario?
- En la formación para la intervención comunitaria ¿cómo se integra en las asignaturas?
- ¿Qué competencias o habilidades específicas se forman para la intervención comunitaria?
- ¿Qué valores se promueven en los ramos o actividades de vinculación con el medio que se vinculan con la comunidad?
- Se realiza en algún periodo del año ¿algún proceso de evaluación de los contenidos de las asignaturas? ¿lo han realizado con estos ramos comunitarios?... Si me pudiese contar un poco...

Dimensión: Metodologías de enseñanza-aprendizaje

- ¿Cuáles son las metodologías de enseñanza que promueven ustedes como universidad o carrera?
- ¿Considera que alguna de estas metodologías sintoniza con las lógicas de la intervención o acción comunitarias?
- ¿Han podido implementar actividades que se vinculen con la comunidad? Y ¿cómo se vinculan los alumnos y docentes a estas?

Dimensión: Procesos evaluativos

- ¿Han podido implementar evaluaciones participativas en las asignaturas de to Comunitaria?
- ¿Los docentes tienen autonomía para poder plantear sus evaluaciones en los ramos de to Comunitaria?

Dimensión: Mejoras en las prácticas docentes

- Hay muchos perfiles que enfatizan lo comunitario, pero esto no se refleja en las mallas curriculares de las carreras de to, en su opinión ¿a qué se debe esto?
- ¿Cuáles son a su parecer, los aspectos claves, que deben ser abordados en la formación de los terapeutas ocupacionales para que puedan realizar un abordaje apropiado de la dimensión comunitaria?

Nota. Figura del guion de entrevistas a directores o jefes de carrera, de elaboración propia.

Los datos que se analizan en este caso, son mayoritariamente las transcripciones de las grabaciones de las entrevistas (Flick, 2007). El proceso de transcripción se realizó de manera literal de las grabaciones en audio, y según los estándares y lineamientos del capítulo “transcripción de entrevistas” del libro “las entrevistas de investigación cualitativa de Steinar Kvale (2011), bajo los siguientes convenciones de transcripción en la Figura 33.

Figura 33*Convenciones de transcripción**Convenciones de transcripción:*

[Un <i>corchete izquierdo</i> indica el punto de comienzo del solapamiento.
]	Un <i>corchete derecho</i> indica el punto en el que una parte de la emisión termina frente a otra.
=	Los <i>signos de igualdad</i> , uno al final de una línea y otro al comienzo de una que sigue indican ausencia de separación entre las dos líneas.
(.)	Un punto entre paréntesis indica una separación muy pequeña dentro o entre emisiones.
::	Los dos puntos indican prolongación del sonido inmediatamente anterior. Los dos puntos múltiples indican un sonido más prolongado.
<u>Palabra</u>	El <u>subrayado</u> indica alguna forma de énfasis, vía el tono, la amplitud o ambos; un método alternativo es imprimir la parte con énfasis en <i>cursiva</i> .
PALABRA	Las <i>mayúsculas</i> indican sonidos con un volumen especialmente elevado en relación con el habla que los rodea.
()	Los <i>paréntesis vacíos</i> indican que el transcriptor no ha podido oír lo que se dijo.
(())	Los <i>dobles paréntesis</i> indican descripciones del transcriptor en lugar de transcripciones.

Nota. Figura sobre las convenciones de transcripción, adaptadas de Kvale, 2011, p. 341.

La transcripción fue realizada en formato Word y después migrado al software NVivo 12. Para garantizar la confidencialidad, se han reemplazado los nombres de los participantes por un código, según el orden de las entrevistas.

La transcripción fue apoyada por un secretario (Kvale, 2011) quien fue capacitado en el procedimiento de transcripción y que, además, firmó una carta de compromiso de confidencialidad, que se detalla a continuación.

Figura 34*Carta de compromiso de confidencialidad de los transcriptores*
**DOCTORADO INTERNACIONAL EN
EDUCACIÓN**
CARTA DE COMPROMISO CONFIDENCIALIDAD TRANSCRIPTORES

Título de la investigación: Docencia Universitaria en Terapia Ocupacional Comunitaria: Una mirada desde los formadores en Chile

Nombre doctoranda: Daniela Margot Avello Sáez

Nombre directores de la tesis doctoral: Antonio Luque de la Rosa y María del Mar Fernández Martínez

Yo _____
RUT: _____ por medio de la presente declaración, me comprometo a:

- Transcribir de manera fidedigna los audios entregados por la investigadora principal, y seguir los estándares de calidad, otorgados en capacitación, y bajo los lineamientos del capítulo "transcripción de entrevistas" del libro "Las entrevistas en investigación cualitativa" del autor Steinar Kvale.
- Mantener la más estricta reserva y no realizar ningún comentario sobre el contenido de la información y actuar bajos estrictos criterios de confidencialidad.

Así también, a eliminar la información digital del computador, una vez entregada a la doctoranda Daniela Margot Avello Sáez y/o a los directores de la investigación doctoral, Antonio Luque de la Rosa y María del Mar Fernández Martínez, pertenecientes al Doctorado en Educación de la Universidad de Almería, España.

El presente compromiso de confidencialidad se firma en dos ejemplares. Uno de los documentos queda en poder del transcriptor y el otro en poder de la doctoranda.

Para formalizar mi deber en este estudio, firmo a continuación.

Nombre del transcriptor
RUT: _____

Firma

Daniela Margot Avello Sáez
Nombre del investigador
RUT: 17.099.498-1

Antonio Luque de la Rosa
Director 1
DNI 52351856S

María del Mar Fernández Martínez
Director 2
DNI 45595035L

_____ de _____, 20____

Nota. Figura de la carta de compromiso de confidencialidad de los transcriptores, de elaboración propia.

Descripción de lo observado: El último enfoque utilizado, es la producción de descripciones de lo que se ha observado. Los datos que se analizan aquí son notas de campos (Flick, 2007). Estas notas son redactadas en el mismo momento de la acción que se toman mientras se permanece en el entorno de la investigación. Son en parte notas mentales, para ayudarle a recordar quién, qué, por qué, cuándo, dónde, etc., y se pueden tomar mientras uno está todavía en el campo o nada más salir de él para registrar palabras, frases y acciones claves emitidas y emprendidas por las personas a las que está investigando (Gibbs, 2012).

3.9.- Plan de análisis de datos

El análisis de los datos es un proceso reflexionado antes de la recolección de los datos (Gibbs, 2012), involucrando un sistema mixto tanto deductivo como inductivo, de acuerdo con la técnica de análisis de contenido cualitativa en su aproximación dirigida (Hsieh y Shannon, 2005). Este procedimiento consiste en identificar categorías iniciales de codificación, utilizando teorías existentes o investigaciones previas (Hsieh y Shannon, 2005), a través de un libro de códigos (MacQueen, McLellan, Kay, y Milstein, 1998), sumado a categorías de codificación que puedan emerger de manera natural, no reportadas o no consideradas en las referencias teóricas. Las categorías iniciales de codificación están disponibles en el Anexo 3, mientras que el libro de Códigos se puede encontrar en el Anexo 4.

Codificación:

Posterior a la definición de las categorías, subcategorías y códigos, se confecciona un libro de códigos según los lineamientos de los autores MacQueen, McLellan, Kay, y Milstein (1998). Su obra hace referencia a la información contenida dentro del código, como lo haría un diccionario sustentado en la teoría o concepciones culturales, incluyendo los nombres de los códigos, una definición corta, una extensa, además de indicadores de cuándo debe usarse y cuando no, y finalmente un ejemplo; existen variados tipos y formatos de libros de códigos, esto permite que cualquier lector pueda comprender el concepto asociado al proceso de codificación. A continuación, se muestra un ejemplo del libro de códigos (MacQueen et al., 1998).

Tabla 13*Ejemplo de libro de códigos*

Código	Procedimentales de Intervención
Definición corta	Cuando se hable de procesos de intervención de comunidad.
Definición larga	Es el conjunto de acciones destinadas a promover el desarrollo de una comunidad a través de la participación activa de esta en la transformación de su propia realidad.
Cuando usar	Aplicar ese código cuando se planteen temáticas en relación con la acción comunitaria.
Cuando no usar	Cuando se hable de intervenciones puramente clínicas o biomédicas.
Ejemplo	Podemos trabajar con un chico que tiene una parálisis braquial obstétrica, pero involucramos a sus compañeros y profesores, para que incorpore su miembro afectado, a través de un torneo de Wii como tenis, por ejemplo, así el proceso se enfoca no sólo en el sujeto, sino en su entorno.

Nota. Figura de ejemplos del libro de código, adaptado de MacQueen et al., 1998.

El proceso de codificación de los datos fue asistido por el programa computacional NVivo en su versión 12 pro, vinculando las citas a los códigos previamente definidos y cualquier texto que no pueda ser categorizado con el esquema de codificación inicial se le asigna un código emergente.

[L]a codificación es el modo en que se define de qué tratan los datos que está analizando. Implica identificar y registrar uno o más pasajes de texto y otros datos como parte de cuadros que, en cierto sentido, ejemplifican la misma idea teórica o descriptiva. Normalmente, se identifican varios pasajes y se los vincula entonces con un nombre para esa idea: el código. Así, todo el texto, etc., que trata sobre lo mismo o ejemplifica lo mismo se codifica con el mismo nombre. Codificar es una manera de indexar o categorizar el texto para establecer un marco de ideas temáticas sobre él (Gibbs, 2012, p. 163–164).

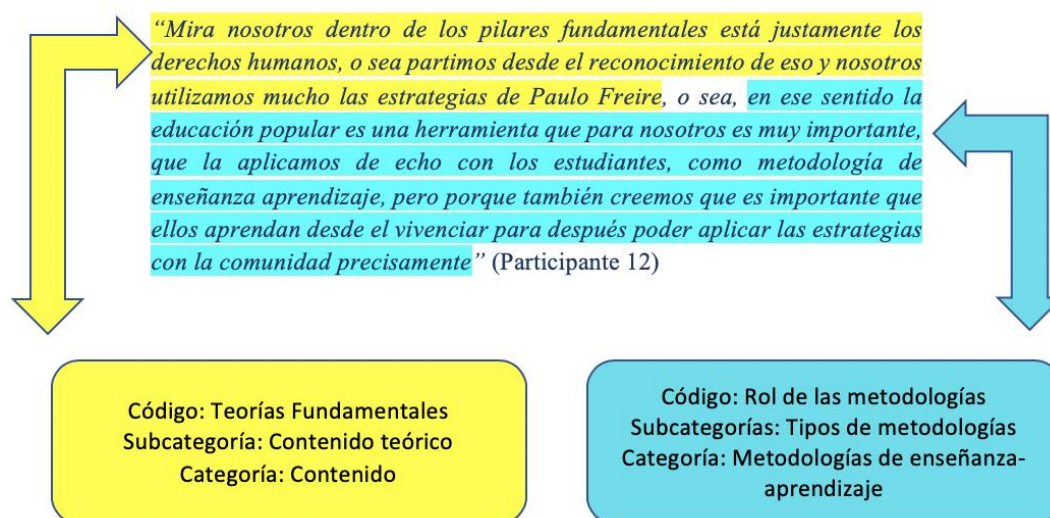
Según Gibbs (2012) el análisis supone una metamorfosis, desde una colección voluminosa de datos cualitativos, posteriormente se procesa mediante procedimientos analíticos dando paso a un análisis claro, comprensible y original, fundamentado en dichos datos. Teniendo usualmente dos ejes: (a) el manejo de los datos y (b) la interpretación. En ocasiones ambos se emplean simultáneamente, pero de manera más frecuente como es el caso de esta investigación, se inicia con un procedimiento de carácter administrativo, para luego pasar a la reducción de los datos, para finalizar con el análisis interpretativo y las conclusiones.

Sin embargo, a pesar de lo señalado anteriormente, esto no se trata de un proceso de reducción o condensación de los datos, sino que busca realzar los datos, aumentando su volumen, densidad y complejidad. Ya que en el análisis cualitativo se codifican los datos como una forma de organizarlos y

gestionarlos. Los códigos y sus documentos asociados, suelen asignarse a la mayor parte del texto, e incluso más de un código (Gibbs, 2012).

El proceso de codificación puede ser realizada de múltiples formas, pero en este caso se utilizó el contenido temático (Flick, 2007; Gibbs, 2012) para definir las unidades textuales que tienen un común sentido o significado. Esta forma de codificación facilita la recuperación y la comparación relativamente rápida de todos los datos marcados con el mismo código que son ejemplos de algún contenido, metodología o sistema evaluativo que son de interés para esta investigación. Se puede resaltar, rodear, subrayar o comentar según sea el interés en el corpus de texto, para volver en un momento posterior del análisis (Gibbs, 2012). A continuación, se presenta un ejemplo que ayuda a la comprensión del procedimiento, utilizando fragmentos de textos de las entrevistas realizadas.

Figura 35
Ejemplo de codificación



Nota. Figura de un ejemplo de codificación, en base al análisis de Gibbs, 2012.

La figura anterior es un párrafo textual de la participante 12, el texto fue dividido en dos fragmentos ya que tributaba a dos temáticas diferentes. Por lo tanto, corresponde a una cadena textual formada por unidades de registro, la primera se encuentra relacionada con los fundamentos teóricos que se trabajan como contenido en las asignaturas de terapia ocupacional comunitaria y la segunda que hace referencia al rol de las metodologías en este caso basadas en la educación popular. Cada unidad de registro hace

referencia a una determinada categoría, siguiendo los lineamientos de exhaustividad, exclusividad y único principio clasificatorio.

3.10.- Control de calidad

No existe una fórmula simple con la que se pueda asegurar que un análisis es de buena calidad. Gibbs (2012) recomienda realizar el análisis de manera cuidadosa y completa, mediante el uso de jerarquías de códigos, comparaciones constantes y releer con frecuencia las transcripciones y notas de campo, asegurando de que el análisis sea exhaustivo, equilibrada y bien apoyado por los datos. Los programas de apoyo como el NVivo 12 pueden ayudar al aseguramiento de la calidad.

El programa NVivo 12 ayuda al aseguramiento de la calidad ya que al ser un programa que sirve para el manejo de datos cualitativos, a través de un proceso iterativo donde se explora, codifica, consulta, reflexiona, se visualiza de mera repetitiva hasta obtener los resultados (Sabariego Puig, 2018), ofrece la posibilidad de mostrar el proceso, dotando de rigurosidad, exhaustividad, transparencia y confiabilidad a la investigación, además de generar evidencia que enriquece y valida la investigación, sumado a que facilita la interpretación de la información para los investigadores e investigadoras, ya que colabora en gestionar mayor cantidad de información, por la facilidad de crear e importar documentos, memos, sumado a una rápida localización de los recursos, conceptos, codificación, así como los cruces de información de los diversos elementos de la investigación (Trigueros Cervantes, Rivera García, y Moreno Doña, 2018).

Flick (2007) señala que, la calidad en la investigación cualitativa se produce tanto en la planificación como en el diseño del estudio, y además plantea criterios estrictos en relación al tratamiento de la investigación:

Rigor y creatividad: Un buen estudio cualitativo no se limitará a confirmar lo que se esperaba que fuese el resultado de la investigación, sino que producirá nuevas ideas y maneras de ver las cosas y los participantes. La calidad se desarrolla y produce en una tensión entre la creatividad (teórica, conceptual, práctica y metodológica) y el rigor (metodológico) al estudiar los fenómenos, los procesos y las personas (Flick, 2007). En este caso la propuesta de investigación ha sido revisada por el claustro doctoral de la Universidad de Almería tanto en su propuesta de diseño, como en su implementación, y es además una propuesta innovadora, no existiendo ninguna en esta línea de manera previa.

Uniformidad y flexibilidad: En el caso de estudiar varios casos como en el caso de esta investigación es necesario mantener un mínimo de uniformidad, por ejemplo, tratando de hacer las mismas preguntas a

todos los y las participantes de una misma categoría, plantearlas de manera similar, pero manteniendo la flexibilidad para adaptar las preguntas a él o la participante individual y al curso de la entrevista. Para este caso se ha utilizado un mismo guion de entrevista para los participantes docentes y otro similar para todos los directores.

Criterios y estrategias: Se vincula con los criterios de credibilidad a través de propuestas de nuevos criterios, describiendo, por ejemplo, todos los pasos y toma de decisiones de la investigación y fundamentada de manera teórica y metodológica y con la fiabilidad.

3.11.- Resguardos éticos

Las cuestiones éticas en una investigación cualitativa influyen en todas las fases de planificación y recolección de datos (Gibbs, 2012). La naturaleza personal de gran parte de la investigación cualitativa implica que la investigadora tiene que ser sensible al posible daño que ella podría causar a los participantes, ya que los datos cualitativos son habitualmente muy personales e individuales (Gibbs, 2012).

Se ha utilizado el código de buenas prácticas en investigación de la Universidad de Almería (2011), que busca mejorar la calidad de la investigación, a través de mecanismos que garantizan la honestidad, la responsabilidad y rigor de la investigación; estableciendo e implementando buenas prácticas en la planificación, ejecución y presentación de los trabajos de investigación.

Esta información será contemplada en la totalidad del proceso de investigación, considerando la firma voluntaria del consentimiento informado de todos los participantes, enfatizando en todo momento la confidencialidad y anonimato de la información. La Carta de Consentimiento Informado se puede encontrar en el Anexo 5. Además, se explicitará que, en base a sus opiniones, podrán publicarse artículos de investigación posteriores a la creación de la tesis. Finalmente, los participantes recibirán los resultados de esta investigación a través de una copia digital.

TERCERA PARTE:
Resultados y Conclusiones



Escuela Internacional de Doctorado / Doctorado en Educación / Universidad de Almería

CAPÍTULO IV:

Resultados



Escuela Internacional de Doctorado / Doctorado en Educación / Universidad de Almería

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

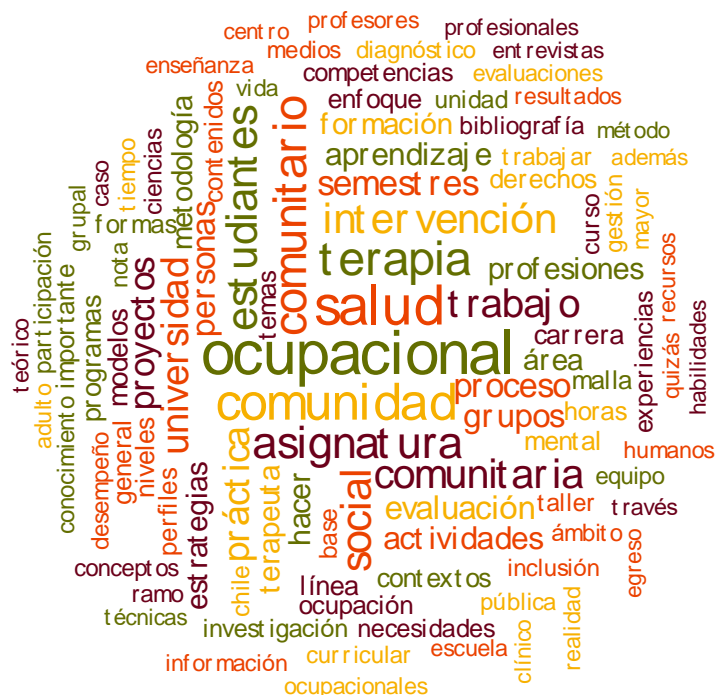
Se realizó un análisis de contenido en su aproximación dirigida, utilizando categorías previamente establecidas en virtud de la teoría, sumado a elementos emergentes que aparecieron de los corpus de textos y narrativa de los participantes, para efectos de esta investigación se analizaron los perfiles de egreso, mallas curriculares, programas de asignaturas, entrevistas a docentes y directores de escuela, así como notas de campo.

Los resultados se plantearán desde una perspectiva macro de las prácticas docentes en terapia ocupacional comunitaria a los objetivos específicos de esta investigación, los que están estrechamente asociados a las categorías: (a) Vínculos de lo comunitario, (b) Contenidos, (c) Metodologías de Enseñanza-Aprendizaje, (d) Procesos evaluativos y (e) Elementos de mejora.

En la Figura 36, se hace una presentación gráfica de las palabras que aparecen con mayor frecuencia del corpus de toda la información analizada como lo son los perfiles de egreso, las mallas curriculares, entrevistas a directores/as y docentes, así como las notas de campo. Se excluyen de la nube de palabras todas aquellas que no son significativas para esta investigación.

Figura 36

Nube de palabras más frecuentes de la investigación



Nota. Figura de la nube de palabras más frecuentes en la investigación, de elaboración propia.

Del esquema anterior, se seleccionaron las diez palabras más frecuentes (y palabras derivadas), que se muestran a continuación en la Tabla 14:

Tabla 14

Listado de las diez palabras más frecuentes

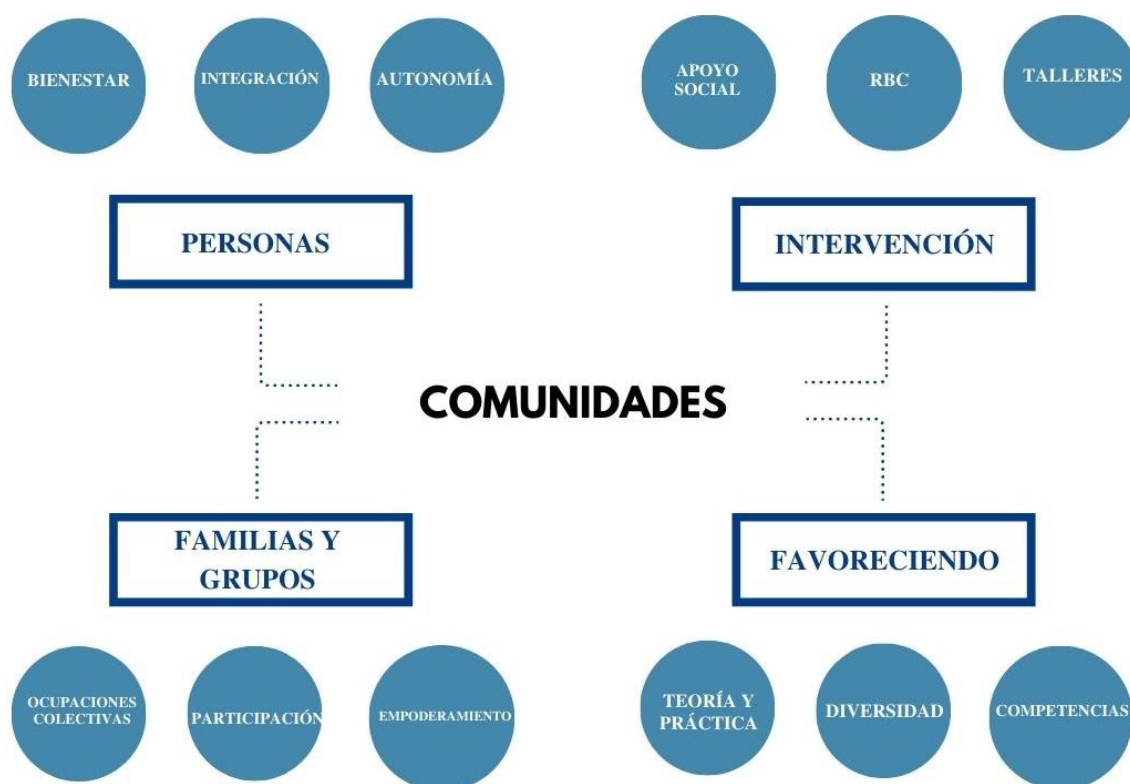
Palabra	Conteo	Porcentaje ponderado	Palabras similares
Ocupacional	617	0,81%	Ocupacional, Ocupaciones
Salud	531	0,70%	Salud, Saludable
Comunidad	471	0,62%	Comunidad, Comunidades
Terapia	421	0,56%	Terapia, Terapias
Comunitario	410	0,54%	Comunitario, Comunitarios
Asignatura	375	0,49%	Asignatura, Asignaturas
Estudiantes	361	0,48%	Estudiante, Estudiantes
Social	353	0,47%	Social, Sociales
Intervención	344	0,45%	Intervención

Nota. Tabla de las diez palabras más frecuentes, en base a la nube de palabras frecuentes, de elaboración propia.

De la multitud de términos encontrados los más frecuentes son ocupacional, salud y comunidad, los cuales se encuentran estrechamente ligados con la temática de la investigación. Es importante destacar el concepto de comunidad y su derivado comunidades, el cual se menciona en 471 ocasiones en el corpus de texto, con un porcentaje ponderado de 0,62% de la totalidad del discurso, el cual representado en contexto a través de un árbol de palabras.

Figura 37

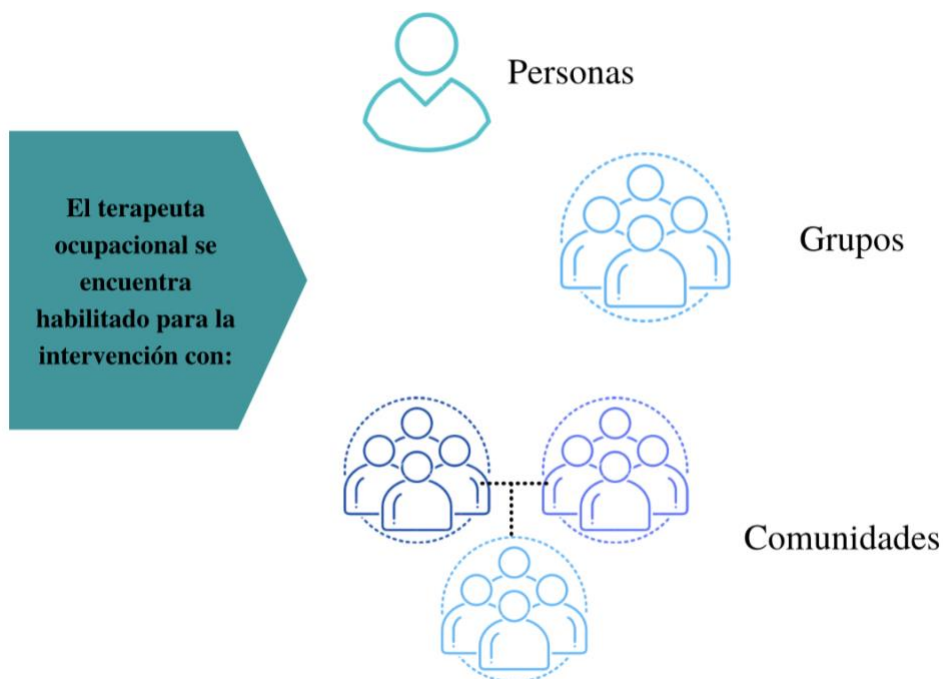
Árbol de palabras del concepto de comunidades



Nota. Figura de árbol de palabras del concepto de comunidades, de elaboración propia.

Figura 38

Árbol de palabras para la habilitación para la intervención de personas – grupos – comunidades



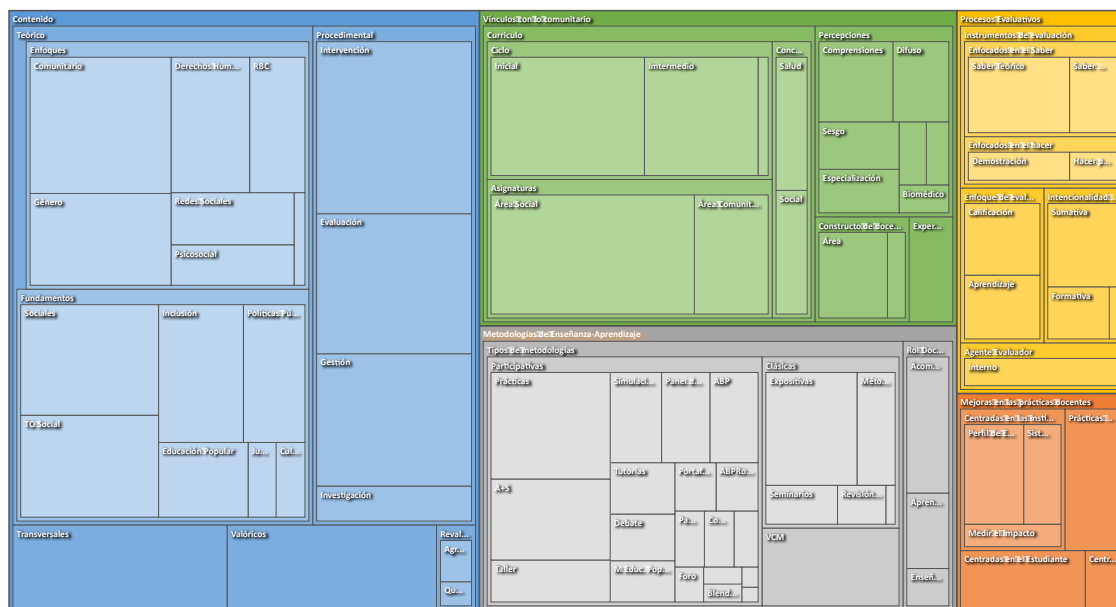
Nota. Figura de árbol de palabras para la habilitación para la intervención de personas – grupos – comunidades, de elaboración propia.

Una vez ubicado el concepto de comunidad(es) en contexto a través de un árbol de palabras, se puede vincular de manera estrecha con el concepto de “persona y grupos”, generando un posicionamiento de la habilitación del terapeuta ocupacional en la intervención de “personas, grupos y comunidades”.

A modo general, podemos visualizar que, del proceso de codificación presente en el discurso de los participantes, se observa un predominio por la categoría contenidos, le sigue la categoría de vínculos con lo comunitario, luego metodologías de enseñanza-aprendizaje, posteriormente mejoras en las prácticas y finalmente procesos evaluativos.

Figura 39

Número de referencias de codificación en el sistema de categorías

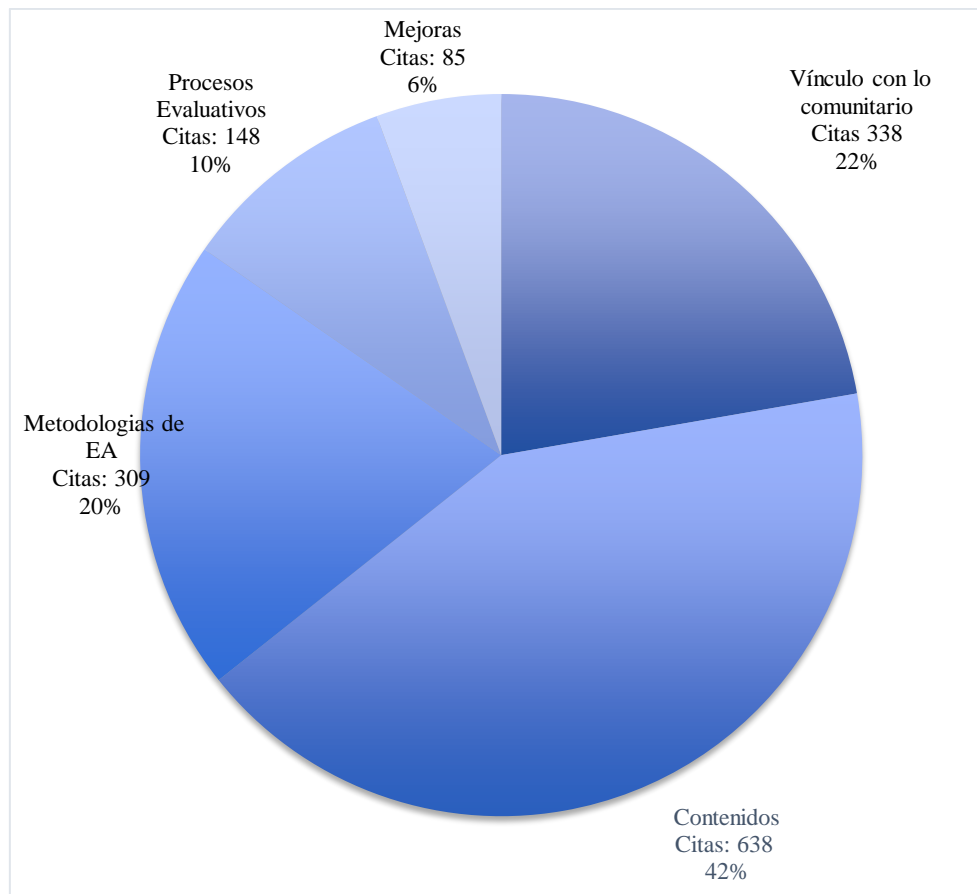


Nota. Figura del número de referencias de codificación en el sistema de categoría, de elaboración propia con el programa NVivo Pro12. En esta figura, un color más oscuro indica más referencias de codificación.

A nivel de cobertura, podemos indicar lo siguiente por categoría:

Figura 40

Cobertura de codificación por categoría



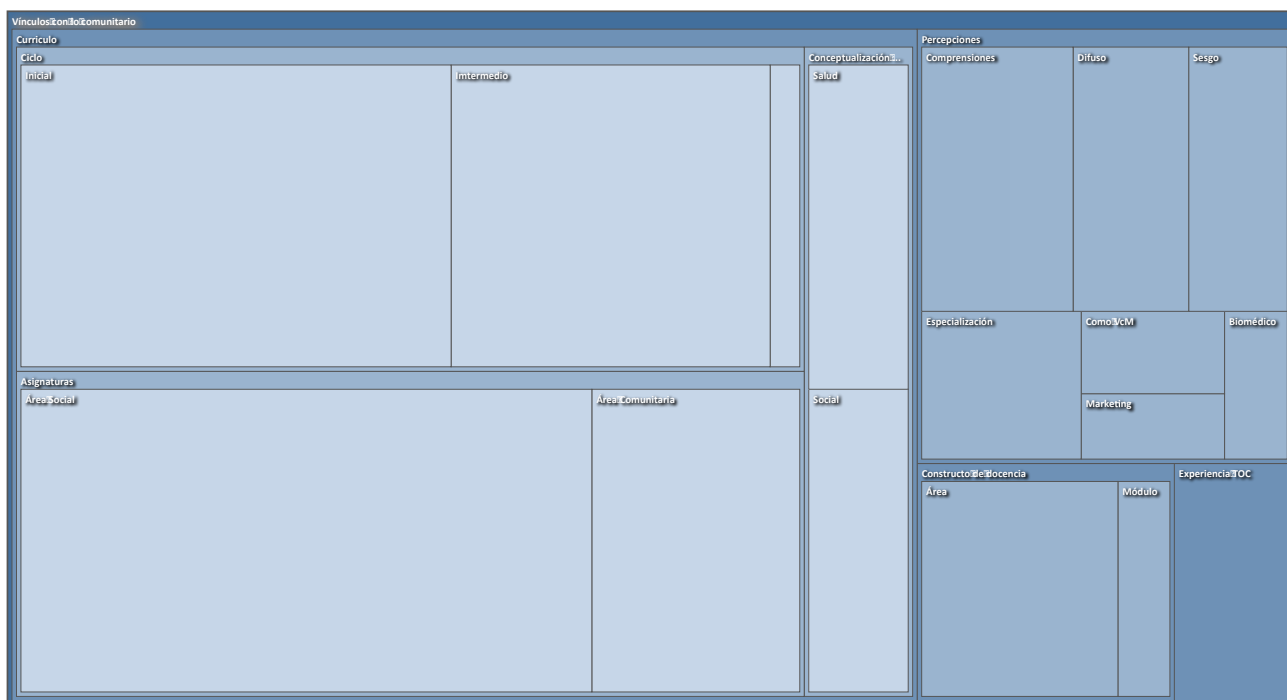
Nota. Figura que retrata la cobertura de codificación por categoría, de elaboración propia.

La categoría de “Contenidos” es la más grande con un 42% del discurso equivalente a 638 referencias en el corpus de texto; “Vínculos con lo comunitario” representa el 22% con 338 referencias; le sigue “Metodologías de enseñanza-aprendizaje”, con un 20% igual a 309 referencias; le sigue “Procesos evaluativos” con un 10%, con 148 referencias y finalmente la más pequeña es “Elementos de mejora” que es 6% contando con 85 referencias.

4. 1.- Identificar los vínculos de lo comunitario con los currículos universitarios de Terapia Ocupacional en Chile

Figura 41

Mapa jerárquico Categoría Vínculos con lo Comunitario



Nota. Figura del mapa jerárquico de la Categoría: Vínculos con lo Comunitario, de elaboración propia. Ese mapa indica los números de referencias de codificación en el sistema de categorías, en el cual un color más oscuro denota más referencias de codificación.

Como se observa en el mapa jerárquico, la categoría “Vínculos de lo comunitario con la docencia” cuenta con un total de 338 de referencias, y el mayor número pertenece a la subcategoría “Aspectos curriculares” con 239 referencias, la cual se asocia con la presencia de lo socio comunitario en los planes de formación, ya sea en las competencias o resultados de aprendizaje en los perfiles de egreso, así como en los ciclos de formación de las mallas de formación y los contenidos de los syllabus o programas de asignaturas.

Le sigue “Percepciones de lo comunitario”, con 64 referencias, que se asocia principalmente a las representaciones sociales que los entrevistados tienen acerca de lo comunitario en terapia ocupacional. Luego, le sigue “Constructo de docencia” con 24 referencias que, en algunos programas e instituciones de educación superior, es entendida la terapia ocupacional comunitaria como una asignatura o en otras como un área o trayectoria transversal en las mallas curriculares.

Finalmente, nos encontramos con “Experiencia profesional docente”, con 11 referencias, que se relaciona con los vínculos que establecen los/las docentes, aunque en ocasiones también intervienen directores/as, con su experiencia en el trabajo comunitario a sus clases en este mismo ámbito. A pesar de ser una subcategoría pequeña, cobra especial relevancia del vínculo de lo profesional con la academia.

Tabla 15

Nodos Comparados por Número de Referencias de Codificaciones de la Categoría Vínculos con lo Comunitario

Sub Categorías	Nodos	Nº Referencias de Codificaciones	Nº Elementos Codificados	
Sub Categoría: Percepciones de lo comunitario (64 referencias de codificación)	Comprensiones de lo comunitario	17	10	
	Especialización en comunidad	10	5	
	TO biomédico	4	4	
	TOC como marketing	4	3	
	TOC como VCM	5	2	
	TOC sesgo	11	7	
Sub Categoría: Constructo de docencia en TOC (24 referencias de codificación)	TOC constructo difuso	13	10	
	TO Comunitaria como módulo	5	4	
Sub Categoría: Experiencia profesional-docente en TOC (11 referencias de codificación)	TO Comunitaria como área	19	12	
	Experiencia profesional-docente en TOC	11	4	
Sub Categoría: Aspectos curriculares (239 referencias de codificación)	Asignaturas: (105 codificaciones de los nodos descendientes)	Asignaturas Área Social	77	26
		Asignaturas Área Comunitaria	28	17
	Ciclo Asociado: (105 codificaciones de los nodos descendientes)	Ciclo inicial	58	25
		Ciclo Intermedio	43	22
		Ciclo Profesional	4	4
	Conceptualización del TO (29 codificaciones de los nodos descendientes)	Profesionales del área social	14	8
Profesional de la salud		15	4	
TOTAL		338	44	

Nota. Tabla de elaboración propia que denota los nodos comparados por número de referencias de codificaciones de la categoría vínculos con lo comunitario.

En relación con la subcategoría percepciones de lo comunitario en los académicos y directivos, se encuentra fuertemente un vínculo a lo social, de manera complementaria a lo sanitario y dadas por las actuales políticas públicas [1], pero reconociendo lo histórico [2] en la forma en la cual se implementa actualmente y la idoneidad para su ejercicio [3].

[1] Cuando hablamos de Terapia Ocupacional Comunitaria (.) a ver, mi percepción es que es un área de intervención de la Terapia Ocupacional, que en Chile se ha venido masificando producto de las descentralizaciones a nivel hospitalario y clínico, la tendencia de que los periodos de hospitalización sean más cortos porque son de mayor costo, por lo tanto se ha debido instalar herramientas y estrategias para que desde dispositivos más cercanos a la comunidad, poder generar los cambios y los proceso de recuperación. Ahora también, que incluyen también estrategias para que la propia comunidad pueda resolver sus problemas de salud (Participante 1).

[2] Yo creo que (.) la Terapia Ocupacional Comunitaria, desde la historia, de cómo se ha construido acá en Chile, desde la pre-dictadura, la dictadura, la post-dictadura, y hoy en día en la contingencia nacional en la que vivimos, la Terapia Ocupacional va a un rol súper fundamental, tanto así porque lo social tiene que ver con la persona, y somos seres ocupacionales pero somos una construcción social, entonces todo el enlace que lleva a nivel social, lo va a desarrollar las personas en sus ocupaciones (Participante 4).

[3] “Creo que ahí compartimos un poco el campo con tal vez el trabajador social o con otros profesionales no sanitarios, como sociólogos o antropólogos pero creo que nosotros nos volvemos únicos desde nuestros conocimientos que son por una parte biomédicos, por otra parte sociales y con todo este enfoque nos hace profesionales muy idóneos para el desarrollo de este enfoque, de hecho de manera bien narcisista, egocéntrica pienso que somos los profesionales más idóneos para el trabajo comunitario (.), y efectivamente el aprender a trabajar en comunidad son herramientas que son muy distintas a lo que uno podría trabajar en una intervención más individual” (Participante 9).

Por otra parte, aparecen discursos relacionados entre sí, y que a pesar de que el paradigma imperante en la terapia ocupacional sigue siendo lo biomédico [4], es fundamental la especialización en el ámbito de lo comunitario [5] como una puesta de valor para la disciplina, y de esa forma evitar o disminuir el sesgo asociada a ella como una intervención que puede realizar cualquiera [6] o como una forma de marketing o una moda transitoria [7].

[4] Y de alguna manera sigue siendo también lo biomédico lo hegemónico en las prácticas, entonces yo siento que ese peso a veces hace que se dificulte mucho integrar, o sea esta dificultad que tienen muchos colegas, en decir si muy bonito lo comunitario, pero como lo concreto, cómo lo llevo a la práctica, entonces a veces cuesta mirar eso de cómo lo llevo a la práctica. Entonces eso hace que se haga difícil, no que no se quiera plasmarlo en contenidos concretos o en experiencias concretas. Y también pasa que muchos colegas que a lo mejor también hacen asignaturas, pueden ser colegas que su práctica comunitaria ha estado más sujeta a las políticas públicas en los años 90-2000, que son colegas jóvenes y que no han tenido tanta práctica comunitaria, por lo tanto, ahí también hay una dificultad para esto teórico, llevarlo a la práctica o a lo concreto y hacerlos dialogar con otros ámbitos como la salud, educación, etc. (Participante 7).

[4] O sea yo siento sí, la mayoría de las universidades lo declaramos, pero claro cuando tú vas a revisar las mallas, todavía tenemos esta visión bien clínica en la mayoría de ellas (...), que también algunos más tradicionales, o no sé si será tradicionales la palabra, pero que ven la [Terapia Ocupacional Comunitaria] como alejada de la Terapia Ocupacional (Participante 13).

[5] Yo creo que ahí hay varias discusiones que hacer, primero (.) la formación, el tema de la comunidad, comunitario para los terapeutas ocupacionales, es clave, esencial y es transversal, no se acota sólo a una asignatura. Tiene que ver también con una mirada, con un enfoque, de cómo trabajar en Terapia Ocupacional con comunidades en distintos ámbitos (Participante 7).

[6] También creo que lo comunitario genera marketing y que muchos terapeutas ocupacionales creen ser especialistas en intervención comunitaria, sin realmente serlo... Pero creo que tiene que ver con un tema de que hoy en día la comunidad vende, como tema, pero la implementación no se da como tal (Participante 5).

[7] El trabajo con la comunidad está súper manoseado también, porque se han levantado estrategias que son súper asistencialistas, y que el solo hecho de relacionarte con otros se engloba dentro de este contexto más comunitario (Participante 3).

Encontramos dos miradas a la incorporación de la terapia ocupacional comunitaria en los procesos formativos, una perspectiva que se vincula a una materia específica, que requiere de insumos de otros conocimientos, pero como un ramo específico [8], y encontramos otra perspectiva predominante que tiene que ver con una trayectoria de aprendizaje [9].

[8] Se me viene a la mente una asignatura, que debiese estar inserta en un ciclo de formación intermedio, que los estudiantes que la cursen deben haber aprobado otro tipo de asignaturas, cómo psicología, socio antropología, fundamentos de la Terapia Ocupacional (.) a lo mejor, políticas públicas, promoción de salud, tener un poco un acercamiento también inicial (.) a diferentes campos clínicos para que tengan un seguimiento necesario como para poder entender, qué se realiza en la Terapia Ocupacional Comunitaria (Participante 3).

[9] La formación, el tema de la comunidad, lo comunitario para los terapeutas ocupacionales, es clave, esencial y es transversal, no se acota sólo a una asignatura. Tiene que ver también con una mirada, con un enfoque, de cómo trabajar Terapia Ocupacional con comunidades en distintos ámbitos... Yo creo que es un enfoque transversal en la malla, o sea la idea de comunidad, el análisis de comunidad está presente desde primer año hasta el final y tiene ciertos hitos y asignaturas donde se va haciendo una discusión más explícita (Participante 7).

Se menciona la experiencia profesional en lo comunitario de los y las académicos y su vínculo con la docencia en la terapia ocupacional comunitaria [10].

[10] Al elegir dedicarme 8 años a APS, a la atención primaria en salud, y me hace mucho lo comunitario cuando trabajaba ahí mismo... entiendo que hay colegas que tienen poca experiencia desde la clínica, y desde la teoría también es un sustento fuerte, pero yo creo que lo que más (.) nutre a la persona que se está formando y a nosotros como formadores, porque yo también me nutro cuando estoy haciendo clases, porque me acuerdo de algunas cosas, repaso otras, yo creo que lo que más nutre es como la experiencia clínica, en esto que uno hace el paralelo al estudiante (Participante 2).

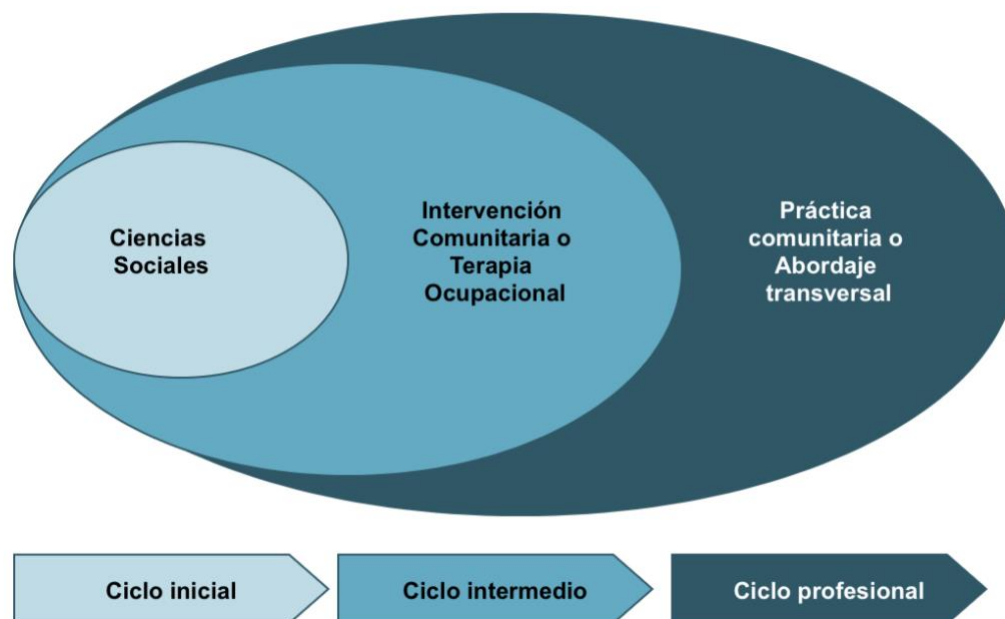
[10] Para mí, es un trabajo que también me formó [lo comunitario], o sea yo desde los años 80 empecé a trabajar en comunidad, y me atrevería a decir que, en ese periodo de tiempo, junto con ... y ... fuimos los primeros terapeutas que trabajamos en esa década, en comunitario, cuando

no estaba dentro de las mallas curriculares. Recuerdo muy claro que alrededor del 2002-2003 me llamaron de la Universidad..., para decirme que necesitaban a alguien que hiciera esa asignatura, y se impartía ya recién en el 2004, cuando ya los chiquillos iban en cuarto año. Y bueno, ya con el ((cateteo)) que uno hace, yo ya había ((cateteado)) en varias universidades para instalar la temática, entonces, las universidades privadas fueron las primeras en instaurarlo (Participante 7).

Además, encontramos asignaturas que se encuentran vinculadas de manera más fuerte a lo social y otras a lo comunitario. En la Figura 39, encontramos una perspectiva gráfica de la presencia de lo socio comunitario en los planes de formación de terapia ocupacional en Chile, donde el primer ciclo (primer y segundo año), se encuentra cargado de asignaturas introductorias asociadas a un fuerte componente asociado a las ciencias sociales, en el ciclo intermedio (tercer y cuarto año), asociado explícitamente a lo comunitario propiamente tal, en el ciclo profesional, encontramos una menor referencia semántica a lo socio comunitario, transformándose en un perspectiva integral e integrada a los módulos de prácticas profesionales.

Figura 42

Presencia de lo socio comunitario en las mallas curriculares de Terapia Ocupacional en Universidades Chilenas



Nota. Figura de la presencia de lo socio comunitario en las mallas curriculares de Terapia Ocupacional en Universidades Chilenas, de elaboración propia.

Predominantemente en el primer ciclo de formación encontramos asignaturas asociadas a las ciencias sociales como:

- Antropología
- Antropología e interculturalidad
- Sociología
- Socio antropología
- Psicología social
- Psicología social y del trabajo
- Bases psicosociales
- Sociedad y terapia ocupacional
- Inclusión social
- Ética y comunidad
- Sociedad, cultura y ocupación
- Ocupación en contextos socio culturales
- Aplicación de aspectos psicológicos y socioculturales a la intervención

Así como, miradas sociales de la salud como:

- Salud colectiva
- Sociedad y salud
- Salud intercultural
- Salud familiar y comunitaria
- Salud pública y colectiva
- Sociedad, salud y terapia ocupacional.

En el ciclo intermedios encontramos de igual forma referencias a lo social como, por ejemplo:

- Enfoque socio político
- Terapia ocupacional para la inclusión
- Diversidad y desarrollo social
- Participación e inclusión social

En el ciclo intermedio encontramos con mayor fuerza referencias explícitas a lo comunitario, sin embargo, es importante mencionar que en algunas mallas curriculares encontramos lo comunitario también el cuarto semestre (primer ciclo), donde los ramos sociales suelen ser la base o pre-requisitos para poder cursar los ramos comunitarios, encontramos una diversidad de nombres en las mallas curriculares, lo que pudiese asociarse al desarrollo incipiente de la terapia ocupacional comunitaria, por ejemplo:

- Terapia Ocupacional comunitaria
- Intervención comunitaria
- Enfoque comunitario
- Intervención en terapia ocupacional en comunidad
- Terapia Ocupacional en grupos y comunidades
- Terapia Ocupacional Socio Comunitaria
- Intervención en comunidad
- Modelos de intervención comunitaria
- Práctica comunitaria
- Enfoque comunitario y social para la terapia ocupacional
- Práctica integrada en contextos comunitarios
- Intervención psicosocial
- Salud Comunitaria
- Intervención de TO en rehabilitación psicosocial
- Intervención de TO en integración comunitaria
- Práctica comunitaria
- Práctica profesional: Salud comunitaria
- Evaluación e intervención en contexto comunitario
- Intervención comunitaria RBC

Un aspecto interesante de presentar en este mismo ciclo de formación es el vínculo que se realiza con la gestión comunitaria como parte de la terapia ocupacional comunitaria y encontramos módulos como:

- Gestión y desarrollo de proyectos sociales
- Proyecto comunitario en inclusión social,
- Proyecto de inclusión social
- Gestión y liderazgo en salud comunitaria
- Gestión en salud comunitaria
- Inclusión social II

Incluso algunos módulos contienen la mixtura de la intervención y la gestión comunitaria como:

- Intervención en salud comunitaria y gestión social
- Gestión e intervención comunitaria.

También se destaca en este ciclo un ramo de investigación que son propios de los espacios sociales o desde perspectivas socio críticas que ha tributado históricamente al enfoque comunitario latinoamericano:

- Investigación acción participativa y sistematización.

En el ciclo profesional, encontramos una menor referencia directa a lo socio comunitario, por lo que podemos inferir o que se pierde o se aborda desde una mirada más integral, y encontramos, por ejemplo:

- Práctica profesional en inclusión social educativa
- Práctica Comunitaria en Grupos Vulnerables.
- Práctica profesional en inclusión social

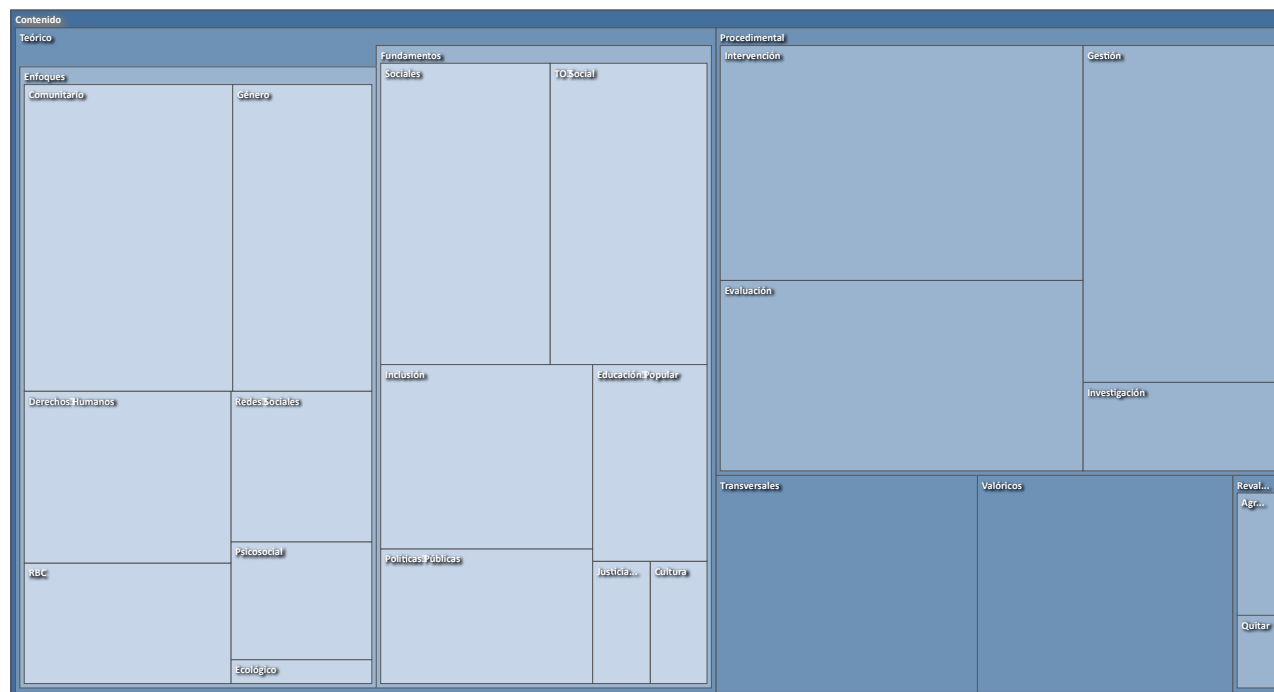
La adquisición de las competencias y los contenidos asociados a lo comunitario se visualiza como progresivo en el tiempo, siendo lo social la base para la terapia ocupacional comunitaria o intervención comunitaria y finalmente para las prácticas profesionales, donde observamos que se pierde como nombre explícito en las mallas, sin embargo, esta se considera de manera transversal en los internados profesionales. Y esto se asocia también, a que en las mallas no necesariamente se declaran de manera explícita el contenido o saberes en el nombre del módulo, por diversas razones como contar con nombres genéricos, posibilidad de modificar los contenidos, mover contenidos entre semestres, como un ajuste curricular, sin necesidad de modifica la malla [11]. Por lo que puede ocurrir que existan mayor cantidad de contenidos comunitarios en módulos con nombres asociados a “Módulos Integrados I, II, III” o “Intervención en Terapia Ocupacional I, II, III...”, entre otros.

[11] Entonces se replica este concepto que es de la WFOT [World Federation of Occupational Therapist] por ejemplo, que tiene una mirada paradigmática que es muy particular, ¿te fijas? No una mirada latinoamericana como los colegas que ahora están publicando en torno a estos nuevos posicionamientos [comunitarios]. Y casi (.) no quiero ser negligente con lo que voy a decir, pero casi uno corta y pega...entonces después cuando uno tiene que traducir o hacer las cajitas, lo perdemos lo comunitario. Y lo perdemos a propósito de que no queremos salir de las cajitas pues, de lo tradicional. Es como una resistencia al cambio, por una parte, y una falta de minuciosidad de traducción de los conceptos, de los perfiles. Yo creo que esa brecha que existe ahí, si lo veo desde cómo yo lo he ido experimentando, ...en las otras dos universidades que yo he trabajado, y en esta, es la resistencia un poco al cambio y un poquitito de falta de visión. La visión de mirar, que qué es lo que es pertinente para la época en la que estamos, cultivando hacia el futuro, ¿te fijas? Y quedarnos un poco en lo que es lo tradicional, eso es lo que diría yo que nos pasa y un poco este nivel de (.) y lo otro es decir; ah pero es que esto va instalado aquí, va dentro de esta asignatura...por lo tanto, no es necesario que esté explícito en las cajitas, sin embargo yo creo que hay que dirimir ahí, qué es lo relevante que vaya dentro de las cajitas, en torno a cómo uno construye resultados de aprendizajes que van a un gran aprendizaje o desempeño que tiene que ver con esto, o qué de ((frentón)) tiene que ser una línea curricular, explicitada dentro de esta línea o cajitas que aparecen y apuntan finalmente a lo que queremos formar como terapeutas ocupacional (Participante 9).

4.2.- Caracterizar los contenidos que se desarrollan en la formación de estudiantes universitarios de terapia ocupacional en el ámbito comunitario en Chile

Figura 43

Mapa jerárquico de la Categoría de Contenidos



Nota. Figura del mapa jerárquico del número de referencias de codificación en la Categoría Contenido, de elaboración propia. En este mapa, un color más oscuro indica más referencias de codificación.

La categoría Contenidos es la más grande, con un total de 638 referencias, de estas la subcategoría con mayor número de referencias es la de Contenido Teórico con 353 referencias, la cual hace alusión a los fundamentos conceptuales y enfoques y modelos de intervención en la terapia ocupacional comunitaria, tomando especial relevancia las fuentes como programas de las asignaturas y los docentes. Le sigue Contenido Procedimental con 192 referencias, categoría que se vinculan con aspectos prácticos y del hacer que debe manejar un terapeuta ocupacional en formación para el espacio comunitario. Luego, le sigue Contenidos Transversales con 43 referencias, el cual surge como una subcategoría emergente, en el cual se hace referencia a saberes vinculados no sólo a la práctica del terapeuta ocupacional en el mundo comunitario, sino que son de especial relevancia en cualquier área o espacio de intervención.

Además, encontramos los Contenidos Actitudinales o Valóricos con 42 referencias, referencias que se desprenden principalmente del discurso de los docentes, ya que muchos de éstos no se encuentran declarados en los programas de asignaturas.

Finalmente, Reevaluación de Contenidos con 8 citas siendo la subcategoría más pequeña de esta investigación, la cual hace referencia a momentos curriculares en el cual la escuela evalúa la pertinencia de sus contenidos.

Tabla 16

Nodos comparados por Número de Referencias de Codificaciones de la Categoría Contenidos

Sub Categoría	Nodos	Nº Referencias de Codificaciones	Nº Elementos Codificados		
Contenido Teórico (353 Referencias de Codificación)	Fundamentos Conceptuales (171 Codificaciones de los Nodos Descendientes)	Educación Popular	13	19	
		Inclusión Social	14	33	
		Interculturalidad	3	6	
		Justicia Ocupacional	3	6	
		Políticas Públicas	12	24	
		Teorías Sociológicas	12	43	
		Terapia Ocupacional Social	16	40	
		Enfoques y Modelos de Intervención (176 Codificaciones de los Nodos Descendientes)	Enfoque Comunitario	18	54
			Enfoque de Derecho Humanos	13	30
			Teorías de Género	14	36
Contenido Procedimental (192 Referencias de Codificación)		Modelo de Redes Sociales	13	18	
		Modelo Ecológico	3	3	
		Modelo Psicosocial	10	14	
		RBC	11	21	
Contenido Actitudinal o Valórico (42 referencias de codificación)		Evaluación	56	22	
		Intervención	69	22	
		Gestión	53	16	
		Investigación	14	4	
Contenido Transversal (43 referencias de codificación)			42	15	
Reevaluación de Contenidos (8 Referencias de Codificación)	Agregar nuevos contenidos	5	5		
	Quitar contenidos	3	3		
Total		638	46		

Nota. Tabla de elaboración propia que denota los nodos comparados por número de referencias de codificaciones de la categoría de Contenidos.

4.2.1- Contenido Teórico

En relación con la subcategoría contenido teórico, que incluye tanto conocimientos en relación con teorías, conceptos, entre otros, se emerge ligada tanto a los fundamentos conceptuales, como a los enfoques y modelos de intervención, con relación al primero.

El vínculo más estrecho con la terapia ocupacional comunitaria se da con la Terapia Ocupacional Social [12], con referentes terapeutas ocupacionales internacionales como Frank Kronenberg, Salvador Simó [12], y en la misma línea se evidencia que la formación está marcada fuertemente por autores latinoamericanos como Sandra Galheido y a su vez referentes chilenos, desde la llamada Terapia Ocupacional del Sur como Alejandro Guajardo y Mónica Palacios [12].

[12] Aplicar la perspectiva social de la terapia ocupacional en las prácticas de terapia ocupacional en salud mental, en distintas etapas del ciclo vital, con la finalidad de integrar un enfoque social de TO en prácticas con sujetos individuales, grupales y la comunidad (Programa de asignatura 2).

[12] Kronenberg, Simó... trabajamos también con esta nueva adquisición que tenemos que es la Terapia Ocupacional desde el sur (Participante 8).

[12] Desde la mirada que tenemos nosotros como terapeutas ocupacionales en formación en esta universidad que es una mirada desde el sur, de colonial y que tiene que ver con potenciar el colectivo como un espacio de la vida cotidiana, de la formación, espacios de lucha, espacios de liberación, es privilegiado o sea ser un ciudadano en la medida que eres parte de una comunidad, te incluyes o generas procesos de inclusión en comunidades (Participante 7).

[12] Alejandro Guajardo, Carlos Pérez Soto (...) Sandra Galheido, también Salvador Simó, también por lo que ha hecho sus trabajos, yo creo que esos han sido fundamentales y bueno Mónica Palacios también...y en cierta medida han podido ayudarme a entender esto, lo bonito de lo comunitario (Participante 7).

Otro referente latinoamericano, nombrados por todos los docentes de Terapia Ocupacional comunitaria es el pedagogo y filósofo brasileño Paulo Freire y su planteamiento de la educación popular

[13] en relación con los aportes a los procesos de salud y socioeducativas.

[13] Analiza aspectos referentes al sujeto comunitario y a la salud comunitaria, desde la perspectiva de la educación popular, para tener una visión amplia e integral de los procesos de salud y educación (Programa de asignatura 1)

[13] Modelos y enfoques: Modelo de educación popular (Programa 11).

[13] Nosotros utilizamos mucho las estrategias de Paulo Freire, o sea, en ese sentido la educación popular es una herramienta que para nosotros es muy importante (Participante 12).

[13] No sabría decirte un autor...pero es muy básico es algo que nosotros revisamos en el pregrado en el año 98 en la universidad, y es bastante sencillo porque busca trabajar con personas que no están necesariamente vinculadas al trabajo comunitario también, entonces es muy desde la estrategia que busca ser participativa, de recolección de aprendizaje o levantamiento de aprendizaje en conjunto entonces por ese lado nos tomamos más de Freire y pensamos en los distintos tipos de comunidades en las cuales nos vamos a ir relacionando (Participante 6).

La inclusión social [14] se observa como un contenido fuerte en el discurso de los participantes, ya que incluso encontramos 8 asignaturas que llevan dicho nombre en las mallas de Chile, las cuales estrechan vínculos con las políticas las políticas públicas [15], con fuerte énfasis en atención primaria [16], vinculándonos a temáticas de intervención de la terapia ocupacional en todo el curso de vida en niñez y adolescencia, adultez y personas mayores, asociados a superar la exclusión de grupos vulnerables y el ejercicio de derechos en temáticas como:

- Vulnerabilidad social
- Riesgo social
- Migración
- Minorías étnicas
- Personas en situación de calle
- Grupos vulnerables
- Cohesión social
- Infractores de ley
- Accesibilidad universal
- Personas en situación de calle

- Consumo problemático de alcohol y otras drogas
- Inclusión educativa
- Inclusión laboral
- Infancia y juventud vulnerable

[14] [15] Desarrolla programas de intervención de terapia ocupacional con enfoque social y político orientado a promover la salud de las personas a través de acciones basadas en la equidad, igualdad de oportunidades y la inclusión social en contextos vulnerables (Programa 3).

[15] “Políticas públicas con énfasis en grupos vulnerables” (Programa 10).

[16] Unidad II: Bienestar social y el Rol del estado: La seguridad, el bienestar social y la participación en Chile, su evolución histórica, Antecedentes históricos de la salud pública en Chile y cómo surge el trabajo comunitario en este contexto histórico. La política pública de la atención primaria, La Comunidad y la participación en el contexto de la postmodernidad (Programa 13).

[16] Resultado de aprendizaje: Analizar conceptos básicos de la Atención Primaria de Salud desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional: Sistema de protección social en Chile e intervención de Terapia Ocupacional, Terapia Ocupacional en Atención Primaria, Carta de Alma-Ata, Programas de intervención a nivel de atención primaria de salud (Chile crece contigo, embarazadas, paternidad activa, adultos mayores) (Programa 18).

Observamos que la terapia ocupacional comunitaria toma muchas de sus referencias o bases conceptuales de manera interdisciplinaria, como son las teorías sociológicas [17], a forma de respaldo epistemológico, en el análisis de los fenómenos socio ocupacionales, asociados a los conceptos de salud y también de cultura, y los determinantes sociales en salud, encontramos aportes principales bibliográficos de Zigmunt Bauman, Emile Durkheim, Max Weber, Anthony Giddens, Pierre Bourdieu, Michel Foucault y Edgard Morin y de manera mucho más directa en relación al enfoque de género [18], en relación a la ruptura de paradigmas entre los sexos, las construcciones sociales de género, sexualidad, familia y roles, así como los movimientos feministas y teoría Queer, con exponentes como Simone de Beauvoir y Judith Butler.

[17] Unidad II: análisis y aportes de las ciencias sociales a la terapia ocupacional (Programa 19).

[17] Se busca instaurar otros paradigmas vinculados más a lo constructivistas, focalizándose en modelos como determinantes sociales, como el interpretativista, otros paradigmas que permiten instalar la salud desde la mirada del sujeto y no tanto del objeto de investigación (Participante 11).

[17-18] Identificar el aporte del estructural constructivismo, paradigma de la complejidad, teorías *foucaultianas*, perspectivas feministas y teoría *Queer* al análisis de los fenómenos socio ocupacionales (Programa 20).

[18] Ha ido mutando a las necesidades que va teniendo la comunidad ahora, por ejemplo, este año agregamos diversidad sexual, identidad de género que eran temas que a lo mejor no teníamos visualizados antes y que ahora es una necesidad latente. Y para eso necesitamos seguir vinculándonos en la comunidad (Participante 12)

En relación con los enfoques y modelos de intervención utilizados en los procesos de terapia ocupacional comunitaria aparece el enfoque comunitario [19] propuesto por Víctor Martínez, como la perspectiva teórica más utilizada por las universidades chilenas en la enseñanza de la terapia ocupacional comunitaria, vinculado fuertemente con el modelo de redes sociales [20].

[19] Asignatura que pretende contribuir a que los estudiantes comprendan los fundamentos del enfoque comunitario de su intervención y aplicación en Terapia Ocupacional. Los contenidos que se abordan aportan a desarrollar la creatividad y una capacidad innovadora frente a las problemáticas de las comunidades, en la búsqueda de soluciones para los problemas ocupacionales y sus repercusiones en el bienestar general y la calidad de vida de las personas, siendo capaz de ver a la comunidad en su integridad y de trabajar en equipo para el logro de soluciones. Se espera que los estudiantes desarrollen estrategias de intervención comunitaria en contextos individuales y colectivos (familias y grupos) (Programa de asignatura 13).

[19] Curso orientado a que el/la estudiante conozca modelos, metodologías y técnicas que le permitan diseñar y aplicar intervenciones profesionales con enfoque comunitario y psicosocial que promuevan la participación e inclusión social en diversos ámbitos de desempeño ocupacional a lo largo del ciclo vital (Programa de asignatura 11).

[19-20] Ahí aporta mucho el Víctor Martínez quien genera este libro que se llama “Enfoque comunitario” donde habla de la mirada de distintos profesionales y empieza a hablar de lo interdisciplinar dentro del enfoque comunitario y lo importante que es que las profesiones conversen sobre el foco que es la comunidad y toda esta elaboración acerca de las redes y todo eso. (Participante 3). [20] Trabajamos con tradiciones latinoamericanas...mostramos algunas cosas que plantea Víctor [Martínez], sobre todo en el tema de redes, trabajamos con Dabas que es una argentina especialista en el tema de redes (Participante 7).

[20] Unidad III Modelos y estrategias del enfoque comunitario: Modelo de redes sociales (Programa 15).

[20] Empatizo con varios modelos, por ejemplo...en salud mental el modelo de redes sociales que es lo fundamental dentro de los procesos comunitarios (Participante 4).

La práctica actual de la intervención comunitaria en terapia ocupacional está marcada fuertemente por una perspectiva en el enfoque de derechos humanos [21] y es así mismo que aparece declarada explícitamente en seis de los perfiles de egreso revisados, vinculándose con el respeto y protección a las personas y sus derechos fundamentales

[21] Propuestas de intervención que consideren el diagnóstico comunitario, redes sociales, derechos humanos y justicia ocupacional (Programa 1).

[21] Así también existen propuestas tales como que este contenido debería ser potenciado más, creo que debería existir también una asignatura completa de enfoque de derechos, que esa asignatura no debería estar concentrada en la teoría, sino que también debería tener práctica como simulaciones clínicas, por ejemplo, con estrategias que hagan experiencial este aprendizaje (Participante 2).

[21] Yo creo que dentro de lo principal es que los propios terapeutas ocupacionales, como son profesionales socio comunitarios y también del área de la salud, que tengan una visión de derechos humanos yo creo que eso es lo fundamental (Participante 4).

Además encontramos dos perspectivas asociadas a los procesos de intervención, como lo es la rehabilitación basada en la comunidad [22] esta estrategia vinculada estrechamente a la integración social de personas con discapacidad y sus familias, y el modelo psicosocial [23] asociado principalmente a la inclusión de personas con trastornos psiquiátricos y de salud mental, en ambas perspectivas, el proceso de inclusión se centra en generar estrategias compensatorias de las dificultades de las personas y las barreras sociales de la comunidad que limitan el desempeño en ocupaciones significativas, buscando propiciar estrategias de empoderamiento que provengan desde y para las personas.

[22] La intersectorialidad es un tema muy importante, porque a pesar de que puede ser un dispositivo de atención primaria de salud, tiene que ver con lo intersectorial, como por ejemplo la estrategia de RBC que es una estrategia APS (Participante 2).

[22] Unidad RBC: Distinguir la rehabilitación basada en la comunidad y su relación a la Terapia Ocupacional, Aplicar las bases teóricas y prácticas de la estrategia de Rehabilitación con Base Comunitaria, Distinguir la rehabilitación basada en la comunidad y su relación a la Terapia Ocupacional, Historia de la rehabilitación basada en la comunidad, Corrientes que influyen la RBC en Chile y Latinoamérica (Programa 4).

[22-23] Empatizo con varios modelos comunitarios, por ejemplo, el tema de la estrategia de la RBC, por ejemplo, desde área de salud física y con el modelo psicosocial desde la salud mental (Participante 3).

[23] La asignatura (...) pretende entregar a los estudiantes las competencias teóricas y prácticas para el desempeño futuro como Terapeutas Ocupacionales en el trabajo con personas, grupos o comunidades desde la perspectiva psicosocial. Siendo sus objetivos específicos: Planificar y ejecutar diseños intervención psicosocial, Comprender y relacionar las intervenciones de Terapia Ocupacional en salud mental desde la perspectiva de los derechos humanos y el enfoque psicosocial (Programa 16).

[23] Yo pensaba deberíamos potenciar más lo que es salud mental, lo psicosocial, e incorporarle más el tema comunitario, porque es lo que tenemos, según yo es ahí donde hay trabajo, es la realidad (Participante 8).

4.2.2.- Contenido Procedimental

Esta subcategoría incluye conocimientos sobre el cómo y el por qué se realizan ciertas habilidades necesarias para la inserción del terapeuta ocupacional en el mundo comunitario, las cuales se encuentran vinculados de manera estrecha la evaluación y con la intervención. La evaluación tiene dos lógicas, desde el posicionamiento del sujeto en su contexto social [24] (familia-comunidad), a través de instrumentos

como el genograma, ecomapa, apgar familiar, círculo familiar, que se aplican de manera simulada en la sala de clases o lo aplican en procesos prácticos.

[24] Implementa evaluaciones del desempeño ocupacional en comunidad del sujeto basadas en los utilizados en terapia ocupacional (Programa 3).

[24] Yo le digo a los chiquillos ya conozcamos la teoría, pero apliquémosla a un contexto real, y pongo un ejemplo como el de la señora Juanita, y eso les causa mucho más sentido, que usualmente son de mi práctica y a veces invento un poco, y lo traspaso a un caso clínico y es ahí donde el estudiante le aplica los instrumentos como genograma, el ecomapa, un apgar o un círculo familiar, por ejemplo (Participante 2).

Por otro lado, la evaluación que se enseña por excelencia en las universidades chilenas es la elaboración del diagnóstico participativo [25] cuya palabra en el análisis es la que más se repite asociada al código evaluación (24 referencias), el cual permite comprender y explicar las fortalezas, recursos y problemáticas con las que cuenta una comunidad determinada [26], y en la totalidad de las universidades consultadas se realiza de manera real a través de prácticas o en contexto de aprendizaje servicio [27], al visualizar la figura 44 correspondiente al árbol de palabras del concepto diagnóstico [28] atendiendo a la palabra en contexto en el que esta aparece, observamos que es llamado de igual forma como diagnóstico participativo, diagnóstico situacional comunitario o diagnóstico local participativo, pero apuntan a la misma lógica, utilizando como principal herramienta el árbol de problema-solución, utilización de metodologías participativas, matrices de priorización y matriz de marco lógico.

[25] Elabora evaluaciones grupales y comunitarios para establecer diagnósticos comunitarios con foco en la ocupación. (Programa 21).

[25] Yo creo que la clase que más me gusta es cuando explico el diagnóstico participativo porque igual yo tenía mucho más manejo de lo práctico, porque el diagnóstico participativo cuando te lo explica un académico que ha estado a lo mejor varios años encerrado en la Universidad y no tiene relación con la práctica se nota muchísimo. Entonces cuando yo incluso hace unos meses estuve haciendo diagnóstico participativo en las comunas, se vuelve mucho más nutritivo para los estudiantes (Participante 4).

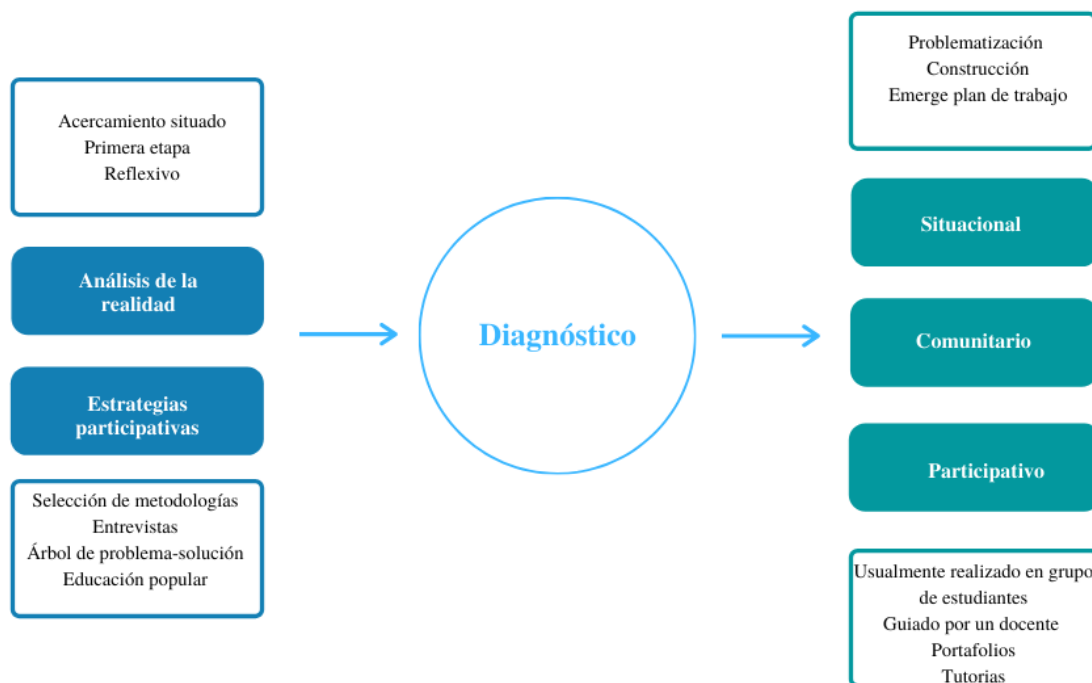
[26] La primera etapa que habla el diagnóstico es conocernos, conocer a la comunidad, quienes son parte de, quiénes van a ser parte de, y esto implica reconocerse, insisto. De dónde viene, cuáles son sus intereses, aspectos que son básicos de la comunicación humana. Y luego de eso, cómo nos convocamos, qué es lo que me mueve de estar aquí. Y luego de eso ya problematicemos. ¿cuál es nuestra realidad? (Participante 9).

[26] Los mismos chiquillos se coordinaban con los mismos presidentes de las juntas de adulto mayor, acordaban los tiempos y yo como docente les ayudaba a preparar material, a que buscaran información y a momento de ir a la segunda sesión en donde ellos debían conocerse con los demás participantes, ahí los chiquillos iban con los diagnósticos participativos, entonces ahí hacían diagnóstico participativo ellos mismos, el árbol de problemas, el árbol de soluciones, la matriz de priorización y salió súper efectivo (Participante 4).

[27] Entonces, finalmente lo que hace el estudiante es que va y reconoce el barrio, el cual estará durante todo su proceso de la línea de intervención comunitaria; entonces, conoce los actores sociales, el presidente de junta de vecinos, a los vecinos, ve las condiciones en relación a los recursos que existen, jardines infantiles, hacen todo el análisis que les piden desde los determinantes sociales de la salud, después ellos lo que hacen es una especie de encuesta, un levantamiento y está relacionada principalmente con identificar determinantes sociodemográficos del barrio, características socio sanitarias específicas, como morbilidad, comorbilidad, nivel de ingreso, es una encuesta. Y, después, ya pasamos a intervención donde el chiquillo tiene que ir a trabajar a la comunidad (Participante 11).

Figura 44

Visualización de Árbol de Palabras de la Palabra Diagnóstico en Contexto



Nota. Figura de la visualización de árbol de palabras del código diagnóstico [28] en contexto en software NVivo 12 Pro, de elaboración propia.

En relación con los procesos de intervención comunitaria [29], estos se desprenden de las evaluaciones y se suelen realizar inmediatamente posterior, en el mismo módulo o ramo (que en todos los casos entrevistados son semestrales), el proceso de intervención incorpora elementos como la planificación de éste, su ejecución y en algunos programas (no en todos) se evidenció también evaluación y sistematización [30]. En el cual se aplican metodologías desde la educación popular de Paulo Freire, con características dialécticas, participativas, críticas y dialógicas, así también como talleres y elaboración de ergoterapias [31], adaptando y flexibilizando las estrategias en virtud de las necesidades de la comunidad, sin embargo, aparecen preocupaciones sobre el fundamento de este tipo de intervenciones [32].

La intervención comunitaria aparece como un concepto importante, evidenciándose en que 24 de las 25 universidades estudiadas lo declaran como uno de sus atributos en sus perfiles de egreso [33], la única que no lo declara explícitamente, indica que su intervención se encuentra limitada a individuos y grupos [34].

[29] Aplicar intervenciones profesionales con enfoque comunitario y psicosocial que promuevan la participación e inclusión social en diversos ámbitos de desempeño ocupacional a lo largo del ciclo vital (...) utilizando metodologías participativas, intersectoriales e interdisciplinarias que sitúen al trabajo en equipo con diversos actores sociales como elemento central de la intervención (Programa 11).

[30] Documento final de la intervención comunitaria que considera análisis y descripción de todas las etapas del proceso (Programa 1).

[30] Trabajo de evaluación de los principales logros y dificultades en la ejecución de los proyectos en la comunidad (Programa 12).

[31] Propuestas de intervención que incorporen los aspectos y principios claves de Paulo Freire (Programa de asignatura 1).

[31] Entonces lo que hacíamos en este ramo es que los estudiantes pasaban con la docente de la asignatura, y yo veía la parte de vinculación, entonces en grupos pequeños, de tres a cuatro estudiantes, ofertábamos diferentes cursos a la comunidad donde participaron escuelas especiales (.), grupos de adulto mayor (.), grupos de usuarios pertenecientes a COSAM (...) generábamos ergoterapias necesarias para el logro de objetivos de los talleres (Participante 3).

[31] El trabajo comunitario es muy desde la estrategia que busca ser participativa, por ese lado nos tomamos más de Freire y pensando en los distintos tipos de comunidades con las cuales nos vamos relacionando (Participante 6).

[31] Interactúan con cada una de las personas, por ejemplo, los que toman tectito los miércoles en la tarde, ellos [los alumnos] van a tomar tectito con ellos. Si van a visitar a un grupo que hace voluntariado con perritos, ellos [los alumnos] van a trabajar con perritos. Si van a visitar a un grupo de batucada, ellos van a la batucada. ¿cachai? Se incorporan, explican que vienen por un rato y que van a estar haciendo unas visitas y un trabajo y si pueden conocer lo que hacen. Si la gente está de acuerdo, obviamente ahí entran, es todo un proceso que no es fácil, a veces les cuesta encontrar una comunidad y eso también es parte del análisis, tiene que ver con que ellos autogestionen sus propias redes, entonces comienzan a cuestionarse cuántas redes tienen, cuánta vinculación con la comunidad tienen, si es que conocen a su comunidad, todo eso es parte del trabajo previo a encontrar un grupo. A veces terminan pidiéndole a la abuelita que los lleve al grupo de adulto mayor porque no tienen tanto vínculo en su comunidad, todas esas cosas son parte del proceso... Y las actividades más de intervención van siendo progresivas, eso tiene que ver con la línea de práctica integrada... Y van desde la línea y el programa de aprender a planificar y hacer procesos participativos. Ponemos mucho énfasis en hacer procesos participativos (Participante 7).

[31] Los estudiantes tienen que hacer diagnósticos, tienen que proponer, tienen que evaluar, y ya en el segundo semestre, ejecutan. Y efectivamente, ellos yo creo que eso es lo que les aporta, esta mirada amplia, la flexibilidad de comprender que no todas las realidades son iguales, que no porque tú vas a tener una patología, vas a actuar de cierta manera, (.) un poco romper con las expectativas de las necesidades que tienen esas personas, no necesariamente son las que tú crees que tienen. Entonces yo creo que eso, como de llevarlo a la realidad, desde la mirada comunitaria, les sirve mucho a los chiquillos. Desde lo actitudinal también, en esta asignatura de adulto mayor, a las chicas las llevé a la mala ((risas)) sin convenio, a un grupo de adulto mayor del programa más, entonces yo les decía, ellas están acostumbradas al perfil de ELEAM. Entonces yo les decía, van a ver otros perfiles de adulto mayor, que yo NECESITO que lo vean, que lo vivan, pero yo voy a estar ahí y todo. Y estaban así, pero (.), y bueno todo el trabajo que hicimos fue (.) desde un modelo comunitario porque (.) en el fondo fuimos hacer un diagnóstico, le preguntamos qué querían, después volvimos a ir, se ejecutaron las cosas según sus necesidades y en la medida que se pudo, se trabajó con la red, entonces las chicas estaban, así como, NOS COMIERON, o sea ellos tenían más energía que nosotras y súper buenos para hacer preguntas. A mí me encanta esa experiencia porque yo les decía, eso quería que pasara por, que lo aprendieran, y que a lo

mejor ellos pedían una cosa nada que ver (.) si ¿sabes lo que querían? Un taller de fitoterapia (.) Lo de la medicina con hierbas, y las chiquillas se pusieron a estudiar, a averiguar, a cómo utilizar las plantas, y cómo ellos podían tener plantitas, y hacerse las medicinas, entonces fue una experiencia súper buena *cachai*. Y yo creo que eso no te lo da jamás el aula, tienes que salir, tienes que vivir. Y eso es lo otro, chicas que no sé eran muy tímidas, más *calladitas*, ya se veían enfrentadas a otra situación donde les nacía hablar (Participante 8).

[32] Me pasa eso con dos cosas, con lo comunitario y con lo grupal, porque todo el mundo hace grupos y hace talleres, pero no sabe cómo lo hace y donde lo saca o como se ha informado y lo mismo con lo comunitario, todos los profes son comunitarios, todos trabajan con la comunidad, pero no saben cómo (...) comunitario todos son nadie es (Participante 5).

[32] Es un profesional flexible, con formación científica, competente en el quehacer propio de la Terapia Ocupacional, que le permiten intervenir en las áreas de salud mental/psiquiátrica, salud comunitaria y salud física a lo largo del ciclo vital (Perfil de egreso 3).

[33] Intervenir desde la terapia ocupacional a grupos y comunidades para promover el bienestar en sus miembros mediante la participación en ocupaciones significativas (Perfil de egreso 6).

[33] Profesional que cuenta con recursos para un actuar competente pudiendo diseñar, gestionar, evaluar e intervenir, con el fin de apoyar el desempeño ocupacional de personas y comunidades, en los ámbitos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación e inclusión social de personas sanas, enfermas, con discapacidad o que experimentan algún tipo de vulneración social (Perfil de egreso 12).

[34] Diseñar e implementar acciones de promoción, prevención, mantención y recuperación de la salud a través de facilitar y mejorar el desempeño y la participación ocupacional de personas y grupos de población que se encuentren en condición de riesgo, vulnerabilidad y/o discapacidad (Perfil de egreso 20).

Otros elemento interesante de observar es el vínculo entre la terapia ocupacional comunitaria y la gestión, apareciendo en perfiles de egreso [35] y de hecho varias asignaturas contienen esta mixtura en sus propios nombres y aparece la gestión comunitaria [36] como una habilidad que deben desarrollar y vivenciar los estudiantes en los módulos asociados a la intervención comunitaria [37], vinculados principalmente al diseño, gestión y evaluación de proyectos, utilizando como un recurso importante la matriz FODA, la matriz de marco lógico o de seguimiento [38] y en menor medida aparece la capacidad de emprendimiento en ámbitos comunitarios.

[35] Gestionar con efectividad los recursos públicos y privados cumpliendo con los estándares de calidad establecidos, con la finalidad de mejorar la calidad de la vida de las personas y sus comunidades (Perfil de egreso 6).

[35] Ámbito: Gestión

1. Proponer proyectos o programas sociales desde una perspectiva ocupacional, acordes a los lineamientos de la política pública en alguno de los siguientes campos: salud, educación, trabajo, justicia o protección social.

2. Desarrollar acciones de gestión a nivel organizacional/comunitaria vinculado a terapia ocupacional. (Perfil de egreso 17).

[36] Favorecer sus competencias profesionales en el ámbito de la gestión, lo que les permitirá el desarrollo de la planificación y gestión de proyectos con intervenciones enmarcadas en la comunidad y con la comunidad. (Programa de asignatura 1).

[36] Su propósito formativo es que los estudiantes identifiquen, en conjunto con la comunidad, los recursos comunitarios y municipales disponibles en el barrio, y las principales problemáticas de salud de la población para diseñar, en conjunto con la comunidad, un proyecto de salud comunitaria orientado a mejorar la calidad de vida del barrio (Programa de asignatura 14).

[36] el ramo tributaba a hacer diagnóstico participativo entre ellos, hacer proyectos sociales, entonces todo eso que se enseñó en la clase, trabajamos en el laboratorio práctico y de ahí nos íbamos a la práctica a trabajar con las agrupaciones de adulto mayor (Participante 4).

[37] Es importante que también vivencien todo el proceso de gestión, que aprendan todas esas competencias y que las vayan desarrollando también y que visualicen que la gestión es muy importante en la TO, que es esencial y que deben tener tolerancia a la frustración y que es esencial sobre todo cuando uno trabaja con las comunidades que no son tan fáciles (participante 12).

[38] Conceptos básicos sobre la evaluación de proyectos comunitarios. Matriz FODA, matriz de seguimiento y otros instrumentos (Programa 12).

[38] Identifica metodologías participativas como árbol del problema-solución, matriz FODA, socio drama, socio grama, línea de tiempo, lluvia de ideas, *design thinking*, entre otras técnicas en el trabajo con grupo y comunidades.

En menor medida, se vislumbra la investigación [39] en esta área, llama la atención que en los módulos que se trata, esté ligado a la búsqueda de información o al reconocimiento de la investigación como un insumo para los procesos de intervención desde una práctica de terapia ocupacional comunitaria basada en la evidencia, o una investigación como un aporte a la comunidad [40] y así mismo se observa vinculada con la investigación acción participativa y perspectivas críticas, pero esto se observa solo en universidades puntuales.

[39] Por ejemplo, hacen una encuesta de salud en el barrio, hacen proyectos, después hacen la implementación de proyecto, entonces todo eso va aportando a la línea de investigación del programa de intervención comunitaria (Participante 11).

[39] Investigación Acción Participativa y Sistematización (Malla 2).

[39] Unidad III: Investigación acción participativa (Programa de asignatura 15).

[39] Unidad III: Fases de la acción comunitaria.

Identificar las principales etapas y aportes de la investigación acción participativa para el análisis de la realidad social (Programa 21).

[40] contribuye a la generación del conocimiento profesional y disciplinar desde diferentes enfoques epistemológicos, los que comunica y transfiere a la comunidad, en concordancia con las necesidades del país. (Perfil de egreso 1).

[40] Aplicar metodología científica conforme a los estándares internacionales y regulaciones éticas con la finalidad de mejorar los problemas socio sanitarios de la población (Perfil de egreso 6).

4.2.3. - Contenido Actitudinal o Valórico

Esta subcategoría incluye conocimientos que permiten que el estudiante actúe como un profesional, englobando tanto su comportamiento y actitudes [41], como su compromiso ético profesional

[42], buscando favorecer el bienestar y el involucramiento en ocupaciones colectivas, a través del modelaje y de incorporar experiencias éticas y valóricas en el aula [43] y una de las características que se repiten, es que los docentes y directores señalan que los estudiantes de terapia ocupacional parecieran tener una sensibilidad especial frente al trabajo comunitario, por las características propias y los valores que traen a la base para estudiar la disciplina, así como los transmitidos a lo largo de toda su formación [44].

[41] Respeto la diversidad y la multiculturalidad de las personas o grupos en los distintos contextos en los que se desenvuelve, desde la perspectiva de derechos (Programa 1).

[41] Actitudinal mente, los estudiantes desarrollarán vínculos de respeto hacia la comunidad, empatía, comunicación y trabajo colaborativo tanto con sus pares como con los actores sociales involucrados en el proyecto, que pueden ser de las comunidades de los barrios como de otras instituciones de trabajo intersectorial. (Programa 12)

[41] Compromiso Comunitario: Implementar, en conjunto con un sujeto y/o una comunidad, un proyecto tendiente al fomento de la cohesión, el bienestar y la justicia social a partir de las problemáticas de un territorio local. (Programa 12)

[42] Comportamiento ético. Capacidad de tener un comportamiento ético, caracterizado por el respeto a las personas y un actuar comprometido con la sociedad en que se inserta, promoviendo el desarrollo de la justicia y solidaridad (Programa 1).

[42] Ética Profesional: Promover acciones tendientes a la cohesión social, justicia y bien común, mediante el uso de metodologías que implican el trabajo en equipo con otro individual o colectivo. (Programa 12)

[43] Pero que, del dicho al hecho, hay un gran trecho. Entonces ir formándome también, valóricamente y éticamente con estos valores que logramos visualizar también fue un reto interesante (.), y ahora lograr transmitir estos valores es el doble de complejo, pero lo intento ((risas)) lo sigo intentando y durante mi desarrollo más en la fase de docencia, lo que observo es que lo que es más complejo de transmitir son aquellos tópicos más éticos, a los estudiantes (...) dentro de los valores que trato de transmitir yo permanente es que generalmente los terapeutas ocupacionales nos estamos relacionando con grupos minoritarios, se podría decir que el valor es la inclusión, aunque podría sonar muy amplio, pero finalmente es un poco eso, nosotros estamos constantemente trabajando con personas que son vulnerables que están excluidas en una gradiente, en un abanico de diferentes grados de exclusión pero que finalmente están excluidas. Trato de transmitir también que nadie está exento de pasar por una exclusión social, no solo de las temáticas más transversales o conocidas, como las temáticas de género, homosexualidad, discapacidad. Sino que, esta exclusión se puede dar también en otras variantes que son muchas y en base a esto y en base a la exclusión e inclusión, les intento transmitir que nosotros tenemos que respetar siempre al usuario y le entrego formatos y estrategias en donde ellos entrenan ese trato, jugamos mucho con *role-playing*, en los formatos de vinculación también que es algo que a mí me interesa bastante generar espacios de vinculación, no solo para mejorar las redes, sino que también para los estudiantes que nos acompañen se empiecen a formar con responsabilidad social (Participante 6).

[43] Entonces cuando tú lo llevas a algo real y los chiquillos analizan los casos y dicen; yo nunca pensé que esto podía pasar; no sé (.) casos de negligencia en salud por ejemplo, como dilemas éticos, entonces cuando tú lo ves en la realidad transmites lo importante que es que visualicemos primero las personas como sujetos de derecho y también el rol en el que estamos nosotros como profesionales porque lo quieras o no, el tener un título de profesional de lo que sea, te pone en una situación jerárquica y eso en el trabajo comunitario no nos sirve porque nos aleja de la comunidad. Entonces un poco lo que siempre les transmitimos es primero que la persona que tenemos al frente es una persona de derechos y la responsabilidad que tenemos nosotros como profesionales ante eso, y que si decidimos optar por una carrera que trabaja con personas y que se va a desenvolver con la comunidad, es muy importante que hagamos todo desde el respeto y no desde la buena voluntad,

porque ahí ya hacemos en condicionar y el asistencialismo, en la mirada más paternalista, etc. Entonces el hablarles también, por ejemplo, con mi colega compartimos también algunas cosas de Paulo Freire entonces creemos que la educación es poder finalmente, y eso es lo que buscamos que ellos vean también, que, si tu educas a una población, vas a tener una comunidad empoderada y que va a tener muchas herramientas, tratamos de en todo momento mostrarles desde lo real, lo importante que es tener valores éticos, pero también personales y profesionales (Participante 12).

[44] No sé si es por un tema valórico, pero se nota la distinción de los terapeutas ocupacionales con otro estudiante de otra carrera de salud, en el sentido de que ellos logran hacer un análisis más crítico, desde el enfoque por ejemplo de derechos, desde el enfoque comunitario, ellos entienden o tienen la sensibilidad o a partir de todos estos procesos formativos que nosotros también instauramos desde los primeros años, logran hacer más fácil o incorporar estos procesos en sus planes de intervención (Participante 11).

[44] Y que son parte también del perfil y valores de nuestros estudiantes, o sea en general nuestros estudiantes son personas comprometidas socialmente, la escucha activa, la responsabilidad social, la solidaridad, entonces quizás no es tan difícil también de abordar porque es parte de la caracterización (Participante 9)

[44] Entonces desde la aplicación de conocimientos, desde lo actitudinal cierto, y bueno, sobre todo, desde lo ético y valórico, porque ellos también se daban cuenta de que a lo mejor no todos los participantes de la comunidad eran iguales, en algunos casos uno podía ser un poco invasivo entonces lo tomaban con cuidado y/o quizás, por así decirlo, se iban con otro usuario. Entonces, no sé (.) esa sutileza te la da el compartir con la gente, no la puedes ver en el aula, entonces si yo creo que las horitas, aunque sean pocas de terreno, no fueron muchas, pero les sirvió. Y lo recuerdan, y después le cuentan a los compañeros de cursos más chicos (Participante 8).

[44] Hay que hacer un trabajo con las personas, con los estudiantes, muy importante y muy profundo, y eso es prioritario. Y en nuestro perfil de egreso, una de las cosas más relevantes es la formación de un TO con una sólida formación valórica, entonces el discurso uno que yo doy en primer año cuando el primer día los recibimos, tiene que ver con que un TO necesita, sobre todo desarrollar el respeto por las personas, y se los ejemplifico desde el discurso, diciéndole; usted va a saludar igual al portero, o a la persona que está barriendo cuando entra a cualquier lugar, como al rector de esta universidad, en ellos no hay diferencias, ambos son personas, y ambas se merecen todo el respeto, el saludo, y todo lo que eso involucra. Entonces la formación valórica va desde el día 1 y eso yo creo que también es muy importante para trabajar en comunidad porque no tener esta aproximación y este entendimiento de respeto, por ejemplo, va a impedir que tenga un éxito al momento de estar en comunidad po, al momento de estar con un grupo de personas, imagínate un TO que llegue y no salude, o que llegue todo deprimido, el TO tiene que ser la pila ((risas)) (Participante 13).

[44] Entonces un poco lo que siempre les transmitimos es primero que la persona que tenemos al frente es una persona de derechos y la responsabilidad que tenemos nosotros como profesionales ante eso, y que si decidimos optar por una carrera que trabaja con personas y que se va a desenvolver con la comunidad, es muy importante que hagamos todo desde el respeto y no desde la buena voluntad, porque ahí ya hacemos en condicionar y el asistencialismo, en la mirada más paternalista, etc. (Participante 12).

4.2.4. - Contenidos Transversales

Hacen referencias a contenidos que son propias de los terapeutas ocupacionales de manera genérica, para el ejercicio de la profesión, más que de una habilidad específica para la terapia ocupacional comunitaria, pero es que requerida de manera especial en esta área.

Entre ellos encontramos la comunicación tanto oral y escrita [45], las relaciones interpersonales [46], el razonamiento crítico o clínico analizando los problemas y la toma de decisión para la resolución de ellos [47], el trabajo en equipo tanto entre los estudiantes, como desde lógicas interdisciplinarias [48],

la capacidad de apreciar y reconocer la diversidad y la multiculturalidad [49], así como la capacidad de crítica y auto crítica [50]. En particular una de las instituciones estudiada tiene un enfoque particular, ya que presentan una trayectoria de aprendizaje asociada al trabajo comunitario, como una forma de desarrollar y consolidar las competencias transversales en sus estudiantes [51].

[45] Es parte del terapeuta ocupacional y que se adhiere muy bien a lo comunitario. Ahora lo que los chicos van haciendo en el tiempo es como fortalecer la importancia de esos valores en el proceso comunitario a través del hacer, a través de todos los niveles. Si me preguntas, no ha sido algo complejo difícil, ahora quizás lo que más pueda repercutir es estas destrezas de comunicación e interacción (Participante 9).

[46] Profe la organización no me contesta, es que no nos responden, que citamos y no llega la gente; y se frustran también, pero nosotros todos los años partimos diciéndoles; chiquillos esto puede pasar, trabajar con la comunidad es difícil, puede que en una cita no llegue toda la gente, las actividades falla, a veces hay que sobre la marcha modificar algo o a veces uno envía mil correos y no te contestan; Y es parte del proceso de aprendizaje, entonces en algún inicio cuando partimos nosotros hacíamos todas esas gestiones, pero ahora las realizan ellos como parte del desarrollo de sus competencias transversales también (participante 12).

[47] Los estudiantes desarrollan sus habilidades necesarias para generar este razonamiento crítico y estas habilidades más prácticas también de trabajar con otros y eso se debe instaurar desde los primeros años (participante 3).

[48] Capacidad de trabajo en equipo y compromiso con la comunidad (Programa 14).

[49] Respeto la diversidad y la multiculturalidad de las personas o grupos en los distintos contextos en los que se desenvuelve, desde la perspectiva de derechos (Programa 1).

[50] Incorporando una valoración crítica en la detección de necesidades reales de las personas, grupos y comunidades, contribuyendo al bien común y al logro de la justicia social (Programa 2).

[51] Esta es la universidad que de momento tiene el mayor abordaje comunitario en su malla curricular, es una línea fortalecida entre las facultades de la universidad. Donde comienzan en el primer hasta el último año, es considerado como una herramienta para desarrollar las competencias transversales (Participante 11).

4.2.5. - Reevaluación de Contenidos

Existen realidades bien diversas con relación a la reevaluación de los contenidos, se plantea un proceso permanente de revisión de la pertinencia de sus contenidos en el ámbito comunitario de manera semestral o anual [52], en general la tendencia a incorporar o eliminar contenidos se vincula, con incorporar elementos que vinculen al estudiante de una manera más estrecha con la comunidad [53], aspectos vinculados a la creatividad [54] y las tecnologías [55].

[52] Nosotros tenemos un programa, que son básicamente los contenidos, pero año a año vamos planificando sobre esos contenidos y metodologías, vamos cambiando, renovando, reorganizando el orden (...) todos los años nos detenemos a mirar en lo horizontal y lo vertical.

Todo el rato porque de repente sucede que pucha, este año por ejemplo ahora estamos en paro y los estudiantes no están en clases. Entonces seguramente hay un montón de contenidos que no vamos a alcanzar a ver, aunque retomemos las clases, entonces qué hacemos con esos contenidos, vamos a tener que ver cómo se incorporan a las asignaturas que vienen y eso ya va a variar. El año pasado tuvimos un paro de tres meses, fue un paro feminista entonces también tuvimos que hacer ajustes, entonces no puede ser lineal el tema (Participante 7).

[52] Hacemos esa evaluación, y decimos; ya, vamos a manejar de esta manera. Revisamos no solo el área comunitaria, también la física que esté ok, nos faltan centros de practica para físico, ¿qué hacemos?, ¿cómo lo resolvemos?, nos faltan profesores en tal temática o área, etc. la experiencia con estos profes no fue buena, ok, ¿cachai? Entonces constantemente estamos evaluando, sobre todo a fines de semestre, a fines de cada año, además que nosotros estamos, tenemos una dirección de calidad en la universidad permanentemente, estábamos acreditados, ahora las carreras no se acreditan, y lo otro es que, y eso es lo más lindo creo yo, es el compromiso del equipo, aquí hay un equipo maravilloso donde la gente que está súper comprometida (participante 13).

[53] Yo considero que, a lo mejor, si el hecho de nosotros de trabajar con comunidad es interesante involucrar la propia comunidad a un ramo, o a lo mejor en este mismo trabajo práctico de que la propia comunidad también sea parte del proceso. De construcción del A+S, como yo te explicaba que era la primera vez que yo estaba haciendo el A+S, entonces articular algunos conceptos ahí que el propio socio comunitario tenga un rol activo de explicarles a los alumnos, porque eso yo igual note por ejemplo que fue tajante, porque los chiquillos iban predispuestos a lo que tenían que hacer, ahora ellos daban su opinión, los socio comunitarios daban su opinión de lo que necesitaban pero al fin y al cabo ellos preparaban también juntos la solución. Pero me gustaría que se hiciera un rol más activo de la comunidad dentro de lo posible, y claro en el ramo a lo mejor, buscar más instancias participativas u otras metodologías de aprendizaje para los propios alumnos que igual, yo vengo de una escuela con una lógica más tradicional en el ejercicio de cómo se orienta la sala de clases, llega el profesor, etc. Pero en este punto yo creo que igual es un punto clave de cómo potenciar la metodología del profesor en comunidad, ya que igual debe ser como distinta apelo yo (Participante 4).

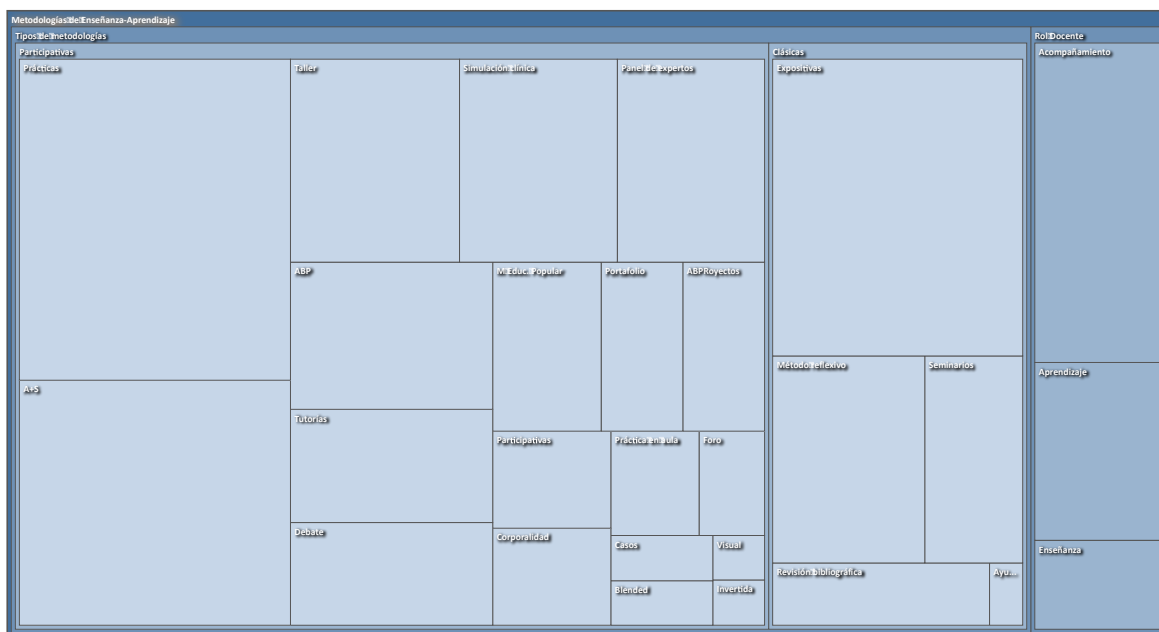
[54] A ver la creatividad yo creo que está todas las casas de estudio y creo que es indispensable, el que seamos profesionales plásticos, flexibles, que nos saquemos un poco este sesgo de una vinculación vertical con nuestros usuarios, creo que esa asignatura aporta bastante, más cuando generalmente trabajamos con escasos recursos (Participante 6).

[55] Lo que yo veo y que me pasó desde la docencia fue el darme cuenta que, uno va haciendo ciertas adaptaciones en base a otras estrategias para identificar problemáticas. Si tú me preguntas, hace 7 años atrás, yo me estaba formando como TO, y las estrategias eran esas, lluvia de ideas, *focus group*, hoy no. De qué manera la tecnología también es una nueva herramienta, y a ellos se les hace mucho más práctico y fácil. Vamos a hacer una encuesta online, por ejemplo, que va a tributar a un porcentaje de participación en relación a prioridades, me entendí, y te traen eso y te lo muestran. Entonces las estrategias para identificar y bajar todas las problemáticas, a mí me sorprendió porque en un día tenían la encuesta, y la crearon, participación en línea, va a estar abierta de tal y tal hora, y tenían los resultados, y es mucho más participativa, y acorde al lenguaje propio, de la población que se estudiaba en este caso que eran estudiantes, ¿cachai? (Participante 9).

4.3.- Describir las metodologías de enseñanza-aprendizaje en el ámbito de la Terapia Ocupacional Comunitaria en la formación de estudiantes universitarios en Chile

Figura 45

Mapa jerárquico de la categoría de metodologías de enseñanza – aprendizaje



Nota. Mapa jerárquico de la categoría de metodologías de enseñanza – aprendizaje, de elaboración propia. Este mapa indica el número de referencias de codificación en esta categoría.

La categoría metodologías de enseñanza-aprendizaje, es la tercera más grande con un total de 309 referencias, y la subcategoría con mayor número de referencias es la denominada tipos de metodologías con 276 codificaciones, la que hace referencia a las técnicas declaradas más habituales de realizar clases por los docentes en la terapia ocupacional comunitaria, considerando tanto las tradicionales, así como las metodologías activas participativas, de igual forma se considera en esta subcategoría la vinculación con el medio, que a pesar de no ser una metodología de enseñanza-aprendizaje propiamente tal, a nivel teórico, los docentes la visualizan de esa forma.

Nos encontramos también con la subcategoría del rol docente, referenciado con 33 codificaciones, las que se vinculan al centro del proceso educativo, ya sea en la enseñanza o en el aprendizaje, y descripción de las estrategias de acompañamiento estudiantil que utilizan los docentes.

Todas las categorías se pueden apreciar en la Tabla 17.

Tabla 17

Nodos comparados por número de referencias de codificaciones de la Categoría Metodologías de Enseñanza – Aprendizaje

Sub Categorías	Nodos	Nº Referencias de Codificaciones	Nº Elementos Codificados
Metodologías Clásicas (63 codificaciones de los nodos descendientes)	Ayudantía	1	1
	Clases Expositivas	33	21
	Método Reflexivo	14	13
	Revisión Bibliográfica	6	6
	Seminarios de Investigación	9	8
Metodologías Participativas (184 codificaciones de los nodos descendientes)	Aprendizaje + Servicio	29	13
	ABP	13	8
	Análisis Basados en Proyectos	6	4
	Análisis de Casos	2	2
	<i>Blended</i> (o semi presencial)	2	2
	Clase invertida	1	1
	Clases Participativas	5	5
	Debate	9	8
	Foro	3	3
	Foto Intervención	1	1
	Mapas Corporales	5	1
	Metodología de Educación Popular	8	7
	Panel de Expertos	13	8
	Portafolio	6	4
	Práctica en Aula	4	4
	Prácticas	38	18
Simulación Clínica	14	6	
Taller	15	13	
Tutorías	10	6	
Vinculación con el Medio (29 codificaciones)		29	11
Rol Docente (33 codificaciones de los nodos descendientes)	Centrado en la Enseñanza	5	4
	Centrado en el Aprendizaje	10	6
	Estrategias de Acompañamiento	18	10
Total		309	40

Nota. Tabla de los nodos comparados por número de referencias de codificaciones de la categoría Metodologías de Enseñanza-Aprendizaje, de elaboración propia.

En relación a la subcategoría metodologías de enseñanza-aprendizaje, las instituciones de educación superior denominan con diferentes conceptos los tipos de metodologías que utilizan, por lo que no es posible aunar totalmente un lenguaje, no obstante, lo anterior han sido agrupadas por características similares bajo un concepto semántico, vinculado con las definiciones planteadas en el marco teórico, para

efectos de análisis las metodologías se han dividido en dos tipos las metodologías clásicas, o centradas desde la lógica de la enseñanza y el ofrecer contenidos al estudiante de parte del académico, y las metodologías participativas que tienen el foco centrado en el aprendizaje y en el alumno, donde es este último el que se involucra de manera activa en su proceso de aprendizaje.

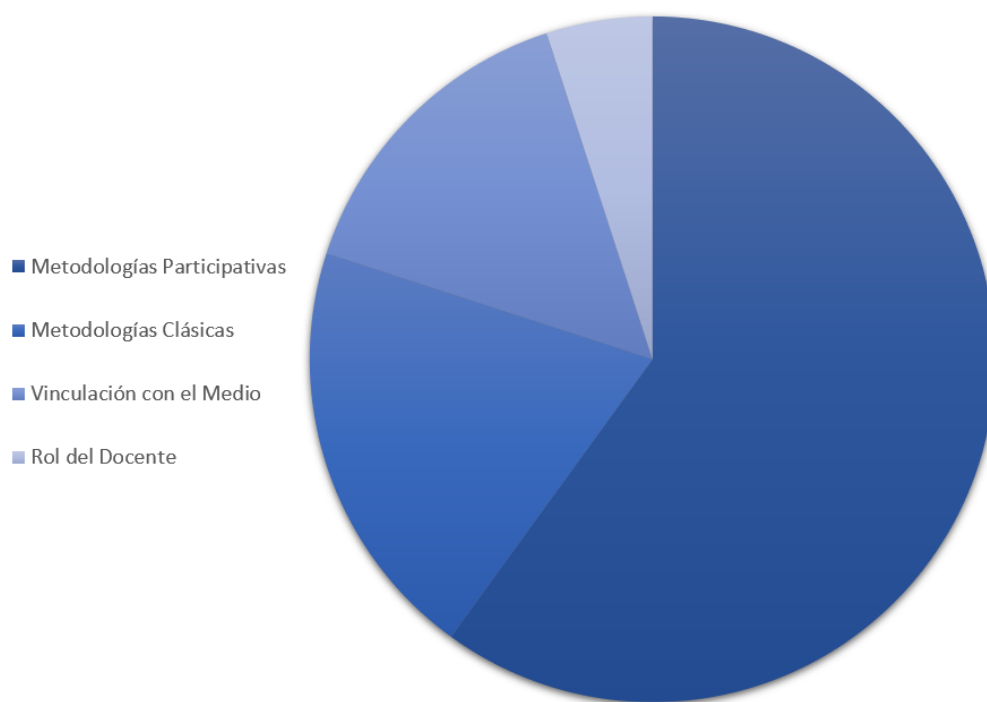
Así mismo encontramos que todos los programas reportan tanto metodologías clásicas como participativas, de una forma conjunta, y así mismo lo reportan los docentes [56].

[56] Bueno, nosotros desde la universidad se proponen 3 metodologías, una más tradicional que se vincula con las clases expositivas, teóricas; otra que es como facilitadora del desempeño, que tiene más que ver con la participación de los estudiantes en clases, talleres, evaluaciones grupales; y otra que tiene que ver con revisión de desempeño, que se focaliza por ejemplo en simulación o práctica, donde el estudiante tiene aprender haciendo (Participante 8)

A continuación, se puede observar que las principales subcategorías de metodología en módulos de Terapia Ocupacional Comunitaria se concentran en las metodologías clásicas y participativas. Sin embargo, a estas categorías, se agregan también metodologías que se vinculan con el medio y metodologías que se enfocan en el rol del docente, que se explicarán próximamente.

Figura 46

Subcategorías de las Metodologías más usadas en Módulos de Terapia Ocupacional Comunitaria

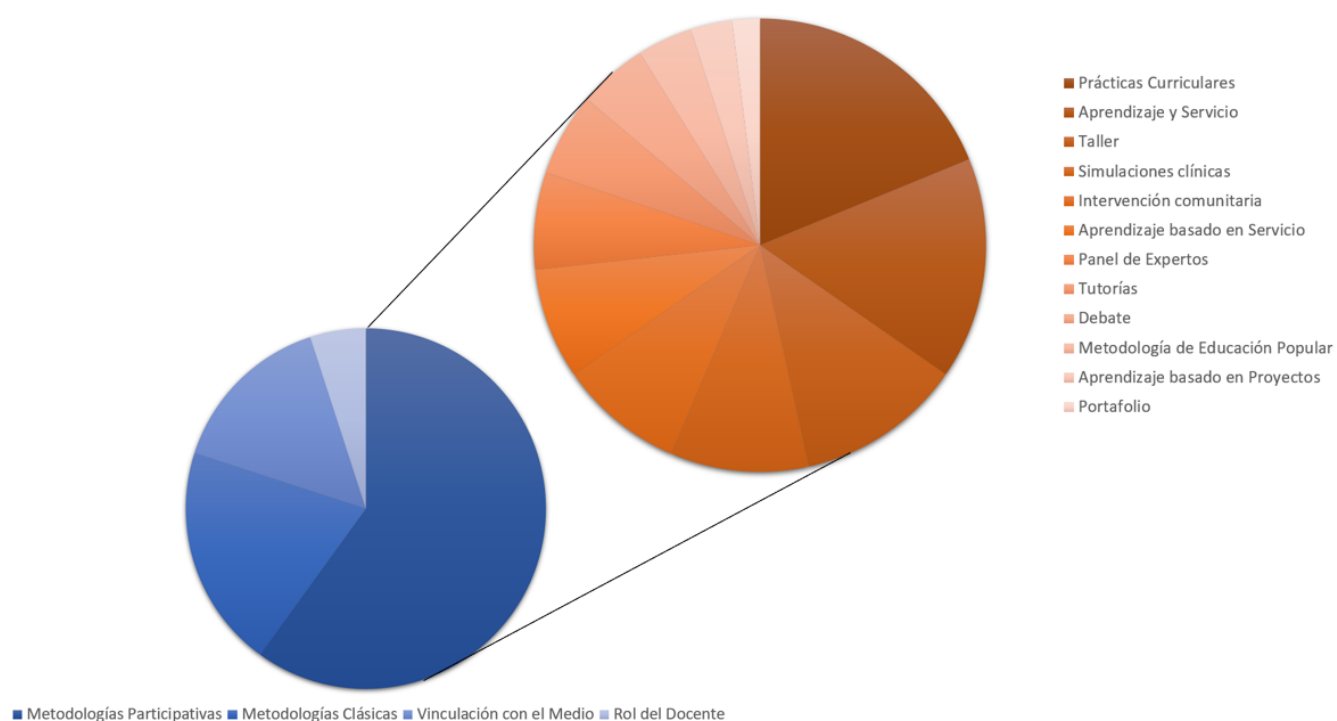


Nota. Figura sobre las subcategorías de metodologías más usadas en módulos de Terapia Ocupacional Comunitaria, de elaboración propia.

En la mayoría de los casos, los docentes refieren que tienen autonomía para la implementación de metodologías en sus aulas, y que cuentan con “libertad de cátedra” tanto en los contenidos de enseñanza, como en la utilización de las metodologías, la mayoría de los modelos educativos en Chile hoy por hoy cuentan con prácticas de docencia centradas en el estudiante, y existe una predominancia en los módulos de terapia ocupacional comunitaria por el uso de las metodologías participativas, como se observa en la Figura 47.

Figura 47

Comparación del uso de Metodologías Participativas en relación con la totalidad de Metodologías en TOC



Nota. Figura comparativa del uso de Metodologías Participativas en relación con la totalidad de Metodologías en TOC, de elaboración personal. En esta figura aparecen los nodos comparados por número de referencias codificadas; es decir un color más oscuro indica más referencias de codificación.

Así mismo, los docentes indican que las metodologías de enseñanza-aprendizaje varían en el tiempo incluso en el mismo módulo que se puede repetir año a año, ya que van a depender de las características del grupo-curso [57].

[57] Uno va viendo cómo es el curso, uno sabe que hay temas más prácticos y tienen una metodología más práctica, pero depende de cómo sea el curso, que se ve el tipo de metodología a ocupar, es lo mismo que cuando uno trabaja con una comunidad, no hay receta entonces depende del vínculo, depende de cómo sea el grupo (Participante 7).

Las metodologías más utilizadas en los módulos de terapia ocupacional comunitaria, están vinculadas de manera muy estrecha al desarrollo de competencias procedimentales en los estudiantes y de interacción con las personas, grupos y comunidades, siendo la más citada las prácticas curriculares [58], que cumple especial relevancia, luego le sigue el aprendizaje servicio [59] que pareciera encontrarse como la metodología por excelencia, 8 de las instituciones estudiadas que representan a 29 sedes de escuelas o carrera de terapia ocupacional utilizan esta metodología, luego sigue el taller [60], la simulación clínica [61], pero también encontramos algunas perspectivas que indican que es más complejo simular la intervención comunitaria [62] el aprendizaje basado en problemas [63] los que se trabajan mucho analizando situaciones de aprendizaje, el panel de expertos [64], tutorías [65], debate [66], metodología de educación popular [67] que son muy interesantes, ya que los docentes indican que es una estrategia que utilizaban tanto en sus procesos de intervención comunitaria, como con los estudiantes, posiblemente son metodologías participativas, pero al ser reconocidas como los docentes por ese nombre, se categorizan así, el aprendizaje basado en proyectos [68] e indican algunos que deberían incorporarlo más [69] y portafolio [70].

[58] Ellos, además, desde segundo año hacia adelante tienen una parte que es teórica por decirlo de alguna manera. O sea nosotros tenemos una manera que es por enfoque con competencias, ellos tienen una parte que es bien sólida en lo teórico, pero además vamos en paralelo pidiéndoles que vayan aplicando, entonces en segundo año ya se empiezan a vincular con comunidades, por ejemplo salen al territorio y es parte en donde además les enseñamos otras habilidades que tienen que adquirir, que es el tema de la gestión, de identificar redes, de identificar organizaciones y comunidades, y de acuerdo a su interés y las necesidades que ellos van visualizando, ellos se contactan con distintas organizaciones (Participante 12).

[58] Y va mezclando las carreras de la facultad. Este programa de intervención comunitaria a nivel académico no solo está instaurado en salud, sino que también está instaurado en sociales y arquitectura, con menos asignaturas sí a diferencia de la línea de salud, ya que nuestro decano potenció principalmente la incorporación. y con menos asignaturas en sociales y en arquitectura. (.) ¿Por qué se piensa este programa de intervención comunitaria también? En la lógica de responder a los valores que declara la universidad, que son ética profesional, responsabilidad ciudadana y compromiso comunitario, entonces en relación a eso, en general se va estructurando esta línea. Hay una coherencia específicamente, y como te decía anteriormente dentro de esta línea hay actividades prácticas, con horas prácticas en donde el estudiante tiene que ir al barrio a desarrollar un proyecto o implementar lo general de un proyecto a través de matriz, por ejemplo, y eso se corresponde o se integra dentro de las horas prácticas de cada futuro profesional. Así funciona más o menos el programa de intervención comunitaria, que tiene sus dificultades también (.) a ver, este programa empezó más o menos el 2011 aprox, entonces lleva casi 8 años de funcionamiento y como el análisis que se realiza del programa es que ha sido súper difícil, primero desarrollar o implantar un enfoque comunitario en los estudiantes porque generalmente ellos van súper disciplinadamente, por ejemplo ¿qué proyecto vamos hacer en la comunidad? ah, un taller de alimentación saludable. Entonces ha sido súper difícil sacarlos de esa lógica y entender que los procesos

comunitarios surgen de las necesidades de la comunidad. Y hemos tenido dificultades operativas también donde los barrios no quieren trabajar, nadie quiere participar, etc. Y esto ha traído como consecuencias en los barrios han resentido esto, por tanto piensan que finalmente es un repositorio el barrio, es como que no hay una ganancia (Participante 11).

[58] Experiencia Práctica: se constituirán grupos de 3 estudiantes cada uno. Realizarán prácticas en centros o programas de salud mental, o que trabajen en este ámbito, durante 3 semanas (6 hrs directas cada semana). La práctica puede ser con sujeto individual, grupal o comunidades. Contempla elaboración de diagnóstico situacional, diseño de intervención e implementación del mismo (Programa 2).

[59] Método de Aprendizaje y Servicio: Mediante el cual las/os estudiantes logran dar cuenta de sus resultados de aprendizaje, a través de una práctica, acción o experiencia pedagógica de servicio a la comunidad. (Programa 12).

[60] Pero como te digo la principal metodología tiene que ver con el análisis de los talleres, que de hecho se estructura distinto, en el aula (.) es como la organización tipo taller y tipo cátedra, esta última tiene un estándar de estudiantes de 50, entonces claramente con 50 dentro de la sala es difícil hacer metodología más participativa, entonces la mayoría se prioriza el taller, donde baja el estándar a 25 personas máximo, y tenemos otro donde el estándar es 12 (Participante 11).

[60] Taller Análisis de Situaciones (TAS). Esta instancia consiste en trabajo en sala, grupos de 3 estudiantes, que analizarán situaciones de sujeto individual, grupal o comunidad, en el ámbito salud mental, que permita integrar los distintos saberes desarrollados en los cursos de la línea social de T.O. El taller será facilitado al menos por 2 integrantes del equipo docente del curso. (Programa 2).

[60] Taller: Metodología participativa, se enfoca hacia la adquisición específica de habilidades manipulativas e instrumentales sobre una temática específica y con asistencia por parte del docente, guía o tutor a las actividades individuales y/o grupales que desarrollan los estudiantes. Su metodología descansa en la actividad del estudiante y en la organización basada en pequeños grupos (Programa 22).

[61] también, tiene una parte que es simulación en salud, que ésa es (.) bueno la estamos trabajando ahora recientemente, son 9 semanas, pero nosotros tenemos un calendario de 18 semanas. 9 semanas donde el estudiante va a tener que enfrentarse a diferentes situaciones de salud, grupales específicamente, en contextos de simulación. ¿qué nos permite la simulación? que el estudiante cometa errores protegidos ((risas)) donde se aprenda haciendo finalmente. y después tenemos las otras 9 semanas, que es finalmente la práctica, que va a estar *aprox.* 4 horas en una institución, focalizado en evaluación grupal, comunidades (.) evaluación grupal, intervención grupal. y eso es como la estructura metodológica de la asignatura (Participante 11).

[61] Partimos trabajando en la clase a nivel teórico, enseñando lo que son los diagnósticos participativos, a hacer proyectos sociales y las intervenciones comunitarias, entonces todo eso que se enseñó en la clase, después lo trabajamos en el laboratorio practico, y se aplicaban el diagnóstico o técnicas participativas entre ellos mismo, y de ahí nos íbamos a la práctica a trabajar con las agrupaciones de adulto mayor (Participante 4).

[62] donde en algunos momentos y asignaturas, que tienen esto se ha ido complementando a lo que es el trabajo clínico o en campos profesionales, porque en este último nos encontramos con contextos que son en comunidad y que no es tan fácil de replicarlos a nivel de simulación (Participante 10).

[63] Tiene que ver también con un proceso más bien extenso para los chiquillos, porque lo que les proponemos en las clases y les planteamos es que no tenemos la verdad absoluta, por lo tanto, todo lo que podemos hablar en clases ellos pueden cuestionarlo. Entonces favorecer ese proceso de deconstrucción, de trabajar colectivamente, de discutir, de debatir, de analizar situaciones reales que es lo que nos plantea el ABP, lleva a que tú te acerques más a la realidad finalmente, que salgas de la burbuja y de la zona de confort y que realmente te atrevas a cuestionar, analizar, a pensar, a reflexionar (Participante 12)

[63] Las metodologías de enseñanza aprendizaje van mucho en esa línea, metodologías activas, por ejemplo, en los nuevos paradigmas de educación que ya no tienen que ver que el chiquillo es un depósito de información, sino que el chiquillo tiene que ser activo en su proceso de aprendizaje. También otra metodología activa lo que tiene que ver con el aprendizaje basado en problemas (Participante 10)

[63] Metodologías: Metodologías de análisis de problemas (Programa 6).

[64] Foro - Panel con invitadas/os: en las dos unidades participan grupos de TT.OO. invitadas a presentar parte de su experiencia práctica, para ser debatido y discutido con las y los estudiantes, en base a los ejes temáticos del curso y perspectiva social en TO (Programa 2).

[64] Súper bien porque en cierta medida es diferente cuando por ejemplo tu como profe te pones a hablar de la teoría (.) y ellos pueden interpretar que a lo mejor el profe lo dice ¿pero le comprare mucho? Entonces en ese escenario, decidí que quizás otra profe podría contar la experiencia, acá igual hay una colega que es terapeuta ocupacional, trabaja en dispositivo rural y ella aportó desde su experiencia de qué es lo que hace la psicología comunitaria. Claro, en realidad yo dije que era muy consecuente mostrar la realidad porque al fin y al cabo uno cuando hace la docencia, es tu modelo el profesor entonces ellos te van a escuchar atentamente a lo que tú dices, entonces lo quise hacer más interesante de que otro profesional que es terapeuta ocupacional, que trabaja en el área comunitaria pudiera dar su opinión no solamente mi palabra es la válida, dentro de la realidad que ellos puedan escuchar. (Participante 4).

[64] Sí, o sea la Fernanda ponte tú que hace la asignatura de estrategias V, ahí se ve todo el ámbito comunitario, y siempre está en búsqueda, trae colegas, por ejemplo. Ponte tú, estas chicas, este colectivo feminista. Ella como que está súper pendiente de eso, lo de las nuevas terminologías, todo lo emergente. (Participante 8).

[65] Tutoría (siendo requeridas 3 tutorías con docente de asignatura y 3 con tutor asignado) (Programa 6).

[65] Tutoría La finalidad de este método radica en brindar atención personalizada a los estudiantes. La tutoría puede entenderse como una modalidad organizativa de la enseñanza universitaria en la que se establece una relación personalizada de ayuda en el proceso formativo entre un facilitador o tutor, habitualmente un profesor, y uno o varios estudiantes. El tutor más que “enseñar” atiende, facilita y orienta al estudiante en su proceso formativo (Programa 20).

[66] Debate: son actividades presenciales o virtuales, que permiten al estudiante reflexionar o discutir con otros acerca de las temáticas trabajadas en el curso. Contempla la preparación previa del estudiante, a través de lectura y revisión de clases de la unidad (Programa 7).

[66] Hay momentos en los que se hacen debates con metodologías de debate, el año pasado se hizo una feria para trabajar con las publicaciones latinoamericanas, después trabajamos el tema con radio, radio teatro, no es que todos los años lo hagamos igual (Participante 7).

[67] Entonces queremos hacer este proyecto con este amigo y de generar una instancia de reflexión, desde la ocupación, del arte (.) y eso también lo podemos mostrar desde lo comunitario *cachai*, es como vivir la educación popular (Participante 8).

[67] Mira nosotros dentro de los pilares fundamentales está justamente los derechos humanos, o sea partimos desde el reconocimiento de eso y nosotros utilizamos mucho las estrategias de Paulo Freire, o sea, en ese sentido la educación popular es una herramienta que para nosotros es muy importante, que la aplicamos de echo con los estudiantes, como metodología de enseñanza aprendizaje (Participante 12).

[68] En la práctica esto se traduce en: La metodología de enseñanza espera desarrollar estrategias teórico prácticas para la ejecución y evaluación de proyectos sociales aplicados al ámbito de la salud, diseñados con la comunidad en la asignatura de salud comunitaria. Cada grupo de estudiantes recibirá un proyecto diseñado que previamente será inicialmente revisado y ajustado metodológicamente por el docente y las/os estudiantes, para proceder al ajuste del proyecto, así como establecer el proceso de planificación, seguimiento y evaluación de los mismos. La ejecución de los proyectos será desarrollada a través de una guía pedagógica específica (Programa 12).

[68] Aprendizaje basado en proyectos: La finalidad de este método es la realización de un proyecto para la resolución de un problema, aplicando habilidades y conocimientos adquiridos. Método de enseñanza-aprendizaje en el que los estudiantes realizan un proyecto en un tiempo determinado para resolver un problema, que tiene como resultado generar un servicio, crear un producto único, o abordar una tarea mediante la planificación, diseño y realización de una serie de actividades, en las cuales los estudiantes deben aplicar los aprendizajes adquiridos y efectuar un uso efectivo de recursos (Programa 22).

[69] Y yo creo que, a lo mejor, me falta transmitir metodologías estratégicas a los contextos comunitarios, por ejemplo, el poder visualizar el aprendizaje basado en proyectos, o la sistematización de experiencias (.) de proyectos que tengan que ven en lo colectivo en el fondo (Participante 10).

[70] Utilizamos metodologías como la creación de portafolios, los estudios de caso desde una perspectiva quizás no tan ligado a los estudios clínicos, de caso clínico, sino que, de un caso más transversal, o más orientado a los diferentes contextos de intervención de la terapia ocupacional como Metodologías como portafolios, bitácoras, diario-reflexivos (Participante 10).

[70] Confección de portafolio (programa 18).

Hay lógicas de trabajo en grupos pequeños [71] que puede ser metodología de taller o tutoría, y harto trabajo en grupo, y además se organizan estas pequeñas secciones en relación con los productos que deben realizar [72].

[71] o sea de base la estrategia se busca que sea comunitario integral, o sea mesas redondas, media luna, pequeños grupos de participación en base al trabajo realizado, se fortalece mucho el diálogo, la apreciación de los estudiantes en relación a los conceptos, vivencias personales (.) o sea, es un constructo, un trabajo colectivo de construir constantemente (Participante 9).

[72] Así se llama la asignatura, vamos a ver gran contenido de gerontología y geriatría, sobre todo del primero. Entonces, por lo tanto, ese curso se va a dividir en x grupos, y cada grupo va a trabajar durante todo el semestre en función de un producto final que es que cada grupo tiene que hacer una capsula de video de alrededor de 12 o 15 minutos, y luego van a ser proyectadas en un Smart tv o canal de televisión. Pero, además, vamos a pasar eso en todos los consultorios, hospitales, centros de rehabilitación, respecto del cuidado del adulto mayor, en distintas áreas; sexualidad, no sé qué, etc. entonces en formato proyecto, los cabros trabajan en eso y hay que buscar bibliografía, TO basada en evidencia (Participante 13).

En relación con las metodologías clásicas las más utilizadas son las clases expositivas [73], los métodos reflexivos [74], que incorporan también el método socrático que es una forma de hacer pensar al estudiante [75] y le siguen los seminarios de investigación [76], la revisión bibliográfica [77] y las ayudantías que aparecen en menor medida.

[73] Clases expositivas con apoyo de material audiovisual (Programa 3).

[73]. Método tradicional: a través de este método, el docente informa a los estudiantes sobre diversos saberes (conceptuales, procedimentales y actitudinales) mediante clases expositivas y demostraciones, complementadas por libros de texto. (Programa 12).

[73] Clases teóricas o cátedra El propósito de este método es compartir conocimientos y activar procesos cognitivos. Se denomina clase teórica una modalidad organizativa de la enseñanza en la que se utiliza principalmente como estrategia didáctica la exposición verbal por parte del profesor de los saberes que contempla el módulo. Aunque esta exposición se puede realizar de diversas formas y con distintos medios, la característica esencial de esta modalidad de enseñanza es su unidireccionalidad -hablar a los estudiantes- ya que tanto la selección de los saberes a exponer como la forma de hacerlo constituyen una decisión del profesor (De Miguel, 2005). (Programa 19).

[73] Primero cuando pasamos la teoría, yo en general (.) me guío por la diapositiva, desde los puntos más importantes, pero yo permanentemente, estoy haciendo la Referencia 2: cobertura 1.18%, veces les muestro videos, y les digo, ya esto es el consultorio, a veces les muestro como la (.) estructura arquitectónica, les digo, miren la lógica de que en cada sector haya una enfermera, una psicóloga, un médico, un dentista, un no sé qué, responde al modelo de salud familiar (Participante 2).

[74] Metodología: Reflexiones grupales (Programa 6).

[74] Entonces tienen que hacer un análisis de lo que hacen los terapeutas ocupacionales en los distintos ámbitos, entonces eso también hay un análisis que se hace desde la mirada que nosotros metemos que tiene que ver con la comunidad, con la mirada suya, con lo decolonial, que tiene que ver con lo político en la terapia ocupacional. Entonces todo eso ellos lo analizan cuando van a hacer una entrevista a un terapeuta en su quehacer concreto (Participante 7).

[75] Método Socrático El fundamento de este método reside en la idea de que el proceso de enseñanza ocurre cuando al estudiante se enfrenta a una situación problemática, que le exige recuperar aprendizajes previos necesarios para la comprensión de un nuevo saber. Después de un planteamiento general de la situación problemática por parte del profesor, se establece un diálogo entre los estudiantes y aquél. El docente conduce ese diálogo, principalmente, a través de preguntas. De esta manera, el estudiante va adquiriendo confianza en que puede encontrar respuestas que no sospechaba que sabía (ITM, 2000) (Programa 21).

[75] Otras metodologías: Trabajos de reflexión y discusión en grupos pequeños (Programa 7).

[76] Seminarios de investigación: Investigaciones temáticas grupales y disertación grupal: Presentación de trabajo sobre Este documento es válido sólo con firma, timbre original y/o estampilla de la autoridad académica. (Programa 3).

[76] La metodología está basada principalmente en clases expositivas, trabajos de investigación y talleres (Programa 18).

[77] Revisión Bibliográfica Esta metodología tiene como propósito que los estudiantes desarrollen sus habilidades de búsqueda y selección de información válida y confiable para el objetivo de la tarea; que sean capaces de sistematizar y sintetizar la información encontrada en distintas fuentes y presentarla en un formato escrito acorde a la actividad académica que están realizando. Se encuentran en esta categoría las revisiones bibliográficas, los estados del arte, las revisiones sistemáticas, la elaboración de marcos teóricos, análisis documentales entre otras. (Programa 21).

[77] Metodologías a utilizar: Revisión de contenidos en base bibliográfica obligatoria (Programa 16).

Además encontramos la vinculación con el medio [78], que a pesar de que teóricamente no sería considerada como una metodología de enseñanza-aprendizaje propiamente tal, sino como una estrategia que realizan las universidades para establecer lazos con la comunidad, tanto desde la docencia, la investigación, la gestión, extensión, entre otras, los docentes la consideran como estrategia pedagógica o como una metodología de enseñanza-aprendizaje en lo particular de la terapia ocupacional comunitaria.

[78] La idea es que tomen grupos de asignaturas, como líneas tal vez tres o cuatro asignaturas por ejemplo la línea de psiquiatría, intervención del adulto, internado y que por ejemplo ahí se articulan varias, podría aparecer articulada también comunitaria o gestión, dependiendo del proyecto que se esté levantando. Y efectivamente la vinculación con el medio es trabajada en comunitario, porque uno debe levantar necesidades reales cuando uno vincula el ideal no generar respuestas paralelas a las que ya están resolviendo nuestro sistema público digamos, ya sea en el área de salud o social y que generemos una actividad innovadora que vaya a suplir necesidades que en este momento no están siendo abordadas por nadie. (Participante 6).

El rol del docente se enfoca principalmente desde tres posturas: centrado en la enseñanza; centrado en el aprendizaje y estrategias de acompañamiento. Los docentes coinciden que en los tiempos actuales, el rol del docente ha cambiado, obedeciendo esencialmente a los cambios en los paradigmas de la

educación y con ello la transformación de los modelos educativos en las universidades, donde el docente es considerado como un facilitador y se encuentra centrado en aprendizaje [79] activo del estudiante, sin embargo, a pesar de esta serie de cambios de igual forma el rol del docente centrado en la enseñanza [80] se mantiene a través de ser un poseedor y transmisor de conocimiento como en las cátedras tradicionales o charlas magistrales. Así mismo encontramos que los académicos desarrollan una serie de estrategias de acompañamiento [81] donde el docente se muestra como un modelo para los alumnos en el saber, el hacer y también en el ser, además de entregar oportunidades de aprendizaje.

[79] Es que yo creo por lo menos en el área formativa, soy una convencida de que hay que abarcarlo por todos los canales en el sentido de que el aprendizaje es por varios modos entonces tienen que crearse experiencias que sean recordadas y significativas por los estudiantes, pero que les haga sentido a ellos entonces por eso es tan importante conocer bien al grupo o tratar de conocerlo bien, ahora no siempre resulta a veces uno engancha muy bien con ciertos grupos y otras veces no pasa de esa manera (Participante 7).

[79] cuando uno mira los procesos de enseñanza aprendizaje también tiene que mirar a quién va a implementar esos procesos de enseñanza aprendizaje, y más que implementarlos, vivíroslos. Y ahí yo siempre rescato la pirámide de ((Miller)) por ejemplo que plantea de que en las primeras etapas los chiquillos vienen mucho de una educación previa que no necesariamente es innovada a los nuevos paradigmas de educación, y por lo tanto, la estructura que requieren es más vinculada a lo tradicional, ya no clases magistrales, sino que metodologías más participativas en aulas (Participante 10).

[80] Venimos de un sistema educacional tan estructurado que muchas veces nos lleva a la típica clase magistral cierto, donde pedimos un poco que reproduzcan y que poco analicen, piensen y creen (Participante 12).

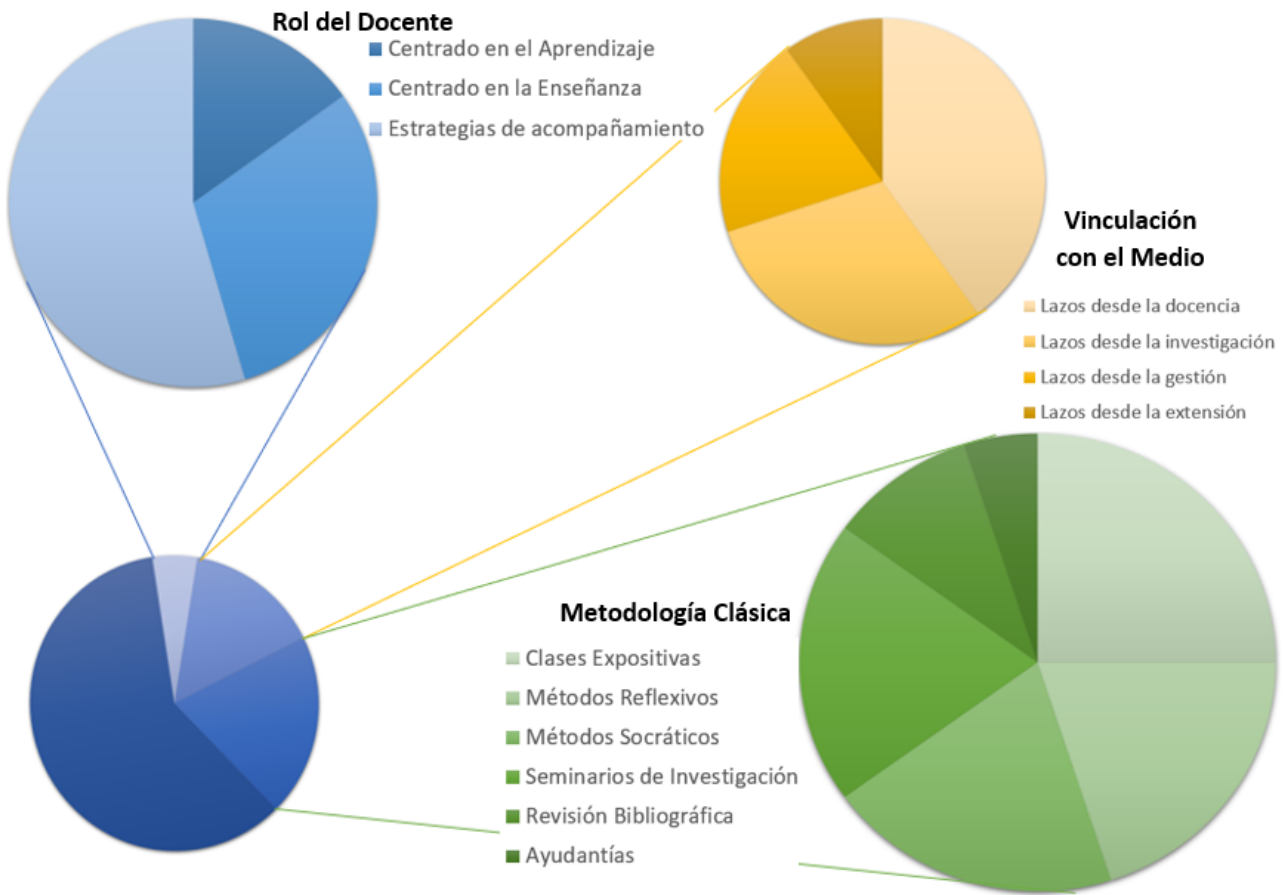
[81] Método facilitador de la comprensión: a través de este método, el docente ayuda a los estudiantes a construir significado para comprender ideas y procesos claves; los guía en discusiones en torno a problemas complejos, textos, casos, proyectos o situaciones mediante el cuestionamiento, el establecimiento de pruebas y la reflexión sobre procesos. (Programa 12)

[81] También creemos que es importante que ellos aprendan desde el vivenciar para después poder aplicar las estrategias con la comunidad precisamente. Desde ese punto de vista, esas teorías utilizamos mucho, el tema del constructivismo, por ejemplo, son metodologías o teorías que utilizamos y que tratamos de incorporar en las clases (Participante 13).

[81] Método facilitador de la comprensión: a través de este método, el docente ayuda a los estudiantes a construir significado para comprender ideas y procesos claves; los guía en discusiones en torno a problemas complejos, textos, casos, proyectos o situaciones mediante el cuestionamiento, el establecimiento de pruebas y la reflexión sobre procesos. (Programa 12).

Figura 48

Metodologías TOC con enfoque en Metodologías Clásicas; Metodologías con Vinculación al Medio; y, Metodologías Enfocadas en el Rol del Docente

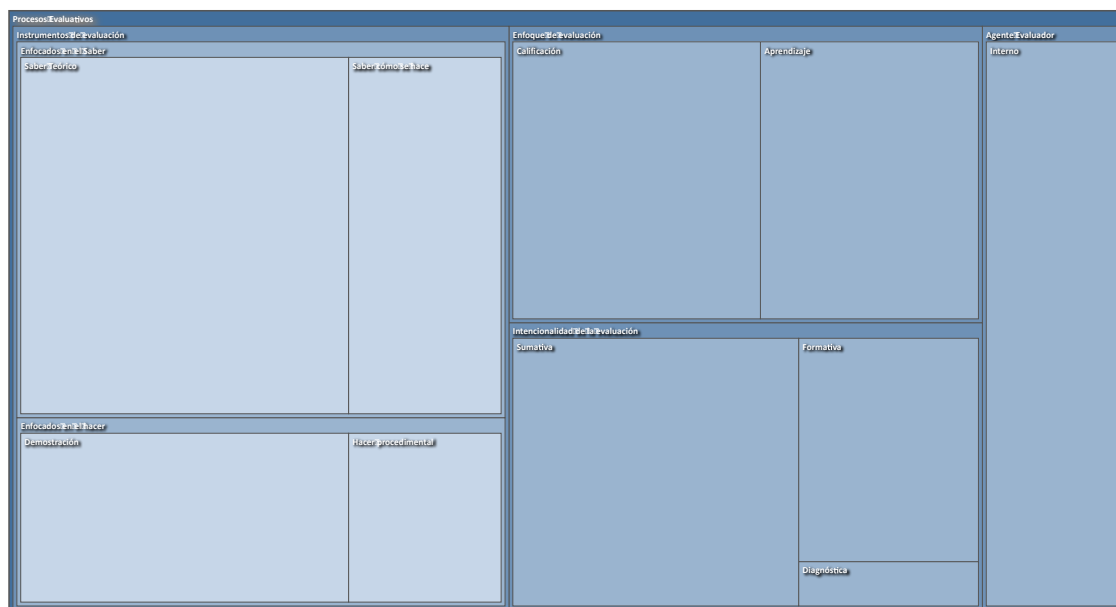


Nota. Esta Figura, de elaboración propia, representa las metodologías TOC, sin observar las metodologías más usadas (metodología participativa) que están graficadas en la Figura 44.

4.4.- Identificar los tipos de procesos evaluativos que se están llevando a cabo con estudiantes universitarios en el ámbito de la Terapia Ocupacional Comunitaria

Figura 49

Mapa jerárquico de los tipos de procesos evaluativos que se están llevando a cabo con estudiantes universitarios en el ámbito de la Terapia Ocupacional Comunitaria



Nota. Mapa jerárquico de los tipos de procesos evaluativos que se están llevando a cabo con estudiantes universitarios en el ámbito de la Terapia Ocupacional Comunitaria, de elaboración propia.

La categoría procesos evaluativos, cuenta con un total de 148 referencias, las instancias evaluativas forman parte de todos los programas de formación investigados, como un componente más del proceso de formación de terapeutas ocupacionales. La subcategoría con mayor número de referencias es instrumentos de evaluación con 66 codificaciones la que hace referencia a herramientas que utilizan los académicos para registrar, obtener información y calificarla en virtud de los logros de los resultados de aprendizaje, los cuales se encuentran divididos principalmente en los centrados en el saber y en el hacer.

Le sigue la categoría enfoque de evaluación con 32 referencias, y el foco radica si las evaluaciones se encuentran centradas en calificación o el aprendizaje, la primera asociada a la obtención de una nota o en el proceso de adquisición de las competencias. Luego con 31 referencias nos encontramos con la categoría intencionalidad de la evaluación, en la que encontramos referencias hacia evaluaciones diagnósticas, formativas, sumativas y también un conjunto de éstas dos últimas.

Y, finalmente, el agente evaluador que está compuesto en un 100% por referencias asociadas a agentes internos, lo que quiere decir que forman parte de la institución considerando la propia auto evaluación de los alumnos, evaluación de pares, desde los académicos y así también desde los docentes clínicos.

Tabla 18

Nodos comparados por número de referencias de codificaciones de la categoría Procesos Evaluativos

Sub Categorías	Nodos	Nº Referencias de Codificaciones	Nº Elementos Codificados	
Sub Categoría: Enfoque de evaluación (32 referencias de codificación)	Centrada en la Calificación	17	11	
	Centrada en el aprendizaje	15	9	
Subcategoría: Intencionalidad de la evaluación (31 referencias de codificación)	Diagnóstica	2	2	
	Formativa	10	6	
	Sumativa	19	12	
Subcategoría: Agente evaluador (19 referencias de codificación)	Interno	19	11	
	Externo	0	0	
Subcategoría: Instrumento de evaluación (66 referencias de codificación)	Enfocados en el hacer (22 codificaciones de los nodos descendientes)	Demostración	15	10
		Hacer Procedimental	7	6
	Enfocados en el saber (44 codificaciones de los nodos descendientes)	Saber cómo se hace	14	9
		Saber Teórico	30	16

Nota. Nodos comparados por número de referencias de codificaciones de la categoría Procesos Evaluativos, de elaboración propia.

En relación con la categoría de procesos evaluativos, encontramos que este proceso se encuentra planificado de manera previa a iniciar las clases de terapia ocupacional comunitaria, con hitos evaluativos claros y marcados dentro de las asignaturas vinculadas a lo comunitario y se orientan en función de los saberes, aprendizajes y competencias vinculadas a esa asignatura en particular. Buscan certificar que los estudiantes alcancen las competencias comprometidas en los perfiles de egreso, así como determinar el

nivel del desarrollo de éstas, así como para entregar retroalimentación, generar medidas reparatorias en el caso de que estas competencias no se estén logrando, y así mismo como una forma de garantizar a la sociedad que los estudiantes que aprueban obteniendo una nota superior a un estándar cuentan con las competencias necesarias para desenvolverse en el ámbito comunitario de intervención.

El enfoque de evaluación en ocasiones puede verse disonante con relación al proceso de enseñanza-aprendizaje, ya que nos encontramos con metodologías activo-participativas, centradas en el estudiantes y clases con un componente fuertemente reflexivo, sin embargo, los procesos evaluativos se centran fuertemente en la calificación [82] del alumno, y en el aprobar o no aprobar, a través de evaluaciones de selección múltiple por ejemplo, así también, encontramos evaluaciones estandarizadas a nivel nacional cuando el programa cuenta con más de una sede [83], que responde a las exigencias actuales de los criterios de la comisión nacional de acreditación y de certificación de logros a través de la obtención de una calificación expresada a través de una escala numérica. De igual forma, encontramos lógicas evaluativas centradas en el aprendizaje con mayor sintonía a las estrategias metodológicas utilizadas en los módulos asociados a la terapia ocupacional comunitaria a través de práctica, portafolios, debates, informes, seminarios, dentro de esta última destacan los juicios evaluativos desde los estudiantes a los docentes y viceversa, así como, al centro de práctica por ejemplo [84] lo que genera una mayor validez y confiabilidad de los involucrados en el proceso de enseñanza-aprendizaje o miradas de evaluación integrales donde participa el alumno, sus pares y el docente [85], incluso algunas donde se crea un proceso de co-construcción entre el docente en conjunto con los alumnos en la creación del instrumento de evaluación [86].

[82] Sinceramente, por temas de tiempo, y por temas de horario también, a mí me encantaría poder hacer las pruebas, netamente de desarrollo, pero igual incorporo algunas preguntas, que tengan que ver con esto más de memorizar, con ese tipo de cosas de alternativas de como conocimiento (Participante 1).

[83] El tema de las evaluaciones es súper estructurado a nivel nacional en la universidad. (Participante 4).

[83] Hay ciertos ramos que van por reglamento que hay que tener por lo menos cuatro evaluaciones por semestre, de esas cuatro debe haber dos pruebas grandes tipo solemnes. (Participante 7).

[84] Hay evaluación por ejemplo de un supervisor, del estudiante hacia el centro, del estudiante hacia el docente (.) Y del estudiante hacia el centro también, incluye aspectos de si es que es posible o no trabajar y desempeñarse en ese lugar. (Participante 1).

[85] En las distintas asignaturas, se intenta de que el estudiante en estas experiencias comunitarias, hagan procesos de reflexión, y los procesos evaluativos tienen relación con eso, no es como se da generalmente en las asignaturas más teóricas, a donde les piden evaluaciones más relacionadas con selección múltiple, lo típico, pero en las otras asignaturas, se trabaja mucho con el ensayo, y con los informes, de análisis, o como (.) de reflexión, en el caso que te decía de las prácticas (Participante 11).

[86] Si, pero con los más grandes, con los chiquillos más grandes de tercero a cuarto año hemos construido, sobre todo las que son de heteroevaluación, donde los profes se encargan de construir una rúbrica visualizando cuales son las competencias o las áreas que ellos creen que son importantes que se evalúen entre ellos, y sí, se han realizado (Participante 12).

La intencionalidad de la evaluación responde a lo que se busque con cada una de las instancias evaluativas, en la cual las evaluaciones diagnósticas [87] usualmente buscan determinar las condiciones de base de los estudiantes, explorando sus conocimientos previos y en ocasiones expectativas de las asignaturas, extrañamente aparecen declaradas en muy baja frecuencia en los textos analizados (sólo 2 veces), así mismo encontramos instancias evaluativas que buscan ratificar y apoyar la adquisición de conocimientos y desempeños de los alumnos a través de evaluaciones formativas [88], que son instancias evaluativas que no se encuentran asociadas a una nota, buscan generar un impacto positivo y significativo en el aprendizaje de los estudiantes, a través de la retroalimentación para mejorar el aprendizaje, pero también para tributar a la docencia, ya que el docente puede ir chequeando la adquisición de las competencias. Así mismo encontramos las clásicas evaluaciones sumativas [89] que buscan entregar una calificación (una nota) y generan una certificación sobre el logro alcanzado, pero también tributan a las exigencias de las propias universidades en torno a cuantificar el aprendizaje a través de un número. Sin embargo, estas formas de evaluación no son tan purista, sino que una evaluación sumativa puede estar compuesta por una evaluación formativa de igual forma [90], ya que entrega una retroalimentación parcial del proceso formativo, esto sirve también para orientar el aprendizaje. Estos tipos de evaluación son complementarios entre sí, ya que desempeñan funciones diferentes en los procesos de enseñanza-aprendizaje.

[87] Evaluación diagnóstica al inicio de la asignatura que permita conocer los conocimientos previos de los estudiantes (Programa 4).

[88] Evaluación formativa clase a clase (Programa 3).

[88] Para evaluar hay todo un trabajo previo en el fondo, que el trabajo en terreno es el último eslabón de los procesos de aprendizaje, y que tiene que ver, primero con identificar posibles necesidades de la población donde se va a intervenir, luego, recolectar material o revisar a nivel de política pública, cómo, de dónde podrían surgir alguna información interesante, luego, ellos tienen que ir a los centros a recolectar información (.) y elaborar sus propios trípticos o dípticos informativos, o bien, el material que le hayan entregado estas instituciones, también ordenarlos y clasificarlos para poder disponerlos.. y todo eso es formativo. Y luego se hace la intervención y la evaluación (Participante 1).

[89]

Prueba Solemne I: 20%

Prueba Solemne II: 20%

Prueba Solmene III: 40%

Actividades prácticas: 20% (Programa 17).

[90]

Evaluación de la Unidad:

Función	Tipo de evidencia	Procedimiento e instrumento evaluativo	Contexto
Formativa	Producto	Avances del proyecto/Autoevaluación	Sala de clases
Sumativa	Producto	Exposición proyecto social grupal/Rúbrica	Sala de clases

(Programa 18)

Los agentes evaluadores encontrados en la investigación corresponden en un 100% a agentes internos, que son personas que se encuentran relacionados de manera directa con las instituciones educativas, ya sea por ejemplo, los mismos estudiantes a través de autoevaluaciones, en la cual es el mismo alumno quien lleva a cabo una valorización de su aprendizaje de manera guiada a través de una pauta,

rúbrica o escala de apreciación, Encontramos también las coevaluaciones las cuales son desarrolladas por pares o alumnos en su conjunto y valorizan las competencias adquiridas, y Así mismo encontramos las evaluaciones más frecuentes y comunes que corresponden a las hetero evaluaciones, en la cual es el docente que planifica, implementa y aplica el proceso evolutivo al estudiante [91].

[91] No estoy tan segura si hemos llegado a una mirada 360°, cuando hablamos de evaluación, pero sí existe una auto-evaluación por parte del estudiante, una coevaluación en algunos casos, y una evaluación por parte del docente. La idea es cruzar esa información, para poder también contrastar la propia evaluación con lo que es lo que observan los pares, el docente, a propósito de una intervención puntual con un usuario, o en un grupo. Por lo tanto, no queda solo de la evaluación docente-estudiante (Participante 10).

Una evaluación interesante de destacar es la que ocurre con los supervisores clínicos en prácticas ya sean éstas curriculares o profesionales, en la cual el docente o supervisor clínico, usualmente se encuentran contratados por el centro de práctica y presta un servicio a la universidad a través de guiar en el proceso de enseñanza aprendizaje a los alumnos, Este no pertenece de manera tradicional a la institución educativa, pero es considerado como un agente interno debido a la relación contractual usualmente a través de un contrato con boleta de honorarios, y porque además cuentan con una orientación y guía del proceso de práctica por parte de las escuelas de Terapia Ocupacional [92].

[92] Evaluación de docente del centro 10% (Programa 2).

[92] E etapas donde los chiquillos ya están haciendo o generando acciones con la comunidad o intervenciones que tienen que ver con la línea de practica curricular, también el poder trabajar con los docentes clínicos, porque acá hay varios docentes clínicos que pertenecen a la universidad y están en un campo clínico, yo diría que cada vez es más utilizado por las universidades. En esos escenarios los chiquillos generan proyectos que incorporan la participación de las personas, o de los grupos o comunidades con las que les tocan interactuar cuando están haciendo sus intervenciones en las prácticas curriculares o profesionales. Entonces, en las etapas iniciales se hacen actividades que tienen más que ver con vinculación con el medio y en etapas más avanzadas del proceso curricular, está más vinculado a lo que son las prácticas curriculares y son evaluados por estos docentes clínicos (Participante 10).

A pesar de que muchas universidades declaran la utilización de metodologías como el aprendizaje más servicio en las asignaturas vinculadas a la Terapia Ocupacional comunitaria, y la cual declara desde algunas premisas teóricas que los socios comunitarios como agentes externos debiesen evaluar el desempeño de los estudiantes, llama la atención que esto no se implementa, lo que puede deberse a una multiplicidad de causas, como por ejemplo que estos no están preparados teórica o metodológicamente para aplicar instrumentos de evaluación a los estudiantes.

En general los académicos recurren a múltiples instrumentos y métodos de evaluación a lo largo de la misma asignatura, que contemplan elementos tanto desde el saber cómo desde el hacer.

Los instrumentos de evaluación enfocados saber parecieran estar orientados al demostrar el saber teórico [93], se encuentra asociada a niveles taxonómicos bajos como recordar a través por ejemplo de instancias escritas como pruebas de desarrollo, ensayos, artículos de revisión, el saber cómo se hace [94], basa de igual forma en un conocimiento teórico pero contextualizado a través de por ejemplo casos clínicos o aprendizaje basado en problemas, incluye el razonamiento clínico y crítico y la toma de decisiones atingentes a los grupos o comunidades en los cuales está trabajando el terapeuta ocupacional.

[93]

Pruebas: 40%

Lecturas previas: 5%

Controles: 15% (Programa 1).

[93] Oral: Grupo de discusión sobre temáticas de interés (Programa 11).

[94] Visual: Medio gráfico que documente la intervención, presentación power point para apoyar presentación oral (Programa 9).

[94] Escrita: ensayo breve sobre el trabajo en equipo en la intervención comunitaria, revisión de literatura sobre terapia ocupacional con enfoque comunitario, informes de diseño de propuestas de intervenciones de terapia ocupacional con enfoque comunitario (Programa 11).

[94] Análisis de caso clínico (Programa 10).

Los instrumentos de evaluación con enfoque en el hacer, evalúan habilidades desde la demostración [95] , en la que el contexto de aplicación de la evaluación puede o no ser real, a través de

instancias simuladas como *role playing* o talleres, o a través de elaboración de productos o documentos como sistematizaciones, o en contexto real a través del hacer procedimental como el trabajo práctico en comunidades, o llamado también campo clínico que suele utilizar instrumentos de evaluación como rúbricas de evaluación, portafolios, usualmente realizada por el docente de terreno, supervisor o docente clínico.

[95]

Unidad	Actividad	Instrumento	Porcentaje
I	Simulación de taller grupal	Rúbrica	20%

(Programa 22)

Función	Tipo de evidencia	Procedimiento e instrumento evaluativo	Contexto
Sumativa	Producto	-Exposición de trabajos grupales. -Portafolio de sistematización del trabajo comunitario.	-Sala de clases -Trabajo Personal del Estudiante.

(Programa 18)

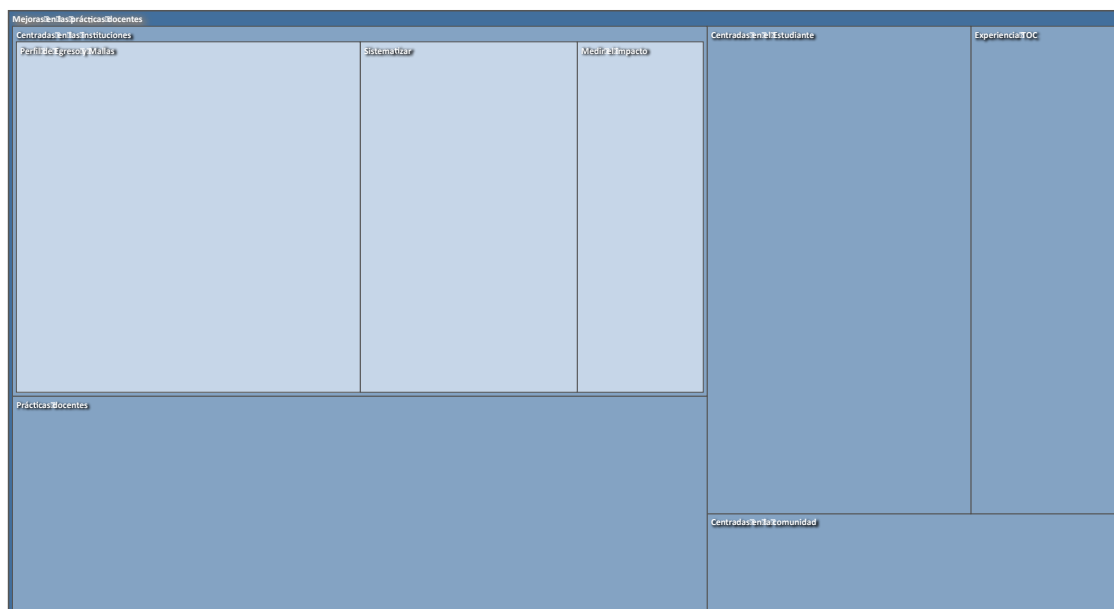
[95] Evaluación de desempeño en campo clínico (Programa 16).

[95] La parte práctica siempre tienen igual tres evaluaciones que son: una el diagnóstico que se haga con la comunidad, otra es la planificación de lo que se va a realizar, una vez que se hizo el análisis del diagnóstico como la planificación de la intervención, y otra es la ejecución, esas son como mínimas y hay otras notas que tienen que ver con el desempeño, con la hetero evaluación, la auto evaluación que también son procesos que nosotros incluimos (Participante 12).

4.5.- Elementos de mejoras las prácticas docentes en el área de la Terapia Ocupacional Comunitaria en Chile

Figura 50

Mapa jerárquico de elementos que mejoren las prácticas docentes en el área de la Terapia Ocupacional Comunitaria en Chile



Nota. Mapa jerárquico de elementos que mejoren las prácticas docentes en el área de la Terapia Ocupacional Comunitaria en Chile, de elaboración propia.

El objetivo de investigación mejoras en las prácticas docentes, busca explorar las tensiones existentes entre lo que actualmente se implementa y aspectos que podrían impactar positivamente en la formación de estudiantes de terapia ocupacional que se desempeñarán en el abordaje comunitario, desde la perspectiva de los académicos y directores de escuela, en total la categoría está compuesta por 85 referencias en 17 elementos codificados.

La categoría con mayor cantidad de citas es mejoras centradas en las instituciones con 38 referencias y tiene que ver con aspectos que la universidad o las propias escuelas o carrera de terapia ocupacional pueden realizar como aspectos de mejora.

Le sigue las mejoras centradas en las prácticas docentes con 22 referencias, las que abordan principalmente elementos que podría realizar el académico para mejorar la formación de sus estudiantes,

le sigue aspectos centrados en los estudiantes con 19 referencias. Y finalmente, pero con gran relevancia aspectos a mejorar centrados en la comunidad con 6 codificaciones.

Tabla 19

Nodos comparados por número de referencias de codificaciones de la categoría elementos de mejora en la práctica docente

Sub Categorías	Nodos	Nº Referencias de codificaciones	Elementos codificados
Centradas en el estudiante		19	5
Centradas en las prácticas docentes		22	11
Centradas en las Instituciones (38 referencias de codificación)	Medir el impacto de la TOC	7	5
	Sistematizar actividades	12	7
	Perfiles de egreso y mallas	19	10
Centradas en la Comunidad		6	4

Nota. Nodos comparados por número de referencias de codificaciones de la categoría elementos de mejora en la práctica docente, de elaboración propia.

El nodo mejoras centradas en el estudiante, tiene relación con expectativas que tienen los académicos y docentes acerca de competencias que desarrollen o mejoren los estudiantes para desempeñarse en el mundo comunitario, como por ejemplo plantear intervenciones comunitarias vinculando los conocimientos teóricos con los procesos de intervención [96] y la pertinencia [97] y re evaluación de estas intervenciones, así como una perspectiva integrando los conocimientos [98], el auto conocimiento [99] y las habilidades blandas o transversales [100].

[96] Es que la mayor dificultad es poder integrar intervenciones comunitarias, o sea todo nace un poco de la intervención uno a uno y una que otra a nivel domiciliario, pero a pesar de que ellos explicitan que utilizan un modelo o un enfoque de redes, etc. No se refleja en los planes, les cuesta pensar como vinculándose con la comunidad, activando redes o identificándolas. Entonces ahí hay una gran merma por los menos acá. Pero para mí esos dos puntos son fundamentales, si no eres riguroso y no sabes observar probablemente la comunidad te está dando mucha información y tú no vas a poder recoger y tampoco vas a tener los instrumentos para poder facilitar algunos procesos. (Participante 5).

[96] Al parecer los chiquillos (.) no sé, hay una separación en cuanto a la importancia que le doy a la asignatura también. Y cuando salgo, el empleador me dice oye les falta esto, y esto lo viste en todo el proceso de la línea de intervención comunitaria. Entonces como que todavía hay un foco en lo disciplinar, biomédico, más que en lo comunitario y tomar la relevancia, esto daría una conversión a vincularse más con las asignaturas, igual como te decía, los estudiantes de TO tienen más compromiso, pero igual hay algunos que también les falta esa conexión (Participante 11).

[96] Todos estos elementos que tienen que ver con que ya tenga más conocimientos teóricos, como por ejemplo desde una perspectiva de derechos, del conocimiento de las normas, nacionales e internacionales, y vuelvo a lo que es la convención de personas con discapacidad, derechos humanos, etc. y luego ya que es lo particular, que es de contenido, de teoría digamos, dependiendo del lugar donde estés (Participante 13).

[97] Yo diría que este egresado de la carrera, tiene que implementar estrategias de abordaje en comunidad que sean adecuadas, y que a lo mejor es una redundancia, pero adecuadas a las culturas que están incorporándose en nuestra sociedad o a nivel nacional, o dentro de nuestra propia realidad que ya lo vienen haciendo pero que a lo mejor vamos a tener que ir mirándolas en poblaciones inmigrantes, estrategias de intervención que incluso salgan un poco de lo tradicional, de lo que es el trabajo en APS, que tiene que ser necesariamente sobre la educación popular, mirar incluso formas de intervención que va en los nuevos tiempos y que las comunidades también tienen que ir subiéndose a esos carros (Participante 10).

[98] Para el TO que se está formando en este proceso y que, de alguna manera a nivel social, entendiendo ahora este estallido social, como de reivindicación digamos de los Derechos humanos vinculados a una vida digna, tiene que asumir el TO como profesional o agente social de cambio y entendiendo, como te decía que no es a una persona, sino que, a la persona, familia, comunidad, no desvinculado del contexto, entonces yo creo que es súper esencial al momento de trabajar en comunidad. Son elementos que los hemos hablado en consejo de Empleabilidad con empleadores. Siento que les falta a los chiquillos aspectos vinculados con evaluar, de cómo medir los impactos de sus intervenciones, que también es importante para generar un proyecto comunitario, entonces desde los empleadores aparecen estas faltas de conocimiento respecto a eso (Participante 11).

[98] Quizás yo agregaría algo que fuera más interdisciplinar, que eso cuesta porque claro nosotros estamos en una frecuencia, pero no en la misma de otras carreras de la facultad. Entonces, sería provechoso para los estudiantes evidenciar experiencias o asignaturas en esta misma idea de la intervención comunitaria con otras disciplinas que uno puede ver por ejemplo en las prácticas, bueno ahí uno no actúa solo como terapeuta ocupacional (Participante 7)

[99] El que comprendan que no son entes externos, que pasaba mucho, entonces visualizar que yo soy parte de la comunidad y cómo apporto, desde mi visión que comprendan y respeten las visiones de las otras personas y cómo a través de esta construcción yo puedo desarrollar un proceso terapéutico y mi foco principal es ser facilitador o acompañante, pero de cierta forma, cómo me conecto con mi propio yo, ser sujeto comunitario. Ya que muchos de ellos provienen de estratos

socioeconómicos bajos y había dos cosas que les causaba choque ¿por qué tú me traes a la comunidad? ¿por qué yo vengo a la comunidad? así, si yo quiero como escapar de esto, sí, es como; por qué, si yo no quiero ver más esto, ver a la gente te fijas, y bueno nuestro perfil de ingreso es que la mayoría son de colegios municipales, de barrios vulnerables, ese es como el perfil, de hecho, ingresan algunos con notas 5 o incluso menor que eso. Son muchos trabajadores, muchos padres, entonces es un perfil distinto al que puedan tener otras universidades, el ¿por qué me traes aquí?, si yo estoy estudiando para salir de acá. Entonces cómo lograr de alguna forma como una conexión de lo que pasa y lo que te va a pasar a ti en tu vida, y cómo ellos entienden que tú eres un agente de salud y que tú tienes un efecto sobre los otros, y que ese otro vive en comunidad, por lo tanto, si hay un efecto tuyo sobre el otro, ese otro lo va a replicar dentro de su comunidad, contexto. Entonces como que eso nos faltaba en esta lógica, y aparece esta metodología que hace ver que tú eres una persona, qué puedes afectar a otros en sus procesos, etc. (Participante 11)

[100] Ese profesional, tiene que ser un profesional integral, incluso estas son habilidades transversales o competencias transversales, que a lo mejor ya están instaladas pero que es importante re-afirmar, en torno de que tiene que ser un profesional creativo a estas líneas que te voy mencionando, el poder visualizarse también no tan solo en equipos de trabajo dentro de la atención primaria en salud vinculada a la salud solamente, sino que a la interdisciplinariedad, el poder tener esa visión interdisciplinar más allá de lo que son las fronteras de salud. Yo diría que potenciaría mucho más la riqueza a compartir o a transferir en las comunidades porque si no finalmente las comunidades se transforman o uno tiende a tendencia a que estas comunidades pudieran transformarse en grupos endogámicos...claro, la incorporación a esos equipos, que están formados también por las comunidades de otros profesionales, yo diría que todavía es algo incipiente, pero que ya se está instalando (Participante 10).

[100] Vienen con una privación sociocultural terrible. Entonces para poder trabajar en comunidad, una de las cosas que efectivamente hay que pulir, es eso, el desarrollo de competencias básicas. Y en este caso, cuando yo hablo de desarrollo, hablo de desarrollo social, emocional, de habilidades sociales básicas hasta avanzadas, porque efectivamente hay gente que nosotros tenemos que enseñarle incluso a escribir un correo, o sea TODO, todo todo todo. A escribir, o sea lo más básico, por eso se pide ensayos y cosas, porque te encuentras con cosas que dan ganas de tirarla por la ventana ((risas)) ... Entonces este desarrollo de competencias más personales, que traducido se transforma en aprender a hablar, tener habilidades sociales, etc. (Participante 13).

El nodo prácticas docentes se relaciona con la importancia de poder transmitir por parte de los académicos el sentido de comunidad y lo comunitario [101], que puedan vivenciar actividades prácticas [102] y una perspectiva reflexiva acerca de la terapia ocupacional comunitaria [103] además de especialización, experiencia práctica y compromiso con el área [104].

[101] Yo creo que los espacios de transformación social son sumamente importantes para la terapia ocupacional y específicamente tanto de lo individual como de lo colectivo, yo creo que, desde ese escenario, es relevante que a lo mejor uno como docente tenga esta perspectiva de análisis, de sociabilización, de comprender la comunidad, de transmitirla también. Y sabiendo que la comunidad no es solo un comportamiento, sino que la comunidad es un espacio de construcción, hay una cobertura, hay una identidad. Entonces hay como un constructo que va tomando sentido, entonces comprenderlo y que a lo mejor tu tengas las habilidades para poder enseñarlo es súper satisfactorio. (Participante 4).

[101] Los profes tienden a defender su parcela, no soltar ese espacio, porque abrirse a otros espacios de intervención como el comunitario, es un desafío, porque se pueden perder en ese rol, yo creo que ahí hay un tema a abordar, como hoy en día está todo en desarrollo, todo es emergente, también los chicos en pregrado se pierden, porque a los profes le cuesta dar a entender lo comunitario, por lo tanto, es mejor irse a áreas más seguras, más concretas, más definidas (Participante 5)

[101] Una crítica que yo hago de lo comunitario, que es una instrumentalización de lo comunitario en la mirada de las políticas públicas hacia lo instrumental, eso también dificulta ver los procesos de participación comunitaria más genuino, más de trabajo. Entonces al momento yo de traspasar eso, cuando lo traspaso sigue siendo muy teórico y no queda anclado experiencias reales concreta (Participante 7).

[101] Por un lado, veo la formación comunitaria y por otro lado la formación clínica, una cosa es la salud física, la salud mental y otra cosa, es la salud comunitaria, entonces ahí va quedando como algo un poco largo y difícil de aplicar, y esto otro (lo clínico) es más concreto, más real, lo veo en el hospital, lo veo en el consultorio y esto otro lo comunitario no lo veo, entonces se genera como esa escisión (Participante 7).

[101] Creo que un aspecto a mejorar es transmitirles de mejor forma lo comunitario a los alumnos (Participante 2).

[102] O sea, yo creo que es importante darles actividades o que tengan instancias de participación que les permita como vivenciarlo, yo creo que eso es lo que genera más como un mayor impacto, o entender porque hablarles de lo comunitario. Es como vivirlo, por eso yo te decía que para mí es como una forma de ser, como ser un TO comunitario. Entonces esa forma de ser, no solamente nosotros se la tenemos que dar en el aula, o actividades que después van a ser evaluadas, yo creo que hay que mostrarles y vivirlo. (Participante 8).

[103] Insisto, esta es una gran oportunidad para tributar a este proceso formativo, porque esa es nuestra función como educadores de educación superior; FORMAR, formar a los estudiantes que tienen conciencia social, entonces nos tomamos de esto y vamos generando estos procesos de diálogo que son tan ricos y formadores a la larga. Y no desde esta dinámica asimétrica, entonces es momento de ir cambiando también paradigmas (Participante 9).

[103] Yo siento que siempre nos hemos delimitado a que área de TO soy, si soy el físico, el de salud mental, comunitario, el de niño, etc. Como si no pudieses estar en cualquiera de esas posiciones y ser comunitario igual, o sea siento que de repente tú

puedes trabajar en un hospital y tener una visión comunitaria, pero no todos entienden eso. Pero yo creo que el trabajar como desde las bases de los derechos humanos es fundamental, o sea porque si tú reconoces a las personas y a las comunidades como sujetos de derechos eso te va a permitir respetar la diversidad que tiene y fomentar la participación y la autonomía de las comunidades y la toma de decisiones, que es algo que como te decía cuando tenemos un título como que muchas veces nos sentimos como con la verdad absoluta, o con esta posición de transmitir conocimiento, de transmitir experiencias y nos olvidamos de escuchar hacer participar a la comunidad, creo que también es importante el proceso de de-construcción y de descolonización para poder entender finalmente el valor que tienen las comunidades, siento que muchas veces también tenemos esta mirada de la TO más anglosajona, y eso nos limita a la participación de las comunidades y creo que sobre todo en Latinoamérica y en nuestro país es muy importante tener ese proceso de descolonización para poder de verdad valorar a la comunidad con la que trabajamos, escucharla, hacer que sea partícipe, y siempre de la postura de derechos humanos (Participante 12).

[104] Entonces, por ejemplo... yo tuve la experiencia como tal porque siempre lo comunitario está asociado a salud mental como adrede, pero no es mi especialidad y yo como tal no hago las asignaturas de comunitario porque no es mi experticia, pero no sé si eso esta tan generalizado como algo responsable, creo que la gente es mucho más temerosa en decir estoy en salud física o no, versus en comunitario, comunitario todos son, pero nadie es. Yo creo que los aspectos básicos tienen que estar asociados con la rigurosidad con la cual maneja, uno: saber observar, que se les enseñe a hacer un diagnóstico en general en todo ámbito no tan solo en la comunidad, entender lo que hace, que lo pueda fundamentar y ahí ser riguroso, y realizar está haciendo por partes (Participante 5).

[104] Si, creo que falta una bajada a la experiencia práctica, e incluso experiencia en lo comunitario de los mismos docentes (Participante 6).

[104] Por ejemplo yo estaba coordinando algunas cosas, estaba visitando un territorio completo para generar esa experiencia y ya hemos tenido estudiantes en práctica de niveles, hemos hecho un proyecto ahí y logramos hacer un voluntariado, entonces todo eso ha ido tejiendo y yo he estado participando ahí de una mesa, que es la mesa intercultural de la población y eso significa que el sábado estuve en un cabildo que se hizo en la población, voy a las 5,6,7 de la tarde a las reuniones que tienen y que hay allá. Y esos son los pasos, y lo hemos ido coordinando con la escuela, no es que yo lo haga sola, sino que se ha hablado y lo tomamos como acuerdo de equipo. Estamos haciendo una experiencia similar en otro lado (...) como que por ahí va la cosa (Participante 7).

La subcategoría acerca de aspectos a mejorar a nivel institucional tiene que ver con estrategias que deben desarrollar las universidades y propias escuelas o carreras de terapia ocupacional asociadas principalmente a medir el impacto [105] de sus procesos de intervención de prácticas curriculares y

profesionales [106], aprendizaje servicio [107] y vinculación con el medio [108] que realizan vinculadas a las asignaturas de terapia ocupacional comunitaria.

[105] Como aspecto a destacar indicaría que, para mejorar las prácticas docentes en terapia ocupacional comunitaria, se debería medir el impacto de las intervenciones, para saber si lo que estamos haciendo está bien o mal (Participante 3).

[105] Porque lo que ha sucedido es que se quedan con textos que no son muy rigurosos, intervenciones que a veces tú te das cuenta de que las hacían en los ochenta y que no necesariamente está descrito que tienen un impacto (Participante 5).

[106][108] Entonces por ejemplo en un inicio nos pasaba que estábamos interviniendo siempre en las mismas organizaciones donde decía en un inicio, muy cargados al tema de la discapacidad, luego nos dimos cuentas que esas organizaciones ya estaban muy intervenidas por muchos actores, entonces empezamos a ir a organizaciones territoriales, juntas de vecinos, la población, niños, adolescentes, migrantes distintas organizaciones y empezamos a ver que en un semestre claramente no era suficiente para tener un trabajo continuo y que realmente cumpla con las necesidades que salió en alguno de los diagnósticos participativos, entonces como toda la línea comunitaria tiene continuidad, terminábamos un semestre, viene la pausa y en el segundo semestre volvíamos a tomar la misma y así. Claro y obviamente tenemos que seguir buscando estrategias para evaluar estos procesos también, el impacto que tienen lo práctico y lo de vinculación con el medio, con las personas que estamos trabajando (Participante 12).

[107] Algo que sin duda debemos mejorar es medir el impacto de las intervenciones que se realizan en los proyectos de A+S. (Participante 3).

[108] yo diría que, todavía estamos ahí al debe con eso, falta todavía, y yo diría que en vinculación con el medio estas evaluaciones de impacto son un poquito más incipientes. Y que es transversal, en la universidad anterior también pasaba, que la retroalimentación por parte de los usuarios se quedaba un poco en el primer impacto o en la primera percepción de los procesos de los proyectos, en los resultados de los proyectos. Sin embargo, a posterior, cómo esas personas siguieron trabajando con la implementación de estos proyectos, nos queda un poco ((trunco)) (Participante 10).

Estrechamente al nodo anterior, encontramos como un aspecto a mejorar el sistematizar las actividades con las comunidades en el tiempo, que sean prácticas continuas en el tiempo [109] y donde exista una retroalimentación bidireccional entre las escuelas de terapia ocupacional y la comunidad [110],

más que actividades aisladas o instrumentalizadas hacia los territorios, sino que permanentes y sistematizadas [111].

[109] Persiste esta visión de que el aprendizaje es netamente desde lo cognoscitivo y que si es importante digamos que conozcamos la teoría de cada autor, pero el trabajo comunitario en si para que logremos hacerlo más que la teoría, es la actitud. A mi gusto y eso es algo que lamentablemente no está siendo abordado a mi gusto de manera correcta por ninguna de las casas de estudios que conozco, un trabajo sistematizado en lo comunitario (Participante 6)

[110] Yo creo que hay que tener experiencia, hay que crear experiencias reales, esto parte también por entender que la comunidad no es un dispositivo, no es un instrumento, no es algo que yo puedo recetar a otras personas, ni puedo usar la comunidad como un espacio en sí, entonces lo que habría que generar ahí serian experiencias genuinas, más de intervención en comunitario o trabajo en comunidades desde la propia escuela, desde los profesores y cuando eso ya está andando, ya está instalado, los estudiantes puedan participar de esas acciones y mirar en concreto cómo se hace, qué se hace y eso no es fácil (Participante 7).

[110] La palabra que ocupan los socios comunitarios, es como que se ha instrumentalizado su barrio, porque finalmente en el proceso de implementación de los proyectos, como hay muchos actores involucrados, piensa que es la escuela, director de intervención comunitaria que coordina todo esto, están las coordinadoras de la línea de intervención comunitaria, está el barrio, está el monitor comunitario y de repente este no es de la universidad, es externo que presta sus servicios y se complejiza aún más, entonces hay muchos actores que no conversan entre sí y hay mucha rotación de gente también y pasa lo mismo que los programas sociales, que uno ve en las ONG, que hay una rotación tremenda, entonces los procesos no se terminan, los estudiantes no están comprometidos. Finalmente es muy similar...Es que son muchos actores en la intervención, y yo creo que por eso hay estas dificultades en la coordinación, porque son muchos actores (Participante 11).

[111] En el fondo nos aseguramos que haya una permanencia y continuidad porque siempre le decimos a los chiquillos que no sacamos nada con ir e intervenir a una comunidad, evaluar e intervenir y hacer mi trabajo e irme, porque finalmente tú no estás cubriendo una necesidad de la población con la que estás trabajando, sino que como vas a crear una expectativa, levantar una necesidad, haces algo chiquitito y te vas. O sea siento que siempre nos quedamos cortos con el tiempo, porque hay muchos temas que quisiéramos trabajar, que todavía ojala pudiéramos vincularnos aún más con la sociedad civil que realmente pudiéramos abarcar más diversidad de población, de comunidades, de organizaciones y bueno los recursos también siempre son un tema ((risas)), Y para eso necesitamos seguir vinculándonos en la comunidad, porque en el fondo, a mí, por lo menos me gusta mucho la frase; nada sobre nosotros sin nosotros; y es como, sí, a lo mejor yo puedo leer un *paper*, estudiar y profundizar en materia pero quién mejor que la misma sociedad civil, que las mismas personas que son activistas que están trabajando por esto, vengan y hablen de este tema, y ojalá los tiempos nos permitieran poder incluir más contacto de la sociedad

civil a los chiquillos. Pero sentimos que puede mejorar, y que además tenemos que sistematizarlo que es algo que yo creo que es muy de TO que hacemos mucho y sistematizamos poco, entonces siento que tenemos mucha información pero que debemos sistematizarla y ser más ordenados a la hora de sistematizarlo y obviamente nos va a nutrir más estos procesos (Participante 12).

Otro aspecto de mejora se relaciona con la incorporación de manera más explícita y coherente en los aspectos curriculares vinculados como las mallas de formación, trayectorias de aprendizaje, hasta los contenidos [112] ya que pareciera mostrarse de manera más implícita [113], así mismo otra mención hace referencia a la formación y responsabilidad en el ámbito comunitario de los encargados de elaborar los planes de formación [114].

[112] Es que probablemente no hay una conexión entre los módulos, o de repente, lo que nos pasaba a nosotros con nuestra malla anterior, es que los nombres de las asignaturas no dicen mucho que de los contenidos y a veces no se ve reflejado lo comunitario (Participante 11).

[112] Aquí está súper inserto lo que es el trabajo en comunidad, ahora en el plan de estudio yo diría que todavía es una línea curricular comunitaria que para mi gusto a lo mejor es aparte, que esta como un poco aislada, entonces más centrada en los contextos de intervención que en los grupos en los que participa, o en la familia, no sé, hay un ajuste que yo creo que sería importante de ver, un elemento más central integrado a esas áreas. Estamos todavía en una malla que (.) y yo creo que los cambios son de hartito masticar (.) porque todavía estamos con salud física, salud mental, niños y adolescentes, entonces yo diría que todavía falta un cruce con la intervención en comunidad que pudiera (.) o decidir sólo quedarnos en lo contextual porque las intervenciones en comunidad también tienen que ver con familias, comunidades donde prima por ejemplo la población de adulto mayor, no sé, creo que ahí todavía hay como una reflexión que nos queda de hacer por acá. Para mi perspectiva, dentro de la manera de implementarse en un plan de estudio, debiera ir así (Participante 10).

[112] La idea es que se tomen grupos de asignaturas, como líneas tal vez tres o cuatro asignaturas por ejemplo la línea de psiquiatría, intervención del adulto, internado y que por ejemplo ahí se articulan varias, podría aparecer articulada también comunitaria o gestión, dependiendo del proyecto que se esté levantando. Y efectivamente la vinculación con el medio es trabajada en comunitario, ver la creatividad yo creo que está todas las casas de estudio y creo que es indispensable, el que seamos profesionales plásticos, flexibles, que nos saquemos un poco este sesgo de una vinculación vertical con nuestros usuarios, creo que esa asignatura aporta bastante, más cuando generalmente trabajamos con escasos recursos. O sea, nos vamos quedando con las intervenciones regulares, generalmente las universidades que tienen el ramo de comunidad o comunitario o la variante que sea, se van quedando con una práctica no más y a veces esa práctica no es suficiente para desarrollar esas destrezas en nuestros estudiantes (Participante 6).

[113] Pero sí, lo tenemos más incorporado, y lo queremos potenciar como que sea parte también de nuestra identidad, darle como más importancia porque están como muy, no está en ninguna parte de la malla y queremos que aparezca, porque en la malla también es importante el nombre de la asignatura. Yo creo que tiene que ver que se da por sentado que trabajamos con comunidad, y uno no puede uno dejarlo fuera en el perfil, entonces es como entendible, o por grupo, aparece también grupos que se yo. Se da por sentado el trabajar con comunidades, pero claro a lo mejor al construir la malla se te pierde, se difusa eso. Claro, o sea nosotros igual pensamos que lo ideal, quizás estoy hablando por mí en realidad ((risas)), pero a mí me encantaría que fuéramos reconocidos con lo comunitario, porque para allá apuntamos también o sea las necesidades, son de las comunidades, ya no pasa por un tema de discapacidad, o patologías específicas, hay otras necesidades de la comunidad en donde nosotros también podemos ser parte (Participante 8).

[113] La mayoría de las universidades lo declaramos lo comunitario, pero claro cuando tú vas a revisar las mallas, todavía tenemos esta visión bien clínica en la mayoría de ellas o sea yo creo que la malla más comunitaria y social que existe es la de la Universidad... o sea ellos tienen una malla muy muy comunitaria y social, que también algunos más tradicionales, o no sé si será tradicionales la palabra, pero que la ven como alejada de la TO (Participante 12).

[114] Hay una declaración de intención cuando uno declara en el perfil de egreso, y que muchas veces se apega a lo que requiere el país, eso en término de políticas públicas y sabemos que en todas las políticas públicas el perfil de lo comunitario es importante. Ahora con estos últimos movimientos que han pasado y todo el activismo que se ha dado lo comunitario vuelve a estar en la palestra, entonces claro, hay una necesidad, pero no necesariamente se plasma dentro de los contenidos o mallas porque hay que entender que también nuestra carrera tiene un fuerte origen biomédico, la mayoría de los profesores antiguos fueron formados en la Chile con mirada biomédica (Participante 7).

[114] Las personas que están en la academia y formando a los futuros profesionales responden a la lógica de cómo se ha construido la terapia ocupacional en Chile, pero considero que es muy precario el conocimiento que tenemos del trabajo con comunidad como tal, porque claro hablamos de comunidad cuando tenemos que hacer un diagnóstico participativo, hablamos de comunidad cuando hacemos trabajo intersectorial, pero dentro de la malla como tal, es súper escaso. Y considero que la responsabilidad tributa a lo mejor a los jefes de carrera o a las personas que son designadas a hacer las mallas curriculares (Participante 4)

Aspectos por mejorar se dan en relación con la comunidad como tal, con relación a la baja participación

[115] de las actividades, que pueden estar ocasionada por la desconfianza en la institucionalidad de las universidades y falta de compromiso de éstas últimas, tomando una perspectiva crítica [116].

[115] Y hemos tenido dificultades operativas también donde los barrios no quieren trabajar, nadie quiere participar, etc. Y esto ha traído como consecuencias en los barrios han resentido esto, por tanto, piensan que finalmente es un repositorio el barrio, es como que no hay una ganancia (Participante 11).

[116] Las agrupaciones son súper críticas porque ya paso el periodo que de alguna manera los esperaba con expectativas que no se cumplían y ahora viene un periodo, bueno si nos vinculamos con ustedes porque ellos saben que también hay un tema de necesidad de las universidades de vincularse con la comunidad, son muchos más pragmáticos y te piden algo concreto, algo que tú puedas comprobarles que va a resultar entonces eso yo creo que es un escenario distinto y ha hecho que también la evaluación sea más rigurosa y este más a la mano. Yo creo que ya de alguna manera se avanzó un poquito, no te digo que sea algo tan amplio, pero ya efectivamente las comunidades y las agrupaciones saben cómo tensionar a las instituciones y eso también es bueno (Participante 5).

Otra perspectiva interesante, tiene que ver con el concepto de ver a los académicos de terapia ocupacional comunitaria como un ente comunitario y transformador, que debería vincularse y unirse para fortalecer el trabajo en, con y desde las comunidades [117].

[117] Bueno nos falta también como desde esta mirada yo siento que ahora somos dos por lo menos acá que estamos muy metidas en esta línea comunitaria, hay muchos colegas que están trabajando afuera pero que quizás no están muy ligados a la docencia, entonces sí, siento que nos falta y siento que las nuevas generaciones de terapeutas ocupacionales lo tienen más incorporado ahora, es esta visión de comunitaria y de derechos humanos, pero los que nos formamos ya hace un par de años o más todavía, teníamos una mirada más clínica de la TO, más biomédica entonces siento que también el paradigma está cambiando, pero también siento que los que estamos trabajando en esta área, debemos crear comunidad, bueno hay mucha gente joven de últimas generaciones que están más claritos con el tema comunitario. Pero los que no tuvimos esa formación como tan de comunitaria todavía, tuvimos que hacer ese proceso de de-construcción de lo clínico y de salirnos de un paradigma, para pasar a otro y eso también tiene que ver con un proceso o con una decisión personal siento yo, y que nos falta, nos falta instaurar profesores que conozcan y se sientan comunitarios, yo siento que todos somos comunitarios en sí, pero somos pocos los que lo tenemos identificado como comunitario (Participante 12).



CAPÍTULO V:

Discusión



Escuela Internacional de Doctorado / Doctorado en Educación / Universidad de Almería

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

El presente apartado se propone presentar los hallazgos de los objetivos planteados anteriormente para dialogar en torno a su discusión.

5.1. Discusión en torno a los vínculos de lo comunitario con los currículos universitarios de Terapia Ocupacional en Chile

En la discusión del primer objetivo de esta investigación, catalogado como “Los vínculos de lo comunitario con los currículos universitarios de Terapia Ocupacional en Chile”, se busca identificar cómo nace la necesidad de esta arista dentro de la formación profesional y cómo se configura su implementación desde la perspectiva de los profesionales, en un punto inicial. Este objetivo no considera la caracterización en detalle de los contenidos en Terapia Ocupacional Comunitaria, su metodología de enseñanza-aprendizaje, sus procesos evaluativos ni la propuesta de elementos específicos para mejorar la práctica docente. Se enfoca, más bien, en la puesta en escena de los cruces que hacen posible la transición de la Terapia Ocupacional a la Terapia Ocupacional Comunitaria. Cabe recordar que esta discusión se basa en los elementos emergentes dentro de los textos y la narrativa de docentes y directores expertos en Terapia Ocupacional que han participado en esta investigación. La recolección de estos datos se ha procesado en el programa NVivo 12 Pro para codificar el discurso de los participantes, el cual se ha estructurado para permitir la identificación de categorías, subcategorías y nodos. En base a esta categorización se ha construido un mapa jerárquico de conceptos asociados a lo comunitario según recurrencia.

A nivel general, dentro de la categoría de “Vínculos de lo comunitario con la docencia”, las subcategorías creadas por el discurso de los expertos, arroja cuatro subcategorías. Según su relevancia, el nivel de urgencia de estas categorías se configura de la siguiente manera: “Aspectos curriculares”; “Percepciones de lo comunitario”; “Constructo de docencia” y “Experiencia profesional docente”.

Según las entrevistas con los expertos, en cuanto a “Percepciones de lo comunitario”, la Terapia Ocupacional Comunitaria se concibe, en una primera instancia, como un área de intervención de la Terapia Ocupacional en sí. Un experto alude específicamente a la “descentralización a nivel hospitalario y clínico” (Participante 1, 2020) señalando que las hospitalizaciones, de cualquier índole, son proporcionalmente más costosos de acuerdo con su extensión, sumado a lineamientos de diversos organismos institucionales que avalan las perspectivas de salud familiar y comunitarias como la Organización Mundial de la Salud, desde una perspectiva holística de la salud-enfermedad de la persona, su sistema micro, meso y macro

social. Ello crea la necesidad económica y social de trasladar los procesos de promoción, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación, junto con sus implementos y metodologías, a los espacios y dispositivos comunitarios para facilitar estas instancias. Se rescata también, la necesidad de poner estas soluciones al alcance de la comunidad, lo cual implica hacerlos partícipes activos y empoderados de su propia salud. Estos resultados coinciden con los resultados esperados en esta categoría, ya que guardan relación con lo que sostiene Vidal (1975), en relación con la salud comunitaria, que se vincula tanto con los servicios de salud y su entorno, tanto dentro como fuera de los hospitales, considerando a los individuos como a los colectivos, transformando la idea clásica de los sistemas de salud.

Innegablemente, el contexto histórico y político de Chile ha configurado una ideología popular que fomenta la construcción de comunidades, de personas que ayudan a otras personas. El énfasis “ocupacional” de la profesión conlleva la carga social que responde a la necesidad de convivir en sociedad a través de la ocupación, lo que es concordante con lo planteado por Pino y Ceballos (2015), como una relación dialógica entre la ocupación y la comunidad, siendo las personas ontológicamente comunitarias y ocupacionales; y las ocupaciones como la forma y metodología de articular lo que ellos y Martínez (2014) denominan el mundo de la vida y del sistema. Esta vocación acerca al terapeuta ocupacional a un campo compartido con trabajadores sociales, sociólogos, psicólogos comunitarios y otros profesionales fuera del área de la salud que, según el participante 9, hace a los terapeutas ocupacionales “únicos desde sus conocimientos que son, por una parte, biomédicos; por otra parte, sociales”, y es esta combinación la cual otorga un lugar privilegiado para trabajar en comunidad como una forma de práctica de red, que puede ser realizada por uno o varios profesionales relacionada con un conjunto de actores sociales, en concordancia con las teorías planteadas por Ceballos y Pino (2015) y Martínez (2014).

De estas percepciones se desprende que podría existir una transición natural entre el terapeuta ocupacional y el terapeuta ocupacional comunitario que se gesta no tanto desde los contenidos teóricos que encuentran un punto en común entre lo social y lo biomédico; sino que, surge desde un momento anterior, forjado desde el pasado sociopolítico del país, en una vocación por ayudarse entre la comunidad. Este fenómeno fue descrito en profundidad por las investigadoras Oyarzun, Zolezzi y Palacios (2012), quienes sitúan históricamente el trabajo comunitario de los terapeutas ocupacionales en tres momentos: pre-dictadura, orientado hacia el paradigma biomédico imperante; luego, le sigue el periodo en dictadura en el que no se encuentran aspectos socio comunitarios en la malla curricular de la única universidad que dictaba la carrera en ese momento y la prácticas profesionales estaban asociadas al fortalecimiento de las

organizaciones comunitarias, buscando aportar al entramado social, y; finalmente, un periodo de post dictadura, donde emerge lo comunitario en los 90', vinculado principalmente a la salud mental. Posteriormente, en el 2000, lo comunitario surge con fuerza, incorporándose en casi todas las mallas asignaturas vinculado a lo social y comunitaria.

Esto reafirma la noción del participante 9, al acotar que, "...somos los profesionales más idóneos para el trabajo comunitario y, efectivamente, el aprender a trabajar en comunidad son herramientas que son muy distintas a lo que uno podría trabajar en una intervención más individual". Es interesante destacar esta percepción, ya que se condice con las de teorías de Dudgeon (2011), que indica que es trascendental considerar las necesidades tanto de las personas como de las comunidades, dado que, aunque se pueden presentar aspectos y objetivos en común, surgen estrategias de intervención distintas, siendo las intervenciones individuales enfocadas, por ejemplo, en la inclusión o reintegración social; en contraste con una intervención comunitaria, que se encuentra centrada en los territorios, poblaciones y comunidades, enfocadas en la accesibilidad y aceptación a todas las personas, grupos y comunidades de aquellos con características o capacidades diferentes. Esto coincide de igual forma con Scaffa (2020), que indica que, a pesar de que los enfoques basados en el individuo o usuario y centrado en la familia pueden basarse en la comunidad, son distintos a los enfoques centrados en la comunidad, ya que éstos últimos tienen un enfoque sistémico de los lugares y actitudes de las comunidades; así mismo, Zango (2017) indica que las intervenciones comunitarias pueden realizarse en, con y desde la comunidad.

Estas afirmaciones que ubican lo social en similares condiciones a lo biomédico, desde una perspectiva de los expertos, se contraponen a lo que se sigue considerando como la visión general sobre la profesión: "Lo hegemónico", según el participante 7, "sigue siendo lo biomédico" (2020), debido a un paradigma cultural que suele atribuir más peso a los aspectos biomédicos. Esto se puede explicar al entender que la terapia ocupacional, a pesar de considerar aspectos epistemológicos desde las ciencias biológicas, psicológicas y sociales, es considerada como una disciplina del ámbito de la salud según lo planteado por Crepeau, Cohn, Schell, Willard y Spackman (2011).

Desde los expertos, esto deja entrever que hay una visión limitada en cómo se configuran las prácticas desde la comprensión misma de la terapia ocupacional, orientada por miradas como la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (2015), por ejemplo, que a pesar de señalar que la disciplina puede trabajar con personas y grupos, los servicios están orientados a la promoción de la salud

y el bienestar, prevención de las enfermedades, habilitación y rehabilitación en personas con limitaciones o en riesgo de desarrollar patologías, deficiencias o discapacidades, por lo que sitúa indeliberadamente lo biomédico por sobre lo comunitario. Esto crea límites que generan separaciones entre temas relacionados a la salud, sustentado en la teoría y evidencia, y otros temas relacionados a lo socio comunitario, que suele visualizarse más en el conocimiento popular, sumado a que la asimetría entre el rol profesional de experto y comunidad se diluye, debido a relaciones mayormente simétricas con la comunidad, validando el saber popular y que emerge de las propias comunidades. Estos límites coartan el diálogo entre ambos espacios de la ocupación humana y generan una falta de conocimientos e investigación empírica, sustentada en la evidencia en cuánto al alcance de la terapia ocupacional abocada hacia la comunidad y las ocupaciones colectivas. Esto se apoya en las nociones establecidas por Zango (2017), que señalan que la terapia ocupacional comunitaria está influenciada por el modelo de la práctica centrada en el cliente, como una respuesta al paradigma imperante biomédico, el cual ignora las experiencias de la persona y su capacidad para la toma de decisiones, así como la relevancia de la intervención terapéutica en el tiempo.

La falta de conocimiento trae consigo otro problema, que identifica el participante 5 y el participante 13, al notar que se genera un error de concepción, ya que hay un apuro por apelar a la globalización y a cuán rápido cambian las comunidades, de forma mediática. El participante 5 declara que “La comunidad vende, como tema, pero la implementación no se da como tal” (2020). El participante 7 agrega que es necesario hacer hincapié en una mirada transversal, sumándose a la opinión de otros participantes, sobre la urgencia por tratar la comunidad como un enfoque al cual hay que abarcar desde diferentes ámbitos, no como una estrategia de *marketing* sino como una puesta de valor agregado.

En este sentido, se establece que el trabajo comunitario dentro de la terapia ocupacional no está completamente delimitado. Es un concepto al cual se le han inyectado muchas proyecciones, desde estrategias de venta que solo responden a modas transitorias, transitando a sesgos desde los mismos terapeutas ocupacionales por encontrarse vinculado a lo social, hasta miedos de perder la perspectiva y foco en la ocupación, generando una pérdida de identidad profesional por sus vínculos interdisciplinarios, por lo que se vuelve imperativo definirse a sí misma, que permita aplicar sus recursos dentro del espacio de la comunidad.

A la falta de definición anterior, se le suman dos posturas diferentes sobre el proceso de formación. Por una parte, el participante 3 (2020) sugiere una aproximación a modo de asignatura específica, sobre

Terapia Ocupacional Comunitaria, que se dedique exclusivamente a tratar su definición, sus alcances y sus usos. Esta asignatura debiese estar inserta en una línea formativa, condicionada por otras asignaturas tanto de lo biomédico como de lo social, como psicología, políticas públicas, antropología, entre otros. Por otro lado, el participante 7 insiste en que lo comunitario es clave para los terapeutas ocupacionales y no se puede acotar a una sola asignatura, sino que debe tratarse como una mirada transversal. A ello, agrega que “el análisis de la comunidad está presente desde el primer año hasta el final y tiene ciertos hitos y asignaturas donde se va haciendo una discusión más explícita”, estos planteamientos se encuentra en sintonía con lo señalado por Cabrera y Radosinsky (2016), quienes determinan que el terapeuta ocupacional debe tener tanto conocimiento científico sobre una patología, como de los factores de riesgo social de una comunidad; así mismo, Morrison, Olivares y Vidal (2011) señalan que la TOC, al provenir del paradigma social de la ocupación, puede aplicar el conocimiento de la ocupación humana y desembocar en distintos tipos de prácticas comunitarias.

Estas últimas percepciones son interesantes, ya que aluden al carácter inherente de la comunidad dentro de la terapia ocupacional, implicando que la Terapia Ocupacional Comunitaria es, en sí, la Terapia Ocupacional por sí sola y se logra a través de la formación completa de la carrera. Estas apreciaciones también están presentes en los discursos del participante 2 y el participante 7 al aludir a la formación dada por la experiencia, que se logra en la práctica, en terreno; se apoyan, además, en la vocación de comunidad en la experiencia del terapeuta ocupacional aún antes de que existiera la Terapia Ocupacional Comunitaria como tal. El participante 7 señala un momento en particular de su vida, antes de la presencia de lo comunitario en mallas curriculares, en el cual fue parte de los primeros terapeutas en trabajar específicamente en lo comunitario y reconocer, desde los años 2002 y 2003, la necesidad por volverlo una especialización universitaria.

Estas experiencias denotan dos corrientes puntuales sobre la formación. Una se basa en la especialización de la Terapia Ocupacional Comunitaria, que tiene un enfoque específico en las comunidades, como grupos sociales; y otra que busca una formación más general y difuso (desde una percepción líquida de lo comunitario) y que parece enfocarse más bien en individuos dentro de una comunidad, y la cual se concentra más bien en lo social. Esto se ve reflejado en los planes de formación de Chile, graficados en la figura 3.

En esta figura, podemos identificar tres ciclos dentro de la formación de la Terapia Ocupacional Comunitaria en Chile. En el primer ciclo, hay un claro enfoque de introducción a materias de las ciencias sociales y miradas sociales de la salud, como “Antropología”, “Sociología”, “Psicología social”, “Salud colectiva”, “Salud familiar”, “Salud intercultural”, entre otros; el segundo ciclo se base en lo comunitario con asignaturas como “Enfoque socio-político”, “Diversidad y desarrollo social” y “Terapia ocupacional para la inclusión”, entre otros; y, el tercer ciclo, se concentra en una perspectiva de la práctica socio-comunitaria, en módulos de intervención profesional, como “Práctica comunitaria en grupos vulnerables” y “Práctica profesional en inclusión social”, entre otros.

Esto se relaciona con lo planteado por Palés (2015), en torno a su análisis realizado al Informe Flexner de 1910, que indica cómo debería estructurarse un modelo curricular para la formación médica. Esto se vincula de manera muy estrecha con los hallazgos encontrados en las mallas curriculares, en la cual encontramos en el ciclo inicial un aprendizaje priorizado en las ciencias básicas, en este caso, en las ciencias sociales, y, posteriormente, una integración de las ciencias básicas y clínicas, asociada a la terapia ocupacional comunitaria como tal, cabe notar, entonces, que en el Ciclo II se referencia lo social, pero el enfoque está puesto mayoritariamente en lo comunitario. Sin embargo, muchas de las asignaturas en este ciclo están condicionadas por las asignaturas sociales ya que, en muchas mallas, asignaturas del Ciclo I están configuradas como prerrequisitos del Ciclo II.

Esto prescribe lo comunitario como un aprendizaje que se gesta en la trayectoria de la formación, al mismo tiempo que el desarrollo de la Terapia Ocupacional Comunitaria, como asignatura individual, también está presente en diversos títulos como, por ejemplo, las asignaturas de “Terapia Ocupacional Comunitaria” e “Intervención Comunitaria”, entre muchos otros. Por ello, se puede afirmar que las dos corrientes de formación, señaladas por los expertos, se están implementando actualmente en Chile.

En el Ciclo II, también se destaca la presencia de asignaturas de gestión comunitaria, junto con asignaturas de terapia ocupacional comunitaria, reflejado en módulos como “Gestión y desarrollo de proyectos social”, “Proyecto comunitario en inclusión social”, y “Gestión en salud comunitaria”, entre otros; y otros módulos que combinan ambos aspectos en asignaturas de intervención como “Intervención en salud comunitaria y gestión social” y “Gestión e intervención comunitaria”, entre otros.

De ello, se desprende que no existe una estandarización de módulos en las mallas curriculares, por lo cual, no hay una democratización de contenidos y, ya sea por razones administrativas que faciliten la

modificación de mallas o por otros motivos, existen muchos títulos genéricos que no permiten identificar rápidamente los contenidos de cada asignatura. Participante 9 le atribuye esta falta de cohesión a la resistencia al cambio. Reconoce, por una parte, que el apego a la tradición y la subsecuente delimitación de la terapia ocupacional está dado por la Federación Mundial de la Terapia Ocupacional, al implementar un paradigma único.

5.2. Discusión en torno a los contenidos que se desarrollan en la formación de estudiantes universitarios de Terapia Ocupacional en el ámbito comunitario en Chile

El segundo objetivo de esta investigación se concentra en los contenidos dentro de la formación de estudiantes universitarios de Terapia Ocupacional Comunitaria en Chile para indagar en cómo se configura su aprendizaje a través de distintos enfoques. Para ello, se analizarán específicamente las asignaturas y los programas que orientan los objetivos, los propósitos y los alcances de los futuros profesionales. Estos contenidos han sido pesquisados a partir de los elementos emergentes que han surgido, de manera recurrente, dentro de los textos y narrativa de los docentes y directores expertos en Terapia Ocupacional que han tomado parte en esta investigación. De igual manera que el análisis del objetivo anterior, estos elementos han sido procesados en programa NVivo 12 Pro para codificar el discurso de los participantes y se han identificado categorías, subcategorías y nodos. El mapa jerárquico de la figura 30 grafica las siguientes cinco subcategorías, que surgen de la categoría principal de “Contenidos”, según la siguiente recurrencia: 1.) Contenido Teórico, entendido como los fundamentos conceptuales y enfoques y modelos de intervención, que constituyen los cimientos de la Terapia Ocupacional Comunitaria en Chile, basada principalmente en los programas y asignaturas de las carreras; 2.) Contenido Procedimental, entendida como las prácticas que se vinculan al hacer de un terapeuta ocupacional comunitario; 3.) Contenido Transversal, tratado como los saberes y conocimientos vinculados a la Terapia Ocupacional que cobran especial relevancia en las intervenciones de carácter comunitario; 4.) Contenido Actitudinal, entendido como conocimiento que imparten los docentes desde su discurso y que no se encuentran necesariamente explícitos en las asignaturas; por último, surge 5.) Reevaluación de Contenidos, que se refiere a instancias, dentro de los currículos, dedicadas a evaluar la pertinencia de los contenidos.

5.2.1 Contenido Teórico

La primera subcategoría, Contenido Teórico, presenta 352 referencias de codificación en el discurso de los expertos. Dentro de ella, surgen dos bifurcaciones iniciales: Fundamentos Conceptuales y Enfoques y Modelos de Intervención, con 171 y 176 codificaciones respectivamente. Estas categorías están compuestas por una serie de nodos, categorizados en la tabla 17, que se configuran de la siguiente manera: 1) Fundamentos conceptuales, incluye referencias a la Educación Popular, Inclusión Social, Interculturalidad, Justicia Ocupacional, Políticas Públicas, Teorías Sociológicas y Terapia Ocupacional Social. De la misma forma, 2) Enfoques y modelos de intervención, está basada en Enfoque Comunitario, Enfoque de Derechos Humanos, Teorías de Género, Modelo de Redes Sociales, Modelo Ecológico, Modelo Psicosocial y Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC).

5.2.1.1 Fundamentos Conceptuales.

Los fundamentos conceptuales de la terapia ocupacional comunitaria se asocian de forma natural con la Terapia Ocupacional Social como lo expuesto en el Programa de la asignatura 2, que busca aplicar prácticas orientadas a “integrar un enfoque social de TO en prácticas con sujetos individuales, grupales y la comunidad” coincidente con el paradigma social de la ocupación planteado por Morrison, Olivares y Vidal en el 2011, por lo que encontramos un vínculo estrecho entre la Terapia Ocupacional Comunitaria y la Terapia Ocupacional Social, un diálogo que va más allá de la Terapia Ocupacional, sino que desde diversas disciplinas como la sociología o psicología comunitaria, ya desde el 1887 con Ferdinand Tönnies quien realizó la distinción entre comunidad y sociedad en su famosa obra *Gemeinschaft und Gesellschaft*, en la cual se conceptualiza la comunidad como las relaciones familiares, amistades, vecindario y lo social asociado a los recursos y acciones dentro de la sociedad, organizaciones o instituciones, que lo desarrolla entre otros el chileno Víctor Martínez (2014) que genera una mirada integradora de lo sociocomunitario.

Se comprende que esta terapia ocupacional social tiene una fuerte teorización desde latinoamericana en la llamada Terapia Ocupacional desde el sur con exponentes como Sandra Galheido, Alejandro Guajardo, Monica Palacios y otros referentes como el holandés Frank Kronenberg y el español Salvador Simó según los Participantes 7 y 8. Es dentro de esta línea interpretativa, que se busca “potenciar el colectivo como un espacio de la vida cotidiana de la formación, espacios de lucha, espacios de liberación” (Participante 7); lo cual denota que, una vez reconocidos y constituidos estos espacios, se genera un sentido de comunidad al quehacer propio de la terapia ocupacional.

Por otra parte, de igual importancia, expertos como Participante 6 y Participante 12, se apoyan en las enseñanzas de Paulo Freire, otorgando fundamentos de la Educación Popular a procesos tanto socioeconómicos como de salud. Estos fundamentos buscan analizar al sujeto comunitario y a la salud comunitaria, desde la educación popular, para generar una visión amplia e integral de los procesos de la salud y la educación, según el Programa de asignatura 1. Este modelo de Educación Popular también está presente en el programa 11, a modo de “Modelos y Enfoques: Modelo de Educación Popular”. Estas perspectivas, además, abren la posibilidad de trabajar con personas que no están directamente vinculadas al trabajo comunitario, lo cual permite desarrollar una estrategia participativa, que puede recolectar aprendizaje en conjunto, para relacionarse con y entre distintas comunidades (Participante 6, 2020), esto es coincidente por lo indicado por Muñoz Espinoza en el 2007, señala que Paulo Freire entrega una perspectiva crítica y emancipadora, que aportan reflexión a los estudiantes acerca de la ocupación humana, y Mejía Jiménez (2013) increpa al quehacer docente a través de cuestionar la realidad, la primera autora (Muñoz Espinoza) hace referencia de igual forma a Jürgen Habermas como un autor que genera una concientización mayor sobre el propio contexto, sin embargo, este estudio no encontró referencias a Habermas en el discurso de los participantes.

En términos de Inclusión Social, está orientada a la intervención de la terapia ocupacional durante todas las etapas de la vida, con el fin de promover la inclusión de grupos vulnerables y el ejercicio de los derechos humanos, considerando tópicos como “Vulnerabilidad Social”, “Riesgo Social”, “Exclusión”, “Migración”, “Minorías étnicas”, “Discapacidad”, “Personas en situación de calle”, “Infractores de ley”, “Accesibilidad universal”, así como aspectos de “Cohesión social”, “Capital Social” entre otros, lo que se vincula con lo señalado con Paganizzi (2007) quién indica que la exclusión social es la problemática con la que parten las intervenciones y el trabajo de terapia ocupacional para favorecer como fin último la inclusión social y plantea además el desafío de sistematizar y evaluar la eficacia de estas intervenciones.

A su vez, como un contenido relevante emergen las Políticas Públicas; especialmente en lo que tiene que ver con la salud pública y la atención primaria de salud, en relación con el funcionamiento de estos dispositivos y sus diferentes programas, la salud familiar, la red del sistema público de salud. Tiene un particular énfasis en los flujos y red de salud mental, y así también encontramos aspectos de la legislación laboral. Aspectos históricos, tales como la Carta de Ottawa, la Carta de Bangkok, la Carta de Alma Ata también surgen. Lo anterior es compatible con lo indicado por Pino y Ceballos (2015), quienes señalan que la intervención comunitaria se vincula estrechamente con las políticas públicas y delimitan el

abordaje de estas acciones comunitarias. Estos autores plantean una crítica en torno a que dichas políticas se encuentran enfocadas más bien en el individuo y desde éste el vínculo con la comunidad y no con la comunidad misma como eje de los procesos de intervención.

Esto además se encuentra ligado a un enfoque social de las políticas públicas, como lo expuesto en el Programa 3, que busca que los estudiantes logren promover la salud de las personas desde la equidad y la inclusión dentro de contextos vulnerables. De la misma forma, el Programa 10 se titula “Políticas públicas con énfasis en grupos vulnerables” y la Unidad II del Programa 13 corresponde a “Bienestar social y el Rol del Estado”, el cual incluye asignaturas como “La Seguridad”, “El bienestar social y la participación en Chile”, “Antecedentes históricos de la salud pública en Chile” entre otras.

En sintonía con ello, el Programa 18 realiza una revisión de los conceptos básicos de la Atención Primaria de la Salud, desde la Terapia Ocupacional, haciendo un recorriendo teórico por los sistemas de protección social e intervención del país y sus respectivos programas como “Chile Crece Contigo”, dirigido a diversos grupos sociales. Estas asignaturas denotan la importancia de lo social como un elemento configurativo en los contextos históricos y políticos del país, tanto para la comprensión de gestas pasadas como la composición de la actualidad, lo cual esclarece la necesidad de la inclusión social y desencadena la generación de otros temas de igual importancia como la Justicia Ocupacional, la Interculturalidad y las Políticas Públicas que se presentan como más nodos en la subcategoría de “Fundamentos Conceptuales”.

Por otra parte, se reconoce que la Terapia Ocupacional Comunitaria tiene una formación multidisciplinaria, ya que adquiere bases de diversas corrientes. Esto lleva al análisis de ciertas Teorías Sociológicas para la comprensión de fenómenos culturales y socio-ocupacionales que se desarrollan en la salud. Según los expertos, estos conceptos teóricos de estos fenómenos están fundamentados principalmente en expertos como Bauman, Durkheim, Weber, Giddens, Foucault y Morin, entre otros. Esto se denota en mallas como el Programa 19 que, en su Unidad II, se dedica al análisis y aportes de las ciencias sociales a la ocupación social y en el Programa 20, que busca “Identificar el aporte del estructural constructivismo, paradigma de la complejidad, teorías foucaultianas, perspectivas feministas y teoría *queer* al análisis de los fenómenos socio-ocupacionales” (2020).

Al mismo tiempo, estos conceptos tienen un enfoque correspondiente a las necesidades que el contexto le impone a la comunidad. Esto se ejemplifica en el discurso de Participante 12, al notar que, “Este año, agregamos diversidad sexual, identidad de género que eran temas que, a lo mejor, no teníamos

visualizados antes y que, ahora, es una necesidad latente” (2020) y están apoyadas por estudios de Butler y de Beauvior. Estas tendencias y cambios de enfoque hacen evidente la necesidad del reconocimiento y acercamiento a las comunidades ya que ellas son muestras de los cambios sociales. Cabe notar, además, que las evoluciones sociales que condicionan los enfoques, que debe considerar la formación de terapeutas ocupacionales comunitarios, están tratados más ampliamente en el apartado 8.2.2.

Lo anterior es fundamental para el razonamiento clínico profesional, ratificado por Miguel Ángel Talavera Valverde (2015), quien señala que la visión del mundo y de las propuestas de diagnóstico e intervención se construye tanto por medio de las teorías y experiencias previas.

5.2.1.2. Enfoques y Modelos de Intervención.

Dentro de los enfoques y los modelos de intervención en la Terapia Ocupacional Comunitaria, destacan siete elementos principales que se repiten tanto en los perfiles de egreso como en las mallas curriculares y los discursos de los expertos. Estos enfoques y modelos principales son: Enfoque Comunitario, Enfoque de Derechos Humanos, Teorías de Género, Modelo de Redes Sociales, Modelo Ecológico. Además, hay dos modelos por destacar que son el Modelo Psicosocial y la Rehabilitación basada en Comunidad, utilizadas ampliamente en la práctica comunitaria.

El enfoque más usado en la formación de terapeutas ocupacionales comunitarios, dada por universidades en Chile, es el Enfoque Comunitario de Víctor Martínez. De acuerdo con el Programa de Asignatura 13, estos contenidos buscan el siguiente objetivo:

Aportar a desarrollar la creatividad y una capacidad innovadora frente a las problemáticas de las comunidades, en la búsqueda de soluciones para los problemas ocupacionales y sus repercusiones en el bienestar general y la calidad de vida de las personas, siendo capaz de ver a la comunidad en su integridad y de trabajar en equipo para el logro de soluciones (Programa 13, 2020).

Con ello, se plantea que los y las futuros terapeutas dominen estrategias de intervención comunitaria que les permita trabajar en contextos tanto individuales como colectivos, con innovación, considerando no solo los problemas ocupacionales específicos sino también cómo ellos influyen en otros aspectos de su vida, como su entorno y las personas que los rodean. Lo anterior es ampliamente ratificado por Scaffa (2001), Dudgeon (2011), Martínez (2014), y Zango (2017), ya que es importante comprender y generar procesos de intervención que incluyan a todos los niveles de los ecosistemas comunitarios.

De manera similar, el Programa 11 postula modelos, metodologías y técnicas para el diseño y la aplicación de intervenciones profesionales, de enfoque comunitario y psico-social, que “promuevan la

participación e inclusión social en diversos ámbitos del desempeño ocupacional a lo largo del ciclo vital” (Programa 11, 2020), que están basadas en los estudios de Martínez. Según Participante 3, Martínez postula un enfoque multidisciplinario que permite dialogar a diversas profesiones sobre qué es la comunidad y alude a la importancia de las redes en este contexto.

De acuerdo con Participante 4, el Modelo De Las Redes Sociales es clave en los procesos comunitarios de la salud mental. La Terapia Ocupacional Comunitaria se vincula fuertemente con este modelo y se denota en la Unidad III del Programa 15, “Modelos y estrategias del enfoque comunitario: Modelos de redes sociales” (Programa 15, 2020). En esta línea, Participante 7 destaca, también, la influencia de Dabas, como una experta en redes que está presente en la composición de los contenidos. Tanto Scaffa (2004) como Zango (2017) indican que los terapeutas ocupacionales comunitarios deben desarrollar competencias para crear y promover redes sociales, así mismo Oliver y Nicácio (2007) indican que, para construir y potenciar el tejido social, una de las estrategias a utilizar para ello es fomentar espacios de convivencia comunitaria inclusivos ampliando las redes sociales de soporte.

Otro nodo importante entre los enfoques y modelos es la perspectiva desde los Derechos Humanos, que aparece en seis de los perfiles de egreso de las universidades chilenas, y pone especial énfasis en la protección de los derechos fundamentales de las personas. Entre los programas curriculares, destaca el Programa 1, dedicado a “Propuestas de intervención que consideren el diagnóstico comunitario, redes sociales, derechos humanos y justicia ocupacional”, denotando cómo las temáticas forman parte de un todo comunitario al cual se debe tratar desde diversos enfoques que reconozcan la importancia y singularidad de cada problema, desde la configuración de cada persona.

En torno a ello, Participante 2 hace hincapié en que se debería potenciar más el estudio de los derechos humanos y aboga para que “debería existir también una asignatura completa de enfoque de derechos, que esa asignatura no debería estar concentrada en la teoría, sino que también debería tener práctica como simulaciones clínicas, por ejemplo, con estrategias que hagan experiencial este aprendizaje” (2020); lo cual podría denotar que la atención actual a este tema no es suficiente. Sin embargo, Participante 4 menciona que más allá de una asignatura específica, es imperativo que, “los propios terapeutas ocupacionales, como son profesionales socio-comunitarios y también del área de la salud, que tengan una visión de derechos humanos” (2020). Es posible deducir que, aunque de momento se reconoce la importancia de los derechos humanos y existen escuelas de terapia ocupacional en Chile que lo están implementando de forma significativa en sus sellos diferenciadores y como asignaturas en algunos casos,

no hay un método claro sobre cómo abarcar este tema en los contenidos de la formación profesional; a modo de asignaturas que no solo abarque lo teórico, sino que lo pueda llevar a la práctica, incorporando conceptos claros en cuanto a la legislación y protección de derechos específicos de diferentes grupos sociales, o a modo de formación en competencias genéricas, desde la cual el estudiante esté capacitado para crear espacios de seguridad, en torno a los derechos fundamentales de todo ser humano. Esto es concordante con la declaración de posicionamiento de terapia ocupacional y derechos humanos de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (2019), que indica que la disciplina ha asumido un posicionamiento en torno a que la TO se preocupa por los derechos humanos en la búsqueda de la justicia ocupacional para todos, para participar en un rango de ocupaciones que apoyen la sobrevivencia, la salud y el bienestar de las personas y sus comunidades, escoger y participar de manera libre de ocupaciones, sin riesgo a su seguridad y dignidad, entendiendo que los abusos a los derechos ocupacionales son abusos a los derechos humanos.

De aquí se desprenden los enfoques pesquisados desde Teorías de Género y Modelos Ecológicos, que responden específicamente a la urgencia de derechos particulares. Estos enfoques, se relacionan por un lado con las injusticias de equidad, que se entrelaza con los Fundamentos Teóricos del apartado anterior sobre Inclusión social, y que deberían incluir voces desde el feminismo y LGTBIQ+ coincidente por lo señalado por Morrison y editado por Araya (2018), en la conferencia realizada en la Universidad de Quilmes en Argentina. Estos autores señalan que es momento de naturalizar y construir una terapia ocupacional feminista, situada cultural y geográfica que sea concordante con las prácticas actuales desde el rol político de la profesión y ciencias de la ocupación. Del mismo modo, Isabel Vidal (2018) y Ayelén Losada (2018) nos plantean la importancia de la perspectiva de género en las intervenciones comunitarias y Sanz (2018) va más allá, señalando que es necesario incorporarlas en cualquier puesto de trabajo donde un terapeuta ocupacional se desarrolle.

Por otro lado, la ecología del desempeño humano, que se vincula con una relación dinámica y permanente de las personas con su entorno, desde mirada de los sistemas micro, meso y macro social, siendo la terapia ocupacional un agente para favorecer la inclusión social de las personas en todos los niveles. Dichos modelos han sido estudiados desde los años 90' y destacados en varias de las ediciones del famoso libro *Terapia Ocupacional de Willard & Spackman*, en el capítulo de Brown (2016): "Modelos ecológicos en terapia ocupacional", donde tres investigaciones independientes crearon tres modelos separados, destacando en todos la importancia de incorporar el contexto en la práctica de terapia

ocupacional, y que el desempeño ocupacional está determinado por la persona, el entorno y la ocupación (Brown, 2016).

Del mismo modo, encontramos propuestas de una ecología ocupacional o una terapia ocupacional eco-social, que nos muestra una mirada dialógica entre la persona y su relación con factores ecológicos y la naturaleza desde perspectivas sostenibles y sustentables, concepto incorporado por Salvador Simó (2012) señalando que la ocupación humana es un factor clave en la crisis ecológica y social actual, por lo cual la ocupación debe ser la solución para construir comunidades inclusivas y sustentables.

Finalmente, dentro de los procesos específicos de intervención, se desprende la Rehabilitación basada en la Comunidad y el Modelo Psicosocial. Estos procesos están estrechamente vinculados entre sí, ya que la RBC se relaciona con la integración social de personas en situación de discapacidad, al igual que sus cuidadores y familiares que las rodean, así como agentes comunitarios, esto es coherente con la propuesta de Zango (2017) quien plantea que la RBC es una estrategia que utiliza la terapia ocupacional en la comunidad; mientras que, el Modelo Psicosocial se relaciona con la inclusión de personas con trastornos psiquiátricos y de salud mental, lo que según Paganizzi es una alternativa al modelo biomédico tradicional importante para los procesos de intervención. En ambos casos, la inclusión se logra al empoderar al sujeto a través de estrategias compensatorias a las dificultades de las personas y la superación de barreras sociales presentes en su propia comunidad que coartan sus ocupaciones. Participante 2 destaca el elemento “intersectorial” entre un proceso de intervención y otro, destacando que la RBC se puede dar como una estrategia de Atención Primaria de la Salud (2020); a lo cual Participante 3 agrega que se debe empatizar con varios modelos comunitarios y la RBC se puede abarcar desde el área de salud física y con el modelo psicosocial desde la salud mental (2020). En este sentido, Participante 8 es más tajante y agrega que, lo psicosocial debería ser más potenciado y, a ello, se le debería incorporar el tema comunitario, ya que es en la comunidad en la cual se desarrolla la realidad y desde ahí se debería trabajar (2020).

Este tipo de modelo está presente en la malla curricular del Programa 4, con el siguiente propósito, en la Unidad RBC:

Distinguir la rehabilitación basada en la comunidad y su relación a la Terapia Ocupacional; Aplicar las bases teóricas y prácticas de la estrategia de Rehabilitación con Base Comunitaria; Historia de la Rehabilitación Basada en la Comunidad, Corrientes que influyen en la RBC en Chile y Latinoamérica. (Programa 4, 2020).

Sumado a lo anterior, en el año 2004, asociada a la estrategia de desarrollo multisectorial amplia de la OMS, la Federación mundial de Terapia Ocupacional (WFOT) publicó el documento, “Posicionamiento sobre la rehabilitación basada en la comunidad”. Este documento sostiene que los terapeutas ocupacionales están comprometidos con los derechos de todas las personas, especialmente con las personas con discapacidad, para promover el desarrollo de su capacidad con la finalidad de construir así su propio destino a través de la ocupación, lo que parece congruente con los principios básicos de la RBC (WFOT, 2004).

Por otra parte, el Programa 16 se configura desde el elemento psico-social, aludiendo a lo siguiente:

Pretende entregar a los estudiantes las competencias teóricas y prácticas para el desempeño futuro como Terapeutas Ocupacionales en el trabajo con personas, grupos o comunidades desde la perspectiva psicosocial. Siendo sus objetivos específicos: Planificar y ejecutar diseños de intervención psicosocial; comprender y relacionar las intervenciones de Terapia Ocupacional en salud mental desde la perspectiva de los derechos humanos y el enfoque psicosocial. (Programa 16, 2020).

Así mismo como para la RBC, la Federación Mundial de Terapia Ocupacional (2020) emitió una declaración de posicionamiento frente a la salud mental y el bienestar, la que indica que el rol de la TO es intentar facilitar la recuperación de quienes presentan dificultades de salud mental con un enfoque individual y poblacional, promoviendo la participación y el compromiso de las personas con su vida diaria, habilitando a las personas a ser activas y productivas en su comunidad, incluyendo el entrenamiento de habilidades, educación, trabajo en equipo, autogestión, incluidas sus familias y cuidadores y estrategias para alentar a la comunidad y su inclusión y participación, para incentivar la rehabilitación y recuperación psicosocial.

El análisis anterior denota que, dentro de la categoría de Contenidos, la subcategoría principal es Contenido Teórico, que se divide en dos categorizaciones que se desarrollan sincrónicamente. Por un lado, se encuentran los fundamentos teóricos, o conceptos operantes, entendidos como las bases teóricas que futuras y futuros terapeutas ocupacionales comunitarios debiese dominar al momento de egresar de la carrera. Estos Fundamentos Teóricos están basados en la Educación Popular, la Inclusión Social, la Interculturalidad, la Justicia Ocupacional, las Políticas Públicas, las Teorías sociológicas y la Terapia Ocupacional Social. A su vez, los Enfoques y Modelos de Intervención, que canalizan esta teoría hacia la

práctica tienen su raíz en lo Comunitario, los Derechos Humanos, las Teorías de Género, el Modelo de Redes Sociales, el Modelo Ecológico y, a modo de procesos de intervención: el Modelo Psicosocial y la Rehabilitación basada en la Comunidad (RBC).

Como aspecto que no es mencionado dentro del proceso de investigación, es la alusión del uso del Modelo de Ocupación Humana en la comunidad, siendo este un modelo utilizado y difundido mundialmente, en donde su principal autor Gary Kielhöfner (2011) y su sucesora la chilena Carmen Gloria de las Heras (2015) hacen referencias explícitas a su visión y la práctica de la intervención comunitaria, haciendo aportes y vínculos con la justicia ocupacional y social, y su bajada a la intervención en contextos reales como el educacional y laboral, territoriales en relación al vecindario, residenciales, abiertos, como una forma de utilizar este modelo en espacio de intervenciones comunitarias.

Otro aspecto que llama la atención, es que los entrevistados no mencionan a autores que han generado importantes contribuciones teóricas como Marjorie Scaffa (2014), directora y profesora del departamento de terapia ocupacional de la Universidad del Sur de Alabama, quien ha realizado importantes publicaciones de investigaciones y capítulos de libros, incluso en el reconocido libro *Terapia Ocupacional de Willard & Spackman*, documento de trascendencia mundial y traducido al español y quién ha estado presente en al menos las tres últimas ediciones de trece en total.

Del mismo modo, Inmaculada Zango (2017) entrega importantes aportes en español a través de tres partes de su libro “aspectos relevantes de la terapia ocupacional comunitaria”, “metodología de la intervención de terapia ocupacional comunitaria” y finalmente “experiencias de terapia ocupacional comunitaria”.

5.2.2. Contenido Procedimental

El presente apartado se dedica a la discusión de la segunda subcategoría de Contenidos que se desarrollan en la formación de futuros estudiantes de Terapia Ocupacional Comunitaria. Estos contenidos se refieren a la necesidad a la cual responde el terapeuta ocupacional en el contexto comunitario; cómo surge su inserción en este mundo y por qué sus habilidades son fundamentales en los espacios comunitarios. Por estos cuestionamientos, este apartado se enfoca en los procesos de Evaluación, Intervención, Gestión e Investigación.

Dentro de los Procesos de Evaluación, cabe recordar que se responde a dos lógicas. En primer lugar, la evaluación se sitúa desde el lugar del sujeto dentro de su contexto social, lo cual se refleja en el Programa 3, que corresponde a la implementación de evaluaciones del desempeño ocupacional en

comunidad del sujeto basadas en los instrumentos utilizados en terapia ocupacional (2020). Para ello, entre los instrumentos para la evaluación empleados corresponden al genograma que para Claudia Nova (2020) nos permite generar una representación gráfica de una familia para la elaboración de diagnósticos ocupacionales, el ecomapa o mapa de redes, lo que es coincidente con lo planteado con Ricardo Lopes (2017) quien señala que el ecomapa es una herramienta transversal para los profesionales de la salud, y sugiere su utilización en las prácticas de terapia ocupacional, el APGAR familiar de igual forma considerada como un instrumento de evaluación multidisciplinaria por Morales, Ramírez y Rendón (2016) que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global y círculo familiar que a pesar de no encontrar evidencia explícita hacia terapia ocupacional, si es recomendado para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria del Ministerio de Salud de Chile, como una técnica que permite comprender mejor las relaciones familiares, por colocar al paciente dentro del marco familiar se realizan usualmente de forma simulada en una sala de clases o en procesos prácticos. Según Participante 2, es fundamental aplicar la teoría al contexto real y vincular los casos a personas con nombre y realidades específicas, que luego se traspasan a una situación clínica, en donde se aplican los instrumentos antes mencionados,

El segundo método de evaluación corresponde al diagnóstico participativo. Este es el elemento que más surge en la categoría de evaluación, ya que hace evidente las fortalezas, recursos y problemáticas de una comunidad determinada. Esto se puede observar en el Programa 21, que busca elaborar evaluaciones grupales y comunitarias para establecer diagnósticos comunitarios con foco en la ocupación (Programa 21, 2020).

Este método se busca realizar ya sea de manera simulada, por medio de prácticas o en el contexto de aprendizaje-servicio. Para Participante 4, este es el contenido de la clase que más disfruta, por tener mayor manejo de lo práctico y existe una gran diferencia entre cómo un académico puede explicar este método desde la teoría, si no tiene experiencia en lo práctico. En sintonía con ello, relata una experiencia personal en la cual los estudiantes se coordinaban con los presidentes de las juntas de adulto mayor, ellos establecían tiempos; mientras que el docente actúa como un orientador, que ayuda a preparar material, investigar y mediar la segunda sesión en la cual los estudiantes llevan diagnósticos participativos, para realizar junto con el árbol de soluciones, la matriz de priorización (2020). La instancia que relata Participante 4 fue exitosa, ya que resultó efectiva. A ello, Participante 9 agrega que, una parte clave de este proceso de evaluación tiene que ver con la capacidad de conocer a las comunidades y, de igual manera,

reconocerse en el otro (2020). Este análisis implica un estudio comunicacional para indagar en intereses en común y luego esclarecer el motivo ulterior que llama a la convocatoria entre estudiante/futuro terapeuta y sujeto/paciente. Es interesante notar que el Participante 9 ubica al estudiante en el proceso comunitario y lo incluye en la realidad de la problemática. Crea vínculos no solo sociales sino personales, también. Esto reafirma la importancia de la práctica dentro de los contenidos y los límites de fundamentos teóricos que no salen de una sala de clase. Al igual que Participante 4, Participante 9 aboga por la experiencia en terreno, como el motor del terapeuta ocupacional, aludiendo al constante cuestionamiento sobre, “lo que me mueve [como estudiante] por estar aquí” (Participante 9, 2020).

En la visualización del árbol de palabras del concepto “Diagnóstico”, diagramado en la figura 28, se grafica que esta evaluación tiene diversos nombres y es llamado “diagnóstico participativo”, “diagnóstico situacional comunitario” o “diagnóstico local participativo”. En todas sus acepciones, surgen las herramientas del árbol de problema-solución, metodologías participativas, matrices de priorización y matriz de marco lógico como insumos para la elaboración final de este “diagnóstico comunitario”, estos nodos que aparece con gran fuerza en los resultados es escasamente indicado en las publicaciones revisadas de terapia ocupacional, lo que se puede deber a que se entiende que el diagnóstico participativo y el árbol de problemas-solución no es propio o único de la profesión, sino que contempla una mirada transversal a los profesionales de la ciencias salud, ciencias sociales e incluso otras áreas, propiciado fuertemente por la mirada de la salud pública en Chile, con orientaciones y estrategias claras y delimitadas para los equipos de salud. Lo mismo ocurre con las metodologías participativas que son fomentados por diversos autores para el trabajo con comunidades y un amplio desarrollo latinoamericano, situación similar encontramos con las matrices de priorización y marco lógico e incorpora el árbol problema-solución, pero en esta ocasión desde los organismos gubernamentales como el ministerio de hacienda o desarrollo social y son ampliamente difundidos con las organizaciones sociales, encontrando toda una lógica de postulación de proyectos con estos formatos.

Otro nodo significativo, dentro de los Contenidos Procedimentales, son los procesos de Intervención. Estos procesos se realizan después de las evaluaciones dentro del mismo módulo curricular, que se desarrollan semestralmente, junto con la promoción y prevención, que incorpora planificación, ejecución y, en algunos programas, también se realiza un segundo proceso evaluativo para una posterior sistematización. Sobre la promoción y prevención, Participante 1 denota que es necesario “fortalecer lo que es prevención y promoción” (2020). Agrega, además que la causa del déficit tiene que ver con el gran

enfoque en la intervención, lo cual permite deducir que faltan estrategias preventivas que podrían alejar a los sujetos de sus problemas y no necesitar, inevitablemente, llegar a la etapa de intervención.

Por otra parte, se reconoce la necesidad de la sistematización de procesos evaluativos y ello se refleja en los Programas 1 y Programa 12, que se traducen en un análisis y descripción de cada etapa del proceso, a modo de documento final, y un trabajo de evaluación de logros y dificultades de los proyectos de la comunidad, respectivamente.

En estos procesos, también se implementan en la intervención desde la Educación Popular, dada por Paulo Freire, a través de características dialécticas, metodologías participativas, críticas y dialógicas en talleres y ergoterapias. Esta última metodología fue aludida por Participante 3, quien actuaba como mediador entre estudiantes y comunidad para llevar a cabo cursos a escuelas especiales, y grupos de adulto mayor, para implementar ergoterapias y cumplir objetivos específicos en talleres (2020). De igual manera, Participante 6 señala que el trabajo comunitario se construye desde la estrategia participativa y, por ello, se inclina por metodologías establecidas por Freire y considera todas las comunidades con las cuales se relaciona (2020), lo que dice relación desde la mirada en el contenido teórico de la educación popular a la utilización de metodologías participativas en la intervención. En apoyo a esto, Participante 7 y Participante 8 suman experiencias, señalando que los estudiantes toman parte de los espacios comunitarios de las personas, toman té con ellos, participan en sus organizaciones, de batucadas o mascotas, y “tiene que ver con que ellos autogestionen sus propias redes” (Participante 7), lo cual los lleva a cuestionarse sobre sus propias redes. En este sentido, la intervención se vuelve un trabajo progresivo que los lleva desde la planificación hacia la constitución de procesos participativos. Los procesos de intervención comunitarios encontrados en esta investigación son coincidentes con el espíritu de la terapia ocupacional, principalmente en los dos grandes hallazgos que tiene que ver con las metodologías participativas y la influencia más específica desde la educación popular de Paulo Freire, lo que puede deberse al aporte que realizó en el sistema en Chile tras vivir cuatro años en el país y sus aportes al sistema educativo, a la reforma agropecuaria y la alfabetización en los adultos, así como la perspectiva crítica de su pensamiento y obras que pareciese coincidir con la terapia ocupacional comunitaria y los posicionamientos de docentes que la imparten, así mismo es un autor ampliamente difundido, siendo sus obras de fácil acceso, lo que además marcó según el relato del participante 7 a los primeros terapeutas ocupacionales comunitarios en Chile, quienes han delimitado un camino y línea de pensamiento al respecto.

Por otro lado encontramos las ergoterapias que derivan desde el pre paradigma de la ocupación con el movimiento de artes y oficios, que nace a fines del siglo XIX, como una respuesta a la industrialización en la búsqueda de la democratización del arte, sumada a la mirada del tratamiento moral de Philippe Pinel y el pragmatismo son los cimientos del paradigma de la ocupación que sustentan la terapia ocupacional y ciencias de la ocupación, cuya herencia es reflejada hoy en día en las ergoterapias que son expresiones del ser a través de la elaboración de trabajos manuales, artesanías, actividades artísticas y creativas, comprendiendo esto desde una perspectiva iberoamericana, porque en países como Francia los ergo terapeutas son denominados y reconocidos por la federación mundial como terapeutas ocupacionales.

Un aspecto que no aparece reflejado en esta investigación es la utilización de técnicas de expresión corporal como herramienta terapéutica en los procesos de intervención comunitaria como la danza terapia, el teatro, la música terapia, yoga, pilates u otros desde las entidades formadoras.

Esto obliga a los y las estudiantes a proponer, evaluar y luego ejecutar desde una mirada amplia qué deben lograr desde su inserción en comunidades distintas, que pueden estar fuera de sus zonas de confort. En este sentido, Participante 8 alude a una experiencia en la cual sus estudiantes estaban, inicialmente, muy inseguras, “eran muy tímidas, más calladitas” y se vieron “enfrentadas a otra situación donde les nacía hablar” (2020), ya que su acercamiento a la intervención las obligó a responder con profesionalismo a una necesidad social.

Ahora, es pertinente mencionar que toda metodología se debe adaptar y flexibilizar según las necesidades específicas de cada comunidad. El perfil de egreso 3 hace un llamado a profesionales flexibles, “con formación científica, competente en el quehacer propio de la Terapia Ocupacional, que le permiten intervenir en las áreas de salud mental/psiquiátrica, salud comunitaria y salud física a lo largo del ciclo vital” (2020). Sin embargo, a pesar de lo establecido, Participante 5 denota que, “todo el mundo hace grupos y hace talleres, pero no sabe cómo lo hace y dónde lo saca o cómo se ha informado y lo mismo [pasa] con lo comunitario” (2020), aludiendo a temores que han surgido en apartados anteriores sobre la falta de democratización de contenidos y subsecuente falta de sistematización y de especialización.

Este contenido está presente en 24 de las 25 universidades estudiadas y es considerada entre los principales atributos en los perfiles de egreso. Entre las mallas que incluyen este contenido, surge el Programa 11, el cual se dedica a “Aplicar intervenciones profesionales con enfoque comunitario y psicosocial que promuevan la participación e inclusión social en diversos ámbitos de desempeño

ocupacional a lo largo del ciclo vital (...) utilizando metodologías participativas, intersectoriales e interdisciplinarias que sitúen al trabajo en equipo con diversos actores sociales como el elemento central de la intervención” (2020).

Cabe rescatar de ello, que las experiencias participativas consideran un gran trabajo de inclusión, tanto de las diversas comunidades compuestas por minorías por comunidades mayoritarias, como de los estudiantes en formación por las comunidades que les permiten identificar y generar redes propias para reconocer realidades y trabajar desde este contexto, por y para estos espacios. Es necesario, también, recalcar la necesidad por fomentar una mayor difusión en torno a la promoción y la prevención, recordando que no está presente en todas las mallas curriculares y falta conocimiento al respecto. De igual manera, Participante 5 destaca la aún precaria definición de la metodología comunitaria como un paso más allá de lo comunitario, como una especialidad.

Además, dentro del contenido procedimental, se denota un fuerte vínculo entre la Terapia Ocupacional Comunitaria y la gestión. En perfiles de egreso se postula como un importante atributo: “Gestionar con efectividad los recursos públicos y privados cumpliendo con los estándares de calidad establecidos, con la finalidad de mejorar la calidad de las personas y sus comunidades” (Perfil de egreso 6). Similarmente, el Perfil de egreso 17, dedica un ámbito a la Gestión en la cual se enfoca a la propuesta de proyectos y programas sociales y posteriores acciones de gestión a nivel organizacional/comunitaria (2020). Este término de la gestión organizacional y la gestión comunitaria se encuentra de diferentes formas, en varias asignaturas.

El Programa de Asignatura 1 y 14 aluden a la planificación y gestión de proyectos con intervenciones en comunidades, que implica la identificación de problemas y el reconocimiento de recursos a la calidad de vida de un grupo en particular. A ello, Participante 4 agrega que, dentro de la gestión, se busca realizar un diagnóstico participativo, proyectos sociales (2020). De esta manera, la gestión se postula no solo como un contenido de procedimiento, en los cuales se considera el diseño, la gestión y evaluación de proyectos, matrices FODA, marcos lógicos y de seguimiento, señalado en el Programa 12 (2020); sino como la capacidad que el futuro terapeuta ocupacional comunitario debe desarrollar en la práctica de intervención comunitaria. Sobre ello, Participante 12 (2020) señala que la gestión es un proceso que los estudiantes deben vivir y aprender a visualizar, ya que, la gestión es fundamental en la Terapia Ocupacional y para llevarla a cabo, deben tener una tolerancia a la frustración porque hay comunidades que presentan desafíos. Coincidente por lo planteado por Zango (2017) quien

señala que es imprescindible el desarrollo de habilidades relacionadas a la gestión financiera, la promoción, el liderazgo, organización y trabajo en equipo, lo anterior también se puede identificar como una habilidad transversal de los terapeutas ocupacionales en todos las áreas de intervención como lo planteado por la asociación canadiense de terapeutas ocupacionales (2012) quienes señalan que los profesionales deben apoyar la gestión de prácticas eficientes y eficaces, coincidente con la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (2015) que señala que una competencia debe ser la gestión de los procesos integrados tanto en el diseño, implementación, desarrollo o mejora de los procesos.

Surge, además, aunque menos común entre la gestión, la atención a emprendimientos en ámbitos comunitarios, a pesar de lo indicado por Zango (2017) y Scaffa (2004) que consideran que el emprendimiento es una de las principales competencias que deberían desarrollar los terapeutas ocupacionales en el ámbito comunitario. Así mismo Barahona (2017) señalan que existen tres enfoques en las perspectivas de salud, que deben aprender los estudiantes del área de la salud que busquen realizar una gestión centrada en el paciente: la gestión de los sistemas de salud; la gestión de recursos; y la Gestión de calidad y seguridad. Quienes indican además que en la actualidad la incursión de los estudiantes en los campos de gestión y calidad de atención no es una prioridad en los planes de formación, pero ellos indican que en el futuro a corto plazo las competencias de gestión son un rol transcendental, y que se requiere que más expertos en el área de gestión estén enseñando, evaluando y participando en el diseño de los programas de estudios de profesionales de la salud.

Por último, aunque con menores referencias, se presenta el nodo de Investigación como una herramienta para los procesos de intervención. En este sentido, la investigación se puede considerar como una práctica de terapia ocupacional comunitaria basada en la evidencia, o como un instrumento para la comunidad. Por ello, se encuentra relacionada con la investigación participativa y perspectivas críticas, pero cabe recordar que es una línea dentro del contenido procedimental que solo se presenta en ciertas universidades. Participante 11 (2020) indica que los estudiantes pueden realizar una encuesta, a modo de investigación, que les sirve como la base para un proyecto que luego implementan y este modelo aporta a la línea de investigación del programa de intervención comunitaria. Este tipo de contenido está presente en diversos currículos como la Malla 2, el Programa de Asignatura 15 y el Programa 21. En ellos, se postula el ámbito específico de Investigación, en el cual el objetivo es la formulación de proyectos de investigación, “contextualmente situados” (Programa 15); Investigación Acción Participativa y Sistematización (Malla 2); “Investigación Acción Participativa” (Unidad III, Programa de Asignatura 15);

y “Fases de la Acción Comunitaria”, la cual propone identificar las etapas y los aportes de la investigación de acción participativa (Programa 21), que es sintónico con lo señalado con autores como Zambrano y Muñoz (2014) que la Investigación participativa es un modelo colaborativo de investigación por excelencia aplicado al trabajo de las comunidades con el fin de favorecer el bienestar entre sus miembros y de manera específica a lo señalado por Zango (2017) a la investigación en terapia ocupacional comunitaria, reflejados en estos programas de asignaturas.

De manera similar, la línea investigativa es requerida en el Perfil de egreso 1 y 6, exclusivamente, aludiendo a que se busca contribuir “a la generación de conocimiento profesional y disciplinar desde diferentes enfoques epistemológicos, los que comunica y transfiere a la comunidad, en concordancia con las necesidades del país”; al igual que “atribuir metodología científica conforme a los estándares internacionales y regulaciones éticas con la finalidad de mejorar los problemas socio sanitarios de la población”. Estos perfiles denotan que, son los mismos estudiantes y no los profesionales que, guiados por su profesor, están haciendo aportes significativos a la sistematización de los métodos de investigación. Con ello, crean modelos a seguir que futuras generacionales pueden implementar y contribuyen a los fundamentos teóricos de sus prácticas a partir de experiencias en terreno, de esta manera, generando conocimiento que es exclusivo, tanto a su espacio geográfico como a su contexto psicosocial. Esto es interesante, ya que presenta el potencial de ser una herramienta clave para llenar vacíos en cierta literatura internacional sobre la Terapia Ocupacional Comunitaria que, al no tener una interpretación latinoamericana, fracasa en calzar perfectamente con nuestra realidad.

5.2.3. Contenido Actitudinal o valórico

En este apartado se consideran conocimiento que otorga las herramientas para el actuar del profesional, por lo cual está compuesto por comportamientos y actitudes y compromiso ético profesional que guíe al futuro terapeuta en su conexión con las ocupaciones colectivas. Para ello, se busca establecer un modelo de experiencias éticas y valóricas a partir de la sala de clases. En estas actitudes, los expertos concuerdan en que los estudiantes de Terapia Ocupacional poseen una sensibilidad particular por el trabajo comunitario, tanto por su formación como personas, a modo de base para sus estudios, como por los valores que adquieren en su carrera profesional.

En sintonía con ello, el Programa 1 (2020) hace énfasis en el respeto por la diversidad y la multiculturalidad de las personas y sus grupos con un enfoque hacia el comportamiento ético, que promueve el desarrollo de la justicia y solidaridad. Similarmente, el Programa 12 (2020) también fomenta

el respeto en un marco de ética profesional, y busca, además, empatía, comunicación y trabajo colaborativo, junto con compromiso comunitario. Con esto último, propone “implementar, en conjunto con un sujeto y/o una comunidad, un proyecto tendiente al fomento de la cohesión, el bienestar, y la justicia social a partir de las problemáticas de un territorio local” (Programa 12, 2020). En estos términos, se puede establecer que la base valórica del Terapeuta Ocupacional Comunitario se construye fundamentalmente desde el respeto hacia la diversidad presente en la comunidad, la cohesión social y la búsqueda por la justicia ocupacional.

Desde la perspectiva de los docentes, Participante 6 (2020) reconoce que su propia formación en tópicos éticos ha sido un reto interesante, por lo cual la transmisión de estos mismos a sus estudiantes es doblemente compleja. Por ello, en lo que más se enfoca es la idea de inclusión, partiendo desde la empatía y estableciendo que nadie es ajeno, en cualquier grado que sea, a la exclusión. A partir de ello se deben crear espacios de vinculación que no solo mejoran redes, sino que forman responsabilidad social.

Por otra parte, Participante 12 (2020) rescata un acercamiento al contenido actitudinal desde el reconocimiento de jerarquías sociales y dinámicas de poder. Esto se refiere a que el título profesional del terapeuta ocupacional crea una situación jerárquica que se impone por sobre la persona y podría poner en riesgo una vinculación cercana. Por ello, es fundamental reconocer siempre a la persona como un sujeto de derechos y la responsabilidad de dar a entender el respeto a través de la igualdad de trato recae sobre el profesional y esta consciencia se gesta tanto desde la formación académica como personal. A ello, se suma que el respeto debe prevalecer por sobre la buena voluntad, ya que esta puede caer en condicionamientos, asistencialismo y miradas paternalistas que alejan a la o el profesional de la confianza de la comunidad.

En este sentido, la actitud ética no se desprende de la teoría ni desde la formación de un profesional sino, más bien, desde la interacción básica, a nivel humano, de persona a persona. Además, Participante 12 (2020) denota que, en sintonía con los estudios de Freire, en este nivel entra en juego la importancia de la educación popular, ya que la educación se traduce en poder. A través de la educación, se puede empoderar a la comunidad y equiparla con herramientas que le permitan una autogestión.

Otras visiones de los expertos, ejemplificados en Participantes 8, 9, 11 y 13 refuerzan la sensibilidad única del terapeuta ocupacional, dada por su consciencia social y su enfoque desde los derechos humanos. Ello insta un compromiso social que está profundamente arraigado desde los primeros años de formación profesional.

Los contenidos valóricos encontrados como hallazgos presentan similitudes a los indicados por Scaffa (2004) y Zango (2017) y el colegio de terapeutas ocupacionales de Chile (s.f.), en relación a la ética, respeto y valorar las particularidades socio culturales de las comunidades, es importante destacar que tanto los directores y los docentes indican una alta evaluación y concepción de los estándares éticos de los terapeutas ocupacionales para el trabajo en comunidades, lo que se traduce en un proceso de formación desde el primer hasta el último año de formación, ya que se promueve un espíritu de sensibilización a los estudiantes frente a las problemáticas de injusticia ocupacional, inequidad, discriminación y otros, que los forma posiblemente de manera respetuosa hacia los individuos, sus familias y comunidades.

5.2.4. Contenido Transversal

Los siguientes contenidos son propios de los terapeutas ocupacionales para el ejercicio de su profesión y cobran mayor relevancia en el ámbito comunitario. Estos contenidos son: La comunicación, tanto oral como escrita; las relaciones interpersonales; el razonamiento crítico o clínico, el análisis de problemas y la toma de decisión para su resolución; el trabajo en equipo, tanto entre estudiantes como desde lógicas interdisciplinarias; la capacidad de apreciar y reconocer la diversidad y la multiculturalidad; y, por último, la capacidad de crítica y autocrítica.

En primer lugar, sobre la comunicación oral y escrita; si bien, es una habilidad que se gesta desde la terapia ocupacional, se fortalece en el ámbito comunitario a través de la experiencia (Participante 9). Esto se podría atribuir a la necesidad de especializar estas competencias y dirigir los procesos de interacción de la formar más efectiva. Ello se vincula estrechamente con las relaciones interpersonales ya que, como denota Participante 12, trabajar con comunidades es difícil. Los y las estudiantes se frustran, a veces, cuando no reciben respuestas o las actividades fallan, pero esto es parte del desarrollo de sus competencias transversales (2020).

Esto alude a que, el desarrollo de estas competencias transversales apunta al despliegue de competencias prácticas que requieren del empleo de habilidades blandas y ejercicios de personalidad para lograr la buena disposición de parte de otra persona o grupo de personas por trabajar juntos. Esto, a su vez, genera la capacidad de trabajar en equipo y validar el compromiso con la comunidad, que establecen mallas tales como el Programa 14, para hacer posible el reconocimiento y la apreciación de la diversidad y multiculturalidad presentes en esquemas como el Programa 1.

En cuanto a la capacidad de crítica y autocrítica, esto se busca con el fin de contribuir al bien común y la justicia social, ejemplificado en el Programa 2, y se aplica sobre las necesidades reales de las personas, grupos y comunidades.

Entre las instituciones estudiadas, surge una en particular que posee una trayectoria de aprendizaje, directamente vinculada al trabajo comunitario en la cual se desarrollan y consolidan las competencias transversales en sus estudiantes, y se realiza de manera interdisciplinaria entre todas las facultades de la universidad. Según Participante 11, esta modalidad tiene el mayor abordaje de lo comunitario y es considerada como “una herramienta para desarrollar competencias transversales” (2020).

La terapia ocupacional comunitaria a pesar de ser un conocimiento específico de la terapia ocupacional no es una especialidad propiamente tal en la profesión, por lo cual todos los egresados cuentan con una formación generalista, que requieren de contenidos transversales en múltiples áreas y lo comunitario no es la excepción a ello.

5.2.5. Reevaluación de Contenidos

Los contenidos del ámbito comunitario se reevalúan de forma semestral o anual para incorporar o eliminar contenido, según su capacidad de vincular los y las estudiantes a la comunidad. En los últimos años, los contenidos están incorporando mayor creatividad de acuerdo con las tecnologías disponibles.

Por una parte, Participante 9 hace hincapié en la necesidad de reconocer nuevas herramientas y adaptarse a ellas. Con ello, se refiere a estrategias que surgen desde la tecnología y permiten otro manejo de la información que considera la inmediatez y participación digital, como son las encuestas en línea, y que deben incorporarse en los contenidos actuales de la formación profesional.

En sintonía con esta adecuación, Participante 7 (2020) señala que, año a año, se planifica sobre los contenidos y metodologías para cambiar, renovar o reestructurar mallas. Se consideran aspectos como los acercamientos horizontales y verticales, de acuerdo con las circunstancias actuales de la progresión de la carrera como, por ejemplo, el impacto de paros estudiantiles, que requieren, inevitablemente, de una adecuación de contenidos.

De forma similar, Participante 13 considera que la revisión de contenidos debe evaluar la disponibilidad de infraestructura, como centros físicos, y recursos humanos, como experiencia docente que responde a la dedicación del equipo profesional y que, aunque no consideren temas de acreditación de la carrera, mantiene un compromiso social fuerte. Por ello, si la experiencia de un docente no fue ideal, se debería evaluar si mantenerlo en esta asignatura.

A ello se suma, según Participante 4, la comunidad como parte del proceso de formación de los futuros terapeutas a través por ejemplo del Aprendizaje y Servicio, por lo cual es fundamental potenciar metodologías que generen el vínculo del docente en la comunidad. En este sentido, el Participante 4 aboga por la incorporación de más instancias participativas dentro de los contenidos.

Esto se alinea con la perspectiva de Participante 6, al reconocer que la creatividad hace posible una mayor vinculación con la comunidad y que, para ello, los profesionales deben ser plásticos y flexibles para permitirse salir de una estructura horizontal de contenidos, señalando que, esto se vuelve más imperativo “cuando generalmente trabajamos con escasos recursos” (2020).

Esto implica que un acercamiento creativo y flexible a la estructura de los contenidos podría otorgar ciertas libertades al currículo académico: Por una parte, los contenidos no estarían necesariamente condicionados a la aprobación de asignaturas anteriores y se podrían ubicar ciertas asignaturas dependiendo de la disponibilidad de recursos, ya que el compromiso social del equipo docente es incondicional y esta alteración no perjudicaría el propósito ulterior.

Se debe considerar, sin embargo, que esta flexibilidad y rechazo por una trayectoria lineal implica un cambio de paradigma cultural de los métodos de aprendizaje tradicional, hacia una implementación determinada por factores emergentes de contextos comunitarios específicos, lo cual provoca nuevos cuestionamientos en cuanto a la democratización de conocimientos y la sistematización de metodologías.

5.2.6. Rol docente

Por último, se discute el rol docente en los contenidos del ámbito comunitario. Este rol ha cambiado debido a los cambios en el paradigma de la educación, que transforman constantemente los modelos educativos en las universidades. Ante ello, el docente debe actuar como un facilitar del aprendizaje para el alumno y debe funcionar en torno a él o ella. Participante 7 comenta que es necesario abarcar el área formativa de la educación desde todos los canales posibles, ya que el aprendizaje ocurre por varios modos. Por ello, hay que preocuparse por crear experiencias memorables que tengan un sentido para ellos y ellas. Para lograr eso, es necesario conocer muy bien al estudiante o, al menos, tratar de conocerlo bien, ya que Participante 7 también reconoce que ello no siempre es posible ya que, por un tema de afinidades, los docentes interactúan muy bien con algunos estudiantes y no tan bien con otros.

Participante 10 apoya esta noción, aludiendo a que el aprendizaje debe considerar a los sujetos dentro del proceso de enseñanza y aprendizaje y, más que solo implementar estos procesos, hay que vivirlos. Para ello, se basa en la pirámide de Miller para explicar que los estudiantes, es sus primeras

etapas, tienen un conocimiento predeterminado desde la tradición, sin mayor exposición a nuevos paradigmas educativos. Luego de ello, se puede alejar de clases magistrales hacia metodologías más participativas.

Por otra parte, Participante 12 insiste en que el rol del docente sigue estando centrado en la enseñanza, ya que la misma base de los docentes se construyó sobre un sistema educacional muy estructurado, aquel que vuelve al formato de la clase magistral. Esto a su vez, los lleva a reproducir este esquema de poco análisis, pensamiento y creación. Ello lo conlleva el rol de quién posee y transmite el conocimiento.

De esta última idea surge que los académicos deben desarrollar estrategias de acompañamiento para complementar ambos roles y operar tanto como un modelo del saber y el hacer, como del ser. En ello, Participante 13 agrega que, es necesario que los y las estudiantes puedan aprender al aplicar sus las estrategias que han aprendido desde sus propias experiencias, a su comunidad. En ello, se hace uso de teorías constructivistas, que funcionan como metodologías o teorías que se aprenden en clases. A esta idea, Participante 12 añade que, también se usa el “Método facilitador de la comprensión”, en el cual “el docente ayuda a los estudiantes a construir significado para comprender ideas y procesos claves”. En este sentido, se articula como una guía dentro de sus discusiones y les orienta a navegar por textos, casos, proyectos o situaciones complejas al hacerlos cuestionar y reflexionar sobre procesos y el establecimiento de pruebas.

5.3. Discusión en torno a metodologías de enseñanza-aprendizaje en el ámbito de la Terapia Ocupacional Comunitaria en la formación de estudiantes universitario en Chile

La presente categoría, sobre las metodologías de enseñanza-aprendizaje en el ámbito de la Terapia Ocupacional Comunitaria en la formación universitaria, se refiere a las técnicas más implementadas por los docentes en la Terapia Ocupacional. Estas se dividen en tres subcategorías principales, identificadas como Metodologías Clásicas, entendidas como aquellas centradas en el traspaso de contenidos de docente a estudiantes; Metodologías Activas Participativas, en las cuales él y la estudiante se involucra activamente en su proceso de aprendizaje; y Vinculación con el Medio. Cabe notar que esta última categorización no es una metodología propiamente tal, ya que no posee el mismo nivel teórico que las otras técnicas; sin embargo, se incluye en este apartado ya que los docentes la reconocen como parte de la metodología implementada. Además de estas técnicas, en esta discusión se incluyen las percepciones

del Rol Docente dentro de los procesos de enseñanza- aprendizaje, que corresponden a las estrategias de acompañamiento para los estudiantes.

Es interesante notar que, las diferentes universidades manejan diversos conceptos para sus técnicas, por lo cual las referencias dadas por los docentes y las mallas curriculares han sido agrupadas según características similares, bajo un concepto semántico de definiciones, que ya fueron establecidos en el marco teórico de esta investigación. El análisis de estas categorías denota que, dentro de esta variedad de técnicas, todos los programas estudiados, aunque bajo diferentes títulos, reportan el uso tanto de Metodologías Clásicas como Metodologías Participativas.

Entre las Metodologías Clásicas, surgen referencias específicas al uso de ayudantías, clases expositivas, métodos reflexivos, revisión bibliográfica y seminarios de investigación; mientras que, las metodologías participativas implican aprendizaje servicio, aprendizaje basado en problemas (ABP), aprendizaje basado en proyectos, análisis de casos, *Blended o B-Learning* (combinando formación presencial y virtual), aula invertida, clases participativa, debates, foros, foto intervención, mapas corporales, educación popular, panel de expertos, portafolios, práctica en aula, simulación clínica, talleres y tutorías.

A esta concepción integral, Participante 8 agrega que, en la práctica, se proponen tres metodologías: “Una más tradicional que se vincula con las clases expositivas, teóricas; otra que es como facilitadora del desempeño, que tiene más que ver con la participación de los estudiantes en clases, talleres, evaluaciones grupales; y otra que tiene que ver con revisión del desempeño, que se focaliza, por ejemplo, en simulación o práctica, donde el estudiante tiene (que) aprender haciendo”.

Esto implica una tercera técnica que parece derivar, tanto de la metodología tradicional como participativa, y funciona como un agente autorregulador de la efectividad del aprendizaje, al llevar al estudiante a aplicar su conocimiento. Esto denota una flexibilidad en los procesos de enseñanza-aprendizaje que se condice con “libertad de cátedra” a la cual aluden los docentes al tener autonomía de contenidos de enseñanza y utilización de metodologías, siempre considerando que las prácticas docentes en Chile están mayoritariamente centradas en el estudiante y, en los módulos de Terapia Ocupacional Comunitaria, predominan las metodologías participativas. Esta libertad permite que los métodos varíen de año a año, incluso en el mismo módulo. Esto podría deberse a otro elemento de autorregulación, que tiene que ver con las características del grupo o curso de estudiantes, ya que Participante 7 identifica la capacidad de observación y adaptación docente de la siguiente manera: “Uno va viendo cómo es cada

curso (...) depende de cómo sea el curso, que se ve el tipo de metodología a ocupar, es lo mismo que cuando uno trabaja con una comunidad, no hay receta entonces depende del vínculo, depende de cómo sea el grupo”, dando a entender que, a través de los vínculos entre grupo de estudiantes y docente, el docente puede determinar el mejor método de enseñanza y aprendizaje.

5.3.1. Metodologías Participativas

Las metodologías participativas más implementadas son determinadas por el desarrollo de las competencias procedimentales de los y las estudiantes y de interacción con las personas, grupos u comunidades. En este aspecto destacan trece puntos importantes que pueden identificarse como, las prácticas curriculares; aprendizaje y servicio, que se configura como la metodología por excelencia; el taller; la simulación clínica; la intervención comunitaria; el aprendizaje basado en problemas; el panel de expertos; tutorías; debate; metodología de educación popular; el aprendizaje basado en proyectos, en el cual se desprende la necesidad de otras metodologías parecidas como la sistematización de experiencias u otra técnica arraigada en lo colectivo; y, el portafolio.

En cuanto a las prácticas curriculares, Participante 12 acota que se puede determinar como la parte teórica del aspecto comunitario, dentro de la formación universitaria empieza a implementarse desde el segundo año de la carrera. A partir de este momento, también se aplica el conocimiento en salidas a terreno donde trabajar con sus conocimientos sobre gestión, identificación de redes, organizaciones y comunidades según sus intereses y aquellas necesidades que los y las estudiantes identifican, lo anterior es consistente con las recomendaciones de la Federación Mundial de Terapia Ocupacional (2016) que indican que los estudiantes deben realizar al menos 1000 horas de aprendizaje basado en formación práctica, las que no necesariamente deben ser en espacios comunitarios, pero se desprende del discurso de los participantes, que las prácticas en espacios comunitarios potencia el desarrollo del aprendizaje de habilidades procedimentales fundamentadas y conectadas con la teoría y la activación de conocimientos previos, así como el desarrollo de sus competencias valóricas, además de verse potenciado el trabajo autónomo, que acompañado y evaluado por un docente, fomenta una actitud profesional en el estudiante.

Además, dentro de las prácticas curriculares, Participante 11 agrega que se mezclan las carreras de la facultad ya que el programa de intervención comunitaria no está instaurado solamente en la carrera de Salud, sino que está también en Ciencias Sociales y Arquitectura. Este caso particular se debe a la misión social de la institución específica del Participante 11 y responde a sus valores de responsabilidad

ciudadana y compromiso comunitario. El problema que surge dentro de este trabajo es que los proyectos nacen desde una concepción teórica del desarrollo del enfoque comunitario desde diversas disciplinas. Esto significa que el proyecto que se desarrolla en barrio se determina en aula en vez de permitir que el proceso comunitario nazca de las necesidades de la comunidad. Por ello, Participante 11 reconoce que el barrio a veces se rehúsa a participar en el proyecto y terminan por resentir el trabajo.

Esta experiencia refleja el choque común entre la teoría y la práctica, al igual que la necesidad de integrar ambas bases de mejor manera, no solo desde una perspectiva de cohesión curricular sino en cuanto al enfoque social que la Terapia Ocupacional Comunitaria promueve, lo cual implica incorporar un paso adicional al desarrollo de proyectos e identificar necesidades desde habilidades blandas de interacción humana previas a la teoría de análisis desde miradas sociales de salud e historia y geografía, Horowitz (2012) también recomienda que el proceso de vinculación debe darse lentamente, tomar el tiempo requerido para elaborar el diagnóstico situacional (recursos y necesidades), establecer las relaciones con los centros o espacios comunitarios y solicitar el apoyo institucional de la facultad o universidad, así como del personal y la comunidad, y potencialmente solicitar fondos para proyectos e investigaciones adicionales al aprendizaje servicio.

Esto se complementa, de mejor manera, a través de la experiencia práctica que destaca el Programa 2, en el cual grupos de estudiantes realizan un trabajo práctico a nivel individual, grupal o de comunidad para elaborar diagnósticos situacionales, diseños de intervención y su implementación. Esta experiencia se relaciona estrechamente con la metodología del Aprendizaje y Servicio, que el Programa 12 define como una técnica mediante la cual los y las estudiantes reconocen sus resultados de aprendizaje a través de una práctica, acción o experiencia pedagógica aprenden y entregan un servicio a la comunidad, en una sola experiencia, esta metodología es visualizada por Asociación Americana de Terapia Ocupacional como una oportunidad de aprendizaje para estudiantes en organizaciones comunitarias, ya que apoya el plan de estudios y el desarrollo profesional, ya que al tener una perspectiva activa y flexible en el proceso de enseñanza-aprendizaje permite experiencias de aprender habilidades adicionales fuera del aula, como la sensibilidad cultural, así como una mayor eficacia del uso terapéutico de sí mismo, ya que se vuelven más conscientes de sí mismos y de los problemas que rodean a las poblaciones. En cuanto a la implementación de talleres, está presente de forma predominante en el Programa 2 y 22, en las cuales consiste en Análisis de Situaciones, donde los conceptos teóricos son llevados a una aplicación práctica del conocimiento y con relación a acciones propias de la disciplina, lo que impacta en el pensamiento

crítico del estudiante, además de un componente reflexivo, Marcelo Álvarez (2015) en el libro *Principios de Educación Médica*, el taller es un espacio donde se elabora y trabaja, y se aprende haciendo en grupo, integrando la teoría y la práctica, predominando el aprendizaje sobre la enseñanza a través de la acción y reflexión de manera conjunta entre docentes y estudiantes.

Según Participante 11, es una parte clave de la metodología de enseñanza y aprendizaje, ya que suele estructurarse como un componente híbrido, dado que es de organización tipo participativa y expositiva, ya que está compuesta por cincuenta estudiantes a la vez, lo cual dificulta la participación completa y esta modalidad debe reducirse a veinticinco personas y luego a doce, en diferentes instancias, lo que permite que al trabajar grupos pequeños se puedan realizar una docencia más personalizada y favorece la tutela y el rol del docente como facilitador del aprendizaje, además de generar vínculos de confianza que favorecen a la comunicación con los docentes y a la resolución de dudas que puedan presentar los estudiantes. Es importante mencionar que en la modalidad de taller se pueden efectuar una gran cantidad de metodologías de enseñanza-aprendizaje como Aprendizaje basado en problemas o proyectos, simulación clínica, debates, etc., entendiendo que es una categoría que no necesariamente es excluyente de otras metodologías. Las desventajas encontradas es que requiere de alta dedicación de parte del académico, y da por supuesto que el proceso de enseñanza-aprendizaje se dará en una relación interactiva, que no ocurre en todos los grupos de estudiantes.

En cuanto a la simulación clínica, o la simulación de salud, Participante 11 denota que se está impartiendo solo recientemente, pero es importante notar que esta instancia sitúa a los y las estudiantes en diferentes situaciones de salud, en grupos, dentro de contextos de simulación para permitir al estudiante cometer “errores protegidos”. En esta misma instancia, Participante 4 destaca que se comienza desde la teoría, desarrollando diagnósticos participativos, para luego llevarlo a la aplicación en laboratorio, la simulación presenta diferentes niveles de realidad, desde menor a mayor fidelidad a la realidad, el contexto comunitario de alta fidelidad es complejo de simular debido a que implicaría una gran cantidad de recursos, Participante 10 destaca que los contextos de comunidad no son fáciles de reproducir a nivel de simulación, en situaciones ideales donde se cuenten con los recursos por lo que esta se puede implementar con actores o grupos de ellos que representen distintos tipos de poblaciones o grupos, así mismo se puede realizar a través de actividades de “juegos de roles”, como realizar diagnósticos comunitarios o la utilización de metodologías participativas entre los mismos estudiantes, lo que además les permite desarrollar competencias como manejo de grupo para la entrega de consignas, así mismo se pueden instar

deliberadamente a actividades que puedan aumentar la complejidad como indicarle a algún estudiante que genere una situación de conflicto.

El Aprendizaje basado en problemas está presente en el Programa 6 y, como implica Participante 12, es un parte de un proceso extenso. Esto se debe a que requiere un desarrollo deconstructivo, de alto cuestionamiento, ya que los problemas que se plantean no tienen una única solución y se debe discutir, debatir y analizar colectivamente. Estas instancias de reflexión conllevan situaciones que pueden ser ajenas para los y las estudiantes, que los sacan de sus zonas de confort, y los obligan a enfrentarse a otras realidades. El ABP es un método didáctico que según las investigaciones de Mariano Sánchez (2015) en su libro del mismo nombre puede desarrollarse tanto por un docente de una asignatura particular, como de manera colegiada por un grupo de académicos, además de asegura con mayor certeza (debido a la gran cantidad de sustento teórico que tiene su correcta aplicación) alcanzar los logros de aprendizaje, permite además vincular los diferentes conocimientos y aprendizajes en el abordaje de un único problema, además que estas problemáticas se pueden abordar con temáticas y de formas interdisciplinarias, además de ser una metodología situada a la realidad de cada región, país o cultura.

Encontramos además la metodología didáctica de los foros, que se destacan en el Programa 2, en los cuales se exponen experiencias prácticas, para debatir y discutir en paneles con invitados que también pueden otorgar conocimiento práctico valioso. En cuanto a los expertos, Participante 4 y 8 rescatan que aportan una validación sobre la experiencia que los y las docentes no siempre pueden transmitir, lo cual hace más valioso el aporte de estos invitados.

Ambas técnicas permiten preparar a los y las estudiantes para contextos que se alejan de sus propias realidades y presentar herramientas para acercarse a estas realidades a través de sus experiencias y la exposición de problemáticas.

Por otra parte, la implementación de las tutorías está presente de forma destacada en el Programa 6 y 20, en los cuales se busca una atención personalizada a los estudiantes y se entiende como una forma de establecer una relación personalizada de ayuda en el proceso formativo entre facilitador (docente) y estudiante o estudiantes, en la cual los estudiantes trabajan en grupos reducidos o de manera individual bajo la supervisión de un tutor (puede ser el docente o un académico o alumno ayudante), que va actuando como guía en el proceso formativo, sin embargo, en ocasiones estas experiencias suelen ser aisladas de una o un par de actividades o de periodos de tiempo muy breves de tan sólo minutos, que puede variar de la disponibilidad de recursos de hora docente. Otra forma de comprender el proceso de tutorías son apoyos

y orientaciones que brindan las escuelas o instituciones de educación superior a los estudiantes como una forma de apoyo a la inserción estudiantil a través de un alumno de un curso superior, que lo acompaña en su proceso formativo. Como existe una heterogeneidad de las formas y criterios que se establecen, aplican y organizan las tutorías, no existen criterios que valoricen o verifiquen la efectividad de esta metodología, pero sin duda, contribuye al desarrollo de una cultura de atención individualizada del estudiante, como lo describe Lafuente (2015).

A estos métodos se suma el debate, descrito en el Programa 7, como actividades presenciales o virtuales, para reflexionar y discutir con otros sobre las temáticas trabajadas en clases. Implica una preparación previa, a través de la lectura y la revisión de las clases. Difiere del Panel de Expertos, ya que el conocimiento debe ser generado y defendido por el o la estudiante y su contexto varía. Participante 7 rescata una instancia en la cual el debate se llevó a cabo en una feria para trabajar el contenido de publicaciones latinoamericanas y luego se trabajó con radio y radio teatro, demostrando que no todos los años se utiliza el mismo formato.

En cuanto a la Metodología de la Educación Popular, podríamos señalarla como un hallazgo particular, ya que ésta no es mencionada de manera habitual en los textos de docencia universitaria o de docencia en salud, si se han encontradas referencias previas como la sistematización elaborada por la Universidad San Gregorio de Porto Viejo en Manabí, Ecuador (Delgado, 2018). Esta técnica se imparte en el primer nivel a todos sus estudiantes a través de una asignatura transversal de técnicas de expresión oral y escrita, en la concluyen que el aplicar esta metodología no tradicional, estimula a los estudiantes a afianzar los conocimientos, los docentes fomentan la creatividad en sus estudiantes y crean un ambiente de confianza, y que las actividades lúdicas y de colaboración entre los alumnos ayudan a la obtención de los resultados de aprendizaje de una forma integral. Además otro elemento a considerar es que la metodología de educación popular se utiliza ampliamente en el trabajo con comunidades en Latinoamérica, por lo cual la experiencia de aprender a través de ella es sintónica con un aprendizaje vivencial, se destaca por una parte que el Participante 8 comenta que la educación popular se puede vivir desde lo comunitario, desde la ocupación, a través del arte; mientras que Participante 12 se apoya en las estrategias de Paulo Freire y el reconocimiento de los derechos humanos, por lo cual se utiliza la educación popular como un enfoque para implementar la enseñanza-aprendizaje.

Por otra parte, el Aprendizaje basado en proyectos se puede entender como el desarrollo de estrategias teórica-prácticas para buscar la solución a un problema, necesidad, o pregunta propia de la

terapia ocupacional comunitaria, buscando entregar mancomunadamente entre un grupo de estudiantes a través de la elaboración, ejecución y evaluación de un proyecto, que dé respuesta a esta situación. Dentro del Programa 12, el grupo curso se divide en equipos y cada grupo de estudiantes debe trabajar sobre un proyecto, seleccionado y ajustado metodológicamente por su docente, para adaptar y establecer procesos de planificación, seguimiento y evaluación a través de una guía pedagógica específica. En el Programa 22, esta metodología busca realizar un proyecto para la resolución de un problema, aplicando habilidades y conocimientos adquiridos o la creación de un servicio o producto único que responda a una necesidad específica o abordar una tarea a través de la planificación, diseño y realización de actividades y uso efectivo de recursos.

En ambas instancias, se busca trabajar con proyectos; sin embargo, algunas instituciones se enfocan en la adecuación de proyectos, mientras que otras buscan la creación de proyectos nuevos. Sobre ello, Participante 10 denota que aún faltan metodologías estratégicas para visualizar el Aprendizaje basado en proyectos en contextos comunitarios, o la sistematización de experiencias.

Así mismo, dentro de las metodologías participativas, el Participante 9 denota existen lógicas de trabajo que corresponden a grupos pequeños, generalmente usada en metodologías de taller o tutoría, para fomentar el diálogo, apreciaciones y experiencias personales, que se puede entender como un trabajo de construcción colectiva.

Por último, el Programa 18 se apoya en la creación de Portafolios, que se puede entender según Fornells (2015) como un cuaderno de bitácora o registro escrito que recopila de manera sistemática de elementos que evidencian el aprendizaje durante un periodo de tiempo, con objetivos de aprendizaje establecidos, que se caracteriza por incorporar un proceso reflexivo. Participante 10 nota que están orientados a los diferentes contextos de intervención de la terapia ocupacional y también se ocupan metodologías como bitácoras y diario-reflexivos, lo que es coincidente con los estudios de Fornells (2015), quienes indican que la sistematización y reflexión sobre la propia práctica constituye una fuente importante de aprendizaje profesional, que transita desde lo concreto a lo abstracto, lo que se puede asociar a un desarrollo de las habilidades metacognitivas o competencias desde el hacer según la pirámide Miller y a las competencias genéricas a través del portafolio.

5.3.2. Metodologías Clásicas

En cuanto a las metodologías clásicas, se destacan las clases expositivas, los métodos reflexivos, que se apoyan a su vez en el método socrático; los seminarios de investigación; la revisión bibliográfica; y, las ayudantías.

Las clases expositivas son las más utilizadas dentro de la metodología clásica y aparecen principalmente en los Programas 3, 12 y 19, con apoyo audiovisual y textos. Estas corresponden a clases teóricas, o cátedra, de modalidad organizativa y expositiva de parte del docente. Según Participante 2, suele usarse para mostrar ciertas lógicas y modelos teóricos, las que se realizan a través de la enseñanza en grandes grupos, usualmente todo el grupo curso que dependiendo de la universidad puede variar de entre 30 a 60 estudiantes aproximadamente, lo que es coincidente con lo que indica Lafuente (2015), que indica que las clases teóricas son un acto docente comunicativo, donde se ponen a disposición las habilidades comunicativas de los y las académicos y académicas, y los recursos de apoyo que éste utiliza como el uso de la pizarra, pantallas como proyector, monitor u otros, y los equipos de audio, además de los periodos de atención de los estudiantes. Así mismo, Álvarez (2015) indica que la exposición es indicada y apropiada para introducir a modo general un tema, presentar los objetivos o resultados de aprendizaje que se esperan, sugerir distintos modos de trabajo, aclarar conceptos complejos, aportar iniciativas o experiencias personales del docente, presentar resultados de investigaciones, que se considera como un aporte único y original sobre el tema, e ir integrando conceptos y contenidos de distintos temas desarrollados por los estudiantes, y mantiene una estructura interna compuesta por una introducción, un desarrollo y finalmente una conclusión.

Por otra parte, los métodos reflexivos están presentes en los Programas 6 y 21, a modo de reflexiones grupales y método socrático, respectivamente. Este último se fundamenta en un diálogo en base a conocimientos previos, guiados por el o la docente a través de preguntas hacia respuestas que los y las estudiantes no sabían que tenían. Sobre ello, Participante 7 alude a que es una buena herramienta para utilizar antes de realizar entrevistas ya que ayuda a esclarecer la función del terapeuta ocupacional en un contexto específico y desde una perspectiva particular.

Además, entre las metodologías clásicas, se encuentra la revisión bibliográfica que busca desarrollar las habilidades de los y las estudiantes, de buscar y sintetizar información confiable para su investigación. El programa 21 y 16 agrega a esto la capacidad de presentar dicha información en un

formato escrito pertinente e incluye la revisión de estados del arte, revisiones sistemáticas, la elaboración de marcos teóricos y análisis documentales.

Considerando la revisión bibliográfica, encontramos como una forma más avanzada los seminarios de investigación, a modo de investigaciones temáticas grupales, disertaciones grupales y presentaciones de trabajos, como establece el Programa 3. Similar a lo que Álvarez (2015) llama ateneo bibliográfico, que se basa en la búsqueda bibliográfica y la lectura crítica de esta información, asociado a una presentación oral y discutido de manera grupal.

5.3.3. Vinculación con el Medio

Es interesante notar que, aunque no se presenta como una metodología formal de aprendizaje-enseñanza debido a su falta de contenido explícito, los docentes reconocen que la Vinculación con el medio es una estrategia necesaria para establecer lazos con la comunidad desde la docencia, investigación y extensión. Sobre ello, Participante 6 denota que la vinculación con el medio se articula específicamente desde lo comunitario ya que implica levantar necesidades reales. Cabe notar, además que las problemáticas que se buscan resolver difieren de aquellas respuestas en las cuales el sistema público ya está trabajando, debido a que se busca generar actividades innovadoras para abordar las necesidades que están siendo ignoradas.

5.3.4. El rol docente en las metodologías de enseñanza-aprendizaje

Los docentes concuerdan en que el rol del docente está en un proceso constante de cambio y adaptación a los tiempos. Esto conlleva la transformación de los modelos formativos dentro de las universidades y reconocen que, hoy en día, el docente debe enfocarse en el aprendizaje activo del estudiante, coincidente con los modelos de enseñanza-aprendizaje centrados en el alumnado. Sobre ello, tanto Participante 7 como Participante 10 comentan que deben abogar por experiencias memorables para sus estudiantes, que cobren significados personales en ellos. Esto solo se logra al conocer bien a los estudiantes, por lo cual se requiere innegablemente de metodologías participativas en las cuales exista el diálogo y se compartan experiencias.

Participante 12 agrega que, dentro del modelo de exponer conocimientos y facilitar la comprensión, también se construyen significados. Es a través de esta guía que se pueden comprender ideas y procesos nuevos; la clave en ello es el cuestionamiento y la reflexión ante la teoría. Esto quiere decir que el docente actúa como un guía de este proceso continuo de la enseñanza-aprendizaje, estimulando la

creación y el potencial de cada uno de sus pupilos, para ello encontramos que cada vez las universidades chilenas se encuentran preparando a sus docentes para ello, ya sea a través de cursos, diplomados e incluso magíster, la que en la mayoría de los casos son completamente gratuitos para los académicos.

A ello, Participante 13 agrega la importancia de las vivencias ya que estas permiten desarrollar estrategias para hacer conexiones con la comunidad, lo cual agrega un valor adicional en cuanto a vinculación con un colectivo que tiene que ver con la formación personal del futuro terapeuta ocupacional comunitario que tiene herramientas más allá de la teoría y la práctica.

5.4. Discusión en torno a los procesos evaluativos en la formación en estudiantes universitarios de Terapia Ocupacional Comunitaria en Chile

La categoría de procesos evaluativos considera las instancias de evaluación que todos los programas de formación deben contener para mantener un registro de la comprensión del estudiante sobre cierto contenido curricular. Este apartado se divide en instrumentos de evaluación, entendido como herramientas docentes para registrar, obtener información y luego clasificarla según logros de aprendizaje, que a su vez están enfocados en el saber y el saber y el hacer; enfoque de evaluación, dentro de las cuales se hace una distinción entre calificación, a modo de nota, y aprendizaje, a modo de competencias; intencionalidad de la evaluación, que pueden ser de carácter diagnóstica, formativa, sumativa o formativa y sumativa; y, por último, surge la subcategoría de agentes internos, que se refiere a referencias que forman parte de la institución misma como auto evaluaciones de los alumnos, evaluación de pares entre docentes y, también, entre docentes clínicos.

Estos procesos están presentes en todos los programas formativos y comparten una metodología general que consiste en la planificación previa a las clases, que constan de hitos evaluativos claros y marcados dentro de las asignaturas vinculadas a los comunitario enfocadas en saberes, aprendizajes y competencias específicas. Su propósito es certificar a los estudiantes en las competencias comprometidas en los perfiles de egreso, además de determinar el nivel de desarrollo de dichas competencias. Con ello, se puede generar retroalimentación adecuada y medidas reparatorias, en caso de ser necesarias, para garantizar que los estudiantes aprueben sus asignaturas con una nota superior a un estándar que les permita desarrollar íntegramente las competencias de un profesional de su área.

5.4.1. Instrumentos de Evaluación

Los instrumentos de evaluación se pueden dividir en elementos orientados hacia el saber y otros enfocados en el hacer, lo que es compatible con lo señalado por Miller (1990, citado por Carreras, 2009) quien divide las evaluaciones como tradicionales enfocadas a develar conocimientos teóricos y las evaluaciones de ejecuciones asociadas a las competencias procedimentales. Los primeros instrumentos tienen un fundamento teórico y se traducen en pruebas, lecturas previas, control de contenidos, ensayos, artículos de revisión y grupos de discusión, entre otros. Con ello, se busca contextualizar el conocimiento y se puede aplicar en el desarrollo de casos clínicos o aprendizaje basado en problemas, que requieren la toma de decisiones basadas en grupos o comunidades estudiadas. Estos instrumentos están presentes en los Programas 9, 10 y 11.

Por otra parte, los instrumentos de evaluación enfocados en el hacer buscan evaluar habilidades a través de la demostración, tales como la simulación, ejecución de procedimiento como técnicas participativas, elaboración de diagnósticos comunitarios, entre otros. Cabe notar que esta evaluación puede ser de forma real o simulada y se utilizan métodos como el *role playing*, los talleres, o el trabajo práctico en comunidades, también entendido como campo clínico, en el cual se consideran instrumentos como rúbricas de evaluación o portafolios elaboradas por los supervisores o docentes de terreno o clínicos. El programa 22 denota la actividad de la simulación de taller grupal, a través de la rúbrica, que consiste en el 20% de la evaluación sumativa, a lo cual el Programa 18 agrega que este esquema se lleva a cabo en la sala de clases, mediante el trabajo personal del estudiante con el producto final a modo de exposición del trabajo grupal y el portafolio de sistematización del trabajo comunitario. De forma similar, el Programa 16 también denota la Evaluación de desempeño en campo clínico y, Participante 12 agrega que la práctica siempre implica tres instancias de evaluación divididas en el diagnóstico, la planificación y la ejecución, en las cual hay notas asociadas al desempeño, la hetero evaluación y la autoevaluación.

5.4.2. Enfoque de Evaluación

Es interesante notar que, mientras las metodologías participativas tienen un enfoque reflexivo y están centradas fuertemente en los alumnos, los enfoques evaluativos se basan en la calificación tradicional del estudiante, a modo de aprobar o reprobar una asignatura. Esta modalidad se debe principalmente a factores de tiempo y requisitos universitarios de carácter administrativo. Participante 1 nota que las pruebas deberían ser de desarrollo; sin embargo, por razones de tiempo, se incorporan preguntas sobre contenido memorizado y de alternativas para probar conocimiento. A las restricciones del

tiempo, también se agregan requisitos establecidos por la universidad a nivel nacional que tienen que ver con motivos de acreditación y certificación de competencias, por ejemplo, cuando una universidad cuenta con dos sedes o más, usualmente en diferentes zonas del país sobre lo cual Participante 4 agrega que son muy estructurados y Participante 7 acota que los reglamentos universitarios también establecen la cantidad de evaluaciones que los docentes deben impartir.

Se puede inferir que estas evaluaciones corresponden a contenidos implementados de forma tradicional; mientras que, existen otras universidades u otro tipo de sistemas evaluativos en diferentes asignaturas que pueden ser evaluadas dentro de su lógica participativa, a modo reflexivo, a través de ensayo, informe o análisis de prácticas. Estas modalidades son aplicables a las experiencias comunitarias, por lo cual también es posible realizar otro tipo de evaluación, por ejemplo, del supervisor del centro comunitario a estudiante, de estudiante al centro, estudiante a docente, y estudiante al centro. Esto a su vez, valida no solo las experiencias de estudiantes sino también las relaciones interpersonales entre docente, estudiante y pares. En estas instancias, Participante 12 rescata que también es posible que los docentes faciliten rúbricas de competencias que los y las estudiantes pueden utilizar como guía de evaluación entre ellos.

5.4.2. Intencionalidad de la Evaluación

Por otra parte, la intencionalidad de la evaluación se refiere al propósito de cada instancia evaluativa. Entre estos propósitos, el Programa 4 presenta evaluaciones diagnósticas, en las cuales se busca determinar las competencias base de los y las estudiantes. Es interesante notar que este tipo de evaluación no se presenta seguido en los programas de evaluación analizados, pero sí aparecen evaluaciones de carácter formativo que buscan apoyar la adquisición de conocimientos.

Las evaluaciones formativas y sumativas son procesos complementarios. Dentro del enfoque formativo, se busca entregar retroalimentación al estudiante a través de una experiencia, que no siempre implica una calificación cuantitativa pero que es necesaria en su evaluación sumativa. Participante 1 nota que, en el caso de procesos en torno a la intervención, los y las estudiantes deben realizar un arduo trabajo previo al trabajo en terreno, el cual implica identificación de necesidades, recolección de material y revisión de literatura y visitas a los centros, entre otras herramientas que luego aplicará dentro de la evaluación sumativa. Cabe notar que las evaluaciones sumativas siempre necesitan generar una calificación a modo de certificación sobre un logro o para cuantificar el aprendizaje. Con esto en mente,

se puede observar que el Programa 18 incorpora una evaluación formativa, dentro de su evaluación sumativa, para entregarle retroalimentación al estudiante y orientar el aprendizaje; mientras que, el Programa 17 muestra el desglose del porcentaje atribuido a cada evaluación en su asignatura, divididos en Prueba Solemnes y Actividades Prácticas para sumar una calificación que se interpreta en números (nota), sin una evaluación formativa de por medio.

5.4.3. Agentes Internos de Evaluación

Es interesante notar que los agentes evaluadores dentro de la formación de la Terapia Ocupacional Comunitaria son 100% internos. Esto quiere decir que los agentes evaluadores de cada universidad pertenecen a la universidad misma o están asociados a través de convenios, como por ejemplo convenios marco o macro de campos clínicos, así como contratos de prestación de servicios acotados en el tiempo, o docentes de plantas regulares o no regulares, ya sea en autoevaluaciones, que implican la valorización del aprendizaje de cada estudiante, realizada por el y la estudiante mismo, a través de pautas, rúbricas o escalas de apreciación generadas por los docentes; co-evaluaciones entre pares o estudiantes en conjunto; y, hetero-evaluaciones, que son llevadas a cabo desde docente a estudiante. Sobre ello, Participante 10 expresa preocupación sobre estos procesos ya que no siente que sea una mirada completa y se deben cruzar las evaluaciones antes mencionadas para contrastar esta información con las miradas de los pares y la docencia para realizar intervenciones puntuales con los y las usuarios o grupos evaluados para no aceptar solamente una evaluación de docente-estudiante.

A esto se suma las evaluaciones realizadas por los supervisores clínicos, en contextos de prácticas, es curioso indicar que en lenguaje cotidiano del área de la salud, ya sea que el profesional supervise a los estudiantes en un hospital, dispositivo de atención primaria, municipalidad, ONG, colegio, etc, se le denomina supervisor o docente clínico, de igual forma al espacio de ejecución de la praxis, que a pesar de que pueda tener características comunitarias, como desenvolverse en una junta de vecinos, una agrupación de padres, un centro de apoyo a los migrantes, etc., se denomina comúnmente campo clínico de igual forma. Los y las supervisores clínicos usualmente son agentes contratados por la universidad misma, a través de un sistema de boletas de honorarios o en ocasiones como parte de funciones propias como el terapeuta ocupacional del centro, en ocasiones a comodato por parte de la universidad a un centro, o como docentes de planta que ejercen funciones en dichos espacios comunitarios, y deben operar como guías dentro del proceso de aprendizaje y enseñanza, según las directrices dadas por el plan de formación. En

este sentido, su condición contractual los enmarca como agentes internos, aunque no pertenezcan a la institución educativa de forma tradicional. Este modelo compone un porcentaje dentro de las evaluaciones sumativas, como denota el Programa 2. Además, Participante 10 observa que las intervenciones comunitarias, supervisadas por expertos, están dentro de la práctica curricular y muchas veces, los docentes universitarios también se desenvuelven en el campo clínico y pueden insertar sus estudiantes en estos escenarios para que desarrollen sus prácticas curriculares o profesionales. De esta forma, se posibilitan actividades de vinculación con el medio en etapas iniciales de la carrera; mientras que, en etapas más avanzadas, los docentes clínicos pueden evaluar prácticas curriculares.

Además de los contextos clínicos-comunitarios, cabe notar que las metodologías de Aprendizaje y Servicio son comunes en la Terapia Ocupacional Comunitaria. Dentro de estos procesos, se puede argumentar que los expertos evaluadores deberían ser los socios comunitarios, que operarían como agentes externos; sin embargo, esto no se implementa ya que dichos socios no están capacitados en la teoría y/o metodología establecida por la institución académica, por lo cual no están autorizados para aplicar instrumentos de evaluación a estudiantes.

5.5. Discusión en torno a propuesta de elementos que mejoren las prácticas docentes en el área de la Terapia Ocupacional Comunitaria en Chile

El último objetivo de esta investigación se enfoca en proponer mejoras en las prácticas docentes, según los expertos, en base a las tensiones que existen entre las prácticas docentes actuales y aquellos aspectos que podrían impactar positivamente en la formación de futuros terapeutas ocupacionales comunitarios.

Esta discusión se puede organizar jerárquicamente en las siguientes cuatro categorías que, a su vez, se enfocan en nodos específicos: Instituciones, con la mayor cantidad de referencias, está compuesta por los aspectos asociados a la universidad o escuela o carrera de Terapia Ocupacional que pueden mejorar y se dividen en medir el impacto de la terapia ocupacional comunitaria, sistematizar actividades, y perfiles de egreso y mallas; Prácticas docentes, tiene que ver con elementos que pueden mejorar los académicos; Aspectos centrados en él o la estudiante, se refiere a elementos que pueden mejorar los académicos en cuanto a sus expectativas de los y las estudiantes en cuanto a sus competencias; y, por último, Comunidad, que se basa en aquellos aspectos propios de la comunidad que se pueden mejorar.

5.5.1. Elementos para mejorar las prácticas docentes desde las Instituciones

La categoría de Instituciones se enfoca en los aspectos que se pueden mejorar en las universidades, las escuelas o carreras de Terapia Ocupacional. Una de las formas de identificar las posibles mejoras es medir el impacto tanto de sus procesos de intervención de prácticas curriculares y profesionales, como el Aprendizaje Servicio y la vinculación con el medio relacionado con la Terapia Ocupacional Comunitaria. Participante 10 agrega que las evaluaciones de impacto en las vinculaciones con el medio son aún incipientes, no solo en su actual lugar de trabajo sino también en su universidad anterior, que ya la retroalimentación, al menos por parte del usuario, no avanzaba del primer impacto o de la primera percepción de los procesos de los proyectos. Se puede inferir que la medición del impacto se siente aún más inconcluso, considerando que las mismas personas que evaluaron el primer impacto siguieron trabajando en la implementación del proyecto; sin embargo, no se continuó la medición.

El impacto de las intervenciones, según Participante 3, permite determinar si las prácticas docentes están bien encaminadas. Participante 5 y Participante 12 concuerdan con esta necesidad, ya que los y las estudiantes pueden quedarse con teorías poco rigurosas y desactualizadas que ya no generan impacto o las organizaciones que se intervienen se repiten mucho y se deben buscar otras organizaciones territoriales como juntas de vecinos, poblaciones, grupos de niños, adolescentes, migrantes. Sin embargo, esta experiencia denotó que un semestre no era suficiente para cumplir con las necesidades identificadas en un diagnóstico participativo, por lo cual se buscó otorgarle continuidad al proyecto y retomar la misma intervención en el siguiente semestre. En este sentido, los procesos están en un constante estado de evaluación en cuanto al impacto de lo práctico y su vinculación con el medio y con las personas que se trabaja. De manera similar, Participante 3 destaca que se debe mejorar la forma de medir el impacto de intervenciones que se realizan en proyectos de A+S.

Una variedad de estudios ha demostrado los efectos positivos del A+S, sin embargo, actualmente medir el impacto de las intervenciones comunitarias y en especial del aprendizaje servicio, se plantea como un aspecto al que se debe y a mejorar por varias instituciones de educación superior y por varias disciplinas, no sólo en el área de la salud. A pesar de existir evidencia en esta área, esta no es extensa, ni difundida, o en muchos casos, no es específica para terapia ocupacional, encontramos por ejemplo la “Escala de medida del impacto de aprendizaje-servicio en el desarrollo de las competencias profesionales de estudiantes en formación docente”, la que se encuentra validada al español en estudiantes de Educación Social en España por Rosa Rodríguez (2015) que analiza factores como (a) compromiso ético con la profesión, (b)

cooperación con otros profesionales, (c) diseño y desarrollo de proyectos, (d) disposición para la diversidad y (e) disposición para la disposición para la diversidad. El servicio actualmente se mide a través de encuestas de percepción usuaria y/o entrevistas grupales. Así mismo encontramos miradas holísticas de la evaluación del proceso de A+S, propuestas por Santos, Lorenzo, Sotelino y Rodríguez (2019) con evaluaciones de forma previa, durante el proceso y posterior a la implementación, que sugieren implementar entrevistas a docentes y socios comunitarios de manera previa, así como cuestionarios para evaluación de competencias, en el transcurso que los estudiantes puedan ir registrando a través de portafolios, y reuniones registradas de seguimiento, sumado a evaluaciones del proyecto implementado, entrevistas con alumnos, docentes y socios comunitarios, así como un plan de seguimiento con indicadores y difusión de las experiencias elaboradas. A pesar de toda la evidencia disponible, actualmente no se están realizando las mediciones de impacto del A+S, lo que puede deberse a la disponibilidad de tiempo de los docentes y equipos de trabajo, sumado al apoyo institucional, que en ocasiones no existen políticas claras y protegidas para la implementación adecuada de esta metodología, que suele ser altamente demandante para los académicos que la implementan.

Estas apreciaciones se relacionan estrechamente con otro aspecto que se debe mejorar desde la Institución, que tienen que ver con la sistematización de las actividades que se realizan con las comunidades. Esto se vincula a dos ejes, por un lado, encontramos una necesidad de generar un trabajo continuo en el tiempo, a ello Participante 6 destaca la importancia de la actitud por sobre la teoría y crítica que ello no se aborda correctamente en ninguna de las casas de estudio que conoce. Es por el fomento de esta actitud que aboga por un trabajo sistematizado en lo comunitario. Y por lo otro lado encontramos el acto de sistematizar, a través de una escritura permanente del proceso indicado, a lo que participante 10 señala que le falta transmitir metodologías estratégicas a los contextos comunitarios, como por ejemplo la sistematización de experiencias, un déficit, que según lo que indica Scaffa (2014) debería ser propia de los terapeutas ocupacionales comunitarios, la habilidad de organización y sistematización, en este caso deberían ser los académicos e instituciones quienes deben impulsar el procesos de sistematizar a sus alumnos.

Este sentimiento se refleja en Participante 7, quien apoya la necesidad de experiencias reales, ya que ello permite entender que la comunidad no es un dispositivo ni un instrumento y lo que se debe generar son experiencias genuinas que tienen su inicio en las intervenciones en lo comunitario o trabajo en comunidad desde la escuela para luego participar de estas acciones en terreno. Esto tiene que ver con una

retroalimentación constante entre las escuelas y la comunidad. Cabe destacar que en este discurso hay otra crítica, en torno a la concepción que se ha generado a lo comunitario y la urgencia por reivindicar la importancia de la experiencia. Participante 11 denota que los socios comunitarios sienten que, durante la implementación de los proyectos, sus barrios se han instrumentalizado. En su opinión, esto ocurre porque hay una falta de comunicación y coordinación entre la gran cantidad de actores que influyen en cada proyecto, tanto internos como externos a la Institución. Específicamente, alude a que hay una rotación constante, lo cual desmotiva a los y las estudiantes y complejiza los proyectos.

Estos elementos son trascendentales, ya que guardan relación con lo que plantea Zango (2017) en relación con que el abordaje de la terapia ocupacional comunitaria debe ser basado en la teoría y en la práctica, así como en la comunicación y reflexión, por lo que se vuelve fundamental sistematizar el trabajo comunitario, así como la colaboración mancomunada de los diferentes actores presentes en la comunidad.

A su vez, este problema se relaciona con un problema identificado por Participante 12 sobre la medición de impacto y sistematización, ya que los proyectos se alargan y los actores rotan debido a que debe haber una continuidad en los proyectos para poder responder a las necesidades de una comunidad. A ello, el mismo participante agrega que, de lo contrario, solo se cumple con crear una expectativa, levantar una necesidad, realizar una pequeña ayuda y luego retirarse. A ello, suma que el tiempo y los recursos siempre son escasos y quisiera vincularse aún más a la sociedad civil para acercarse a comunidades más diversas. Estos problemas tienen que ver con una falta de sistematización, que pueden ser producto de hacer mucho y registrar poco, pero es un trabajo que debe hacerse ya que nutriría mucho estos procesos.

Otro elemento importante que se sugiere mejorar a nivel institucional tiene que ver con los perfiles de egreso y su correspondiente expresión en las mallas curriculares, que están vinculados entre sí, y deberían ser más explícitos y coherentes entre sí, como las mallas de formación, la trayectoria de aprendizaje y los contenidos mismos. Participante 11 nota que no hay una conexión clara entre módulos e, incluso, los nombres de las asignaturas no explicitan los contenidos ni reflejan el énfasis en lo comunitario. En sintonía con esta crítica, Participante 10 alude a que el trabajo en comunidad aparece solo como una línea curricular comunitaria aislada y podría centrarse más en los contextos de intervención de los grupos en los cuales participan. En este sentido, se puede interpretar que hace falta un elemento integrador en estas líneas de formación y, de igual manera, Participante 10 alude a que falta un cruce que delimite claramente la intervención en comunidad.

Ante esta falta de claridad, Participante 6 sugiere agrupar las asignaturas por líneas, como “Psiquiatría”, “Intervención de adulto”, “Internado”, entre otras”, para trabajar específicamente la vinculación con el medio desde lo comunitario. Esta idea de crear líneas de asignaturas tendría la intención de eliminar el sesgo de la vinculación vertical y estructurada, para fomentar la creatividad y plasticidad del estudiante.

Además de ello, es importante destacar que Participante 8 sugiere potenciar lo comunitario como identidad en algunas instituciones de educación superior, ya que sorprende que no está explícito en ninguna parte de la malla. Nota que es común que se dé por sentado el enfoque en la comunidad a tal punto de dejarlo afuera de títulos y descripciones. El participante hace hincapié en que le encantaría que fueran reconocidos (como Institución) por su aspecto comunitario, porque ellos dirigen sus esfuerzos hacia las necesidades de las comunidades, como un conjunto, por sobre temas específicos de discapacidad y patologías.

Más aún, Participante 12 reconoce que hay una contradicción entre los nombres de las asignaturas y las mallas acerca de lo comunitario, ya que, aunque se puede declarar este aspecto, las mallas suelen demostrar una formación más bien clínica, que se puede interpretar como la formación más tradicional del Terapeuta Ocupacional, en la cual las líneas comunitarias y sociales están alejadas de la Terapia Ocupacional misma.

Sobre esta contradicción, es interesante agregar las opiniones de Participante 7, quien atribuye estas incoherencias entre la intención docente y la presentación de la malla a los requisitos nacionales de cada institución, que se traducen en cómo las políticas públicas moldean el perfil de lo comunitario. A ello se suman los efectos de los movimientos sociales y el activismo de los últimos años que han validado y empoderado lo comunitario como una necesidad social. Sin embargo, es importante recordar que el cuerpo docente antiguo fue formado bajo una fuerte mirada biomédica y las mallas actuales son un reflejo de ello.

Estas observaciones hacen hincapié en el carácter evolutivo de esta carrera, tanto en su formación como en su campo laboral, ya que deben responder no solo a las bases fundamentales, tanto de teoría como práctica que se han cimentado con la experiencia del pasado, sino que deben adecuarse a los hitos históricos y contextos sociales que forjan la sociedad actual. Participante 4 evidencia esto, al notar que formación de los futuros profesionales responde, inevitablemente, a la lógica de cómo se ha construido la Terapia Ocupacional en Chile hasta ahora; lo cual considera precario al volcar ese conocimiento formativo

hacia la comunidad porque es un aspecto que se debe aplicar al llevar a cabo tareas tan claves de la Terapia Ocupacional como los diagnósticos participativos y el trabajo intersectorial pero no demarcado en la malla específicamente como conocimiento formativo de Terapia Ocupacional Comunitaria. Participante 4 atribuye este déficit a los jefes de carrera y aquellos designados a realizar las mallas curriculares, considerando que hay una responsabilidad tributaria de la cual hacerse cargo.

5.5.2. Elementos para mejorar las prácticas docentes desde las perspectivas de los académicos

Los aspectos que se pueden mejorar en las prácticas docentes desde las perspectivas de los académicos, identificadas por los expertos, se enfocan principalmente en transmitir el sentido de la comunidad y lo comunitario, desde su propia experiencia profesional, a través de la reflexión en torno a la terapia ocupacional comunitaria, la especialización, experiencia práctica y compromiso con la comunidad.

En cuanto a transmitir el sentido de la comunidad de la Terapia Ocupacional, tanto a nivel individual como colectivo, Participante 4 destaca la importancia de los espacios de transformación social. En este espacio, el docente debe ser capaz de demostrar una perspectiva de análisis, de sociabilización y de comprender la comunidad, no solo por sus comportamientos sino como una construcción de identidad. Alude también a una gran satisfacción en poder enseñar este constructo.

En ello, Participante 5 denota un riesgo, ya que reconoce que a los docentes les cuesta dar a entender lo comunitario. Se vuelve un desafío no perderse en estos espacios de intervención y, al perderse el o la docente, se pierden los estudiantes también. Por ello, recomienda utilizar áreas concretas para definir la comunidad. Para lo cual la construcción teórica, y la incorporación de dichos preceptos basados en la evidencia, se vuelve fundamental para la generación de un marco común en relación con lo que es la terapia ocupacional comunitaria y su consecuente enseñanza y aprendizaje.

A este riesgo, Participante 7 agrega una crítica a la concepción de lo comunitario, aludiendo a que se transforma en una instrumentalización, como resultado de las políticas públicas. Esto nubla el trabajo de participación comunitaria genuina, impulsando más el aspecto teórico que las experiencias mismas. En esta mirada, el mismo participante denota que hay una clara diferencia entre la formación comunitaria y la formación clínica, que se configuran como salud comunitaria y, por otra parte, la salud física y mental, respectivamente. Por ello, el aspecto clínico se traduce en un contenido más concreto, con una definición y un espacio específico como el hospital y el consultorio, y, por ende, es más fácil de enseñar; mientras

que lo comunitario no se puede delimitar tan fácilmente. Esta observación da a entender que lo comunitario se configura como un apartado impreciso con mayores implicancias que cuesta más transmitir.

Participante 2 concuerda con la necesidad de enseñar de mejor forma lo comunitario, lo cual, sumado a las observaciones anteriores, podría denotar la necesidad por abarcar la comunidad desde conceptos de historia y cultura para definir identidad, en primera instancia, para luego, a través de este reconocimiento, establecer la composición del sentido de comunidad para identificar sus necesidades específicas. Esta definición, sin embargo, no deja de ser teórica y, para cobrar sentido real, debe ser acompañado por la experiencia, por lo cual se podría decir que la comprensión del sentido de la comunidad es en sí un constructo que el estudiante en formación debe adaptar personalmente y el docente debe servir de guía para acompañar y aconsejar a sus estudiantes en el proceso.

En cuanto a las experiencias prácticas mismas, Participante 8 denota la importancia de otorgar instancias de participación con la comunidad que les permita a los y las estudiantes vivir sus propias experiencias comunitarias ya que estas crean impacto y les enseña cómo ser un Terapeuta Ocupacional Comunitario. El experto hace hincapié en que esta profesión se aprende haciendo. Participante 9 suma a ello que estos aprendizajes son parte del proceso formativo y son los responsables de generar instancias de diálogo que pueden cambiar paradigmas. Estas reflexiones que dan paso a cambios fundamentales están en sintonía con las nociones de Participante 12, quien identifica dos corrientes comunes entre los Terapeutas Ocupacionales para destacar la importancia de la reflexión en torno a los fundamentos de la Terapia Ocupacional Comunitaria. Rescata, por una parte, que el Terapeuta Ocupacional cae en la tendencia de limitarse a un área, como de lo físico o de la salud mental, de lo comunitario, de niños, entre otros; dando por hecho que no es posible estar en una de esas áreas y ser un Terapeuta Ocupacional Comunitario al mismo tiempo.

El problema en este pensamiento radica en que, el trabajo de terapia ocupacional se fundamenta en una mirada integral y holística del ser humano, desde una perspectiva de derechos a las personas y a sus comunidades, en los cuales el respeto por la diversidad y promoción por la inclusión son sus sellos diferenciadores. Esta dinámica de respeto requiere hacer partícipe a la comunidad de sus propios procesos y, en América Latina, es particularmente importante respetar la multiculturalidad, los procesos de deconstrucción y descolonización de los pueblos, por lo cual es imperativo valorar la comunidad con la

cual se trabaja, desde el respeto tanto por sus derechos como por su participación, decisión y acción sobre sus propias vidas.

Las nociones anteriores son conceptos amplios que se transmiten a través de la teoría. Sin embargo, a esto debe sumarse, según las sugerencias de Participantes 5, 6 y 7, la experiencia práctica de los docentes, que deben esforzarse constantemente por participar en los proyectos en comunidad, asistir a las reuniones en terreno, en los cabildos en poblaciones y realizar sus propias actividades de impacto, que fomenten también su compromiso con el área. Por último, Participante 5 acota que, en cuanto a la especialización de lo comunitario, es difícil llamarse un experto ya que la comunidad está presente indirecta o directamente en todas las especializaciones; por lo cual, un experto en salud mental se encuentra con experiencias comunitarias constantemente, pero no se llama abiertamente un experto en salud mental comunitaria, aunque aplique la misma rigurosidad de su área a la comunidad.

Es interesante notar como, entre los expertos, se repite el discurso en relación con la especialización comunitaria, en el cual todos los terapeutas ocupacionales son comunitarios, pero ninguno lo es, exclusivamente, o en ocasiones ocurre que se utilizan los modelos clínicos para el abordaje de fenómenos socio comunitarios, como plantea Garcés (2016), lo que puede ocasionar una desconexión de la profesión. Esto coincide con los discursos de apartados anteriores que postulan contradicciones en las mallas curriculares y perfiles de egreso con sus prácticas en terreno, al no delimitar una línea específica de Terapia Ocupacional Comunitaria a pesar del deseo de docentes y jefes de carrera por especificar este enfoque en su Institución. Este fallo en la identidad parece responder, nuevamente, a los cambios en la sociedad a la cual responden los Terapeutas Ocupacionales y al enfrentamiento constante entre la formación de los docentes, como formadores actuales de la profesión, que deben adecuar la transferencia de sus conocimientos a las experiencias prácticas que deben vivir sus estudiantes en una nueva sociedad.

5.5.3. Elementos para mejorar las prácticas docentes centradas en estudiantes

El siguiente apartado se enfoca en las mejoras en prácticas docentes centradas en estudiantes y se refieren a las expectativas que tienen los académicos y docentes sobre las competencias que deben colaborar a potenciar, desarrollar o mejorar los estudiantes para desempeñarse en el mundo comunitario.

Estas competencias, según Participante 5, se hacen evidentes en la capacidad de integrar intervenciones comunitarias con los conocimientos teóricos, ya que los y las estudiantes presentan dificultades para reflejar sus experiencias a través de un modelo o enfoque de redes específico. Falta la rigurosidad en la observación y se pierde mucha información al no aplicar los instrumentos adecuadamente

para facilitar los procesos, lo que se relaciona con el pensamiento crítico o pensamiento clínico, planteados tanto por Scaffa (2014) y Zango (2017), ya que se busca que “los estudiantes (que más tarde serán profesionales) sean capaces de articular el momento clave para localizar y comprender las posibles dificultades de las personas, comunidades o las organizaciones con las que esté trabajándose en pro de diseñar su intervención” (Talavera, 2015, p.249). Además, la integración de los contenidos teóricos con lo comunitario, según Participante 13, también tiene que ver con incluir la perspectiva de los derechos humanos dentro de conocimiento de normas para su aplicación en contextos de comunidad. Ello también se relaciona con una actualización constante, ya que Participante 10 denota que los egresados deben considerar estrategias de abordaje de comunidad que se adecuen a las culturas que están incorporándose a nuestra sociedad y considerar, dentro de este plan, estrategias que puedan escaparse de lo tradicional, de lo que se acostumbra en APS, que se relaciona directamente con la educación popular.

De la misma forma, Participante 3 denota que, dados los cambios sociales y la reivindicación de los derechos humanos entre movimientos tales como aquel del Estallido Social en Chile, se vuelve necesario evaluar constantemente el impacto de las intervenciones, y dar cuenta de estos procesos de cambio de adecuación a los empleadores, ya que no están al tanto de estas transformaciones. De manera similar, Participante 7 considera que los Terapeutas Ocupacionales deben estar conscientes de encontrarse en una frecuencia que no siempre coincide con aquella de otros profesionales, por lo cual es importante incluir una perspectiva interdisciplinar que permita reconocer las experiencias de la intervención comunitaria desde otras disciplinas.

Participante 11 acota que el desempeño de los y las estudiantes tiene que ver con su compromiso, ya que, aunque existe el compromiso social desde la Terapia Ocupacional, aún falta fortalecer esa conexión con la comunidad. Esto se puede deber a que el enfoque principal de la carrera está puesto en lo biomédico, por sobre lo comunitario, por lo cual habría que destacar más este foco en los y las estudiantes.

Otro aspecto centrado en él y la estudiante, según Participante 11, tiene que ver con el autoconocimiento y las competencias de meta análisis, o de mayor nivel en la pirámide de Miller, que se puede entender como el reconocimiento de la comunidad en cada terapeuta ocupacional comunitario en formación. Esto parte por una crítica al terapeuta, en la cual se considera como un agente externo a la comunidad, y debe reconciliarse con el hecho de que él o ella es también parte de este contexto de comunidad para buscar de qué forma puede aportar a modo de facilitador o acompañante, siendo un sujeto comunitario también. Es importante denotar que el caso específico desde el cual se expresa Participante

11, es una institución de estudiantes que vienen de barrios vulnerables, de bajo ingreso socioeconómicos y un desempeño académico que no es muy alto, por lo cual no es un perfil de estudiante que se repita en muchas otras universidades. Esto condiciona este punto de autoconocimiento ya que ellos no quieren volver a su propia realidad cuando ellos quieren estudiar para mejorar su vida y su condición social. Entonces, es tarea del docente encontrar la manera de conectar a ese estudiante y su tarea específica con su propia vida para posicionarse como un agente de cambio.

A este proceso de meta análisis se suma la necesidad de desarrollar habilidades blandas o transversales. Participante 10 señala que estas habilidades pueden ya estar instaladas, por experiencias previas, pero se requiere reafirmarla para fomentar un profesional creativo, capaz de no solo trabajar en equipos específicos sino de poder tener una visión interdisciplinaria para trabajar en todo tipo de contextos. Sobre este punto, Participante 13 denota que, además, los y las estudiantes pueden venir con “una deprivación sociocultural terrible”.

Es importante destacar este punto, ya que implica desarrollar profundamente las competencias básicas, entendidas como el desarrollo social, emocional y habilidades sociales básica y avanzadas. Es necesario considerar que se debe enfocar hasta en la redacción de correos, para lo cual hay que escribir ensayos y practicar desde la escritura hasta habilidades para hablar.

5.5.4. Elementos para mejorar las prácticas docentes desde la comunidad

Por último, en torno a los aspectos por mejorar en las prácticas docentes que se pueden vincular con la comunidad, están relacionadas con la difusión y la motivación en torno a la participación de los territorios y comunidades de las actividades de experiencia práctica, lo anterior se vincula con afianzar las confianzas y relacionales entre en la universidad y las poblaciones, así como el nivel de compromiso de los académicos, pero también de las escuelas de terapia ocupacional.

Estas críticas se pueden entender, desde Participante 11, como dificultades operativas, ya que los barrios no quieren participar. Se puede inferir a que los barrios no ven una ganancia clara o, como se ha mencionado en otros apartados, no se sienten escuchados sino utilizados como instrumentos para la universidad más que apoyados como comunidad con necesidades específicas. Participante 5 señala que las agrupaciones son críticas porque ya no están esperanzados con expectativas que, al final, no se cumplen. Esto es problemático ya que las universidades tienen la necesidad de vincularse con la comunidad, las instituciones son pragmáticas en este sentido y les piden resultados concretos a los docentes, lo cual desperfila el escenario de apoyo exclusivamente comunitario que se proponen los

docentes al exigir una evaluación más rigurosa en cuanto al aspecto teórico. Participante 5 destaca que este problema está avanzando hacia una solución, pero al menos las comunidades y las agrupaciones están aprendiendo cómo tensionar a las instituciones, lo cual les ayuda a cumplir sus objetivos.

A ello se suma que los académicos mismos, de Terapia Ocupacional Comunitaria, se deben reconocer como entes comunitarios y transformadores que deben vincularse directamente con la comunidad para fortalecer un trabajo que, a su vez, debe reconocerse como en, con y desde las comunidades. Esto tiene que ver, según Participante 12, con la visión comunitaria que nuevos terapeutas ocupacionales están normalizando de a poco, junto con la integración de los derechos humanos. Guarda directa relación con el cambio paradigmático que se ha mencionado en otros apartados que se enfoca en igualar la importancia del ámbito social con el lineamiento biomédico para crear un mayor sentido de comunidad. Es la opinión de Participante 12 que las nuevas generaciones entienden esta idea de una forma más inherente que generaciones anteriores; por lo cual los docentes formadores han tenido que realizar un proceso de deconstrucción de lo clínico. Sin embargo, cabe destacar que este proceso es una decisión personal, por lo cual hace falta instaurar profesores que compartan esta perspectiva, que se sientan identificados con lo comunitario para poder transmitir esto a sus estudiantes.

CAPÍTULO VI:

Conclusión



Escuela Internacional de Doctorado / Doctorado en Educación / Universidad de Almería

CAPÍTULO VI: CONCLUSIÓN

El crecimiento de la terapia ocupacional en las últimas dos décadas ha sido exponencial, tanto en temáticas de base comunitaria y social, así como en la investigación. Esto va de la mano de prácticas transformadoras a través de la ocupación y la disciplina se encuentra en un nivel de desarrollo sin precedentes, desde la cual puede influir en temáticas sociales que impactan en el bienestar, la salud, y el acceso a ocupaciones significativas de la población. Con ello, se busca potenciar el tejido social, el sentido de comunidad, las redes sociales, el fortalecimiento comunitario y el capital social, ya que se sustenta tanto en las ciencias de la ocupación y en las ciencias biomédicas como en las ciencias sociales, sin perder la mirada holística del ser humano.

Esto implica que los terapeutas ocupacionales deben desarrollar nuevas competencias sin perder el foco de intervenciones centradas en la ocupación y en los usuarios, comprendiendo que este término hace referencia tanto a individuos, familias, grupos, poblaciones, comunidades y organizaciones. Por ello, se vuelve fundamental generar investigaciones que aporten a estas temáticas, que no sólo estén centradas en el marco institucional sino que sean vinculadas tanto a las comunidades y los territorios como también a la pedagogía para preparar a futuros profesionales, con la finalidad de generar una educación crítica y reflexiva, con un enfoque hacia lo social y los derechos humanos y ocupacionales, abogando por los principales ideales de la disciplina como la inclusión plena de las personas, grupos y sus comunidades.

Comprendiendo que, en la actualidad, el rol y desarrollo de la profesión debe abarcar más allá de la mirada biomédica para vincularse con las condiciones socio políticas que impactan a las personas y comunidades, es importante que tanto la terapia ocupacional comunitaria, socio comunitaria y social vele por los derechos de las personas independientes de su edad, sexo, identidad de género, capacidad funcional y clase social, buscando el bienestar y los derechos ocupacionales universales, y la educación debe responder a estas tendencias.

La realidad actual de Chile y Latinoamérica requiere profesionales competentes y capacitados para afrontar las disparidades que emergen en la región. Se enfrentarán a injusticias y desigualdades que les exigirán comprometerse por sistematizar las prácticas docentes. Para ello, es importante que los formadores investiguen su enseñanza y el aprendizaje de sus estudiantes para cimentar sus fundamentos teóricos de la educación en terapia ocupacional basada en la evidencia.

La presente investigación se ha dedicado a analizar el discurso de los formadores a través de las y los docentes, así como sus directores y directoras, sumado a los perfiles de egreso, mallas curriculares y programas de asignaturas de universidades que implementan y capacitan estudiantes con habilidades en Terapia Ocupacional Comunitaria en Chile, con la intención de presentar una puesta en escena de la formación nacional del Terapeuta Ocupacional Comunitario. De ello, se desprende una serie de comparaciones y contrastes, presentes en la discusión, que pueden servir como base para mejorar los modelos formativos implementado actualmente y responder a las carencias que surgen en distintas líneas formativas de las diferentes universidades estudiadas.

Las instituciones de educación superior buscan generar sellos únicos y diferenciadores en la formación de sus egresados y titulados de terapia ocupacional, contando con modelos y filosofías propias y únicas de enseñanza y aprendizaje, por lo que los perfiles de egreso son diversos y variados. Así mismo las escuelas y carreras realizan esfuerzos permanentes por mantener actualizados los planes de estudios y acordes a los estándares internacionales como los de la Federación Mundial de Terapia Ocupacional, así como los de la Comisión Nacional de Acreditación en Chile.

El identificar las pedagogías y modelos de formación que en la actualidad funcionan eficazmente en la enseñanza de la terapia ocupacional y específicamente en su línea comunitaria, proporciona lineamientos y estándares para una educación basada en la evidencia en terapia ocupacional. Estos aspectos son tan diversos, que incorporan elementos como las formas de relacionarse entre los docentes y estudiantes, sus comprensiones de lo comunitario, los contenidos que se priorizan en la enseñanza, así como las metodologías y diseños de las actividades de enseñanza-aprendizaje considerando sus actividades de simulación, los contextos de práctica, de servicio y voluntariado, las formas de evaluar estos aprendizajes, buscando generar una identidad profesional y elementos de mejora pedagógicos. Por lo cual, la percepción desde los líderes en formación como son las y los directores de escuelas y académicos, genera especial relevancia.

En esta línea investigativa, la primera pregunta que aparece es cómo nace la necesidad de vincular lo comunitario dentro de los currículos universitarios de Terapia Ocupacional en Chile y cómo se configura esta necesidad, según las y los formadores. De estos discursos, se debe rescatar, en primera instancia, que la Terapia Ocupacional Comunitaria se concibe principalmente como un área de intervención transversal dentro de la Terapia Ocupacional que requiere especialización y se encuentra presente en la mayoría de los perfiles de egreso de las universidades chilenas.

Como comentan los expertos, la accesibilidad a servicios sociosanitarios, así como una mirada territorial de la salud, hace necesario el trasladar los procesos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, tanto de métodos como de implementos, desde los centros de salud hacia las comunidades para fomentar la participación y responsabilidades de las comunidades de sus procesos de salud. Esto, a su vez, obliga a la comunidad a transformarse en agentes activos de su propio bienestar de la mano de los profesionales que tienen conocimientos tanto biomédicos como sociales.

Así mismo, los planes de estudios y programas deben ser lo suficientemente flexibles para incorporar los procesos y cambios sociales, económicos y políticos que vive el país, al igual que las situaciones de la vida cotidiana que permitan desarrollar un pensamiento crítico, por parte del estudiantado, acerca de los conocimientos que se le están entregando. De igual manera, se deben considerar aprendizajes basados en las experiencias de los académicos y la evidencia, así como la colaboración con la comunidad a través de prácticas curriculares tempranas o la metodología de aprendizaje servicio, por ejemplo.

La terapia ocupacional comunitaria en Chile se va instaurando desde distintos enfoques como espacios clínicos intrahospitalarios a través de talleres; intervención a grupos, como visitas domiciliarias, por ejemplo; y, trabajos más macro con territorios y comunas, así como a nivel de políticas públicas que guían el quehacer profesional a lo largo del país.

En esta línea cobra fuerza, también, la percepción de lo comunitario, la cual implica que al salir de la institución y avanzar hacia la comunidad, la rehabilitación ya no es necesariamente individual, sino que se puede dar en un colectivo incorporando a la familia, amigos, colegio, trabajo, iglesia, etc., lo cual requiere la especialización dentro la terapia ocupacional para dicho abordaje. Sin embargo, la definición y delimitación del Terapeuta Ocupacional Comunitario sigue ambigua ya que, mientras que los expertos ubican lo social con una relevancia similar a los conocimientos biomédicos, pareciera que la visión general de la carrera sigue otorgando mayor valor a lo biomédico, lo que es errado ya que la disciplina se constituye a sí misma como holística, integral y sociosanitaria, pudiendo ser un terapeuta ocupacional biomédico sin perder su enfoque social y viceversa.

Otro aspecto que entorpece esta delimitación tiene que ver con el uso de la comunidad, como una estrategia de *marketing*, como una moda, en vez de una herramienta articuladora entre los conocimientos biomédicos y sociales y, en ocasiones, como una oportunidad ganancial que tienen las universidades para

fomentar espacios de prácticas curriculares para sus alumnos y publicitarse en el medio social, más que un genuino interés de querer colaborar con los procesos de transformación social.

De la misma forma en la cual los alcances de la Terapia Ocupacional Comunitaria no están claramente delimitados, surgen dos posturas en torno a cómo formar futuros terapeutas ocupacionales. El primer enfoque se basa en una aproximación de asignaturas específicas sobre Terapia Ocupacional Comunitaria, dedicadas exclusivamente a estudiar su definición, alcances y usos, como parte de una línea formativa compuesta por asignaturas biomédicas y sociales, equitativamente. Por otro lado, la segunda línea postula que lo comunitario es inherente a la Terapia Ocupacional, por lo cual se forma de manera transversal a lo largo de la carrera, y no requiere de asignaturas específicas o en algunos casos tomando elementos de ambas perspectivas.

La diferencia clave entre ambas posturas radica en que la primera se fundamenta en la especialización de la Terapia Ocupacional Comunitaria, con un enfoque específico en las comunidades como grupos sociales; mientras que, la segunda postura se basa en una formación más general, con un enfoque mayor en los individuos dentro de la comunidad.

Ambas líneas formativas se ven reflejadas en las mallas curriculares que surgen de las universidades, en las cuales se distinguen tres ciclos principales que tienen un primer ciclo clave de introducción a materias de ciencias y miradas sociales de la salud; un segundo ciclo enfocado en la intervención comunitaria; y, un tercer ciclo, concentrado en una perspectiva socio-comunitario en módulos de práctica profesional.

Esto denota que no existe una sistematización de módulos, lo cual hace imposible la democratización de contenidos e infiere que cada profesional egresará de su carrera con conocimientos diferentes en este ámbito. Además, hay una variedad de cursos con títulos genéricos o amplios que no especifican su contenido, lo que dificulta los procesos de análisis a nivel de investigación y podría deberse a razones administrativas, para facilitar su adecuación de contenido y lugar en la malla. Más confuso que ello, sin embargo, es que la diferencia de malla en malla crea una confusión conceptual en cuanto a la formación misma del profesional. Esto se debe, en parte, al apego a la tradición y a la delimitación de la Terapia Ocupacional que está dada por la Federación Mundial de la Terapia Ocupacional, que ha generado un paradigma predominante en la formación de terapeutas ocupacionales.

Esa mirada, no necesariamente incorpora la realidad latinoamericana y los saberes de la Terapia Ocupacional desde el sur, a la cual deben responder los profesionales de este país y, al intentar

implementar el modelo predominante mundial, se pierde el aspecto local. Lo comunitario, al ser un concepto tan intrínsecamente ligado a grupos sociales, está condicionado a los factores físicos, psicológicos, sociales y políticos, entre otros, que condicionan a sus integrantes desde una realidad local, por lo cual es necesario generar adecuaciones con pertinencia cultural.

Las intervenciones comunitarias se encuentran en un nivel sin precedentes en Chile y el mundo, abarcando temáticas tan variadas como derechos humanos, género, trabajo en personas con vulnerabilidad social, migración, minorías étnicas, en situación de calle, infractores de ley, consumo problemático de alcohol y drogas, violencia y abuso, pobreza, discriminación, accesibilidad universal y muchas otras. Por lo anterior, es que los contenidos teóricos en estas temáticas deben estar fuertemente afianzados en los estudiantes que incluyan conocimientos en las características de las poblaciones, comunidades, y organizaciones presentes en el espacio social.

Estos conocimientos van desde el dominio de indicadores de salud y sociales, estilos de vida, prevalencias de patologías en la población chilena, así como el reconocimiento de los distintos dispositivos y desde las redes sociales y de salud, así como valores culturales, patrones de desempeño, reconocer las ocupaciones significativas del territorio, rituales y costumbres y los ambientes en las que se desarrollan.

Incluyen además, competencias principalmente actitudinales y procedimentales, como relacionarse con los dirigentes vecinales, líderes comunitarios y miembros de las comunidades y organizaciones presentes en el territorio, comprometiendo a las personas en los procesos de diagnósticos participativos, planificación, implementación y evaluación de las intervenciones. Ello implica tanto prácticas participativas como la sistematización a través de la investigación y gestión de los recursos, sumado a una mirada valórica comprometida con el potencial transformador de las ocupaciones en las personas y su entorno, resguardando el componente ético de los procesos.

Respecto de las metodologías de enseñanza-aprendizaje en el ámbito de la Terapia Ocupacional Comunitaria, dentro de la formación universitaria en Chile, cabe recordar que la mayoría de los planes de estudios nacionales combinan dos técnicas principales. Estas se pueden entender como clásicas, que responden a un modelo tradicional, en el cual el docente traspasa su conocimiento a sus estudiantes; y participativas, que corresponde a un modelo en el cual los y las estudiantes cobran un rol más activo en de su propio aprendizaje, a través de la participación. En virtud de la libertad de cátedra los docentes pueden elegir sobre cuál metodología implementarán en su aula.

En sintonía con este vínculo, la experiencia confirma la importancia del elemento humano dentro de las metodologías de enseñanza-aprendizaje, ya que se basa en un aprendizaje relacional, y con un alto compromiso contextualizado y activo, donde los docentes perciben que sus estudiantes valoran por sobre muchas otras metodologías el aprendizaje-servicio, y las prácticas.

Atrás quedan las perspectivas de una enseñanza tradicional, donde se enseña solamente la teoría y el desarrollo de las competencias para el trabajo en la comunidad es desarrollado después de egresados, como se visualizaba que ocurría hace dos décadas atrás, previo a incorporar las asignaturas comunitarias en las mallas curriculares. Actualmente, se plantea que las metodologías de enseñanza aprendizaje deben ir buscando un acercamiento progresivo por parte del estudiantado a la comunidad, a través de experiencias con metodología de casos, aprendizaje basado en problemas, tutorías, reflexiones prácticas y basadas en la evidencia, actividades simuladas como juegos de roles, simulando procesos diagnósticos y de intervención, como una forma de preparar a los estudiantes para el trabajo práctico con las poblaciones y comunidades en sus entornos naturales, abarcando las dificultades y complejidades lo más tempranamente posible. Ello posibilita desarrollar las competencias en los estudiantes, pero así también su auto confianza en relación con su preparación en el trabajo territorial, por lo que, los planes de formación deben esforzarse por brindar y facilitar estos espacios de desarrollo a los estudiantes.

Así mismo, cada grupo-curso de estudiantes es único e irrepetible, y aportan una experiencia distinta en torno al proceso de aprendizaje, así como la dinámica con el académico, por lo cual enseñar de la misma manera a todos o replicando las prácticas tradicionales no es la respuesta, sino más bien adaptar el proceso de enseñanza-aprendizaje a las características particulares de ese grupo.

Los procesos de evaluación son una forma de medición de las competencias, aprendizajes y saberes teóricos, procedimentales y actitudinales adquiridos durante el transcurso de las asignaturas vinculadas a la terapia ocupacional comunitaria. Estos se miden en momentos determinados a través del semestre o año, lo que implica una tarea compleja tanto para los académicos, pero así también para las direcciones de escuela o carrera, ya que los métodos de evaluación deben medir la progresión de saberes, pero así también deben estar alineados con el plan de formación, los lineamientos institucionales y los estándares de acreditación para aseverar que sus titulados cumplan con el perfil de egreso y puedan insertarse de manera exitosa al mundo laboral, e idealmente que estos aprendizajes sean significativos y profundos, además de consolidados.

La evaluación no sólo debe abarcar el propio módulo, sino también abarcar una articulación y alineación con el currículo, y medir, por ejemplo, el desarrollo de las competencias asociadas a los ciclos de aprendizaje inicial, intermedio y profesional.

Existen ciertos aspectos dicotómicos en la actualidad en los procesos evaluativos en los módulos comunitarios que tienen que ver, por un lado, con que existen muchas evaluaciones que se encuentran estandarizadas o que se centran principalmente en un conocimiento teórico y evaluados a través de respuestas cerradas como la selección múltiple, que no se condice con los procesos reflexivos incorporados dentro de las metodologías de enseñanza aprendizaje o requeridas para el trabajo comunitario. Y, a la vez, encontramos procesos evaluativos mucho más sintónicos y vinculados a prácticas comunitarias como la elaboración de ensayos reflexivos, portafolios, informes, sistematización de sus prácticas, entre otros.

Así mismo, las buenas prácticas en los procesos evaluativos deben estar marcados por rúbricas bien construidas, que describan claramente las dimensiones, las asignaciones de puntajes y las escalas de calificación. Lo mismo aplica para las pruebas que deben estar en coherencia con los objetivos de aprendizaje de la asignatura.

Los docentes de terapia ocupacional no necesariamente cuentan con formación en pedagogía, por lo cual se vuelve fundamental que las instituciones puedan generar instancias de apoyo para que los académicos puedan desarrollar estrategias de evaluación sumativas y formativas de manera eficaz, a través de la implementación de cursos, diplomados o post grados.

Un desafío en los procesos de evaluación es utilizar dicha información para evaluar el diseño o estructura de la experiencia de aprendizaje y compararla con años previos, así como contrastar si determinados tipos de evaluaciones se relacionan de mejor manera con ciertas metodologías.

Las y los educadores se encuentran reflexionando e innovando permanentemente sobre cómo mejorar sus prácticas docentes y formar estudiantes que se convertirán en los futuros terapeutas ocupacionales preparados para la práctica de la profesión con comunidades, y que, además de desarrollar nuevas prácticas, investigarán y enseñarán.

A ello se suma que, los académicos mismos de Terapia Ocupacional Comunitaria se deben reconocer como entes comunitarios y transformadores vinculados directamente con la comunidad. Lo anterior guarda directa relación con el cambio paradigmático que se ha mencionado en otros apartados que se enfoca en igualar la importancia del ámbito social con el lineamiento biomédico para crear un

mayor sentido de comunidad y una mirada verdaderamente holística del ser humano. Las nuevas generaciones entienden esta idea de una forma más inherente mejor que generaciones anteriores; por lo cual los docentes formadores han tenido que realizar un proceso de deconstrucción de lo clínico. Sin embargo, cabe destacar que este proceso es una decisión personal, por lo cual hace falta instaurar profesores que compartan esta perspectiva y que se sientan identificados con lo comunitario para poder transmitir esto a sus estudiantes.

Los docentes, en sus roles de formadores, requieren estudiar, conceptualizar y transmitir la diversidad y la inclusión desde una perspectiva más amplia dentro del campo de la terapia ocupacional, no solo posicionados en la habilitación y rehabilitación de las personas, sino que también en un cambio hacia una sociedad más inclusiva, ya que es una responsabilidad profesional contribuir a una sociedad mejor y cuidar del bienestar independiente de la raza, cultura, género, religión, orientación sexual y otras características diversas.

Por lo anterior, se vuelve trascendental que los docentes que dicten estas asignaturas cuenten con experiencia en el trabajo comunitario e, idealmente, con especializaciones en el mismo ámbito, ya que la transmisión de conocimientos confusos en esta materia imposibilita una identidad profesional, así también que puedan incorporar a las comunidades dentro del aula y vincular a los estudiantes con las comunidades.

Así, también, es importante que los estudiantes puedan desarrollar el hábito de auto reflexión y reconocimiento de las propios conocimientos, habilidades blandas y sesgos, para que se encuentren preparados para afrontar la diversidad de usuarios, situaciones y contextos a los que se enfrenta la disciplina y se comprometan con el mundo social.

En la actualidad, existe una mayor resistencia por parte de los barrios y las comunidades a vincularse con las instituciones de educación superior, ya que se encuentran en un proceso de desesperanza, posiblemente por sobre intervención o no visualizar una retribución clara; por lo cual, hoy en día, vemos como las comunidades se encuentran tensionando a las universidades a una bidireccional justa y que realmente aborde las necesidades sentidas.

Los vínculos que establezcan las y los directores de escuela o carrera y docentes con los líderes comunitarios son trascendentales, así como las competencias transversales de los estudiantes, tales como los aspectos de comunicación, relación, transmitir la información acorde al contexto, y el compromiso valórico y ético hacia los procesos diagnósticos y de intervención.

Además, las escuelas y carreras de terapia ocupacional deben proponer planes de formación diversos e inclusivos como un paso para una sociedad mejor. Para ello, se vuelve fundamental medir el impacto de las intervenciones y procesos de aprendizaje servicio, que se encuentran realizando las diferentes universidades en las comunidades, y que, así mismo, los estudiantes aprendan a integrar estos procesos en sus prácticas y puedan, además, sistematizar las actividades, prácticas, programas y servicios en terapia ocupacional. Esto es central, ya que estas sistematizaciones deben estar basadas tanto en la teoría como en la práctica y en la reflexión, siendo esta además una habilidad imprescindible para el espacio comunitario, y donde estén implicados y documentados los diferentes actores del proceso como estudiantes, comunidad y docentes.

Finalmente, se vuelve imprescindible que exista una relación en lo que plantean los perfiles de egreso y lo que se refleja en los planes de estudio, donde a pesar de que todas las universidades declaran lo comunitario como algo muy importante en sus perfiles de egreso, no necesariamente se refleja en las mallas curriculares, o aparece como una instancia aislada, ya que, en muchas ocasiones, se da por sentado el enfoque comunitario a tal punto de dejar el concepto fuera de los nombres de asignaturas.

No obstante, lo anterior, existen universidades, en otros polos, con claros sellos diferenciadores en el ámbito social y comunitario, que cuentan con amplias trayectorias de aprendizaje en esta línea, incorporándolo como un ámbito de acción dentro de sus mallas curriculares.

Con esto dicho, es vital nutrir el vínculo y la confianza entre las escuelas de terapia ocupacional y las poblaciones, así como el nivel de compromiso de los académicos y docentes, para que las experiencias de aprendizaje de los estudiantes sean tanto significativas para ellos como colaborativas y con sentido ético para las comunidades.

6.1.- Limitaciones y proyecciones

Al tratarse del primer estudio de su clase, esta investigación cuenta con un carácter descriptivo, busca explicar o reflejar lo que se está haciendo, por lo que no puede dar cuenta si los contenidos, metodologías de enseñanza-aprendizaje y procesos evaluativos son útiles o funcionan correctamente en el campo laboral, no sabemos si existe una estrecha relación de lo que se está enseñando actualmente con lo que los terapeutas ocupacionales ejercen en el campo laboral de lo comunitario.

Solo considera la visión de docentes y directores de escuela, falta la mirada de los estudiantes y de las comunidades que se encuentran en interacción con las instituciones de educación superior, así como una perspectiva desde los egresados de las casas de estudio y empleadores.

Al tratarse de una investigación situada y de carácter cualitativo los resultados son específicos al contexto chileno, por lo que no se pueden extrapolar los resultados de esta investigación a otros contextos iberoamericanos, por ejemplo.

Además, al tener carácter cualitativo y a pesar de asegurar las herramientas y estrategias para generar un juicio riguroso lo más objetivo posible, sigue manteniendo un carácter de subjetividad propia de la naturaleza cualitativa, contextualizado y desde lo experiencial, siendo una interpretación del mundo social. Se sugiere además generar procesos de investigación cuantitativos o mixtos.

Además, el número de participantes es limitado, dada la saturación de datos, y a pesar de representar a gran parte de las regiones del país, no es la totalidad de los académicos o directores de escuelas o carreras; así mismo, tampoco incorpora la perspectiva o un contraste de la información con los estudiantes.

6.2.- Proyecciones de la investigación

Es importante considerar los procesos de educación en terapia ocupacional como un campo científico, basado en la evidencia, que vaya mejorando las prácticas educativas en este campo disciplinar, no sólo en el área comunitaria, sino que en todas las especialidades de la profesión. La investigación en educación en terapia ocupacional permite disponer de bases científicas sobre las que debiese asentarse la práctica educativa en esta área del conocimiento.

Sin embargo, el ejercer docencia basada en la evidencia no quiere decir que todos los docentes de terapia ocupacional deben realizar investigación en esta área, sino que ser capaces de evaluar la evidencia disponible y generar juicios sobre dicha información, pudiendo ser considerado como una herramienta para el desarrollo educativo y profesional del académico o académica ya que, en la actualidad, los referentes de educación para terapia ocupacional provienen de otras disciplinas, y a partir de investigaciones como esta se pretende motivar y desarrollar investigaciones, así como cimentar los fundamentos para docencia específica para la disciplina.

Sería interesante continuar esta investigación cuestionando elementos tales como, de las prácticas educativas en Terapia Ocupacional Comunitaria actualmente, ¿cuál es la mejor? O ¿por qué ciertas

prácticas educativas funcionan o no funcionan? Buscando determinar el por qué y cómo determinada práctica educativa funciona de manera adecuada; se esperaría que futuras investigaciones en este ámbito pasen del carácter descriptivo hacia uno explicativo.

La investigación en docencia en terapia ocupacional comunitaria es un fenómeno complejo de abordar, ya que interactúan varias variables tanto dentro del aula, como fuera de ella, como los docentes, los estudiantes, la teoría, los materiales de enseñanza-aprendizaje, los procesos evaluativos, los usuarios, las comunidades y los cambios sociales.

La responsabilidad de la docencia no sólo recae en el docente de aula, sino que también en figuras como “docentes de campo clínicos” o los mismos “terapeutas ocupacionales clínicos-comunitarios” que reciben a los estudiantes en los centros de práctica, así como de profesores no terapeutas ocupacionales, que actualmente se dedican a impartir ramos de las ciencias básicas en las áreas sociales como sociólogos, antropólogos, psicólogos comunitarios, así como estableciendo redes de colaboración interdisciplinarias.

Se proyecta difundir esta investigación a través de distintas vías, como la red de escuelas de terapia ocupacional de Chile, el colegio de terapeutas ocupacionales de Chile, así como *papers* científicos, como una forma de colaborar a la educación e investigación de la profesión.

REFERENCIAS

- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2015). *Manual de Competencias Profesionales: Terapeuta Ocupacional*. Sevilla, España: Conserjería de igualdad, salud y políticas sociales.
- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad de Acreditación. (2005). *Libro blanco: Título de grado en terapia ocupacional*. Madrid, España.
- Alvarez, M. (2015). Diseño de actividades educativas. In J. Núñez-Cortés, J. Palés, & J. Morán-Barrios (Eds.), *Principios de la educación médica. Desde el grado hasta el desarrollo profesional médica* (1ª Edición, pp. 256–262). Editorial Médica Panamericana.
- Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales. (2016). *32 Reunión del Consejo de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. Acta Resumen de los temas tratados*. Medellín, Colombia.
- Argüeles, P. (2009). El proceso de Bolonia en América Latina: Caso Chile.
- Asociación Americana de Terapia Ocupacional. (2015). *Terapia Ocupacional: Dominio & Proceso (traducido al español)*. (Escuela de Terapia Ocupacional, Ed.) (3era edici). Traducción: Santiago de Chile: Universidad Mayor.
- Asociación Americana de Terapia Ocupacional. (2021). *Aprendizaje servicio y trabajo de campo. Oportunidades de Aprendizaje Para Estudiantes En Organizaciones Comunitarias*. <https://www.aota.org/Practice/Productive-Aging/Home-Mods/Rebuilding-Together/education-opportunities.aspx>
- Avello Sáez, D., & Salgado Maldonado, J. (2017). Aprendizaje servicio en Terapia Ocupacional: inclusión de personas con diversidad funcional desde la interculturalidad. *Revista Iberoamericana de Aprendizaje Servicio*, 4, 46–47. <https://doi.org/10.1344/RIDAS2017.4.1>
- Barahona, A. (2017). Perspectiva de Gestión. In S. Olivares & J. Valdez (Eds.), *Aprendizaje Centrado en el Paciente: Cuatro perspectivas para un abordaje integral* (Primera, pp. 100–121). Editorial Panamericana.
- Brown, C. E. (2016). Modelos ecológicos en Terapia ocupacional. In *Terapia Ocupacional: Willard & Spackman* (pp. 494-504). Editorial Médica Panamericana.
- Cabrera, M., & Radosinsky, A. (2016). Reflexiones sobre la formación del docente universitario en el siglo XXI. In *I Jornadas sobre las Prácticas Docentes en la Universidad Pública. Transformaciones actuales y desafíos para los procesos de formación* (La Plata, 2016).
- Campo, J., Cano, J., Herrera, D., Bascones, J., Joaquín, D.-N., Gasco, C., & Bascones, A. (2009).

- Aplicación de un sistema mixto de enseñanza tradicional/ Aprendizaje Basado en Problemas en la asignatura de Urgencias en Odontología. *Revista Complutense de Educación*, 20(1), 135–150.
- Camps, R. (2015). Educación a distancia. “E-learning”. El campus virtual. En J. Núñez-Cortés, J. Palés, & J. Morán-Barrios (Eds.), *Principios de la educación médica. Desde el grado hasta el desarrollo profesional* (1era versión, pp. 122–132). Madrid, España: Editorial Panamericana.
- Canadian Association of Occupational Therapists. (2012). *Profile of Practice of Occupational Therapists*. (Canadian Association of Occupational Therapists, Ed.) (Primera). Ottawa, Canada: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Carlson, M., & Clark, F. (2001). Occupation in relation to the self. En *Thirteenth Annual Occupational Science Sympostum*. Los Angeles: University of Southern California.
- Caro, F., & Díez, E. (2005). Investigación cualitativa asistida por ordenador en economía de la empresa. *Investigaciones Europeas*, 11(5), 45–58.
- Carreras, J. S. (2009). El enfoque por competencias en la formación de los educadores sociales: una mirada a su caja de herramientas. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, (16), 9-20.
- Centro de Desarrollo Docente. (2018). Aprendizaje Servicio.
- Chaparro, R. (2013). Nivel de aprobación de las competencias profesionales iniciales de los estudiantes, aplicadas por docentes de práctica clínica experiencia universidad de Playa Ancha. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 13(2), 21–31.
- Chikwanha, T. M., Chidhakwa, S., & Dangarembizi. (2015). Occupational therapy needs of adolescents and young adults with cerebral palsy in Zimbabwe: caregivers’ perspectives. *The Central African journal of medicine*, 61(5–8), 38–44. Recuperado de <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85037865490&partnerID=40&md5=57e4004f868903f21557ae2a65d2388c>
- Centro Inter universitario de Desarrollo. (2015). *La Formación Práctica en la Universidad y su Impacto en el Perfil de Egreso*. (Ediciones copygraph, Ed.), Cinda (Primera). Santiago de Chile: CINDA. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Clark, F., Jackson, J., Carlson, M., Chou, C. P., Cherry, B. J., Jordan-Marsh, M., ... Azen, S. P. (2012). Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: Results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(9), 782–790. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.099754>
- Comisión Nacional de Acreditación de Chile. (2018). Comisión Nacional de Acreditación Chile.
- Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional. (2004). *Libro Blanco de la Diplomatura en Terapia Ocupacional*. (Conferencia Nacional de Directores de las Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional, Ed.) (Primera). Zaragoza, España: Conferencia Nacional de Directores de las Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional. Recuperado de <http://www.ap-to.pt/index.php/terapia-ocupacional>
- Colegio de Terapeutas Ocupacionales. (s. f.). Código de Ética Profesional del Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Chile, A.G. Santiago: Colegio de Terapeutas Ocupacionales.

- Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Chile. (2019). Historia de la Terapia Ocupacional en Chile.
- Coll, C., Martín, E., Mauri, T., Miras, M., Onrubia, J., Solé, I., & Zabala, A. (2007). *El constructivismo en el aula*. (Edición Editorial Graó, Ed.), *El constructivismo en el aula* (17ª Edición). México DF, México: GRAÓ.
- Comisión Nacional de Acreditación. Aprueba criterios de evaluación para la acreditación de carreras profesionales, carreras profesionales con licenciatura y programas de licenciatura (2015). Santiago, Chile: Comisión Nacional de Acreditación.
- Comisión Nacional de Acreditación. (2016). Aprueba reglamento que fija procedimiento para el desarrollo de los procesos de acreditación de carreras profesionales y técnicas de nivel superior y programas de pregrado. *Diario Oficial de la República de Chile*, pp. 1–7. Recuperado de <https://www.cnachile.cl/Criterios y Procedimientos/1147335.pdf>
- Crepeau, E. B., Cohn, E. S. O., Schell, B. A. B., Willard, H., & Spackman, C. S. (2011). *Willard & Spackman: Terapia Ocupacional*. (E. B. Crepeau, E. S. O. Cohn, & B. A. B. Schell, Eds.) (11ª Edición). Buenos Aires, Bogotá, Caracas, Madrid, México, Porto Alegre: Editorial Médica Panamericana.
- De la cal Herrera, A. (2015). Tratamiento Asertivo Comunitario Y Terapia Ocupacional. *TOG (A Coruña)*, 12(21), 1885–527. Recuperado de www.revistatog.com
- De las Heras, C. G. (2015). *Modelo de Ocupación Humana* (1ª). Editorial Síntesis.
- Delgado, R. M. S., Intriago, E., & Bravo, M. J. C. (2018). La metodología de la educación popular como instrumento didáctico en el componente educativo técnicas de expresión oral y escrita de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. *Revista San Gregorio*, (22), 14-21.
- Dewey, J. (1995). *Democracy and education. An introduction to the philosophy of education*. (J. Morata, Ed.), *Democracia y educación* (Tercera Ed). Madrid, España: Ediciones Morata.
- Doll, J. (2010). Community practice in Occupational Therapy: What is it? En J. Doll (Ed.), *Understanding community practice in Occupational Therapy* (First, pp. 1–32). Washington, DC, Estados Unidos: Jones and Bartlett Publishers.
- Dudgeon, B. (2011). Integración Comunitaria. En Crepeau, Cohn, & Schell (Eds.), *Willard & Spackman Terapia Ocupacional* (11a ed., pp. 181–191). Buenos Aires, Bogotá, Caracas, Madrid, México, Porto Alegre: Editorial Médica Panamericana.
- European Network of Occupational Therapy in Higher Education Board. (2016). *Strategy 2016 - 2020 ENOTHE. ENOTHE*. Europa.
- Fals Borda, O. (2006). *Conocimiento y poder popular Definitivo*. (S. Pombo, Ed.) (Re-edición). México DF, México; Madrid, España; Bogotá, Colombia: Siglo Veintiuno editores, s.a. Recuperado de papers2://publication/uuid/21C7B3BB-C955-4E8C-87A8-309EAB1F5210
- Farías, L., & López, C. (2018). La formación de pregrado de terapia ocupacional en Chile visto desde la perspectiva de los estudiantes: ¿cuál es la percepción de necesidades que tienen los estudiantes de terapia ocupacional en relación a su proceso de formación? *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*,

13(1), 43–50. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2013.27451>

Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. (2019). *Terapia Ocupacional y Derechos Humanos (revisada)* (pp. 1–2). Federación Mundial de Terapia Ocupacional.

Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. (2020). *Terapia Ocupacional y Salud Mental* (pp. 1–3). Federación Mundial de Terapia Ocupacional.

Fernández Darraz, E. (2018). Política pública, mercado y diversidad institucional. Las complejidades de clasificar instituciones de educación superior. El ejemplo chileno. *Innovar*, 28(67), 147–158. <https://doi.org/10.15446/innovar.v28n67.68620>

Flick, U. (2007). *El diseño de la investigación cualitativa* (Primera ed). Madrid, España: Ediciones Morata.

Flores, N., Jenaro, C., Caballo, C., & Ortiz, C. (2010). Evaluación de estrategias docentes utilizadas por profesores para la adquisición de competencias en Terapia Ocupacional.

Fornells, J. M. (2009). La evaluación en educación médica. *Medwave*, 9(01).

Freire, P. (1996a). Educación y Esperanza. En S. Veintiuno (Ed.), *Pedagogía de la indignación: cartas pedagógicas en un mundo revuelto* (Siglo Vein, pp. 143–150). México DF: Siglo Veintiuno.

Freire, P. (1996b). *Pedagogía de la autonomía: Saberes necesarios para la práctica educativa*. (S. Veintiuno, Ed.) (Siglo Vein). México DF: Siglo Veintiuno.

Freire, P. (1997). Educación y concienciación. En S. Veintiuno (Ed.), *La educación como práctica de la libertad* (Siglo Vein, pp. 97–113). México DF.

Gacel-Ávila, J. (2011). The impact of the Bologna Process on higher education in Latin America. *Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento*, 8(2), 285–295. Recuperado de <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-79960708330&partnerID=40&md5=ea17dc1e198857cff889e24bd4580c06>

Galiano, J., & Perza, M. E. de C. (2017). *Rúbricas para evaluación en Ciencias de la Salud*. España: EUENSC. Recuperado de [http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/1694/Rubricas para evaluacion en Ciencias de la Salud.pdf](http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/1694/Rubricas%20para%20evaluacion%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud.pdf)

Garcés, M.I. (2016). Terapia Ocupacional e processos econômico-sociais. En: R. Esquerdo, A. Serrata (Org.), *Terapia Ocupacional Social, desenhos teóricos e contornos práticos*. Sao Carlos: EdUFSCar.

Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*. (Ediciones Morata, Ed.). Madrid, España: Ediciones Morata.

Gómez, S., & Imperatore, E. (2010). Desarrollo de la Terapia Ocupacional en Latinoamérica. *Revista chilena de Terapia Ocupacional*, 123–135.

Guajardo, A., Recabarren, E., & Parraguez, V. (2014). *Rehabilitación de Base Comunitaria: Diálogos, reflexiones y prácticas en Chile*. (A. Guajardo, E. Recabarren, & V. Parraguez, Eds.) (Primera Ed). Santiago de Chile: SENADIS y Universidad Andres Bello.

- Guerrero, S., Chaparro, M., & García, Á. (2017). Evaluación por competencias en Salud: revisión de literatura Competencia. *Educación y educadores*, 20(2), 211–225. <https://doi.org/10.5294/edu.2017.20.2.3>
- Gutiérrez-Paredes, J. J., & Gutiérrez-Gofré, C. I. (2016). Modelo para determinar competencias, perfiles, planes y programas de estudios en la educación superior. *Revista Akademía*, 7(2), 29–49.
- Habermas, J. (1992). *Teoría de la acción comunicativa, II. Crítica de la razón funcionalista*. (Grupo Santillana de Ediciones S.A, Ed.) (Reimpresión). Madrid, España: Taurus Humanidades.
- Habermas, J. (1998). *Teoría de la acción comunicativa I. Racionalidad de la acción y racionalización social*. (Grupo Santillana de Ediciones S.A, Ed.) (3a y 4a Re). Madrid, España: Taurus Humanidades.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (J. Chacón, Ed.) (Quinta). México DF: Mc Graw Hill.
- Hocking, C., & Ness, N. (2004). *Process for approval of educational programmes*. (World Federation of Occupational Therapy, Ed.). World Federation of Occupational Therapy. Recuperado de www.wfot.org/documents.asp
- Horowitz, B. (2012). Service learning and occupational therapy education: Preparing students for community practice. *Education Special Interest Section Quarterly*, 22(2), 1–4.
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277–1288.
- Hynes, S. M., Field, B., Ledgerd, R., Swinson, T., Wenborn, J., Di Bona, L., ... Orrell, M. (2016). Exploring the need for a new UK occupational therapy intervention for people with dementia and family carers: Community Occupational Therapy in Dementia (COTiD). A focus group study. *Aging and Mental Health*, 20(7), 762–769. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1037243>
- Johnston, M. V., Goverover, Y., & Dijkers, M. (2005). Community activities and individual's satisfaction with them: Quality of life in the first year after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(4), 735–745. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.10.031>
- Jouannet, C., Salas, M. H., & Contreras, M. A. (2013). Modelo de implementación de Aprendizaje Servicio (A+S) en la UC: Una experiencia que impacta positivamente en la formación profesional integral. *Calidad en la educación superior*, 197–212. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-45652013000200007&nrm=iso
- Kielhöfner, G. (2011). *Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Aplicación* (Cuarta Edición). Editorial Médica Panamericana S.A.
- Krause, Ma. (2001). Hacia una Redefinición del Concepto de Comunidad - Cuatro ejes para un análisis crítico y una propuesta— Towards a Redefinition of the Concept Community. *Revista de Psicología*, 10(2), 49–60. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/264/26410205.pdf>
- Kretzmann, J., & McKnight, J. (1993). *Building communities from the inside out: a path toward finding and mobilizing a community's assets*. (Asset-Based Community Development Institute, Ed.) (Primera). Chicago, Estados Unidos: Institute for Policy Research, Northwestern University.

- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. (J. Corbin, N. Denzin, P. Freebody, K. Gergen, J. Mason, M. Murray, M. Wetherell, Eds.) (Traducción). Madrid, España: Ediciones Mlorata.
- Lafuente, J. (2015a). El clima educativo y sistemas de apoyo al estudiante y residente. In J. Núñez-Cortés, J. Palés, & J. Morán-Barrios (Eds.), *Principios de la educación médica. Desde el grado hasta el desarrollo profesional* (1ª edición, pp. 319–326). Editorial Médica Panamericana.
- Lafuente, J. (2015b). La clase teórica. Enseñanza en grandes grupos. In J. Núñez-Cortés, J. Palés, & J. Morán-Barrios (Eds.), *Principios de la educación médica. Desde el grado hasta el desarrollo profesional* (1ª, pp. 209–214). Editorial Médica Panamericana.
- Lecours, A., & Therriault, P. (2017). Taking an active role in my health and safety at work: An illustration of community occupational therapy practice in the promotion of workplace health. *Occupational Therapy Now*, 19(4), 23–24.
- Lopes, R. (2017). O ecomapa na prática terapêutica ocupacional: uma ferramenta para o mapeamento das percepções sobre a participação nas redes sociais de suporte. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*, 1(1), 67–87. https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/4263/pdf_1
- Losada, A. (2018). *Ocupando los Márgenes*. Ayelén Losada: Es Necesaria Una Reflexión Ideológica de Lo Que Hacemos Como Profesionales, No Existe La "asepsia! En La Intervención Psicosocial y Comunitaria.
- MacQueen, K. M., McLellan, E., Kay, K., & Milstein, B. (1998). Codebook Development for Team-Based Qualitative Analysis. *Field Methods*, 10(2), 31–36.
- Maquilón, J., & Alonso, J. (2014). *Experiencias de innovación y formación en educación*. (J. Maquilón & J. Alonso, Eds.) (1ª Edición). Murcia, España: editum: Ediciones de la Universidad de Murcia.
- Martínez, B., Pastor, E., & Torralba, R. (2016). Seguimiento y evaluación de las competencias de las prácticas comunitarias en el grado de trabajo social. En *Respuestas transdisciplinarias en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*.
- Martínez, V. (2006). *El enfoque comunitario: El desafío de incorporar a las comunidades en las intervenciones sociales*. (Universidad de Chile, Ed.) (Universidad). Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Martínez, V. (2014). *La inclusión sociocomunitaria* (Primera). Santiago de Chile: EN.
- Mcgrath, M., Moldes, I. V., Fransen, H., Hofstede-Wessels, S., & Lilienberg, K. (2014). Community-university partnerships in occupational therapy education: A preliminary exploration of practice in a European context. *Disability and Rehabilitation*, 36(4), 344–352. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.788220>
- Mejía Jiménez, M. (2013). *Educaciones y pedagogías críticas del sur: cartografías de la educación*

popular. (M. Mejías, Ed.) (Primera Ed). Santiago de Chile: Quimantú y Colectivo Diatriba por una pedagogía militante.

Melrose, J., Perroy, R., & Careas, S. (2015). *Aprendizaje activo, diversidad e inclusión*. Universidad de Chile (Vol. 1). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

MiFuturo.cl. (2020). Buscador de carreras: Terapia Ocupacional. Recuperado 6 de febrero de 2020, de <https://www.mifuturo.cl/buscador-de-carreras/?tipo=carrera>

Miller, G. (1990). Invited Reviews. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, 65(9), 563–567.

Ministerio de Educación. Ley 20.845, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile § (2010). Chile: Biblioteca del Congreso Nacional.

Ministerio de Educación. (2016). Marco Nacional de Cualificaciones para la Educación Superior. Santiago de Chile: Ministerio de Educación.

Ministerio de Educación. (2021). Buscador de Carreras de Terapia Ocupacional. Recuperado 10 de abril de 2021, de <http://www.mifuturo.cl/index.php/donde-y-que-estudiar/buscador-de-carreras?tecnico=false&cmbregiones=0&cmbareas=0&cmbcanombres=1725&cmbinnombres=0>

Ministerio de Educación Pública. Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza (1990). Chile: Biblioteca del Congreso Nacional.

Ministerio de Salud Pública. Código Sanitario, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2010). Chile: Biblioteca del Congreso Nacional.

Ministerio de Salud. (2012). *Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención integral de salud familiar y comunitario* (pp. 1–143). Ministerio de Salud. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

Ministerio de salud y protección social, & Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional. (2016). *Perfil Profesional y Competencias del Terapeuta Ocupacional*. Medellín, Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/perfil-competencias-terapeuta-ocupacional.pdf>

Misko, A. N., Nelson, D. L., & Duggan, J. M. (2015). Three Case Studies of Community Occupational Therapy for Individuals with Human Immunodeficiency Virus. *Occupational Therapy In Health Care*, 29(1), 11–26. <https://doi.org/10.3109/07380577.2014.941452>

Morales, H., Ramírez, O., & Rendón, L. (2016). Apoyo familiar en la intervención integral de la población con discapacidad visual y auditiva matriculada en la unidad de rehabilitación del. *Revista Colombiana Salud Libre*, 11(1), 8–15. <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/rcslibre/article/view/1617/1195>

Morrison, R., & Araya, L. (2018). Feminismo(s) y Terapia Ocupacional. Preguntas y reflexiones 1. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4(2), 60–72.

- Morrison, R., Olivares, D., & Vidal, D. (2011). La filosofía de la ocupación humana y el paradigma social de la ocupación. Algunas reflexiones y propuestas sobre epistemologías actuales en Terapia Ocupacional y Ciencias de la Ocupación. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 11(2), 102–119.
- Muñoz Espinoza, I. (2007). La formación de terapeutas ocupacionales desde un interés crítico de la Educación. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 7, 1–9.
- Nolla-Domenjó, M., & Palés-Argullós, J. (2020). Desarrollo de competencias docentes (desarrollo docente). *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 23(1), 1-3.
- Nova, C. (2020). *Diagnóstico situacional para la satisfacción de necesidades ocupacionales* (No. 87; Serie Creación).
- Organización Internacional del Trabajo. (2018). Organización Internacional del Trabajo. Recuperado 13 de junio de 2018, de <http://www.ilo.org/global/lang--es/index.htm>
- Oliver, F., & Nicacio, F. (2007). Autonomía, derechos y participación social: directrices para la atención y rehabilitación psicosocial de base comunitaria/territorial. Paganizzi L. et al, *Terapia Ocupacional Psicosocial: Escenarios clínicos y comunitarios* (págs. 121-138). Buenos Aires: Polemos.
- Organización Mundial de la Salud. (1995). *Salud Ocupacional Para Todos, Estrategia Mundial*. (Grupo Planificador de la Red Internacional de Centros Colaboradores en Salud Ocupacional de la OMS, Ed.), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (Primera). Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Rehabilitación Basada en la Comunidad. Guías para la RBC*. (C. Khhasnabis & K. Heinicke, Eds.) (Ediciones). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Ortiz Moreira, L. E., & Gajardo Navarrete, L. J. (2015). Propuesta de competencias genéricas para el perfil de egreso del médico cirujano de la universidad de concepción, Chile. *Revista Cubana de Educación Media Superior*, 28(3), 424–435.
- Oyarzún, N., Zolezzi, R., & Palacios, M. (2012). *Hacia las prácticas comunitarias de Terapia Ocupacional. Desde una mirada socio-histórica en Chile*. (Editorial Académica Española, Ed.) (Primera). Saarbrücken, Alemania: Schaltungsdienst Langage.
- Oyarzun, S., Zolezzi, G., Núñez, S., & Palacios, T. (2009). Hacia la construcción de las prácticas comunitarias de Terapeutas Ocupacionales en Chile, desde una mirada socio histórica, desde 1972 hasta la actualidad. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 9, 1–17. Recuperado de <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/120/103>
- Paganizzi, L. (2007). Terapia ocupacional psicosocial. Escenarios clínicos y comunitarios. *Buenos aires polenios ed*, 1, 240-244.
- Palés, J. (2015). Evolución histórica de la educación médica. En J. Nuñez-Cortés, J. Palés, & J. Morán-Barrios (Eds.), *Principios de la educación médica. Desde el grado hasta el desarrollo profesional* (Versión El, pp. 3–12). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Palés-Argullós, J., Nolla-Domenjó, M., Oriol-Bosch, A., & Gual, A. (2010). Proceso de Bolonia (I): educación orientada a competencias. *Educación médica*, 13(3), 127-135.
- Pallarés, M., & Planella, J. (2016). Utopía, educación y cambio social transformador: De Hinkelammert a

Habermas. *Opción*, 32(79), 126–144.

- Passalent, L. A., Landry, M. D., & Cott, C. A. (2010). Exploring wait list prioritization and management strategies for publicly funded ambulatory rehabilitation services in Ontario, Canada: Further evidence of barriers to access for people with chronic disease. *Healthcare Policy*, 5(4), e139–e156. Recuperado de <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-79851474983&partnerID=40&md5=4f38fcbb831db66e69f57b657363bea8>
- Peacock, S., & Cowan, J. (2018). Towards online student-directed communities of inquiry. *Journal of Further and Higher Education*, 42(5), 678–693.
- Pereyra, L. (2007). Integración de metodologías cuantitativas y cualitativas: Técnicas de triangulación. In *Disponibile en ief. eco. unc. edu. ar/files/workshops/2007/09oct07_lilipereyra_work. pdf*.
- Pey, R., & Chauriye, S. (2011). *Innovación Curricular en las Universidades del Consejo de Rectores 2000 - 2010*. (Consejo de Rectores, Ed.) (Primera). Santiago de Chile: Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas.
- Pinilla, A. (2013). Evaluación de competencias profesionales en salud. *Revista Facultad de Medicina*, 61(1), 53–70.
- Pino, J., & Ceballos, M. (2015). Terapia ocupacional comunitaria y rehabilitación basada en la comunidad: hacia una inclusión socio comunitaria. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 15(2), 1–15. <https://doi.org/0719-5346>
- Quesada, V., Rodríguez, G., & Ibarra, M. (2013). ActEval: un instrumento para el análisis y reflexión sobre la actividad evaluadora del profesorado universitario. *Revista de Educación*, 362, 1–24. <https://doi.org/DOI: 10-4438/1988-592X-RE-2011-362-153> Victoria
- Rodríguez-Izquierdo, R. M. (2015). Competencias genéricas en la enseñanza superior a través de los programas de internacionalización. Un estudio cualitativo. *Revista Complutense de Educación*, 26(1), 81-100.
- Rodriguez, Gil, & García. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Ediciones Aljibe.
- Ruiz, M., Lázaro, J., Ramo, E., Vela, S., Moreno, L., Palomar, M. L., & Romano, D. (2009). Perfil profesional del terapeuta ocupacional. *TOG (A Coruña)*, 6(4), 37–65.
- Sabando, R.; Intriago, E.; Cedeño, M. (2018). La metodología de la educación popular como instrumento didáctico en el componente educativo técnicas de expresión oral y escrita de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. *Revista San Gregorio*, 22, 14–21. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6591252>
- Salas Perea, R., & Salas Mainegra, A. (2017). Evaluación para el aprendizaje en ciencias de la salud. *Edumecentro*, 9(1), 208–227.
- Sánchez-Vidal, A. (1991). *Psicología comunitaria. Bases conceptuales y operativas. Métodos de intervención*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, PPU.
- Sánchez, M. L., López, L. R., López, O. P., & Álvarez, S. L. (2013). La simulación clínica como

herramienta de aprendizaje. *Cirugía Mayor Ambulatoria*, 18(1), 25–29.

Sánchez, M. (2016). *Aprendizaje Basado en Problemas. Fundamentos, aplicación y experiencias en el aula* (M. Sánchez (ed.); Edición el). Editorial Médica Panamericana.

Sandoval Casilimas, C. (1996). *Investigación cualitativa: Programa de Especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. Módulo Investigación Cualitativa*. <https://doi.org/958-9329-18-7>

Santos, M., Lorenzo, M., Sotelino, A., & Rodríguez, J. (2019). Evaluar el impacto de los proyectos de aprendizaje- servicio: una propuesta de implementación. In E. Martínez, S. Elvías, & A. Sandoval (Eds.), *IX Congreso Nacional y I Europeo de Aprendizaje-Servicio Universitario Cuaderno de resúmenes* (pp. 338–340). Europe Engage.

Sanz, S. (2018). *Ocupando los Márgenes*. Incorporar La Perspectiva de Género En Los Procesos de Rehabilitación.

Scaffa, M. (2014). *Community-based practice: occupation in context*. Filadelfia, Estados Unidos: F. A David Company.

Simó, S. (2012). Terapia Ocupacional eco-social: hacia una ecología ocupacional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 20(1), 7–16. <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/543/357>

Secretaría de Educación. (2018). Perfil de Egreso de la Educación Normal. Recuperado 20 de marzo de 2019, de https://www.dgespe.sep.gob.mx/reforma_curricular/planes/lepri/plan_de_estudios/perfil_egreso

Secretaria General del Consejo de Rectores Universidades Chilenas. (1981). *Nueva Legislación Universitaria Chilena*. (Asesoría Jurídica, Ed.) (Secretaría). Santiago de Chile: Talleres Gráficos del Consejo.

Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. (E. Zimmerman, Ed.).

Suarez-Balcazar, Y., Martinez, L. I., & Casas-Byots, C. (2013). *A participatory action research approach for identifying health service needs of hispanic immigrants: Implications for occupational therapy. The Scholarship of Practice: Academic-Practice Collaborations for Promoting Occupational Therapy*. <https://doi.org/10.4324/9780203725801>

Subsecretaría de educación superior. (2019). Buscador de carreras.

Talavera Valverde, M. Á. (2015). Estudio del razonamiento clínico en estudiantes de terapia ocupacional.

Tapia, M. N. (2017). *Aprendizaje y servicio solidario: en el sistema educativo y las organizaciones juveniles*. (D. L. García, Ed.) (Primera). Buenos Aires, Argentina: Ciudad Nueva.

Tappura, S., Teperi, A.-M., Kurki, A.-L., & Kivistö-Rahnasto, J. (2019). The management of occupational

health and safety in vocational education and training. *Advances in Intelligent Systems and Computing*, 785, 452–461. https://doi.org/10.1007/978-3-319-93882-0_43

- The TUNING Occupational Therapy Project Group. (2007). *Tuning Educational Structures in Europe - Reference Points for Design and Delivery of Degree Programmes in Occupational Therapy*. *Tuning Educational Structures in Europe*. Recuperado de <http://www.unideusto.org/tuningeu/>
- Torres, P., & Ruiz, L. (2009). Evaluación de las competencias del estudiante prestador de servicio comunitario. *Academia*, VIII(15), 33–47.
- Townsend, E., & Polatajko, H. (2012). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision of health, well-being, & justice through occupation*. (CAOT, Ed.) (2nd edition). Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- Trigueros Cervantes, C., Rivera García, E., & Moreno Doña, A. (2018). A Vueltas con la Evaluación de las Competencias. Percepciones de los Alumnos y Docentes de los Grados Relacionados con la Educación Física. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 44(2), 93-110.
- Tuning América Latina. (2018). Proyecto Tuning América Latina. Recuperado 15 de julio de 2018, de <http://www.tuning.unideusto.org/tuningal/>
- Tuning Project. (2007). *Reflexiones y perspectivas de la educación superior en América Latina: Informe Final Proyecto Tuning América Latina 2004-2007*. (P. Beneitone, E. Cesar, J. Gonzalez, M. Maleta, R. Siufi, & G. Wagenaar, Eds.), *Informe Final—Proyecto Tuning—América Latina* (Primera). Bilbao, España.
- Turcotte, P.-L., Carrier, A., Desrosiers, J., & Levasseur, M. (2015). Are health promotion and prevention interventions integrated into occupational therapy practice with older adults having disabilities? Insights from six community health settings in Québec, Canada. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(1), 56–67. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12174>
- Universidad Nacional Autónoma de México, F. de M. (2012). Capítulo 1 Introducción. En E. M. Panamericana (Ed.), *Evaluación de Competencias en Ciencias de la Salud* (pp. 1–8). Editorial Médica Panamericana.
- Universidad de Chile. (2015). *Modelo educativo de la Universidad de Chile*. (Ediciones Universidad de Chile, Ed.) (Primera). Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Universidad de Chile. (2018). Historia de la Escuela de Terapia Ocupacional. Recuperado 1 de julio de 2018, de <http://www.medicina.uchile.cl/pregrado/resenas-escuelas/126709/escuela-de-terapia-ocupacional>
- Universidad de Talca. (2018). *Modalidades y métodos de enseñanza en la Universidad de Talca*. (P. Manríquez, C. Förster, M. Cáceres, F. Faúndez, M. Moris, & K. Muñoz, Eds.) (Primera). Talca, Chile: Universidad de Talca.
- Valles, M. (2007). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. (Síntesis Sociología, Ed.) (Cuarta). Madrid, España: Síntesis Sociología.
- Vidal, C. A. (1975). Medicina comunitaria: nuevo enfoque de la medicina. *Educación Médica y Salud (OPS)*, 9(1), 11-46.

- Vidal, I. (2018). *Ocupando los Márgenes*. La Terapia Ocupacional Ante La Huelga Feminista Del 8 de Marzo.
- Wenborn, J., Hynes, S., Moniz-Cook, E., Mountain, G., Poland, F., King, M., Orrell, M. (2016). Community occupational therapy for people with dementia and family carers (COTiD-UK) versus treatment as usual (Valuing Active Life in Dementia [VALID] programme): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 17(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-1150-y>
- Winstead, S. R. (2016). What's in the Fridge? Unique Competencies of Community-Based Occupational Therapists. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 4(4). <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1236>
- World Federation of Occupational Therapy. (2016). *Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists. Revised 2016*. n/a.
- World Federation of Occupational Therapist. (2018). Education and Research. Recuperado 18 de julio de 2018, de <http://www.wfot.org/Education/EducationandResearch.aspx>
- Zango, I. (2017). *Terapia Ocupacional Comunitaria*. (Proyecto Editorial Terapia Ocupacional, Ed.) (Primera). Madrid, España: Editorial Síntesis.

ANEXOS

Anexo 1: Validación de Categorías e instrumentos

1.1. Pauta de Evaluación de Instrumentos



Pauta de evaluación de instrumentos

Usted ha sido invitado al proceso de validación de dos pautas de entrevista semi estructurada, como parte de la investigación denominada "Docencia Universitaria en Terapia Ocupacional Comunitaria: Una mirada desde los formadores en Chile", desarrollada por la doctoranda Daniela Margot Avello Sáez, del Doctorado en Educación de la Universidad de Almería, España, dirigida por Antonio Luque de la Rosa y María del Mar Fernández Martínez. Cuyos objetivos de investigación son:

Objetivo General:

- Analizar las prácticas docentes que guían la formación de estudiantes universitarios de terapia ocupacional en el ámbito comunitario en Chile.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar los contenidos que se desarrollan en la formación de estudiantes universitarios de terapia ocupacional en el ámbito comunitario en Chile.
- Describir las metodologías de enseñanza-aprendizaje en el ámbito de la Terapia Ocupacional Comunitaria en la formación de estudiantes universitarios en Chile.
- Identificar los tipos de procesos evaluativos que se están llevando a cabo con estudiantes universitarios en el ámbito de la Terapia Ocupacional Comunitaria.
- Proponer elementos que mejoren las prácticas docentes en el área de la Terapia Ocupacional Comunitaria en Chile.

Esta investigación presenta un enfoque metodológico descriptivo y cualitativo, los participantes corresponden a 22 directores de escuelas o jefes de carrera, además de 22 docentes de asignaturas vinculados a la terapia ocupacional comunitaria, representando a cada uno de los programas de terapia ocupacional en Chile.

Uno de los métodos de producción de datos, corresponde a entrevistas semi-estructuradas en profundidad a expertos, las que tienen una duración aproximada de una hora, siendo aplicada en condiciones de máxima comodidad posible para el entrevistado.

El análisis de datos, se realizará a través de la técnica de análisis de contenido en su aproximación dirigida, apoyado de un software computacional.

Los resguardos éticos están contemplados en la totalidad del proceso de investigación, considerando la firma voluntaria del consentimiento informado de todos los participantes, enfatizando en todo momento la confidencialidad y anonimato de la información. Además de generar un proceso de devolución ética, a través de copia ejecutiva de la investigación y un apartado de aspectos a incorporar para la mejora de la práctica docente.

*Obligatorio

Dirección de correo electrónico *

Tu dirección de correo electrónico _____

Nombre validador

Tu respuesta _____

Cargo(s) que desempeña actualmente

Tu respuesta _____

Operacionalización de variables

A continuación encontrará un link con la operacionalización de la variables, para su consulta:

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1uY8rTAfz6N5gkyJdOWvG0u9SLj4svP-u4n6966nSFYg/edit?usp=sharing>

Si requiere los guiones de entrevista en word, los puede encontrar en el siguiente link:

https://docs.google.com/document/d/1oXJ41eylBT2kURYQLsW4_D9gPHYuXctS84Vdh1qKrTk/edit?usp=sharing

1.2. Guión de Entrevista a Docentes

Guión de entrevista a docentes

Saludo, agradecimiento por haber aceptado, proceso de consentimiento informado (explicando finalidad de la investigación y de la entrevista).

Se inicia la entrevista consultando sobre algunos datos personales-profesionales. Nombre, edad, ¿hace cuánto tiempo te dedicas a la docencia? ¿qué funciones realizas actualmente en la universidad? ¿qué ramos impartes? ¿alguno de ellos se vincula más con lo comunitario?

Dimensión: Vínculos de lo comunitario con la docencia

- Cuando pensamos en Terapia ocupacional comunitaria ¿cómo te ubicas como docente? ¿qué piensas al respecto?
- ¿Cómo describes tu trayectoria profesional y docente y sus vínculos con lo comunitario?

Dimensión: Contenidos

- En tus clases de TOC ¿Qué teorías o modelos ves habitualmente?
- En tus clases de TOC ¿ves algún tipo de procedimiento? Ya sea de evaluación o de intervención...
- ¿Qué valores se promueven en las clases de terapia ocupacional comunitaria? Y ¿cómo se hace?
- Si pudieses incorporar otros contenidos a tus clases ¿Cuáles serían?
- De los contenidos que trabajas actualmente ¿sacarías alguno?

Dimensión: Metodologías de enseñanza-aprendizaje

- Me podrías contar ¿cómo haces una clase típica?
- ¿Recuerdas alguna situación donde sentiste que tu clase fue particularmente exitosa? Si me pudieses contar ¿qué crees que marco la diferencia?
- ¿Existen dificultades en la enseñanza y formación de TOs que se desempeñarán en lo comunitario?
- Los estudiantes en tu ramo ¿van a práctica? Y ¿qué tipo de actividades van a realizar?

Dimensión: Procesos evaluativos

- ¿Tienes autonomía en el sistema o forma de evaluación de tus asignaturas?
- ¿De qué forma evalúas habitualmente a tus alumnos? ¿qué actividades realizas?

Dimensión: Mejoras en las prácticas docentes

- ¿Cuáles son los aspectos claves que debemos mejorar para una buena inserción de nuestros alumnos en lo comunitario?

A continuación, se plantean una serie de afirmaciones, las cuales cuentan con los siguientes indicadores:

Aspecto	En Desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente en acuerdo
Características	El instrumento no cumple con las definiciones planteadas	El instrumento cumple parcialmente con las definiciones planteadas	El proyecto cumple con las definiciones planteadas

El instrumento se relaciona con el objetivo general y específicos, de manera consistente.

- En desacuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

El instrumento establece con claridad los contenidos que busca investigar.

- En desacuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

El instrumento es coherente con el análisis de datos planteados.

- En desacuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Comentarios

Tu respuesta

1.3. Guión de Entrevista a Directores y Jefes de Carrera

Guión de entrevista a directores y jefes de carrera

Saludo, agradecimiento por haber aceptado, proceso de consentimiento informado (explicando finalidad de la investigación y de la entrevista).

Se inicia la entrevista consultando sobre algunos datos personales-profesionales. Nombre, edad, ¿hace cuánto tiempo eres director de escuela? ¿Cuáles son tus funciones principales? ¿Impartes alguna asignatura actualmente, cuál(es) es/son?

Dimensión: Vínculos de lo comunitario con la docencia

- ¿Qué piensas cuando hablamos de TOC? y ¿cuál es el rol que juegan las carreras de TO en ello?
- ¿De qué forma se estructura lo comunitario dentro de la malla curricular?
- ¿Crees que existen declaraciones de lo comunitario en el perfil de egreso?

Dimensión: Contenidos

- Ustedes como carrera ¿adhieren a algún posicionamiento teórico en particular? ¿Y de qué manera se vincula con lo comunitario?
- ¿Cómo se está enseñando la evaluación, la intervención con las comunidades?
- ¿Qué valores se promueven en los ramos o actividades de VCM que se vinculan con la comunidad?

Dimensión: Metodologías de enseñanza-aprendizaje

- ¿Cuáles son las metodologías de enseñanza que promueven ustedes como universidad o carrera?
- ¿Sientes que alguna de estas metodologías se encuentra en sintonía con las lógicas comunitarias?
- ¿Han podido implementar actividades que se vinculen con la comunidad? Y ¿cómo se vinculan los alumnos y docentes a estas?

Dimensión: Procesos evaluativos

- ¿Tu crees que han podido implementar evaluaciones participativas en las asignaturas de TOC?
- ¿Los docentes tienen autonomía para poder plantear sus evaluaciones?

Dimensión: Mejoras en las prácticas docentes

- ¿Cuáles son los aspectos claves que debemos mejorar para una buena inserción de nuestros alumnos en lo comunitario?

A continuación, se plantean una serie de afirmaciones, las cuales cuentan con los siguientes indicadores:

Aspecto	En Desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente en acuerdo
Características	El instrumento no cumple con las definiciones planteadas	El instrumento cumple parcialmente con las definiciones planteadas	El proyecto cumple con las definiciones planteadas

A continuación se plantean afirmaciones validas para ambos instrumentos

Los instrumentos mantienen un lenguaje de acorde con la población de estudio.

- En desacuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Los instrumentos declaran duración y condiciones de aplicación.

- En desacuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Comentarios

Tu respuesta

El instrumento se relaciona con el objetivo general y específicos, de manera consistente.

- En desacuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

El instrumento establece con claridad los contenidos que busca investigar.

- En desacuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

El instrumento es coherente con el análisis de datos planteados.

- En desacuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Apreciaciones finales

Usted, ¿aprueba la aplicación de la entrevista a los docentes?

SI

NO

Usted, ¿aprueba la aplicación de la entrevista a directores y jefes de carrera?

SI

NO

Otras observaciones

Tu respuesta

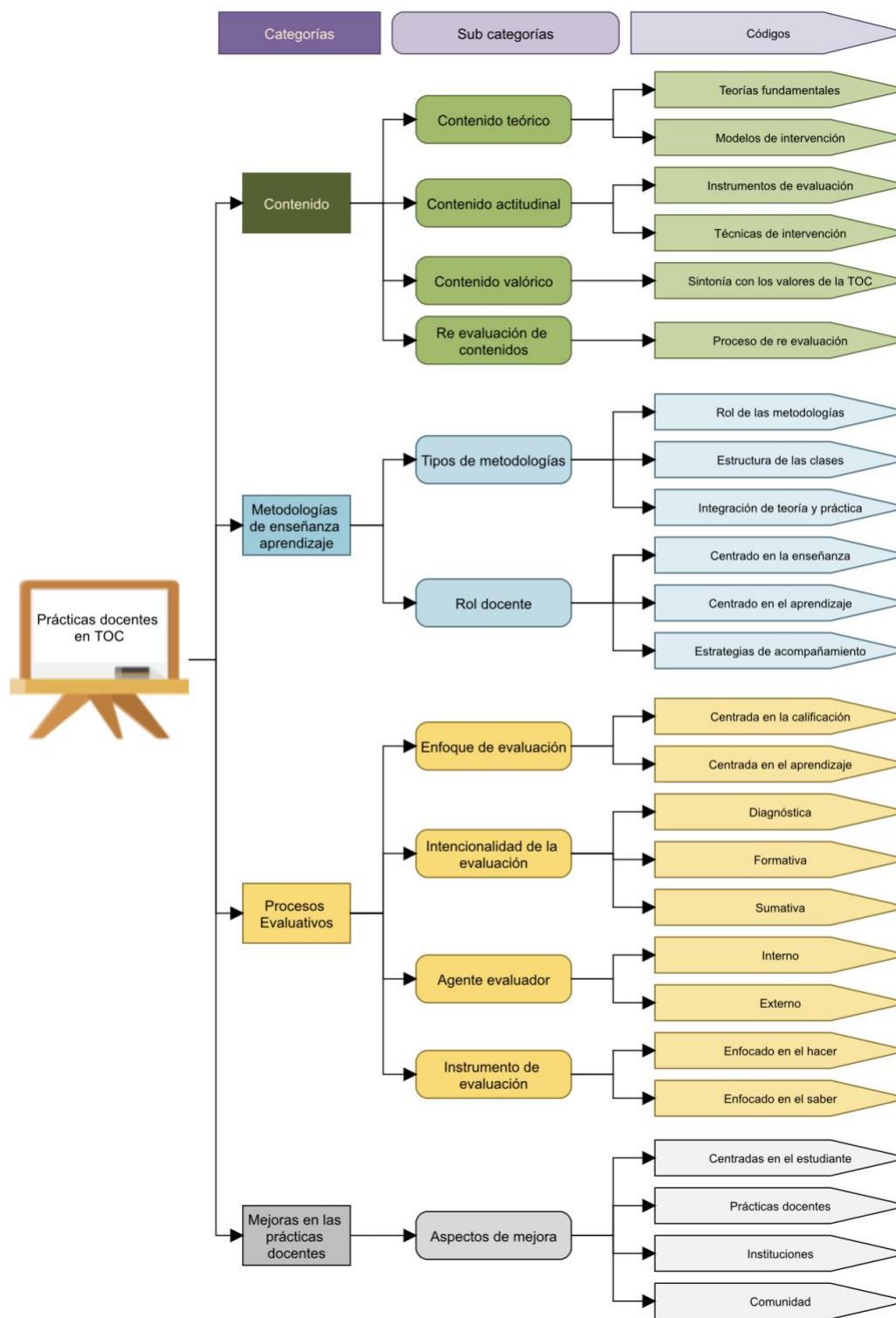
Se enviará una copia de tus respuestas por correo electrónico a la dirección que has proporcionado.

Enviar

Anexo 2: Matriz de Categorías, de elaboración propia

Preguntas del investigador	Objetivos específicos	Dimensión	Precategorías	Indicadores	Preguntas del entrevistador a docentes	Preguntas del entrevistador a directores o jefes de carrera
¿Cuáles son las concepciones que existen sobre la TOC?	Preguntas introductorias	Vínculos de lo comunitario con la docencia	Percepciones de lo comunitario	Vínculo académico con lo comunitario	¿Qué entiende usted por TO Comunitaria? ¿Lo considera relevante en la formación y por qué?	¿Qué entiende usted por TO Comunitaria? ¿Lo considera relevante en la formación y por qué?
¿Cuáles son los vínculos de lo comunitario con la docencia?			Constructo de docencia en TOC	TOC entendida como asignatura TOC entendida como un área de intervención	¿Qué entiende usted por TO Comunitaria? ¿Lo considera relevante en la formación y por qué?	La formación de TOC ¿es considerada en el plan de formación de su escuela, carrera? ¿De qué modo se integra al plan de formación la TO Comunitaria?
¿Cuáles son los fundamentos teóricos que sustentan la enseñanza en la TOC?			Experiencia profesional-docente en TOC	Relación personal-comunitario	• ¿Cómo describe su trayectoria profesional y docente, y sus vínculos con lo comunitario?	¿Qué rol le otorga usted a la formación en el trabajo comunitario en la carrera de TO?
¿De qué forma se enseña la evaluación, intervención y trato con las comunidades?	OEI: Caracterizar los contenidos que se desarrollan en la formación de estudiantes universitarios de terapia ocupacional en el ámbito comunitario en Chile.	Contenidos	Contenidos teóricos	Teorías fundamentales Modelos de intervención Aplicación de instrumentos de evaluación comunitarios Técnicas de intervención comunitarias	En sus clases de TO Comunitaria ¿Qué teorías o modelos ve habitualmente vinculados a la intervención comunitaria? ¿Cuáles son los referentes considerados en las asignaturas? ¿Qué aspectos asociados a la intervención comunitaria aborda en sus clases? ¿Se abordan competencias prácticas, por ejemplo, para la intervención comunitaria en sus clases?	¿Cómo se promueven en los ramos actividades de VCI que se vinculan con lo comunitario? ¿Qué valores se promueven en la intervención comunitaria ¿cómo se integra en las asignaturas? ¿Qué competencias o habilidades específicas se forman para la intervención comunitaria?
¿Existe sintonía entre las metodologías participativas de enfoque comunitario y las de E-A en el aula?			Contenidos valoricos	Sintonía con los valores de la TOC	¿Qué valores se promueven en las clases de terapia ocupacional en sus clases? ¿Se abordan contenidos teórico-prácticos, como actitudinales o valoricos a las clases de TO Comunitaria ¿Cuáles serían?	¿Qué valores se promueven en los ramos actividades de VCI que se vinculan con lo comunitario?
¿Qué papel juega el rol del docente en la mediación del aprendizaje?			Re evaluación de contenidos	Proceso de re-evaluación de contenidos	De los contenidos que trabaja actualmente ¿sacaré alguno?	Se realiza en algún periodo del año algún proceso de evaluación de los contenidos de las asignaturas? ¿Lo han realizado con estos ramos comunitarios?... Si me pudiese contar un poco...
¿Qué rol juega la comunidad en los procesos de E-A?			Tipo de metodologías de E-A	Papel de las metodologías de E-A en la adquisición de competencias comunitarias Estructura de las clases Integración de teoría y práctica	Me podría contar ¿cómo hace una clase típica de TO Comunitaria? ¿Recuerda alguna situación donde sintió que su clase fue particularmente exitosa? ¿Qué cree que marcó la diferencia?	¿Cuáles son las metodologías de enseñanza que promueven ustedes como universidad o carrera?
¿Las evaluaciones en TOC vinculan las metodologías participativas?			Rol docente	Rol del docente en la asignatura	¿Cree que existen dificultades en la enseñanza y formación de TOs que se desempeñarán en lo comunitario?	¿Considera que alguna de estas metodologías sintoniza con las lógicas de la intervención o acción comunitarias?
¿Existen instancias de evaluación participativas dentro de las asignaturas?			Enfoque de la evaluación	Estrategias para el acompañamiento de los estudiantes	Los estudiantes en su caso ¿van a prácticas? ¿Qué tipo de actividades van a realizar?	¿Han podido implementar actividades que se vinculen con la comunidad? ¿Y cómo se vinculan los alumnos y docentes a estas?
¿Qué papel tiene la comunidad en las evaluaciones de los alumnos?		Procesos evaluativos	Intencionalidad de la evaluación	Centrada en la calificación Centrada en el aprendizaje Evaluación diagnóstica Evaluación formativa Evaluación sumativa Agente Evaluador interno Agente Evaluador externo Enfocados en el saber hacer Enfocados en el saber saber	¿Tiene autonomía en el sistema o forma de evaluación de sus asignaturas vinculadas a lo comunitario?	¿Los docentes tienen autonomía para poder plantear sus evaluaciones en los ramos de TO Comunitaria?
¿Cuáles son los aspectos claves que se deben mejorar en las prácticas docentes?	OEI: Proponer elementos que mejoren las prácticas docentes en el área de la Terapia Ocupacional Comunitaria en Chile.	Mejoras en las prácticas docentes	Agente evaluador Instrumentos de evaluación	Mejoras en las prácticas docentes Cambios en las instituciones	¿De qué forma evalúa habitualmente estas asignaturas a sus alumnos? ¿Qué actividades realiza?	¿Han podido implementar evaluaciones participativas en las asignaturas de TO Comunitaria?
			Aspectos claves para la mejora	Aspectos desde la comunidad	Hay muchos perfiles que enfatizan lo comunitario pero esto no se refleja en las mallas curriculares de las carreras de TO, en tu opinión ¿a qué se debe esto? ¿Cuáles son a su parecer, los aspectos claves, que deben ser abordados en la formación de los TOs para que puedan realizar un abordaje apropiado de la dimensión comunitaria?	Hay muchos perfiles que enfatizan lo comunitario pero esto no se refleja en las mallas curriculares de las carreras de TO, en su opinión ¿a qué se debe esto? ¿Cuáles son a su parecer, los aspectos claves, que deben ser abordados en la formación de los TOs para que puedan realizar un abordaje apropiado de la dimensión comunitaria?

Anexo 3: Categorías iniciales de Codificación, en base a Hsieh y Shannon, 2005



Anexo 4: Libro de Codificaciones adaptado de MacQueen, McLellan, Kay, y Milstein, 1998

Código 1	Percepciones_vínculo con TOC
Definición corta	Vínculo académico con lo comunitario
Definición larga	Competencias o asignaturas comunitarias vinculadas con el perfil de egreso o matriz curricular
Cuando usar	Cuando se señalan competencias, habilidades o asignaturas explícitas o implícitas de lo comunitario en los perfiles de egreso o matrices curriculares
Cuando no usar	Cuando se señalan otros tipos de competencias del terapeuta ocupacional, como asociadas a la gestión o investigación, que no se vincule con la intervención o fortalecimiento comunitario
Ejemplo	Por ejemplo en nuestro perfil de egreso planteamos que nuestros alumnos están preparados para trabajar con personas, grupos y comunidades y para ello los preparamos con 3 asignaturas orientadas a lo social y comunitario

Código 2	TOC_Asignatura
Definición corta	Terapia ocupacional comunitaria entendida como asignatura
Definición larga	Cuando un profesor entiende que la terapia ocupacional comunitaria, es sólo un ramo más, y no necesariamente un área de intervención o un proceso transversal a la intervención
Cuando usar	Cuando se refiera de manera permanente en el discurso a la TOC como un ramo
Cuando no usar	Cuando se entienda la TOC, como más allá que un ramo, sino que como un área de intervención
Ejemplo	"Es sólo en el ramo de TOC donde se ve lo comunitario"

Código 3	TOC_Area
Definición corta	Terapia ocupacional comunitaria entendida como un área de intervención
Definición larga	Metodología de intervención que articula el mundo de la vida y el mundo del sistema
Cuando usar	Cuando se hable de procesos de inclusión comunitaria, en, con y desde la comunidad
Cuando no usar	Cuando se hable desde un posicionamiento biomédico o exclusivamente clínico
Ejemplo	Las actividades de promoción que se realizan en vinculación con el medio, como por ejemplo una feria de la salud

Código 4	Experiencia_comunitaria
Definición corta	Vínculo biográfico con lo comunitario
Definición larga	Experiencias profesionales en el desarrollo de prácticas comunitarias
Cuando usar	Cuando un docente o director señale su experiencia profesional desempeñada en contextos comunitario
Cuando no usar	Cuando plantee un enseñanza de lo comunitario basado sólo en lecturas (que nunca haya trabajado en espacios comunitarios)
Ejemplo	"Cuando yo trabajaba en el CESFAM, realizábamos talleres de artrosis a mujeres adultas mayores"

Código 5	Cteorio_T_fundamentales
Definición corta	Contenidos teóricos fundamentales
Definición larga	Sustentos paradigmáticos, epistemológicos y autores en la que se basan las universidades y docentes en relación a la enseñanza de la TOC
Cuando usar	Cuando se nombren sustentos teóricos
Cuando no usar	Cuando se nombren sustentos teóricos que no estén vinculados a lo comunitario
Ejemplo	Nosotros nos basamos principalmente en la salud familiar y el enfoque comunitario

Código 6	Cteórico_M_intervención
Definición corta	Contenidos teóricos sobre modelos de intervención que se utilizan en los procesos de E-A
Definición larga	Modelos de intervención vinculados a lo comunitario que se utilizan en los procesos interventivos, en, con y desde la comunidad
Cuando usar	Cuando se esté hablando de teorías que entregan una perspectiva de intervención
Cuando no usar	Cuando se esté hablando de teorías o marcos de referencia, que no entreguen lineamientos de intervención
Ejemplo	Nuestros trabajos con el modelo sistémico familiar, el modelos de redes sociales, entre otros

Código 7	Cactitudinales_Evaluación
Definición corta	Contenidos actitudinales en relación a técnicas de evaluación e instrumentos estandarizados utilizados comúnmente en espacios comunitarios
Definición larga	Proceso de evaluación en espacios comunitarios donde existe a cabida métodos, instrumentos y estrategias de orden muy diversos
Cuando usar	Cuando se haga referencia a técnicas, métodos de recolección de información e instrumentos
Cuando no usar	Cuando se hable de procesos de evaluación estándares de terapia ocupacional
Ejemplo	Nosotros utilizamos el árbol de problema solución, lo aplicamos primero en el aula y después en las asignaturas de aprendizaje servicio

Código 8	Cactitudinales_intervención
Definición corta	Cuando se hable de procesos de intervención en comunidad
Definición larga	Es el conjunto de acciones destinadas a promover el desarrollo de una comunidad a través de la participación activa de esta en la transformación de su propia realidad.
Cuando usar	Aplicar este código cuando se planteen temáticas en relación a la acción comunitaria.
Cuando no usar	Cuando se hable de intervenciones puramente clínicas o biomédicas
Ejemplo	Podemos trabajar con un chico que tiene una parálisis braquial obstétrica, pero involucramos a sus compañeros y profesores, para que incorpore su miembro afectado, a través de un torneo de wii como tenis, por ejemplo, así el proceso se enfoca no sólo en sujeto, sino que en su entorno

Código 9	Cvaloricos_sintoníaTOC
Definición corta	Sintonía de los contenidos con los de la Terapia Ocupacional Comunitaria
Definición larga	Los valores comunitarios promueven la convivencia armónica entre los seres humanos a través de la práctica de la unidad, igualdad, dignidad, solidaridad, respeto, honestidad, igualdad de oportunidades, entre otros.
Cuando usar	Cuando se refieran a valores sintónicos con lo comunitario que se transmitan en el aula
Cuando no usar	Cuando se refieran a valores que se vinculen con lo comunitario
Ejemplo	Por ejemplo, trabajamos el respeto por el otro, y por las necesidades que requieren nuestros usuarios.

Código 10	Reevaluación_nuevos_contenidos
Definición corta	Proceso de re evaluación e incorporar nuevos contenidos
Definición larga	Proceso reflexivo realizado por la escuela, docentes y/o alumnos, que permite incorporar nuevos contenidos.
Cuando usar	Cuando se hable de contenidos y la incorporación de nuevos contenidos
Cuando no usar	Cuando se hable de eliminar contenidos
Ejemplo	

Código 11	Reevaluación_sacar_contenidos
Definición corta	Proceso de re evaluación y eliminar contenidos
Definición larga	Proceso reflexivo realizado por la escuela, docentes y/o alumnos, que permite eliminar contenidos.
Cuando usar	Cuando se hable de contenidos y eliminar contenidos
Cuando no usar	Cuando se hable de incorporar nuevos contenidos
Ejemplo	

Código 12	Met_papel_competencias
Definición corta	Papel de las metodologías de E-A en la adquisición de competencias comunitarias
Definición larga	Situaciones de enseñanza-aprendizaje que tributan para la adquisición de competencias comunitarias
Cuando usar	Cuando se haga referencias a las competencias comunitarias y como estas se desarrollan en las metodologías de E-A dentro del currículo de Terapia Ocupacional
Cuando no usar	Cuando se hable de competencias genéricas de la terapia ocupacional
Ejemplo	Tratamos de enseñar metodologías activas en el aula, para que la apliquen de manera participativa en la comunidad

Código 13	Met_estructura_clases
Definición corta	Metodologías de enseñanza-aprendizaje presentes en la estructuración de una clase
Definición larga	Forma en la que se estructuran las clases
Cuando usar	Cuando se hable de la forma en la que se organiza y realiza una clase
Cuando no usar	Cuando se hable de solo aspectos teóricos y no de aplicación de la metodología
Ejemplo	Nosotros partimos activando conocimientos previos y luego vemos el ppt

Código 14	Met_integración_teoypa
Definición corta	Presencia de la integración de teoría y práctica en la metodologías de E-A
Definición larga	Integración de actividades teóricas como el aula y de actividades prácticas
Cuando usar	Cuando se hable de actividades prácticas y la forma en la que se vinculan con la teoría, también se incluye la simulación clínica
Cuando no usar	Cuando se hable solo de actividades teóricas
Ejemplo	Los alumnos realizan actividades de aprendizaje y servicio, lo consideramos un proceso de práctica también porque interactúan con la comunidad de manera guiada y supervisada

Código 15	Rol_docente_asignatura
Definición corta	Rol del docente en el proceso de enseñanza-aprendizaje
Definición larga	Rol que adopta el docente en los procesos de E-A en el ámbito comunitario
Cuando usar	Cuando se habla de lo que realiza el docente y la forma en que transmite los saberes
Cuando no usar	Cuando se habla de las dificultades que se presentan en la institución, sino de lo que realmente hace el docente
Ejemplo	Me visualizo mas como un guía que intenta traspasarle el espíritu del trabajo comunitario

Código 16	Estrategias_acompañamiento
Definición corta	Estrategias para el acompañamiento de los estudiantes
Definición larga	Actividades que realiza el docente para acompañar el proceso de enseñanza-aprendizaje a los estudiantes
Cuando usar	Cuando se hable de las actividades directas con los estudiantes
Cuando no usar	Cuando se hable de las estrategias de acompañamiento que tiene implementada la universidad de manera institucional, a cargo de otras unidades como (como por ejemplo formación general, entre otros)
Ejemplo	Realizamos tutorías permanente con los alumnos como una forma de guiarlos en sus procesos de práctica con la comunidad

Código 17	Evaluación_Calificación
Definición corta	Centrada en la calificación
Definición larga	Procesos E-A y evaluación disociados, en ocasiones los criterios de evaluación ocultos y existe una tendencia hacia el ranking, la mayoría de las pruebas son de selección múltiple, de verdadero o falso, se encuentra focalizada fundamentalmente sobre la puntuación del alumno en comparación con la puntuación de los otros alumnos.
Cuando usar	Cuando el docente haga relación al espíritu de sus evaluaciones centradas en la calificación
Cuando no usar	Cuando la evaluación se encuentra centrada en el aprendizaje
Ejemplo	Las clases son participativas, pero como tengo cerca de 100 alumnos en un curso, no me queda otra opción que hacer todas las preguntas de alternativas, o de verdadero y falso

Código 18	Evaluación_aprendizaje
Definición corta	Centrada en el aprendizaje
Definición larga	Los proceso de enseñanza y aprendizaje, estan estrechamente relacionados con la evaluación, los criterios son compartidos previamente, se realizan usualmente, experimentos, debates, portafolios, informes, exposiciones, cuenta con un juicio evaluativo basados en la observación y validez y confiabilidad de la evaluación
Cuando usar	Cuando se hable de un proceso de evaluación centrado en el proceso de aprendizaje del estudiante
Cuando no usar	Cuando se hable de intenciones de evaluación centradas en la calificación
Ejemplo	A pesar de que cuesta un poco, siempre realizamos informes y se los entregamos a los centros que acogen a nuestros alumnos, para que sean compartidos con sus usuarios

Código 19	Intencionalidad Diagnóstica
Definición corta	Evaluación diagnóstica
Definición larga	Presenta la intencionalidad de explorar, verificar conocimientos previos, actitudes, expectativas, al momento de iniciar una experiencia educativa.
Cuando usar	Cuando se refieran a todas las actividades diagnósticas que se realicen
Cuando no usar	Cuando se hablen de evaluaciones realizadas posterior al trabajo de contenidos
Ejemplo	Nosotros realizamos evaluaciones diagnósticas con wooclap

Código 20	Intencionalidad formativa
Definición corta	Evaluación formativa
Definición larga	Son evaluaciones que se realizan en el proceso, y buscan levantar evidencias que permitan regular, orientar y corregir el proceso educativo, y por ende, retroalimentar la práctica y el proceso de aprendizaje.
Cuando usar	Cuando se hable de evaluaciones sin calificación, orientadas en el proceso
Cuando no usar	Cualquier evaluación con calificación
Ejemplo	Siempre antes de entregar los informes, hacemos evaluaciones que no llevan notas, sólo para colaborarles a mejorar sus informes

Código 21	Intencionalidad sumativa
Definición corta	Evaluación sumativa
Definición larga	Es una evaluación que busca certificar los proceso y productos usualmente terminados, enfatiza el determinar el valor de éstos como resultados de la experiencia de aprendizaje
Cuando usar	Cualquier evaluación con calificación
Cuando no usar	Cuando una evaluación no lleva calificación
Ejemplo	Usualmente hago 3 evaluaciones con nota

Código 22	Agente interno
Definición corta	Evalúador interno
Definición larga	Son evaluaciones realizadas por las personas que participan directamente de la experiencia educativa como las heteroevaluaciones: realizadas por el docente, las auto evaluaciones: el alumno se valora a si mismo, y las co-evaluaciones: los alumnos evalúan de manera conjunta a sus pares
Cuando usar	Cuando se hable de auto, hetero y co-evaluación
Cuando no usar	Cuando la evaluación la realice un agente externo
Ejemplo	Los alumnos realizan un proceso de auto y co evaluación en todas las actividades grupales de la asignatura

Código 23	Agente externo
Definición corta	Evalúador externo
Definición larga	Las evaluaciones son preparadas y desarrolladas por personas o instituciones que no pertenecen a la institución educativa
Cuando usar	Cuando la evaluación la realice un docente, otro profesional o un paciente
Cuando no usar	En evaluaciones con agentes internos
Ejemplo	Al término de cada sesión se le entrega un cuestionario de evaluación a los socios comunitarios que participaron de la actividad de aprendizaje-servicio

Código 24	Instrumento saber hacer
Definición corta	Enfocados en el saber hacer
Definición larga	Son evaluaciones en la evaluación de procedimientos
Cuando usar	Cuando se evalúe un contenido actitudinal
Cuando no usar	Cuando se evalúen contenidos teóricos
Ejemplo	Nosotros utilizamos una pauta de cotejo en los procesos de simulación clínica, donde los propios alumnos simulan grupos vulnerables para su intervención en contextos protegidos

Código 25	Instrumento_saber saber
Definición corta	Enfocados en el saber saber
Definición larga	Son evaluaciones enfocadas a los contenidos
Cuando usar	Cuando se evalúen contenidos teóricos
Cuando no usar	Cuando evalúen contenidos prácticos o valóricos
Ejemplo	Se evalúan los fundamentos conceptuales de la TOC a través de una prueba

Código 26	Mejora_estudiantes
Definición corta	Centradas en el estudiante
Definición larga	Cuando se espera que el estudiante desarrolle mayores competencias para el desempeño en el mundo comunitario
Cuando usar	Cuando los docentes señalen que para que los alumnos lleguen mejor preparados para el trabajo comunitario, deben mejorar ellos
Cuando no usar	Cuando señalen que los procesos de mejora están presentes en aspectos contextuales
Ejemplo	Son los alumnos los que deben hacerse cargo de su proceso formativo y mejorar sus habilidades para trabajar con comunidades, porque a pesar de que uno les enseña, ellos muchas veces no logran incorporarlos

Código 27	Mejora_docentes
Definición corta	Mejoras en prácticas docentes
Definición larga	Cuando los aspectos para la mejora en la formación de terapeutas ocupacionales que se desempeñarán en lo comunitario, se encuentra en las mejoras docentes
Cuando usar	Cuando se hable de una mirada crítica de las prácticas docentes actuales o que se establezcan en mejoras que deben realizar los docentes so mayores capacitaciones
Cuando no usar	Cuando se planteen que las mejoras deben estar en otros aspectos que repercutan de manera indirecta en la responsabilidad del docente
Ejemplo	Somos los docentes los que debemos formarnos mejor, para entregar los contenidos de manera más vincular con la mirada ontológica de la terapia ocupacional comunitaria

Código 28	Mejora_instituciones
Definición corta	Cambios en las universidades
Definición larga	Cuando los aspectos en la mejora de la formación de terapeutas ocupacionales que desempeñarán en el mundo comunitario, está endosados. A las universidades y gestión de las carreras de terapia ocupacional
Cuando usar	Cuando se hable de mejorar procesos en las escuelas o universidades
Cuando no usar	Cuando se hable del proceso de gestión de un solo individuo, o de otros como docente, alumnos o comunidad
Ejemplo	Debemos generar protocolos de mejora o re evaluación de nuestras prácticas, para saber realmente si lo que estamos haciendo con nuestros alumnos está funcionando

Código 29	Mejora_comunidad
Definición corta	Aportes desde la comunidad
Definición larga	Aportes que pueden realizar actores comunitarios en la mejora de las prácticas docentes para formar terapeutas ocupacionales preparados para el mundo comunitario, ya sea en el mundo de la vida o del sistema
Cuando usar	Cuando se hable de involucrar a la comunidad en los procesos de E-A
Cuando no usar	Cuando se hable de actores comunitario dentro de la universidad
Ejemplo	Nosotros en nuestro proceso de innovación curricular, incorporamos pacientes a los comités, para decirnos que era lo mejor para la formación de los terapeutas

Anexo 5: Carta de Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

DOCTORADO EN EDUCACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ acepto participar del estudio denominado "Docencia Universitaria en Terapia Ocupacional Comunitaria: Una mirada desde los formadores en Chile", desarrollada por la doctoranda Daniela Margot Avello Sáez, del Doctorado en Educación de la Universidad de Almería, España, dirigida por Antonio Luque de la Rosa y María del Mar Fernández Martínez. Cuyos objetivos de investigación son:

Objetivo General: Analizar las prácticas docentes que guían la formación de estudiantes universitarios de terapia ocupacional en el ámbito comunitario en Chile.

Objetivos Específicos: (a) Caracterizar los contenidos que se desarrollan en la formación de estudiantes universitarios de terapia ocupacional en el ámbito comunitario en Chile, (b) Describir las metodologías de enseñanza-aprendizaje en el ámbito de la Terapia Ocupacional Comunitaria en la formación de estudiantes universitarios en Chile, (c) Identificar los tipos de procesos evaluativos que se están llevando a cabo con estudiantes universitarios en el ámbito de la Terapia Ocupacional Comunitaria y (d) Proponer elementos que mejoren las prácticas docentes en el área de la Terapia Ocupacional Comunitaria en Chile.

En este estudio participan directores de escuelas o jefes de carrera, además de docentes de asignaturas vinculados a la terapia ocupacional comunitaria que realicen funciones en universidades en Chile.

La participación en este proyecto no reviste riesgos personales, ni laborales ya que usted tiene todo el derecho a no participar del presente estudio sin expresión de causas, y sin consecuencias negativas por ello, y en el caso que usted decidiera retirarse, la información recopilada hasta dicho momento será destruida.

La información recopilada mantiene un carácter confidencial, siendo los datos resguardados, la investigadora se compromete a mantener dentro de la reserva la información recogida, para lo cual se utilizarán pseudónimos, no se identificará la ciudad, ni la universidad a la que pertenece, es por lo anterior, que se solicita autorización para grabarlo/a en audio.

No existe ningún tipo de costo asociados a su persona, y en forma de indemnización, si usted lo desea, se proveerá una copia digital de la investigación, así como un resumen ejecutivo, con un apartado final de elementos que pueda incorporar para la mejora de su práctica docente, derivadas de esta investigación.

Yo _____ deseo obtener información de los resultados del estudio, los que pueden ser enviados a mi correo electrónico _____.



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

DOCTORADO EN EDUCACIÓN

El custodio responsable de que la información recabada se mantenga confidencial es, solidariamente, la doctoranda, Daniela Margot Avello Sáez y los directores Antonio Luque de la Rosa y María del Mar Fernández Martínez.

Así mismo los audios serán transcritos por la autora o una persona capacitada en ello, quien debe firmar un compromiso de confidencialidad, y se mantendrán resguardados por al menos 5 años después de la fecha de lectura de la tesis ante cualquier incidencia que pudiera originarse con posterioridad a la fecha lectura de la tesis doctoral, a efectos de poder acreditar los datos empíricos que sustenten los análisis e informes de la tesis doctoral 36 meses a contar de la recolección de los datos. Posteriormente, a petición expresa de los informantes, serían eliminados.

Si usted presenta alguna duda o comentario que pueda estar relacionado con su participación o en torno a la investigación, puede dirigirlas a: Daniela Margot Avello Sáez, Teléfono de contacto: +56951024820, correo electrónico: daniela.avello.saez@gmail.com o de los directores, Antonio Luque de la Rosa (aluque@ual.es) y María del Mar Fernández Martínez (mfm386@ual.es).

He leído la información del documento consentimiento informado, además he tenido tiempo para hacer preguntas y se me ha contestado claramente. No tengo ninguna duda sobre mi participación y acepto voluntariamente a participar.

El presente consentimiento se firma en dos ejemplares. Uno de los documentos queda en poder de la investigadora y el otro en poder del participante.

Acepto participar y firmo a continuación.

Nombre del participante

RUT:

Daniela Margot Avello Sáez

Doctoranda

RUT: 17.099.498-1

Antonio Luque de la Rosa

Director 1

DNI 52351856S

María del Mar Fernández Martínez

Director 2

DNI 45595035L

Firma

_____, de _____, 20__

