



## INTRODUCCIÓN AL RAZONAMIENTO CLÍNICO O PROFESIONAL EN TERAPIA OCUPACIONAL

Ana Isabel Souto Gómez<sup>1</sup>, Miguel Angel Talavera Valverde<sup>2</sup>, Pedro Moruno Miralles<sup>3</sup>, Adriana Reyes Torres<sup>4</sup>

1. Diplomada en Trabajo Social y Graduada en Terapia Ocupacional. MSc Investigación, Ordenación e Avaluación de Servicios Sociosanitarios.
2. MSc. Terapeuta Ocupacional. Xerencia Xestión Integrada Ferrol Complexo Hospitalario Universitario Ferrol. Estudiante doctorado Ciencias de la Salud.
3. Phd en Psicología. Terapeuta Ocupacional. Profesor Asociado, Departamento de Terapia Ocupacional de la Universidad de Castilla-La Mancha-Talavera de la Reina
4. Adriana Reyes Torres. Terapeuta Ocupacional. Profesor Adjunto de la Escuela de Rehabilitación Humana, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

[anasogo@hotmail.es](mailto:anasogo@hotmail.es)

[miguelrevistatog@yahoo.es](mailto:miguelrevistatog@yahoo.es)

[pedro.Moruno@uclm.es](mailto:pedro.Moruno@uclm.es)

[adriana.reyes@correounivalle.edu.co](mailto:adriana.reyes@correounivalle.edu.co)

Razonamiento clínico. Razonamiento Profesional. Terapia Ocupacional.  
Clinical reasoning. Professional reasoning. Occupational Therapy.

### RESUMEN

El razonamiento clínico es la médula de la práctica de las ciencias médicas, paramédicas y sociales. En él confluyen el saber que las ciencias ostentan y que aplican en un momento dado, el saber hacer que configura la actividad profesional, la capacidad de observación y reflexión del profesional, su juicio integrativo y el o los problemas que conducen a una persona a recurrir a un experto.

El terapeuta ocupacional, al igual que el resto de disciplinas coetáneas, utiliza este proceso para entender los problemas del desempeño de las personas con las que trabaja, tomar decisiones en torno a ellas y poder gestionar una intervención lo más ajustada a ésta, con ella y para ella. No faltan los autores que se admiran de que un buen porcentaje de los diagnósticos ocupacionales se establecen antes de haber obtenido de una persona la totalidad de los datos, generando intervenciones que no se ajustan a las necesidades reales de estos individuos, haciendo caso omiso a lo pragmático de la decisión o a la ética de la misma.

Nos enfrentamos con el hecho de que el razonamiento clínico ha sido y sigue siendo la base de toma de decisiones que afectan a la vida y a la calidad de vida futura.

Con esta ponencia, queremos acercarnos al vínculo entre el razonamiento clínico y la Terapia Ocupacional, por medio de un recorrido por los niveles de la teoría sobre este concepto y su relación con la ciencia.

# INTRODUCCIÓN AL RAZONAMIENTO CLÍNICO O PROFESIONAL EN TERAPIA OCUPACIONAL

## 1. INTRODUCCIÓN

El razonamiento clínico, es el paso indispensable que las ciencias de la salud y de lo social, entre otras, utilizan para la gestión de los datos en la relación profesional-usuario. Esta gestión, se realiza con el ánimo de lograr entender lo que sucede y por qué sucede de la interacción entre el usuario, con su contexto, con sus problemas en el desempeño y como el profesional lo entiende, categoriza y propone una conclusión <sup>(1)</sup>.

Esta conclusión no es más que un proceso cognitivo que el profesional realiza, basado en su teoría, sus experiencias, su normas éticas, su habilidades y destrezas, sus niveles de gestión y procesamiento de datos, así como de la capacidad de para manejar todos los datos en un tiempo y un espacio. Este razonamiento recibe la herencia de clínico, debido a su historia vinculada al de la medicina. Esa herencia, que las ciencias paramédicas y sociales, incorporan a su cuerpo teórico ha sido el engranaje para la toma de decisiones o la resolución de problemas que las personas nos plantean a lo largo de nuestro trabajo. En el fondo toda persona que utiliza nuestros servicios, intenta tener una respuesta de lo que podemos ofrecer, de lo que creemos que sucede, ahí, reside la importancia del razonamiento clínico.

Una cosa es razonar, aspecto que los humanos realizamos diariamente, para tomar decisiones sobre que ponerme por la mañana, que desayunar, que comer, que hacer en el día o incluso como interaccionar con una persona que me desagrada pero que no tengo más alternativa que llevar a cabo la interacción. Otra cosa es razonar clínicamente, en este proceso de razonamiento clínico, nuestra visión del mundo, se construye por medio de las teorías y experiencias que hemos aprendido durante nuestros estudios de pre y postgrado, además este proceso cognitivo también se construye de experiencias, de decisiones previas o de gestión de nuestras habilidades <sup>(2)</sup>.

La importancia de su gestión, de la habilidad del profesional para gestionar este proceso, redundará positivamente en las personas con las que trabajamos, ya que de nuestras decisiones ellos se beneficiaran o por el contrario, tendrán secuelas. Es así, porque nuestro trabajo, no es automático y mecánico, trabajamos con personas, con sus individualidades y su necesidades, procedente de un contexto y con sus convencionalismos. Es así y así será siempre, en este proceso el terapeuta ocupacional utilizará el razonamiento clínico en todas sus vertientes más o menos entrenadas para obtener la información suficiente, determinar lo que sucede y por qué, valorar la posible intervención y llevarla a término, entre los límites de sus posibilidades y de las condiciones éticas y morales de la persona <sup>(3)</sup>.

Por todo ello, nuestro objetivo en esta ponencia, es realizar una introducción al razonamiento clínico o profesional en Terapia ocupacional, despejando las incógnitas de cuál es su utilidad, cómo se gestiona, cuál será la relación de éste con el terapeuta ocupacional y cómo este profesional puede beneficiarse de su comprensión y manejo.

# INTRODUCCIÓN AL RAZONAMIENTO CLÍNICO O PROFESIONAL EN TERAPIA OCUPACIONAL

## 2. RAZONAMIENTO CLÍNICO Y SU UTILIDAD

A lo largo de los años, en los que el razonamiento clínico emergió en Terapia Ocupacional (años 80), el razonamiento clínico fue generando diversas definiciones y propósitos en esta disciplina. Para esta ponencia vamos a adoptar la definición propuesta por Schell <sup>(4)</sup>: "el razonamiento clínico es el proceso utilizado por los profesionales para planificar, dirigir, ejecutar y reflexionar sobre la persona con la trabajamos".

Entender el pensamiento que guía la práctica del terapeuta ocupacional resulta en ocasiones harto complicado. Al igual que cualquier otra actividad humana, el razonamiento clínico es el resultado de la interacción entre la persona, el contexto en el que la persona está actuando, y las tareas específicas que el terapeuta ocupacional debe realizar en su práctica cotidiana.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que aunque las teorías de Terapia Ocupacional están diseñadas para ayudarnos a entender a las personas con las que trabajamos, las teorías sobre el razonamiento clínico o profesional se centran en el terapeuta y cómo éste va haciendo terapia.

Como señaló Schön <sup>(5)</sup>, en la práctica profesional, los terapeutas ocupacionales, tienen que atravesar problemas y guiarse por sus propias decisiones para solventarlos, en ocasiones con más información que en otras, pero siempre con el mismo nivel de corresponsabilidad con la persona a la que prestamos servicios. Hay momentos, en los que la escasez de información o los datos a los que podemos acceder nos hacen tomar decisiones de intervenciones o planteamientos de futuro, que apoyados en nuestra reflexión profesional, deben ser las piedras angulares de nuestro trabajo.

En la dificultad de tomar una decisión, sin miedo a estar equivocados, reside el razonamiento clínico, máxime cuando nuestra decisión incumbe a otras personas y no solo a nosotros mismos <sup>(6)</sup>. Es en ese caso, cuando podemos concretar que las investigaciones sobre razonamiento clínico o profesional, son escasas, cuando apreciamos como la investigación sobre la forma de pensar del profesional no es tan relevante para la ciencia, como lo son las intervenciones.

Pero ¿qué sucede si nos equivocamos a la hora de seleccionar una u otra intervención?, ¿estamos midiendo realmente el resultado de nuestro trabajo, o el resultante de nuestra equivocación? <sup>(7)</sup>.

Con ellos queremos, comentar que el razonamiento clínico, es un proceso complejo del pensamiento que requiere de destrezas por parte del profesional al igual que requiere otro tipo de acción que desarrollamos en nuestra vida, ya sea laboral o personal.

En este nivel, el profesional tiene que hilvanar, procesos cognitivos internos y externos para poder tomar decisiones, y en esa operación está el resultante de nuestro trabajo. Por tanto, si ese hilvanado se gestiona de forma adecuada, podremos apreciar una intervención y resultados de calidad con una satisfacción por parte de la persona y de la sociedad. Sin embargo, si el caso es el contrario, lo que tendremos será el efecto secundario de nuestra labor, la frustración profesional, el estancamiento de la persona y la escasa repercusión de nuestra labor en la sociedad que no entenderá nuestra labor. Cuando una cosa funciona, es mucho más fácil identificarlo y reconocerlo, mientras que si es al contrario, se pasa al ostracismo de nuestro recuerdo, y se convierte en una acción poco representativa. Esa es la respuesta que en su mayoría nos estamos encontrando, una disciplina que

## **INTRODUCCIÓN AL RAZONAMIENTO CLÍNICO O PROFESIONAL EN TERAPIA OCUPACIONAL**

ejecuta intervenciones en su mayoría por mimetismo o aprendizaje sin plantearse la realidad que vive en el contexto donde se encuentra <sup>(8)</sup>.

Es ahí, donde el razonamiento clínico, va a tener la responsabilidad de dotar a los profesionales, de una suficiente base para poder narrar y describir sus acciones, para poder documentar lo que sucede, por qué sucede y cuáles pueden ser sus consecuencias, y sobre todo para que tanto profesionales y personas entiendan nuestra labor, ya que cuanto más sepamos lo que sucede, cuanto más podamos definirlo, cuanto más sepamos por qué sucede y podamos identificarlo, más entenderán nuestro trabajo. En palabras de Trombly<sup>(9)</sup>, estaremos generando un lenguaje común de Terapia Ocupacional, que nos generará la identidad suficiente para imbuirnos en la cultura de nuestra sociedad.

### **3. GESTIÓN DEL PENSAMIENTO EN EL RAZONAMIENTO CLÍNICO**

Para entender el razonamiento clínico, utilizaremos la metáfora de la programación de un ordenador como una forma de comprender este proceso cognitivo. Los estudios de Atkinson y Shiffrin <sup>(10)</sup>, propusieron que el procesamiento de la información en una persona implica dos sistemas, la memoria de trabajo y memoria a largo plazo, que trabajan juntos para permitir que aprendamos, comprendamos y podamos responder a nuestras experiencias.

El primer tipo de memoria, la memoria de trabajo, también llamada memoria a corto plazo, hace de puente entre nuestras percepciones del mundo y nuestra memoria o conocimiento del mundo. El propósito principal de la memoria de trabajo es procesar, pero no almacenar la información. Se considera una memoria ya que la información se almacena y esto nos permite dar sentido a la información entrante y parar a reflexionar sobre lo que experimentamos.

El segundo sistema involucrado en el procesamiento de la información es la memoria a largo plazo, que se considera un sistema de almacenamiento tanto para el conocimiento descriptivo y conocimiento procedimental <sup>(11)</sup>. El conocimiento descriptivo es lo que sabemos. Por ejemplo, gran parte de la información científica que utilizamos en el razonamiento clínico, tales como el conocimiento de las secuelas de diagnóstico, lo que nos ayuda a entender el pronóstico médico de un cliente, se consideraría el conocimiento declarativo. El conocimiento procedimental es la capacidad de hacer algo, la realización de diversas técnicas de intervención o evaluación.

En el trabajo de campo, los profesionales deben utilizar el conocimiento descriptivo para definir problemas, mientras utilizarán el conocimiento procedimental en la aplicación de las evaluaciones e intervenciones. Tanto el conocimiento procedimental y descriptivo se almacenan en la memoria a largo plazo. Además, también hay alguna evidencia de que almacenamos experiencias sensoriales en la memoria a largo plazo, como los recuerdos de olores o sonidos <sup>(10,11)</sup>.

Nuestra capacidad de aprender y de responder a nuestras experiencias se determina en gran medida por la forma en que los dos sistemas trabajan juntos para coordinar lo que estamos viviendo con lo que sabemos.

## **INTRODUCCIÓN AL RAZONAMIENTO CLÍNICO O PROFESIONAL EN TERAPIA OCUPACIONAL**

La nueva información entra en la memoria de trabajo, e interpreta nuestras experiencias mediante la activación de la información en la memoria a largo plazo que parece estar relacionado con lo que estamos viviendo. Cuando entramos a una nueva situación, en que interpretamos lo que estamos experimentando, se usa la información extraída de la memoria (sistema de almacenamiento a largo plazo) a largo plazo y de la memoria de trabajo (sistema de procesamiento) <sup>(10,11)</sup>.

Las decisiones acerca de lo que ha sucedido y tiene que estar sucediendo ocurren en la memoria de trabajo a medida que reflexionamos sobre lo que sabemos y lo que estamos viviendo. Así por tanto nuestras respuestas a nuestras experiencias se construyen en la memoria de trabajo. Consultamos también el conocimiento procedimental que se almacena en la memoria a largo plazo, lo que nos permite responder mediante la realización de los procedimientos necesarios con base en nuestra evaluación <sup>(10,11)</sup>.

Este proceso de gestión de datos, no es exclusivo de la labor profesional, ya que una persona lo que automatiza para otro tipo de cuestiones personales. Así el mismo proceso, se lleva a cabo cuando estamos a punto de cruzar un paso de cebra. El primer paso va incumbir mirar si hay algún tipo de regulación ya sea semáforo o similar, y esto se realiza por medio del sentido de la vista, que remite información a la memoria de trabajo que a su vez remite la información a la memoria a largo plazo para rescatar de forma automática las posibilidades que conocemos y que tenemos almacenadas, sobre las posibles regulaciones a la hora cruzar por un paso de cebra. La situación se complicaría, en el caso de que una ambulancia entrase en escena, ya tenga las luces encendidas o el sonido de la sirena activado, que implicaría caso de emergencia. En este caso, y aun sin estar regulado el paso de cebra, nuestra memoria a largo plazo identifica esta situación como un nivel de alerta, facilitando la toma de decisión de evitar pasar en ese momento, aunque la ambulancia esté aproximándose al lugar donde estamos <sup>(12)</sup>.

La respuesta automática de nuestras experiencias personales, facilita la toma decisiones, salvo, que en este momento, es nuestra experiencia personal y nuestros conocimientos teóricos sobre nuestra disciplina los que tendrán que estar en acción, en vez de las experiencias personales, que son más propias de nuestra práctica personal y no profesional <sup>(13)</sup>.

### **4. RELACIÓN DEL RAZONAMIENTO CLÍNICO CON LA TERAPIA OCUPACIONAL**

Debido a que el razonamiento clínico está asociado por algunos en la profesión con un enfoque basado en el punto de vista médico, también estamos usando el término razonamiento profesional<sup>1</sup> en este texto. Utilizando el término razonamiento profesional se amplía el debate para incluir el razonamiento que se produce en entornos no médicos, tales como las escuelas y los entornos

---

<sup>1</sup> Para los autores que firman esta ponencia, el uso de un término u otro es indiferente siempre que se tenga claro el uso que se hace de él. A lo largo del texto, utilizaremos ambos como sinónimos.  
16º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis  
2015 [www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com) - Febrero 2015  
Psiquiatría.com

## INTRODUCCIÓN AL RAZONAMIENTO CLÍNICO O PROFESIONAL EN TERAPIA OCUPACIONAL

comunitarios, así como el razonamiento realizado por los educadores y administradores de Terapia Ocupacional, ya que también ellos conceptualizan la práctica de la disciplina.

Así por tanto, el enfoque de razonamiento clínico y profesional tiene que ver con la elaboración, implementación y evaluación de los servicios de terapia, si el terapeuta está tratando de decidir la forma de evaluar a una persona que está en un hospital de agudos, para coordinar las intervenciones de terapia con el profesor para un niño con necesidades especiales, o para diseñar un programa de bienestar para las personas con enfermedad mental persistente que viven en la comunidad.

El razonamiento clínico es un término que primero ganó prominencia en la Terapia Ocupacional en la década de 1980, cuando Joan Rogers <sup>(14)</sup> hizo del razonamiento clínico el tema de su *American Occupational Therapy Association Eleanor Clark Slagle Lecture*. Rogers estaba al tanto de la investigación en la medicina y la psicología cognitiva, y trató de explicar cómo las decisiones clínicas se llevaban a término. Con base en esta investigación, ella y su colega Gladys Masagatani estudiaron a un grupo de 10 terapeutas ocupacionales a la hora de realizar evaluaciones ocupacionales, con el objetivo de para descubrir cómo se tomaban las decisiones clínicas en Terapia Ocupacional <sup>(15)</sup>.

Hallaron, entre otras cosas, que los terapeutas eran a menudo incapaces de explicar por qué habían hecho lo que habían hecho. En nuestra propia experiencia, este hallazgo es la que comúnmente se replica cuando los estudiantes de Terapia Ocupacional piden a sus tutores de prácticas que les expliquen por qué llegaron a la conclusión que les llevó a tomar una opción u otra en el momento de la intervención sin errar en su decisión <sup>(13-15)</sup>.

Rogers<sup>14</sup> declaró su preocupación de que si no podíamos describir los procesos de razonamiento que subyacen a nuestras acciones de terapia, entonces sería difícil mejorar sistemáticamente o enseñarla a otros. Este desafío de Rogers a la profesión estimuló una nueva línea de investigación en Terapia Ocupacional dirigida a la comprensión de cómo los terapeutas pensaban sobre lo que estaban haciendo y no lo que se suponía que debían pensar.

El siguiente capítulo de esta historia se produjo a finales de 1980 como resultado de la colaboración entre la Fundación Americana de Terapia Ocupacional (AOTF) y la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA). Un grupo de teóricos e investigadores se reunió con Donald Schön para discutir cómo "investigar el conocimiento y la experiencia clínica dentro de la profesión" <sup>(17)</sup>. Schön <sup>(5)</sup> ya era bien conocido por sus investigaciones, en las que describía las prácticas comunes de las personas en profesiones tan diversas como la psicoterapia, la arquitectura, la ingeniería, el urbanismo y la gestión. Su tesis central es que la práctica profesional efectiva requiere una mezcla de conocimientos técnicos, que se combina con la reflexión durante el proceso real de la práctica. Además, tanto AOTF y AOTA estaban preocupados con la mejora de la práctica y la educación, las dos organizaciones financiaron un proyecto de investigación que llegó a ser conocido como el Estudio de Razonamiento Clínico <sup>(16)</sup>. Cheryl Mattingly, estudiante de posgrado de Schön, se asoció con Maureen Fleming, un miembro de la facultad de Terapia Ocupacional con experiencia de la Universidad de Tufts (Massachusetts). Su amplio estudio con terapeutas ocupacionales en Boston, generó hallazgos en los que sugieren no sólo un proceso de razonamiento clínico, sino varios <sup>(16)</sup>.

## INTRODUCCIÓN AL RAZONAMIENTO CLÍNICO O PROFESIONAL EN TERAPIA OCUPACIONAL

Este trabajo tuvo una tremenda influencia en el estudio del razonamiento clínico en Terapia Ocupacional. Sus publicaciones posteriores en la Revista Americana de Terapia Ocupacional, posibilitaron un número especial sobre Razonamiento Clínico y más tarde las conclusiones, se plasmaron en el libro Razonamiento Clínico: formas de investigación en una práctica terapéutica <sup>(16)</sup>. Estas lecturas, junto con la Roger Slagle Conference <sup>(17)</sup>, se convirtieron y siguen siendo el núcleo sobre el cual, cualquier persona seriamente interesada en el razonamiento clínico en terapia ocupacional tiene que consultar.

A partir de ese momento, se han reportado más de 50 estudios en la literatura de Terapia Ocupacional en el razonamiento clínico, y muchos más artículos y estudios que se han publicado a construir en la teoría del razonamiento clínico con sugerencias sobre cómo mejorar la práctica y la educación (en su mayoría EEUU, UK, Canadá y Australia) <sup>(18)</sup>. La investigación de este campo fuera de esos países, es emergente según transcurre el tiempo. Las políticas de investigación y el desarrollo de publicaciones al margen de las ya citadas, lo que hace es facilitar que otros investigadores, se hayan propuesto replicar los estudios de los grandes pensadores del razonamiento clínico en otros países, intentando ampliar de esa forma, el número de resultados que conduzcan al beneficio de la disciplina en materia de razonamiento clínico o profesional <sup>(18)</sup>.

Así, de esta forma tenemos, las experiencias de países de habla hispana Brasil, Colombia o España, como puntas del iceberg de estudios multicentricos en este nivel. Por lo menos, este es ejemplo de cómo los esfuerzos de unos pocos, apoyados por organizaciones profesionales, pueden beneficiar a muchos de formas apenas previstas desde el principio <sup>(18)</sup>.

### 5. USO Y BENEFICIO DEL RAZONAMIENTO CLÍNICO EN TERAPIA OCUPACIONAL

Si partimos de la base que el razonamiento clínico es un proceso lógico que busca cotejar la investigación científica, éste se usa para entender la condición de salud de un individuo. Mediante los diferentes tipos de razonamiento clínico o profesional, el terapeuta ocupacional, podrá determinar las acciones a seguir en base a la percepción del problema en el desempeño que presente la persona, no solo dando respuesta a lo que le sucede, sino también a por que le sucede. Intentando incluso entender junto a la persona el resultante de su proyecto de vida, así como determinando el tipo de acciones en función de sus beneficios, riesgos o necesidades personales.

Pudiendo dar respuestas a preguntas tales como <sup>(4)</sup>:

- **Razonamiento procesal:** ¿cuál es la naturaleza del problema en el desempeño?, ¿qué repercusiones tiene la persona al presentar ese problema en el desempeño?, ¿qué factores contextuales están afectando al desempeño?, ¿qué teorías o intervenciones podemos utilizar para guiar la intervención?

## INTRODUCCIÓN AL RAZONAMIENTO CLÍNICO O PROFESIONAL EN TERAPIA OCUPACIONAL

- **Razonamiento narrativo:** ¿cuál es la historia de vida de la persona con la que trabajamos y como afecta esto a su desempeño ocupacional?, ¿cuál es la naturaleza de esta persona como ser ocupacional y cuál es su necesidad?, ¿cómo afecta el problema en el desempeño en la condición de salud para continuar con su proyecto de vida?, ¿qué actividades son las más significativas para esta persona?
- **Razonamiento pragmático:** ¿cuáles son las expectativas de la persona con su recuperación?, ¿existen personas que se encarguen a posteriori de la persona tras nuestros servicios?, ¿qué expectativas presenta el terapeuta ocupacional en la recuperación del caso?, ¿cuáles son los recursos con los que cuenta el terapeuta ocupacional?
- **Razonamiento ético:** ¿cuál es la manera más justa de priorizar por la intervención en función del tiempo y recursos?, ¿cómo se puede buscar un equilibrio entre lo que propone el profesional y lo que necesita la persona?

Así, el profesional de la Terapia Ocupacional, determina, un rigor y sistematiza una gestión de sus procedimientos, claramente marcados en la persona. Incluyendo en ellos, aspectos no solo teórico-formales de su disciplina, sino también los más interesantes y que mayor protagonismo deben tener, que son las inquietudes de la persona y como este las muestra al profesional <sup>(19)</sup>.

La evolución del razonamiento clínico, es fase inequívoca de un desarrollo profesional, que otras disciplinas emprendieron hace tiempo, desterrando los fantasmas de la *magia o de la iluminación* para sus intervenciones. En este caso los terapeutas ocupacionales, no debemos tener miedo alguno a plantearnos dudas o intentar resolverlas junto al usuario, máxime cuando de una relación entre ambos, tienen que surgir un proyecto <sup>(20,21)</sup>.

En el caso del profesional que gestiona su trabajo con un razonamiento clínico en sus diferentes versiones en función del momento de la intervención, podremos argumentar que sus resultados van a ser más claros, no solo para el persona, sino también para la fundamentación y la experiencia del terapeuta ocupacional. Mientras que los profesionales, que no sean conscientes de esta situación, seguirán repitiendo acciones basadas en recortes de su recuerdo, sin entender el proceso que las llevó a estar desarrollándose en su práctica. Es ahí cuando la levedad de sus acciones, generará una escasa comprensión de sus actos <sup>(22)</sup>.

## 6. CONCLUSIONES

Con los años, los terapeutas ocupacionales han expresado quejas de que los programas académicos no preparan adecuadamente a los estudiantes para las incertidumbres inherentes a los desafíos de la práctica. Los estudiantes, según ellos, están dispuestos a aplicar las teorías estándar para situaciones sencillas; cuando surgen obstáculos, muchos estudiantes no están preparados para examinar críticamente su práctica y desarrollar respuestas creativas.



## INTRODUCCIÓN AL RAZONAMIENTO CLÍNICO O PROFESIONAL EN TERAPIA OCUPACIONAL

Joan Rogers <sup>(17)</sup> dirige nuestra atención a este tema cuando identificó la falta de investigación que de explicación del pensamiento que guía nuestra práctica y Schön <sup>(5)</sup> señaló que los profesionales en muchos campos están llamados a realizar tareas para las que no han sido educados. Si esto es así, ¿cómo los terapeutas ocupacionales mantenemos un nivel de intervención de calidad con la persona con la que trabajamos?, ¿cómo nos aseguramos que nuestro trabajo se ajusta a las necesidades de estas personas y sus inquietudes vitales?

Para responder a estas preguntas, necesitamos, en primer lugar, describir la práctica competente y, en segundo lugar, explicar la naturaleza del pensamiento que tiene lugar cuando los terapeutas experimentados desarrollan respuestas creativas a los problemas con los que enfrentan. Tendremos que poder dar respuesta a preguntas tales como, ¿podemos describir nuestro proceso de razonamiento clínico? ¿podemos reconocerlo cuando lo vemos? ¿cómo se toman las decisiones clínicas o profesionales? ¿por qué se toman las decisiones de esa manera?

Nuestro conocimiento como ciencia, en muchos momentos es tácito, es decir, sabemos más de lo que podemos articular. Debido a que el razonamiento clínico es un proceso mental, solo se puede ver y enseñar para aprender, preguntando a terapeutas ocupacionales, por qué tomaron una decisión y no otra, como es su trabajo con las personas u observando su trabajo directo, entre otros. Lo que sí es clave para la comprensión de esta relación, es que el razonamiento clínico requiere de profesionales dispuestos a comprender sus acciones, a reflexionar sobre su práctica y sobre todo a entender su trabajo y el de los otros, para encontrar los engranajes suficientes para sistematizar la gestión de datos y la categorización de los mismos. Además, el razonamiento clínico, requiere de terapeuta ocupacional, que estén abiertos al aprendizaje y a la comprensión de los fenómenos para ajustar sus procesos cognitivos. Y todo porque el razonamiento clínico, ofrece la posibilidad de responder a las demandas de la persona que sufre y busca de nuestra ayuda. Nuestra labor, nuestro trabajo, debe comprenderse, poder explicarse y sobre todo ajustarse a las necesidades de las personas. El peligro que el terapeuta ocupacional tiene, es que si el razonamiento clínico no está en funcionamiento en su cotidianeidad, la caracterización de lo que somos se distorsionará para el resto de profesionales, personas con las trabajamos y sobre todo y más perjudicial para nosotros mismos, que nos veremos cómo los acompañantes ocupacionales que como terapeutas ocupacionales <sup>(19)</sup>.

Por tanto uno de los mayores peligros de estas caracterizaciones, es que los terapeutas ocupacionales pueden comenzar a verse a sí mismos de una manera reduccionista. Los terapeutas pueden llegar a reducir su práctica a una manipulación del cuerpo físico, olvidando lo mucho que sus intervenciones se dirigen a la vida de una persona. Tal vez la terapia ocupacional como profesión, tiene que tomar sus tareas fenomenológicas más en serio <sup>(9)</sup>.

La Terapia Ocupacional tiene que ampliar y reelaborar su lenguaje profesional, introducir las teorías que entre otras cosas hagan reflexionar sobre lo que sucede y por qué sucede, sobre lo que podemos ofrecer y como lo ofrecemos, y sobre lo que la persona propone a largo plazo con nuestro trabajo. Solo en ese momento los terapeutas ocupacionales dejarán de entrenarse sistemáticamente en las ciencias relacionadas con la biomedicina que les proporcionan una forma de ver el cuerpo biomecánico versus la relación entre el problema en el desempeño y la condición de salud <sup>(22)</sup>.

# INTRODUCCIÓN AL RAZONAMIENTO CLÍNICO O PROFESIONAL EN TERAPIA OCUPACIONAL

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Rogers J. Educational Preparation Professional Activities OT's. *Am J Occup Ther.* 1998; 42(10): 642-46
2. Mccannon R, Robertson D, Caldwell J, Juwah C, Elfessi A. Comparison of clinical reasoning skills in occupational therapy students in the USA and Scotland. *Occup Ther Int.* 2004; 11(3): 160-176.
3. Chapman JA, Westmorland MG, Norman GR, Durrel K, Hall A. The structured oral self-direct learning evaluation: one method of evaluating the clinical reasoning skills of occupational therapy and physiotherapy students. *Me Teach.* 1993; 2(3): 223-236.
4. Schell JW, Boyt Schell BA. *Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy.* Philadelphia: Lippincott Raven; 2007
5. Schön D. *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action.* New York: Basic Books; 1984
6. Talavera Valverde MA. El valor del objeto en lo cotidiano. *TOG (A Coruña).* 2012; 9(16): 1-12.
7. Carrier A, Levasseur M, Bédard D, Desrosiers J. Clinical reasoning process underlying choice of teaching strategies: a framework to improve occupational therapists' transfer skill interventions. *Aust Occup Therap J.* 2012. 59(5):355-366.
8. Talavera Valverde MA, Moruno Miralles P. Razonamiento clínico en terapia ocupacional en salud mental. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA. *Terapia Ocupacional en Salud Mental.* Barcelona: Masson; 2012. p: 317-332
9. Trombly K. Anticipating the future: Assessment of occupational therapy fuction. *Am J Occup Ther.* 1993; 47(3): 253-257
10. Atkinson RC, Shiffrin RM. The control of short-term memory. *Sci Am.* 1971;225(2):82-90
11. Anderson J. *The architecture of cognition.* Cambridge, MA; Harvard University Press: 1983.
12. Neistadt ME, Wight J, Mulligan SE. Clinical reasoning case studies as teaching tools. *Am J Occup Ther,* 1998; 52(2): 125-132.
13. Rogers J, Holm M. Accepting Challenge Outcome Research. *Am J Occup Ther.* 1994; 48(10): 871-76.
14. Rogers JC, Clarke E. Lectureship; Clinical Reasoning: Ethics, Science, Art. *Am J Occup Ther.* 1983; 37(9): 600-16.
15. Rogers JC, Masagatani G. Clinical reasoning of occupational therapist during the initial assessment of physically disable patients. *Occup Ther J Resear.* 1982; 2:195-219.
16. Mattingly C, Fleming MH. *Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice.* Philadelphia: Davis Press; 1994.
17. Rogers J: *The Spirit of Independence: The Evolution of a Philosophy.* *Am J Occup Ther.* 1982; 36(11): 709-15.
18. Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, Reyes Torres A. Razonamiento clínico en Terapia Ocupacional. *Col Med.* En prensa

## **INTRODUCCIÓN AL RAZONAMIENTO CLÍNICO O PROFESIONAL EN TERAPIA OCUPACIONAL**

19. Talavera Valverde MA. Razonamiento Clínico y diagnóstico en Terapia Ocupacional. Madrid: Síntesis; 2015. En prensa
20. Talavera Valverde MA. Práctica de la Terapia Ocupacional en el futuro: ¿nueva dimensión?. TOG (A Coruña) 2012; 9 (monog5): 274-319
21. Teijera Santiago JR. El proceso de deconstrucción en salud mental. TOG A (Coruña). 2011; 9(15): 1-5.
22. Razonamiento clínico y promoción de la terapia ocupacional, estándares de calidad para el desarrollo de la disciplina. TOG A (Coruña). 2013; 9(15): 1-5.