

EL PENSAMIENTO DE EDGAR MORIN Y SU APLICACIÓN A LA TERAPIA OCUPACIONAL PSICOSOCIAL.

EDGAR MORIN'S THINKING AND ITS APPLICATION TO THE PSYCHOSOCIAL OCCUPATIONAL THERAPY.

Palabras Clave Rehabilitación Psicosocial; Edgar Morin.

Key words Psychosocial rehabilitation; Edgar Morin.

DeCS Terapia ocupacional.

Mesh Occupational Therapy.



Autor

D. José Ramón Bellido Mainar †

Terapeuta Ocupacional, Trabajador Social, Licenciado en Ciencias del Trabajo y Diploma de Estudios Avanzados. Servicio Aragonés de Salud. Universidad de Zaragoza

Como citar este documento:

Bellido Mainar JR. El Pensamiento de Edgar Morin y su aplicación a la Terapia Ocupacional Psicosocial. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2016 [-fecha de la consulta-]; 13(24): [15 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num24/pdfs/colab2.pdf>

Texto recibido: 24/05/2015

Texto aceptado: 29/07/2015

Texto Publicado: 31/11/2016

INTRODUCCIÓN

Actualmente el modelo de rehabilitación psicosocial de atención comunitaria para el trastorno mental severo esta inmerso en un profundo debate. Una corriente de teóricos de la rehabilitación psicosocial⁽¹⁾, están liderando una transformación del paradigma de la rehabilitación basado en los siguientes supuestos teóricos:

- Considerar la atención comunitaria como una "tecnología" donde podamos diferenciar nuestro trabajo de la práctica "artesanal" que durante mucho tiempo ha caracterizado a la rehabilitación psicosocial.
- Realizar la segunda transición donde el "loco" paso a ser enfermo y trabajar por el concepto de ciudadano con derecho a la integración social.
- Diseñar intervenciones basadas en el paradigma de la "medicina basada en la evidencia" o cuestionarnos sobre la utilidad de seguir empleando procedimientos que nadie ha sido capaz de demostrar su efectividad.
- Modificar el concepto de cronicidad dada la confusión del concepto, ya que dicho concepto no nos permite esta asociado a términos poco esperanzadores como son: trastornos

RESUMEN

Los modelos de rehabilitación psicosocial siempre están en continua revisión con el objetivo de garantizar la máxima eficiencia del sistema, y la terapia ocupacional psicosocial no es ajena a estos cambios. El sistema de de rehabilitación psicosocial pretende desde hace varios años introducir conceptos como la medicina basada en la evidencia, el binomio capacidad-discapacidad, el derecho a la ciudadanía, la inclusión social, etc. Edgar Morin gran intelectual francés, cuestionador de los programas pedagógicos de la educación pública de muchos países occidentales, ha sido capaz de articular una serie de propuestas teóricas acerca de la epistemología de la ciencia donde la complejidad de la ciencia frente al paradigma positivista emerge en un mundo complejo y globalizado. El artículo pretende mostrar que elementos del pensamiento teórico de Edgar Morin nos podría dar a la terapia ocupacional psicosocial otras miradas que nos permitiesen gestionar nuestro propio cambio.

SUMMARY

Psychosocial rehabilitation models are always under constant review with the aim to ensure maximum system efficiency, and psychosocial occupational therapy is not immune to these changes. For several years, the psychosocial rehabilitation system try to introduce concepts such as evidence-based medicine, the pair ability-disability, the right to citizenship, social inclusion, etc. The great French intellectual Edgar Morin, questioning of public education's pedagogical programs in many Occidental countries, has been able to articulate a series of theoretical propositions about the epistemology of science where the complexity of the science versus positivist paradigm emerges in a complex and globalized world. The article demonstrates that Edgar Morin's elements of theoretical thinking could give to psychosocial occupational therapy other views that would allow us to manage our own change.

- Un filosofía general para entender e intervenir en el trastorno mental severo
- Una estrategia que pone el énfasis en el binomio capacidades-discapacidades y no en los síntomas.
- Un nivel de intervención situado en la prevención y promoción de la salud.
- Un conjunto de programas que cuenten con algún grado de "evidencia" empírica.
- Un determinado tipo de dispositivos en los que realmente se trabaje desde y para la rehabilitación.
-

Personalmente durante tiempo he participado y he defendido en ponencias y artículos la validez de este paradigma de la rehabilitación psicosocial. Actualmente tengo una actitud algo más crítica, después de diecocho años de trabajo en el campo de la rehabilitación psicosocial la experiencia profesional me lleva hacerme las siguientes preguntas:

1. ¿Rehabilitamos o habilitamos? La gran mayoría de nuestros pacientes no han podido adquirir ni experimentar de forma natural y "cuando les tocaba" las capacidades y habilidades funcionales. Pretendemos "recuperar" sobre algo que nunca han podido incorporar.
2. ¿Los programas estandarizados funcionan? Esta es la gran pregunta, las necesidades de los pacientes son múltiples y complejas, sus perfiles son mucho más heterogéneo de lo que a priori podemos pensar y la práctica diaria nos dice que aquellos dispositivos que funcionan con programas sistematizados tienen una alta tasa de abandono.

- residuales, incapacidad, falta de proyectos futuros, etc. Cuando realmente dentro del cajón de lo crónico incluimos pacientes con perfiles muy distintos, con necesidades distintas y que en lo que realmente coinciden es una dificultad persistente para el funcionamiento personal y social derivadas de padecer problemas de salud mental.
- Conceptualizar de nuevo el concepto de "Rehabilitación" que englobe los siguientes términos:

3. ¿Cuándo funciona un programa es por la metodología o por las características de los profesionales? La experiencia profesional nos está diciendo que un equipo de profesionales con sentido amplio del problema, con flexibilidad de pensamiento, con capacidad de improvisación y manejo de las relaciones terapéuticas es el mejor valor para el éxito de los programas de intervención.

Además, en España estamos inmersos en un proceso de auditoria basado en indicadores de calidad donde las competencias técnicas y transversales de los profesionales que ejecutan los procesos que miden, paradójicamente no se miden, es como si la formación de los profesionales y sus capacidades adquiridas por la experiencia profesional no fueran variables decisivas en el éxito de la rehabilitación psicosocial.

A raíz de mis lecturas sobre Edgar Morin, ensayista de renombre internacional y asesor en varias instituciones internacionales y del Gobierno Francés acerca de los programas pedagógicos, he intentado buscar "luz" algunos de mis interrogantes.

1. El Pensamiento de Edgar Morin

1.1) El paradigma de la "simplicidad"

Según Edgar Morin⁽²⁾ vivimos bajo el imperio de los principios de disyunción, reducción y abstracción, cuyo conjunto constituye lo que llama el "paradigma de la simplificación". Pero la formalización y operacionalización y el pensamiento simplificante es incapaz de concebir la conjunción de lo uno y lo múltiple. Morin⁽²⁾ insiste por esta línea y afirma que el paradigma de la simplicidad o unifica abstractamente anulando la diversidad o por el contrario yuxtapone la diversidad sin concebir la unidad. Así es que llegamos a la inteligencia ciega que destruye los conjuntos y las totalidades por consiguiente este oscurantismo científico ha producido doctrinas que pretender controlar la científicidad, pretender decir una única verdad que en nuestro campo de actuación se traduce en programas, estos a su vez herederos de teorías basadas en el paradigma de la "simplicidad".

Por tanto, las consecuencias de este paradigma⁽²⁾ son:

- Una falta de adecuación cada vez más grande, profunda y grave entre nuestros saberes discordes y troceados y unas realidades o problemas cada vez más multidisciplinares y globales. De hecho, la hiperespecialización impide ver lo global y lo esencial, y los problemas globales son esenciales.
- La visión no compleja de las ciencias humanas implica pensar que hay una realidad psicológica, otra demográfica, otra económica, etc. La conciencia multidimensional nos lleva a la idea de una visión unidimensional y reduccionista.
- El pensamiento simplista usa la racionalización, pretende encerrar la realidad en un sistema coherente donde nos autoengañamos, interpretamos la realidad desde un escenario irreal basado en la certidumbre utópica, "olvidándonos" de que la realidad está compuesta por el error, la contradicción y la incertidumbre. Incluso podemos llegar al extremo de la racionalización delirante o la paranoia, donde somos capaces de buscar y encontrar enemigos a nuestra "verdad".
- La ignorancia y ceguera como consecuencia de fragmentar el conocimiento.
- El conocimiento técnico queda en manos de unos pocos, de unos "elegidos" y se apoderan de la resolución de los problemas vitales "impidiendo" y anulando cualquier movimiento crítico a la "verdad" pretender imponernos los "dueños" de este conocimiento técnico.

1.2) El Paradigma de la complejidad

Edgar Morin⁽³⁾ afirma que estamos ante un cambio radical de paradigma. El anterior nos mostraba una lógica verificadora donde expulsa el error y la contradicción presentando una visión del pensamiento y del conocimiento reduccionista, antropocéntrica, egocéntrica, racional, cuantificada, donde la imaginación, la iluminación y la creación han sido expulsadas.

El nuevo paradigma⁽³⁾ emerge cuando se constata empíricamente que fenómenos desordenados son necesarios en ciertas condiciones para producir fenómenos organizados, mejor dicho fenómenos autoorganizados que generan un sistema complejo en constante cambio y evolución con una dinámica incierta que es imposible de predecir con leyes mecanicistas propias del paradigma anterior. Paradójicamente la complejidad ha vuelto a las ciencias y al pensamiento humano por donde se ha ido, por la física. Ellos fueron los primeros en cuestionar el mecanicismo al comprobar como sus teorías sobre el material se desmoronaban con la llegada de los nuevos descubrimientos de la física. La llegada de este nuevo paradigma no trae precisamente

tranquilidad y previsibilidad si no que es que debe afrontar con decisión: la contradicción, el error y la incertidumbre.

Por lo tanto ¿qué es la complejidad?⁽²⁾ Desde un punto de vista cuantitativo una cantidad extrema de interacciones complejas y caracterizadas por: la incertidumbre, el caos, el azar y las indeterminaciones, pero a la vez en los sistemas complejos encontramos los sistemas más ricamente organizados.

Morin nos comenta que la idea de complejidad estaba mucho más diseminada en el vocabulario de las ciencias humanas que en la ciencia más experimental. Concretamente en la filosofía un ejemplo de ello ha sido la dialéctica hegeliana.

1.3) La complejidad y la acción

La acción es la respuesta coherente con la complejidad, es decisión, elección y una apuesta donde se incluye el riesgo y la incertidumbre.

¿Cómo enfrentarnos a la incertidumbre?

En primer lugar, Morin⁽³⁾ nos propone la siguiente clasificación de la incertidumbre:

- La incertidumbre humana, la incertidumbre cognitiva y la incertidumbre histórica
- Dentro de la incertidumbre cognitiva tenemos:
 - 1. Incertidumbre cerebral: el conocimiento no es nunca un reflejo de lo real, sino siempre traducción y reconstrucción, es decir, comporta riesgos de error.
 - 2. I. psíquica, el conocimiento de los hechos es siempre tributario de la interpretación.
 - 3. I. epistemológica. Crisis de los fundamentos de la certeza en la ciencia.
- La incertidumbre histórica, es ligada al carácter caótico de la historia humana.
- Por lo tanto, conocer y pensar no es llegar a una verdad absoluta, sino dialogar con la incertidumbre.

Por otro lado, prepararse para un mundo incierto no es resignarse a un escepticismo, si no es esforzarse en prácticas estratégicas, en practicar un pensamiento contextualizador, que lucha contra el error y la mentira hacia uno mismo, ser consciente de la ecología de la acción.

¿Qué es la ecología de la acción?

La ecología de la acción se define⁽⁴⁾ cuando un individuo emprende una acción, una elección, esta escapa de sus intenciones iniciales y entra en un universo de interacciones. La ecología de la acción deriva en cuatro principios:

- a. Necesidad de riesgo-precaución
- b. El dialogo permanente entre fines-medios, no hay garantía, que fines nobles, son consecuencia de medios nobles o medios nobles nos lleva a fines nobles.
- c. El principio de las consecuencias insospechadas de la acción que son: el efecto perverso, que es el efecto nefasto inesperado; la inanidad de la innovación, más de lo mismo; la amenaza de los logros conseguidos.

Como las consecuencias son impredecibles, aparece la estrategia⁽³⁾, que se opone al programa, aunque pueda comportar elementos programados. El programa es eficaz en condiciones exteriores estables, que se puedan determinar con certeza. Pero la menor perturbación en estas condiciones se descomponen la ejecución del programa y le condenan a detenerse. La estrategia se establece con vistas a un objetivo, como el programa; establece argumentos de acción y escoge uno en función de lo que conoce de un entorno incierto. La estrategia busca sin cesar reunir informaciones, verificarlas, y modifica su acción en función de las informaciones recogidas y de los azares encontrados den el curso del camino. Toda nuestra enseñanza y prácticamente todas las intervenciones de carácter psicosocial en el ámbito de la Salud Mental es programa, pero la vida nos pide estrategia.

Por último, Morin⁽⁴⁾ afirma que la acción incierta lleva una apuesta, que es la integración de la incertidumbre en la fe o en la esperanza. La fe incierta más el racionalismo autocrítico nos inmuniza contra el error y el autoengaño.

Por lo tanto, la acción depende de las intuiciones, de las dotes personales del estratega, que está siempre preparado para lo inesperado.

2. La Ciencia de la Terapia Ocupacional y su comparativa con el concepto de ciencia que propone Edgar Morin

La Terapia Ocupacional surgió a principios del siglo XX, inspirada en los principios y perspectivas del tratamiento moral de los siglos XVIII y XIX. En sus comienzos la disciplina⁽⁵⁾ adoptó el paradigma de la ocupación, que incorporaba una actitud holística centrada en a la unidad de la mente y del cuerpo, y de la persona y su entorno. Este paradigma reconoció que la participación ocupacional influye sobre el bienestar mental y psíquico. Previo la práctica como participación en ocupaciones significativas que tuvieran efectos terapéuticos variados.

Acosada la Terapia Ocupacional⁽⁵⁾ por las críticas de la profesión médica, comenzó a cuestionarse su orientación y su identidad originales. Esta crisis se tradujo en la adopción del punto de vista reduccionista del modelo médico. El nuevo paradigma mecanicista, el "simple" tal como lo denomina Morin, hizo hincapié en el reconocimiento de los mecanismos internos subyacentes (muscoloesquelético, neurológico e intrapsíquico) de la capacidad de desempeño ocupacional. Imaginó la práctica como la aplicación de las actividades para reducir los estados patológicos de esos mecanismos internos. Aunque el paradigma mecanicista generó avances en algunos conocimientos también creó confusión acerca de la identidad profesional y una pérdida de consideración y confianza en el impacto terapéutico de la ocupación. De esta segunda crisis está resurgiendo en la Terapia Ocupacional un nuevo paradigma contemporáneo⁽⁵⁾ caracterizado por:

- Reconocimiento de la naturaleza ocupacional de los seres humanos que se refleja: todas las personas tienen la necesidad básica de ocupación, la ocupación es un dominio básico del comportamiento humano y la ocupación es fuente de sentido de vida.
- El nuevo paradigma reconoce los problemas de participación en las ocupaciones como el centro de la cartera de servicios de la Terapia Ocupacional, por tanto, se trasciende la perspectiva del deterioro considerar como se pueden eliminar las restricciones o barreras para permitir a la persona participar de modo completo en las ocupaciones necesarias y deseadas.
- La ocupación es un elemento dinámico donde influyen factores de la persona y del entorno donde el elemento central de su recuperación no se mide únicamente en indicadores objetivos de mejora del comportamiento ocupacional, sino que es necesario en última instancia conocer el significado subjetivo que experimenta la persona en el proceso

terapéutico, y este significado será el que determina verdaderamente el impacto de la actividad y la ocupación sobre el individuo.

Actualmente estamos inmersos en profusión de modelos teóricos de Terapia Ocupacional en consonancia con el nuevo paradigma contemporáneo. Aunque la Terapia Ocupacional sigue el camino propuesto por Morin, creo que aún está lejos del concepto de ciencia que nos propone.

Morin (2) postula el siguiente concepto de ciencia:

- Una unidad de la ciencia que trascienda la palabra sistema, y que englobe al mismo tiempo, unidad y diversidad, continuidad y rupturas. Dicha ciencia escapa de la teoría de las disciplinas, la perspectiva es transdisciplinar pone como ejemplo: las ciencias como la física la biología o la antropología no perderían sus identidades, sino que dialogarían en un modelo auto-eco-organizado de ciencia.
- Esta unidad de la ciencia, no trata de localizar de manera estadística, sino de concebir a la información de forma polidimensional.
- En nueva ciencia los conceptos son macroconceptos que no se definen por su frontera, sino por su núcleo, por ejemplo: La funcionalidad ocupacional, donde acaba o donde termina, pues no lo sabemos, sino que tendríamos que estudiar las distintas formas de manifestarse la funcionalidad ocupacional y como se relacionan. En parte afirmo que la ciencia de la Terapia Ocupacional aún estamos lejos del concepto de ciencia que nos propone Edgar Morin porque influenciados de nuevo por un paradigma que proviene del mundo médico como es la "medicina basada en la evidencia" estamos centrando los esfuerzos en cuantificar la funcionalidad/disfunción ocupacional, y el impacto de nuestras intervenciones en la mejora de la funcionalidad ocupacional de nuestros usuarios.
- Edgar Morin aboga⁽²⁾ una "humanización" de la cultura científica ya que desde la cultura humanistas la reflexión y la integración de conocimientos se ha mantenido con más fuerza.

Un intento actual de la Terapia Ocupacional por crear una ciencia total de la ocupación en consonancia a las ideas de Edgar Morin, es el movimiento científico denominado Ciencias de la Ocupación y liderado desde distintos lugares del mundo como Estados Unidos, Suecia, Japón, Australia, Canadá y Reino Unido.

Históricamente⁽⁵⁾ los terapeutas ocupacionales han estado interesados por la relación entre ocupación y salud. La Ciencia de la Ocupación amplía sus estudios a un concepto de ocupación mucho más integral buscando explicaciones al poder de la ocupación como instrumento de

adaptación al medio vital, a como la ocupación impacta en la calidad de vida principalmente en dos dimensiones críticas como son el bienestar subjetivo y la satisfacción vital y por último la ocupación como medio de expresar nuestra identidad, nuestra cultura, en definitiva, como la ocupación construye nuestras narraciones vitales. Por tanto, la ocupación presenta una dinámica ecológica donde las interacciones de lo personal, social y cultural son ejes centrales para explicar el fenómeno de la ocupación humana.

3. La Práctica de la Terapia Ocupacional según los principios teóricos de Edgar Morin

3.1) Habilidades de Razonamiento Clínico

Un Terapeuta Ocupacional puede incorporar a su razonamiento clínico las siguientes aportaciones teóricas de Edgar Morin⁽³⁾:

- Una mente bien ordenada, no es la que acumula saberes sino la que dispone de una aptitud general para plantear los problemas y principios organizativos que permitan unir los saberes y darle sentido.
- Cuanto más poderosa es la inteligencia general, más grande es su facultad de tratar los problemas particulares. La formación del terapeuta ocupacional debe favorecer la aptitud natural del espíritu para plantear y resolver los problemas de forma integral.
- El terapeuta ocupacional debe practicar el libre ejercicio de la facultad más común y viva de la infancia, la curiosidad⁽⁴⁾. No dejándose llevar por "verdades" absolutas que le pueden decir desde los teóricos de los modelos propios de la terapia ocupacional o de los resultados de las investigaciones salidas del paradigma de la medicina basada en la evidencia.
- El desarrollo de la aptitud⁽⁴⁾ de contextualizar aspira a producir el surgimiento de un pensamiento "ecologizante", en el sentido en que la misma sitúa todo acontecimiento, información o conocimiento en una totalidad. Un pensamiento unificador que busca explicaciones a las relaciones, es decir el pensamiento complejo. En muchas ocasiones se observa también en los nuevos terapeutas ocupacionales una gran dificultad para entender y comprender de forma integral la funcionalidad versus disfuncionalidad ocupacional de los pacientes/usuarios de la Terapia Ocupacional.

3.2) Habilidades de Intervención

Tradicionalmente la Terapia Ocupacional y especialmente en el campo de la Salud Mental se ha articulado a través de programas, que indistintamente del profesional que lo ejecutase tendría que tener unos resultados óptimos. Un número creciente de Terapeutas Ocupacionales están reflexionando sobre las limitaciones de los programas de terapia ocupacional en salud mental, ya que observamos que una aplicación rígida de los mismos nos lleva a perder adherencia de nuestros pacientes y a improvisar nuevas formas de intervención más allá del programa basadas principalmente en una construcción dinámica y continua de una relación terapéutica con nuestros pacientes que va en paralela con una nueva forma de relacionarnos con nosotros mismos. Inmersos en este debate de programas versus estrategia, las siguientes aportaciones de Edgar Morín⁽³⁾ pueden contribuir a un marco teórico que fundamente la intervención del terapeuta ocupacional en la capacidad para el uso terapéutico del yo:

- El programa⁽⁶⁾ parte de una visión de la realidad simple y determinada que se organiza en función de reglas ciertas, permanentes, mecánicas. Pero la realidad cambia, continuamente, el programa se convierte en insuficiente, en cambio es necesario la presencia de un sujeto pensante y estratega.
- En situaciones complejas⁽⁶⁾ es decir, allí donde en un mismo espacio y tiempo no solo hay orden, sino también desorden; allí donde no solo hay determinismos sino también azares; allí donde emerge la incertidumbre, es necesaria la actitud estratégica del sujeto frente a la ignorancia, el desconcierto, la perplejidad y la lucidez. Aparece otra concepción del proceso de intervención, como camino, como estrategia de un sujeto capaz de aprender, inventar y crear "en" "y" durante el caminar.
- El programa efectúa⁽³⁾ la repetición de lo mismo en lo mismo, es decir, necesita de condiciones estables para su ejecución. La estrategia es abierta, evolutiva, afronta lo imprevisto, lo nuevo. El programa no improvisa ni innova. La estrategia improvisa e innova. Se despliega en situaciones aleatorias, en el obstáculo y en la diversidad. La estrategia saca provecho de sus errores. El programa necesita el control y la vigilancia computante. La estrategia no solo necesita control y vigilancia, sino, en todo momento competencia, iniciativa, decisión y reflexión.
- La oposición programa/estrategia salta a la vista. El programa constituye una organización predeterminada de la acción. La estrategia encuentra recursos y rodeos, realiza inversiones y desvíos.

- La estrategia⁽⁶⁾ no se puede reducir a un programa, pero tampoco puede reducirse a la constatación de una vivencia individual, es en realidad la posibilidad de encontrar en los detalles de la vida concreta e individual, fracturada y disuelta en el mundo, la totalidad de su significado abierto y fugaz.
- Se necesita la capacidad⁽²⁾ para entender la complejidad del momento, capacidad de decisión, apostando y sabiendo leer las devoluciones que me generan el contexto como consecuencia de las decisiones.
- La respuesta a las incertidumbre⁽⁶⁾ de la acción está constituida por la buena elección de una decisión, por la conciencia de la apuesta y la elaboración de una estrategia que tenga en cuenta las complejidades inherentes a sus propias finalidades, que en el transcurso de la acción pueda modificarse en función de los riesgos, informaciones y cambios de contexto.
- Cómo el conocimiento nos comporta riesgo de error, ilusión y autoengaño es imprescindible⁽³⁾:
 - El aprendizaje de la autoobservación forma parte del aprendizaje de la lucidez. Tendremos que aprender de modo continuado cómo cada uno produce el engaño a sí mismo: a través de la racionalización y de la proyección, los chivos expiatorios.
 - La introspección: El autoexamen personal es necesario practicarlo de forma permanente, ya que comprender nuestras propias debilidades o faltas es el camino que nos llevará a comprender a los demás. Si descubrimos que somos seres débiles, frágiles, insuficientes y con carencias, entonces seremos capaces de descubrir que todos necesitamos de una comprensión mutua. La introspección crítica nos permite descentrarnos relativamente en relación a nosotros mismos y por consiguiente, reconocer a nosotros mismos y, por consiguiente, reconocer y juzgar nuestro egocentrismo. Nos permite dejar de asumir la posición de juez en todas las cosas.
 - El descubrimiento de nuestra verdad⁽³⁾ a través de una verdad externa a nosotros.

Por último, me gustaría señalar que dentro de la Terapia Ocupacional ha surgido un modelo teórico complementario con otros modelos que basa sus postulados teóricos en la relación terapéutica. Curiosamente ha sido una no terapeuta ocupacional muy vinculada al Departamento de Terapia Ocupacional de la Universidad de Illinois quien ha señalado la importancia vital del terapeuta ocupacional/estratega en el proceso de la Terapia Ocupacional. Los supuestos básicos del modelo de Taylor o de relación intencional⁽⁷⁾ son:

- El cliente: El cliente es el punto de referencia de esta modelo y no los programas.
- Los acontecimientos interpersonales de terapia que tienen lugar durante la terapia son únicos y tienen el potencial de fortalecer o disminuir la calidad de la relación terapéutica.
- El Terapeuta: precisa de tres capacidades interpersonales: Habilidades interpersonales de base, el uso de estilos terapéuticos y la aptitud para el razonamiento interpersonal.

Las investigaciones de Taylor⁽⁷⁾ con Terapeutas Ocupacionales expertos nos dicen que estos usan un abanico amplio de estilos terapéuticos de forma flexible y en función de las características del usuario y además los acontecimientos interpersonales en la terapia nos demandan un cambio de estilo terapéutico.

- Aptitud para el razonamiento interpersonal: donde el terapeuta ocupacional decide qué decir, hacer o expresar como reacción a que ocurra un dilema interpersonal en la terapia. Este incluye desarrollar una vigilancia mental hacia los aspectos interpersonales de la terapia anticipándose al dilema que podría ocurrir, evaluar opciones y decidir.

Podemos concluir que el modelo de relación intencional de Taylor estaría en consonancia con los postulados que propugna Edgar Morin.

CONCLUSIONES

El pensamiento de Edgar Morin me ha aportado lo siguiente:

- La realidad y las necesidades de las personas que padecen un trastorno mental severo, son tan complejas, variadas e imprevisibles que pretender elaborar modelos explicativos basados en variables predecibles lo único a lo que nos va llevar es a no comprender la complejidad de nuestro "objeto" de estudio e intervención y por tanto las formas de intervención que vamos a diseñar y ejecutar están "condenadas" al fracaso ya que la explicación del "fenómeno" que vamos a realizar no es real porque no tenemos en cuenta la cantidad de fenómenos impredecibles que determinan el funcionamiento y las relaciones que se producen en nuestro "objeto" de estudio.
- Me ha confirmado la creencia sobre la importancia capital de la estrategia y las características del "estratega" en nuestro caso del Terapeuta Ocupacional en el éxito de nuestras intervenciones. Un buen "estratega" no es solamente aquel que tiene capacidad de decisión si no que muestra actitud de sinceridad consigo mismo, siendo consciente de sus limitaciones y de sus autoengaños.

-
- A nivel práctico acerca de mi futura labor investigadora me dice que puede ser importante investigar sobre la evidencia de ciertos programas de Terapia Ocupacional en Salud Mental, pero que si no tengo en cuenta criterios como:
 - Características del Terapeuta ocupacional como puede ser: como realiza el razonamiento clínico, grado de experiencia y capacidades intrapersonales e interpersonales.
 - Características de los distintos contextos con que se relaciona el programa.
 - Heterogeneidad y características únicas de los usuarios de los programas.
 - Otras variables que pueden surgir durante el proceso de investigación

La investigación quedará muy limitada y los resultados no explicarán ni responderán a la complejidad que supone el trabajo con pacientes con trastornos mentales severos.

Referencias bibliográficas

1. López M. Rehabilitación y red asistencial. Sistemas de Atención a la cronicidad en Salud Mental. Congreso de Rehabilitación en Salud Mental. Salamanca: Facultad de Psicología de Salamanca; 2001.
2. Morín E. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa; 1997
3. Morín E. La mente bien ordenada. Barcelona: Seix Barral; 2002.
4. Morin E. Los siete saberes necesarios. Barcelona: Paidós; 2001.
5. Kielhofner G. Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006
6. Morin E, Ciurana E, Motta R. Educar en el era planetaria. El pensamiento complejo como método de aprendizaje en el error y la incertidumbre humana. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2002
7. Taylor RR. The Intentional Relationship: Occupational Therapy and Use of Self. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2008

Figura 1

Gráfico: Población procedente de países donde se practica la MGF, según comunidad autónoma de residencia y sexo, 2008-2012

	Población total MGF	Diferencia 2012-2008	Crecimiento relativo (%)	Población femenina MGF	Diferencia 2012-2008	Crecimiento relativo (%)	Población femenina 0-14 MGF	Diferencia 2012-2008	Crecimiento relativo (%)
Cataluña	71115	12998	22,40	18122	5133	39,5	6182	1826	41,9
Andalucía	33533	11983	55,60	6197	2285	58,4	1501	612	68,8
Comunidad de Madrid	24786	532	2,10	7558	784	11,6	2059	779	60,9
Comunitat Valenciana	19882	2131	12,00	5135	948	22,6	1477	633	75
Aragón	12245	1869	18,00	3195	726	29,4	1074	258	31,6
Canarias	11220	978	9,50	3860	813	26,7	1000	342	52
País Vasco	11066	5564	101,10	3171	1861	142,1	818	544	198,5
Baleares (Illes)	10165	2291	29,10	2921	975	50,1	937	477	103,7
Región de Murcia	7831	964	14,00	1399	397	39,6	403	211	109,9
Castilla-La Mancha	5916	2386	67,60	1512	868	134,8	422	264	167,1
Galicia	4159	1407	51,10	832	331	66,1	168	82	95,3
Comunidad Foral de Navarra	3589	832	30,20	1185	427	56,3	321	148	85,5
Castilla y León	2991	945	46,20	784	279	55,2	179	73	68,9
Principado de Asturias	2136	708	49,60	380	183	92,9	64	50	357,1
Rioja (La)	1438	148	11,50	459	137	42,5	156	60	62,5
Cantabria	1410	534	61,00	372	158	73,8	86	56	186,7
Extremadura	539	147	37,50	159	51	47,2	19	1	5,6
Ceuta y Melilla	119	105	750,00	10	5	100	3	2	200
Total general	224140	46522	25,40	57251	16361	40	16869	6418	61,4

KAPLAN, A. y LÓPEZ, A. (2013) Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012, Antropología Aplicada 2. Bellaterra, Fundación Wassu-UAB.