



## EVOLUCIÓN DE LOS DIFERENTES RAZONAMIENTOS CLÍNICOS EN TERAPIA OCUPACIONAL

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

1. MSc. Terapeuta Ocupacional. Xerencia Xestión Integrada Ferrol Complexo Hospitalario Universitario Ferrol. Estudiante doctorado Ciencias de la Salud.
2. Diplomada en Trabajo Social y Graduada en Terapia Ocupacional. MSc Investigación, Ordenación e Avaliación de Servizos Sociosanitarios.
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.

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

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

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

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

Terapia Ocupacional. Razonamiento clínico. Razonamiento Profesional. Razonamiento Procesal. Razonamiento Diagnostico. Razonamiento Interactivo. Razonamiento Condicional. Razonamiento Narrativo. Razonamiento Pragmático. Razonamiento Ético. Occupational Therapy. Clinical reasoning. Reasoning Professional. Procedural Reasoning. Diagnostics Reasoning. Interactive Reasoning. Conditional Reasoning. Narrative Reasoning. Pragmatic Reasoning. Ethical Reasoning.

### RESUMEN

Es bien sabido que la excelencia en la práctica de la terapia ocupacional se asocia a unos hábitos y rutinas de razonamiento orientados a la resolución de cuestiones que acontecen en la relación usuario-profesional.

El rigor del razonamiento clínico no se utiliza solo por conocer el término, sino que es necesario profundizar en desgranar todos los procesos, partes y estructuras que lo componen.

Por ese motivo es necesario concretar conceptos básicos del razonamiento clínico, para de esa forma proporcionar vías de acceso a las rutinas de pensamiento asociadas. Así, conocer los principales componentes del proceso de razonamiento clínico en Terapia Ocupacional, por medio de una comparación con otras disciplinas, se torna necesario. Además de esta distinción, es necesario que podamos definir cuáles son los tipos de razonamiento clínico que más se utilizan en terapia ocupacional y cómo evolucionan en el profesional de Terapia Ocupacional.

Es por eso que con esta ponencia queremos diseccionar la evolución de los diferentes razonamientos clínicos en Terapia Ocupacional

# EVOLUCIÓN DE LOS DIFERENTES RAZONAMIENTOS CLÍNICOS EN TERAPIA OCUPACIONAL

## 1. INTRODUCCIÓN

El proceso de razonamiento clínico favorece la toma de decisiones con las personas con las que trabajamos, ambos niveles están íntimamente relacionados y lejos de ser un proceso estático es un continuo dinámico donde el factor tiempo juega un papel fundamental. La variabilidad de los condicionantes de cada persona y como se muestran en la práctica del terapeuta ocupacional complican la actividad básica de razonamiento del terapeuta ocupacional <sup>(1)</sup>.

La mejora del proceso de razonamiento clínico, complejo de por sí, hace que el profesional pueda llegar a gestionar mejor las bases mentales o cognitivas de las decisiones y en concreto desarrollar un mejor conocimiento del proceso de razonamiento clínico, sus fases, sus peculiaridades y ello unido a la interacción con el medio da lugar con el tiempo a lo que conocemos como experiencia <sup>(2)</sup>. Esta experiencia, obtenida por un ajuste o aprendizaje enfrentándose a los problemas diagnóstico-terapéuticos, se facilita cuando se conocen las claves de las estrategias mentales implicadas en este proceso.

El Razonamiento Clínico involucra más que el simple aprendizaje de un concepto. Este proceso cognitivo representa la combinación dinámica de procesos que deben ser entendidos e integrados en la práctica clínica de modo de asegurar el desarrollo clínico y profesional <sup>(1,2)</sup>. No basta con conocer los pasos y componentes involucrados dentro del proceso. Los procesos prácticos relacionados con el desarrollo de este constructo necesitan ser llevados a la realidad del profesional de la salud.

Aplicar la sistematización necesaria para poner en funcionamiento el razonamiento clínico en la práctica clínica o profesional, presenta cierta complejidad y algunas dificultades. No debemos pasar por alto que en muchas ocasiones la frenética actividad asistencial, los modelos establecidos y las dinámicas de trabajo no son favorecedores de un trabajo estructurado y con el rigor propio del terapeuta ocupacional, haciendo imposible la gestión adecuada del razonamiento clínico <sup>(1)</sup>.

Razonamiento clínico es una construcción compleja, sin una sola definición ampliamente aceptada. Diversos autores han descrito la evaluación y el juicio como elementos esenciales de razonamiento clínico que permiten al lector discernir entre todos los datos recopilados y dotarles de sentido <sup>(3)</sup>.

Teniendo en cuenta la falta de términos estándar y definiciones, no es de extrañar que exista una falta de consenso sobre los componentes. En sus trabajos, Mattingly y Fleming <sup>(4)</sup> describen varios tipos de razonamiento utilizados por terapeutas ocupacionales, afirmando que el uso de un tipo específico depende de la naturaleza de la tarea.

# EVOLUCIÓN DE LOS DIFERENTES RAZONAMIENTOS CLÍNICOS EN TERAPIA OCUPACIONAL

## 2. EL RAZONAMIENTO CLÍNICO EN TERAPIA OCUPACIONAL Y EN OTRAS PROFESIONES DE LA SALUD

Llegados a este punto, nos planteamos dos dudas <sup>(5)</sup>, ¿el razonamiento clínico es igual en todas las disciplinas coetáneas a la Terapia Ocupacional? La respuesta es SI. ¿El razonamiento clínico persigue lo mismo en todas las disciplinas? La respuesta es NO.

Para la primera de las preguntas <sup>(6)</sup>, cada una de las disciplinas a renombrado con otro término el mismo concepto: razonamiento o pensamiento crítico, razonamiento práctico o pensamiento profesional, son algunos de los conceptos aportados. Todos ellos conservan eso sí el mismo denominador, "es el proceso utilizado por los profesionales para planificar, dirigir, ejecutar y reflexionar sobre la persona con la trabajamos y la práctica realizada"

Las funciones de cada uno de los razonamientos que pasaremos a detallar en esta ponencia, se encuentra enmarcadas por los límites de la teoría, que es común al resto de disciplinas y que cada una enfocará para lograr comprender a la persona desde sus asunciones teóricas.

En ese nivel, la gestión del trabajo se mantiene en base a interacción entre profesional-usuario, de lo que suceda, de lo que se consiga, dependerá a la evolución de ambos <sup>(5)</sup>. En el profesional en saber lo que realmente necesita la persona y como poder intervenir con ella, en la persona, poder acceder a una intervención que se ajuste a sus necesidades, vinculadas a las inquietudes vitales que manifiesta al profesional <sup>(7)</sup>.

¿Pero cuál es el cometido de los diferentes razonamientos clínicos en ciencias tales como la medicina, enfermería o la fisioterapia?, ¿cuáles son sus principales puntos de encuentro y de diferencia? Estas dudas nos llevarán a dar respuesta a la segunda de las preguntas formuladas en este apartado.

Los terapeutas ocupacionales, médicos, enfermeros/as y otros profesionales de la salud trabajan con personas que tienen casi siempre problemas médicos <sup>(8)</sup>. Debido a que la medicina científica requiere el uso de la forma hipotética o proposicional de razonamiento, tiene sentido que todos los profesionales emplean esa forma de razonamiento en la aplicación de los conocimientos médicos para hacer frente a problemas de salud.

Cuando los terapeutas ocupacionales razonaban sobre la discapacidad física de la persona, las estrategias de razonamiento que empleaban eran estrategias de razonamiento similares a la de los médicos, por su impedancia en las ciencias paramédicas. Sin embargo, cuando los terapeutas pensaban acerca de otros aspectos de la persona y de su situación, utilizan otras formas de razonamiento que difieren mucho de las que el médico propone <sup>(8)</sup>.

Aunque los terapeutas ocupacionales trabajan con personas con discapacidad física, la naturaleza y los objetivos de la práctica difieren de las metas de los médicos. Por lo tanto, tiene sentido que los conocimientos, intereses y estrategias de razonamiento de los terapeutas también serían diferentes <sup>(5)</sup>.

La preocupación por la individualización de la intervención, lo que facilita el desempeño funcional independiente, y la creación de forma de hacer para la persona, llevando al terapeuta ocupacional a

## **EVOLUCIÓN DE LOS DIFERENTES RAZONAMIENTOS CLÍNICOS EN TERAPIA OCUPACIONAL**

enfatar algunos aspectos de la persona y su situación más que la condición médica <sup>(9)</sup>. De ahí surgen las diferentes formas del razonamiento clínico en Terapia Ocupacional (apartado 4. Tipos de razonamiento clínico en Terapia Ocupacional. Tablas 1 y 2) en un intento de saber lo que sucede y porqué sucede, para poder tomar la decisión de intervenir, manteniendo en todo momento una ética y un pragmatismo lo más adecuado a las necesidades de la persona.

Parece que la naturaleza y los objetivos de la práctica de terapia ocupacional y la filosofía de la profesión han influido en el desarrollo y el uso de determinadas estrategias de razonamiento. La influencia del modelo científico y conocimiento médico han contribuido a la capacidad de utilizar otras estrategias de razonamiento, particularmente de naturaleza hipotética o proposicional. Los terapeutas parecen cambiar su enfoque a diversos aspectos de la persona, la enfermedad, o situación que exige su atención.

Mostofsky y Piedmont <sup>(7,10)</sup> postularon que los médicos abordan tres aspectos: la enfermedad, la persona y la situación. Principal tarea del médico es hacer frente a la enfermedad por primera vez. En otras palabras, el médico atiende a la enfermedad a fin de aliviar o reducir la situación de la persona. Por el contrario, el papel del terapeuta ocupacional es hacer frente a la situación y reducir su efecto en la vida futura de la persona, teniendo en cuenta las consecuencias de su enfermedad o discapacidad. Ambas profesiones, por lo tanto, tienen que ver con los tres aspectos, pero en una secuencia diferente y con diferentes objetivos y conocimientos.

En relación a esta situación y el personal de enfermería <sup>(7)</sup> argumenta que el interés de la enfermera en esta situación en relación con el el razonamiento clínico es clave para establecer un juicio enfermero (por medio de recogida de información, evaluar la importancia de los datos recogidos y definir el problema, todo ello marcado en una clara gestión heurística de la situación), intentar solucionar el problema, tomando la decisión más adecuada.

Mientras tanto en el caso de la fisioterapia <sup>(7)</sup> definen el razonamiento clínico en fisioterapia como un proceso dinámico de toma de decisiones sobre una complejidad clínica en un entorno de incertidumbre, que pasa por la elaboración y validación mental de conjeturas que derivarán en la formulación de una serie de hipótesis sobre determinadas categorías diagnósticas útiles para aproximarse al caso del paciente.

Estas hipótesis deberán ser falsadas posteriormente de manera experimental para determinar su significación o relevancia clínica. Su objeto de estudio es la intervención próxima al individuo, intentando mejorar su capacidad basal para mantener niveles adecuados de movilidad funcional.

En común a todos, se encuentran los procesos mentales del conocimiento, la gestión de datos y metadatos, el interés por entender al usuario, la gestión de los niveles del pensamiento y la evolución del pensamiento en función del rango de experticia de cada profesional. En cambio, existe disparidad en la visibilidad del objeto del razonamiento clínico, en el momento de comienzo y fin de este en relación con el usuario y en la visión final del procesamiento de datos vinculados a los paradigmas de cada disciplina. Es decir, el razonamiento clínico en unos es más finito que en otros y se prolonga en función del paradigma de la disciplina que lo ejecute <sup>(7,9)</sup>.

## 3. DIFERENTES TIPOS DE RAZONAMIENTO CLÍNICO O PROFESIONAL

Discernir entre los diferentes términos utilizados por los profesionales a la hora de hablar de razonamiento clínico facilita que el profesional comprenda los mismos y evite confusiones en su uso. Esto es necesario, ya que la terminología utilizada en la literatura en este nivel, en ocasiones tiende a confundir a los profesionales.

Existe documentación que solapa términos en un intento de agruparlos generando de esa forma un problema en la comprensión de los mismos <sup>(11)</sup>. Así, términos claves para la gestión de los diferentes tipos de razonamiento serían <sup>(12)</sup>:

- Razonamiento: término utilizado para referirse a la forma que una persona tiene de interpretar los fenómenos que suceden, como lo interpretan y como lo categorizan.
- Juicio: término relacionado con el proceso de una persona a la hora de evaluar una determinada posición o la mejor vía a la hora de tomar una decisión. El juicio profesional, según Fleming <sup>(9)</sup>, es el denominado arte de la práctica. Esto es así, porque el juicio es algo que se va ajustando a la vez que la persona evoluciona en el grado de experto y experimentado profesional.
- Solución de Problemas: proceso mental secuenciado, que se utiliza para identificar un problema, interpretar los aspectos que acontecen y selecciona un método para intervenir sobre él.
- Toma de decisiones: Proceso mediante el cual uno hace una elección entre dos o más alternativas. Es decir es la toma de decisión formal profesional asociada a la práctica.
- Estrategias de razonamiento: métodos o enfoques para la selección de una estructura u organización para el proceso de un tipo de razonamiento u otro, es decir, la selección de un terapeuta ocupacional por un método más intuitivo o un método más heurístico.
- Características del razonamiento: aspectos particulares de un proceso de razonamiento, como la identificación de indicios ("cues") y el reconocimiento de patrones ("pattern recognition").

Este esfuerzo por acotar los términos más utilizados en este proceso, nos guía la comprensión de los fenómenos que acontecen en la interacción de ellos. Así para que un profesional tome una decisión sobre lo acontece con la persona con la trabaja, tiene que entrar en funcionamiento el razonamiento, que a su vez pone a funcionar el juicio de este terapeuta ocupacional en una búsqueda de solucionar el problema que acontece y por el que está trabajando. En todo este proceso el profesional, pone a funcionar las diferentes estrategias de razonamiento con sus respectivas características <sup>(13)</sup>.

## **EVOLUCIÓN DE LOS DIFERENTES RAZONAMIENTOS CLÍNICOS EN TERAPIA OCUPACIONAL**

La interacción por tanto de estos términos, junto a las destrezas adquiridas por el profesional, pone el pensamiento organizado del terapeuta ocupacional en un brete que facilita la identificación clara de su trabajo, por parte del equipo donde desarrolla su labor y de la persona que lo solicita <sup>(6)</sup>.

Este proceso de predicción que acabamos de describir, tiende a ser en su mayoría determinista a la hora de concretar lo que sucede, y se contrapone al del proceso de análisis estadístico al que estamos acostumbrados. En su mayoría las profesiones han evolucionado hacia la determinación de lo que acontece basado en niveles de rigurosidad matemática y cálculo numérico, en el que un conjunto de síntomas o signos repetidos de forma evidente, entran a ser nombrados como un conjunto de datos numéricos que a su vez procesados con el conjunto de la población a estudio, ofrecen resultados que infieren al resto de la sociedad. En este caso, las relaciones entre casos con problemas o sin ellos, meramente es una cantidad estadística, fiable, pero no tan real como creemos <sup>(14)</sup>.

Una persona puede padecer un conjunto de síntomas que hagan que el profesional relacione con otros patrones previos aprendidos que reconoce. Este reconocimiento viene dado por la lectura o la experiencia, si es por la primera, posiblemente haya estudios estadísticos sobre la incidencia de un problema en una población determinada cuando el reconocimiento de estos síntomas aparecen de una forma clara. En cambio, si el aprendizaje se realiza por la experiencia, el profesional ha tenido en cuenta las aportaciones teóricas, pero también ha explorado el nivel de interacción entre las variables del usuario y su entorno o contexto de donde proviene <sup>(14)</sup>. Una persona, no solo es lo que de forma única le sucede en el cuerpo, si no lo que la interacción produce el entorno de donde proviene, de sus expectativas, de sus inquietudes, su cultura o sus necesidades entre otras <sup>(15)</sup>.

En este caso las predicciones basadas en un razonamiento clínico o profesional, destacan en el compromiso del terapeuta ocupacional, no solo por reconocer lo que acontece, sino también por saber por qué acontece y poder intervenir de la mejor forma posible. Con esto no queremos decir, que la experiencia es la única fuente de ajuste del razonamiento en las diferentes disciplinas que mantienen este nivel de gestión de datos. Estudios realizados por Fleming <sup>(14)</sup> denotan la utilización por parte de los terapeutas ocupacionales de una gran parte de su toma de decisiones y razonamiento en la fundamentación teórica que estructura su pensamiento como terapeuta ocupacionales, pero también descubrieron una gran parte de las conclusiones en este razonamiento, producidas por la exploración de las variables que el usuario aportaba en la interacción con el profesional. Es decir, tuvieron en cuenta a la hora de tomar decisiones para implementar su intervención, las necesidades y expectativas entre otras, que el usuario aportaba. Esto es posible gracias al pensamiento y el juicio estructurado, establecido por los principios del razonamiento clínico o profesional <sup>(7)</sup>.

Llegar a niveles de comprensión de lo que sucede a la persona, requiere de diferentes estructuras del pensamiento que el profesional sistematizará a lo largo de su vida laboral. Ya que no es lo mismo intentar saber lo que le sucede, que explorar las narrativas de la persona, o interaccionar con ella, o incluso valorar la decisión de intervención teniendo en cuenta su nivel cultural o social. En este ejemplo, dimensionamos los diferentes tipos de razonamiento clínico o profesional que todo terapeuta ocupacional va a manejar durante su actividad laboral.

# **EVOLUCIÓN DE LOS DIFERENTES RAZONAMIENTOS CLÍNICOS EN TERAPIA OCUPACIONAL**

## **4. TIPOS DE RAZONAMIENTO CLÍNICO EN TERAPIA OCUPACIONAL**

El uso de las diferentes formas de razonamiento clínico en Terapia Ocupacional pretende mantener la labor del terapeuta ocupacional durante la gestión de su proceso con el usuario.

En un afán de cumplir su trabajo lo más ajustado a sus estándares de razonamiento clínico, Schell <sup>(6)</sup> define que el terapeuta ocupacional utiliza los siguientes tipos (ver tabla 2):

- Razonamiento Científico.
- Razonamiento Diagnóstico.
- Razonamiento Procesal.
- Razonamiento Narrativo.
- Razonamiento Pragmático.
- Razonamiento Ético.
- Razonamiento Interactivo.
- Razonamiento Condicional.

Mientras tanto, Fleming <sup>(4)</sup>, Moruno y Talavera <sup>(16)</sup>, destacan tres (ver tabla 1) como los más utilizados por los terapeutas ocupacionales:

- Razonamiento Procesal,
- Razonamiento Interactivo,
- Razonamiento Condicional (y como parte de éste el Razonamiento Narrativo <sup>(2)</sup>).

## **5. CÓMO EVOLUCIONA EL RAZONAMIENTO CLÍNICO EN TERAPIA OCUPACIONAL**

La evolución del razonamiento clínico no está exenta de evidencias en las que se demuestra que la experiencia de un terapeuta ocupacional va a ser un referente en la evolución de todos los tipos de razonamiento clínico descritos hasta ahora. En esta evolución se mezclan aspectos de experiencias vividas, de comprensión de formación teórica y sobre todo de categorización de situaciones similares recogidas a lo largo del tiempo por el profesional.

Es por eso que diversos estudios han aportado evidencias de que sí existen diferencias en la manera de abordar los casos clínicos según el grado de experiencia. Los expertos recurren principalmente al conocimiento profesional, mientras que los estudiantes (principiantes) recurren al conocimiento teórico adquirido durante su formación

Asimismo, los expertos enfrentados a un caso atípico cambian su forma de razonar recurriendo al conocimiento teórico cuando es necesario. En otras palabras, los expertos no pierden su conocimiento teórico, sino que lo aplican sólo cuando los conocimientos clínicos o profesionales no son suficientes para representar el caso <sup>(3,7)</sup>.

## EVOLUCIÓN DE LOS DIFERENTES RAZONAMIENTOS CLÍNICOS EN TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de razonamiento	Descripción y Enfoque	Claves para el reconocimiento
Razonamiento Procesal	<i>Es muy similar al razonamiento preconizado en la literatura médica sobre solución de problemas diagnósticos. El terapeuta ocupacional se enfrenta a una amplia variedad potencial del espacio de problema, en su intento de identificar tanto el posible origen de las alteraciones en el desempeño ocupacional como las estrategias más adecuadas para resolverlas. Gracias a sus conocimientos teóricos y a la experiencia acumulada, crea y utiliza guiones (scripts) que guían su razonamiento. Presenta componentes de razonamiento diagnóstico.</i>	<i>Éstos le ayudan a organizar, almacenar y recuperar su conocimiento sobre eventos comunes asociados con determinadas condiciones patológicas, lo que posibilita un procesamiento eficaz de la información – proporcionando estrategias eficaces para manejar información muy compleja – y le permite generar hipótesis que dirigen la búsqueda de información durante la evaluación.</i>
Razonamiento Interactivo	<i>Pensamiento dirigido a captar la experiencia de la discapacidad desde el punto de vista de la persona que la experimenta, favoreciendo la implicación del usuario en la intervención o la evaluación y establecer y/o consolidar la relación terapéutica estableciendo las normas que rigen dicha intervención</i>	<i>Como el terapeuta ocupacional gestiona los momentos en los que con su intervención el usuario puede estar más o menos cómodo, como ajusta sus niveles de empatía, su actitud no verbal y todo lo que rodea a una interacción para apoyar y obtener la cooperación del usuario.</i>
Razonamiento Condicional	<i>Una mezcla de todas las formas de razonamiento a los efectos de responder de forma flexible a las condiciones cambiantes o predecir posible cambios en la persona. Permite imaginar de qué forma la condición del sujeto puede cambiar, modificándose incluyendo al usuario en ese pensamiento al ser una planificación compartida construyendo una imagen de su posible futuro, sobre lo que necesita modificar. Reflexionar sobre la condición total o global del sujeto, incluyendo a la persona, la enfermedad y su significado para el sujeto que la padece y su familia, así como el contexto social y físico en que vive la persona.</i>	<i>Normalmente este tipo de razonamiento es en donde se encuentran los terapeutas ocupacionales más experimentados que pueden "ver" múltiples futuros, basados en experiencias pasadas y como éstas guardan relación con la información que obtienen de los usuarios con los que trabajan.</i>
Razonamiento Narrativo	<i>Proceso de razonamiento utilizado para dar sentido a circunstancias particulares de las personas, de forma prospectiva imaginar el efecto de la enfermedad, discapacidad o problemas de desempeño en sus vidas diarias. Posibilita crear una historia de colaboración entre usuarios, familiares y profesionales que guía el proceso. La forma en que el usuario narre su vida y sus inquietudes, o incluso las preferencias en la intervención, marcarán la planificación del profesional.</i>	<i>Se trata de un razonamiento más personal, centrado en la persona, donde se incluye pasado, presente y futuro previsto; implica una apreciación de la cultura de la persona como la base para la comprensión de la narrativa de éste y se relaciona con el "sentido" de la condición de vida de la persona.</i>

Tabla 1. Tipos de razonamiento clínico en Terapia Ocupacional  
Modificado (2014) de Mattingly, Fleming (1994); Moruno y Talavera (2009).



## EVOLUCIÓN DE LOS DIFERENTES RAZONAMIENTOS CLÍNICOS EN TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de razonamiento	Descripción y Enfoque	Claves para el reconocimiento
Razonamiento Científico	<i>Este razonamiento implica el uso de aplicado y lógico de métodos científico, tales como pruebas, reconocimiento de patrones, toma de decisiones basada en la evidencia estadística</i>	<i>Es un razonamiento más impersonal. Utiliza información indirecta, centrado en el diagnóstico, guiado por la evidencia de la investigación o lo que lo "típico" que ocurre con el perfil de personas con las que se trabaja.</i>
Razonamiento Diagnóstico	<i>Razonamiento, investigación y análisis de la causa o naturaleza de las condiciones que requieren intervención de terapia ocupacional; se puede considerar como un componente del razonamiento científico</i>	<i>Es un razonamiento que auna ambas formas de relación con la persona tanto impersonal como más personal. Utiliza fuentes directas como indirectas para recabar información. Los terapeutas ocupacionales tratan de explicar por qué la persona está experimentando un problema con el desempeño. Está fundamentado en parte por la base científica y en parte por la información obtenida del usuario.</i>
Razonamiento Pragmático	<i>Es un tipo de razonamiento práctico, cuyo eje busca encajar las posibilidades que la Terapia Ocupacional pueda aportar en función de situaciones, tales como el tipo de programa, el tipo de equipo, el tipo de departamento donde se realice la intervención, la disponibilidad del profesional, incluso la situación personal del profesional a la hora de intervenir.</i>	<i>Generalmente no se centra en la persona o en la condición de ella, sino que tiene su eje sobre todo en las cosas que rodean la intervención entre el profesional-usuario, buscando darle sentido para ajustar tiempos, recursos y energías a la hora de completar el trabajo.</i>
Razonamiento Ético	<i>Razonamiento dirigido a analizar dilemas ético que puedan aparecer, generar alternativas, soluciones y determinar acciones a realizar; tiene un enfoque donde pueden aparecer conflictos morales en relación a los servicios que se presten de Terapia Ocupacional.</i>	<i>Determinar qué es lo correcto, particularmente cuando se enfrentan a dilemas en los que aparecen los riesgos o beneficios de los servicios que presta la Terapia Ocupacional</i>

Para completar la propuesta de Schell habría que añadirles los de la tabla 1  
 Tabla 2. Tipos de razonamiento clínico en Terapia Ocupacional  
 Propuesta de Schell (2007).

## EVOLUCIÓN DE LOS DIFERENTES RAZONAMIENTOS CLÍNICOS EN TERAPIA OCUPACIONAL

Este conocimiento teórico "oculto", es decir, que está presente pero que no se utiliza normalmente, fue denominado "conocimiento encapsulado" (3). Schmidt y Boshuizen (17) postulan que existen tres fases consecutivas en el desarrollo de un experto en el proceso de razonamiento, caracterizadas por tipos diferentes de conocimiento funcional:

- a) La primera fase, que corresponde a la etapa preclínica de la carrera, el estudiante utiliza para el análisis clínico una acumulación de conocimiento causal sobre las enfermedades y sus consecuencias, en ocasiones sobre los problemas del desempeño ocupacional y sus consecuencias para la salud (dependiendo de la formación pregrado recibida por el alumno). Es decir, el conocimiento funcional está compuesto sólo por conocimientos teóricos.
- b) La segunda fase, una vez que comienza la práctica clínica o profesional, viene la segunda fase donde el conocimiento funcional se va transformando en estructuras de conocimientos *compilados*. En la práctica, los conocimientos compilados sobre problemas de salud o del desempeño y su relación con la ocupación funcionarían así: el terapeuta ocupacional, al interactuar con la persona que demanda sus servicios, pasa por una secuencia rápida de eventos estimulada por la percepción de los elementos claves del caso (7).

Luego, en forma inconsciente y automática, se seleccionan y se activan las redes cognitivas que contienen los conocimientos pertinentes a los hallazgos clínicos significativos (*elementos claves*). Entonces, éstos pasan a la memoria funcional, donde el acceso a ellos es más rápido. Posteriormente, se verifican los síntomas y signos que confirman o descartan el diagnóstico propuesto y se determina un curso de acción racional para investigar e intervenir sobre la persona (7). En otras palabras, el razonamiento clínico es un proceso de reconocimiento de patrones de situaciones similares ("Pattern Recognition"). En esta segunda fase, el conocimiento teórico sobre terapia ocupacional se encuentra encapsulado y el conocimiento funcional es principalmente de tipo profesional (18).

- c) La tercera fase se caracteriza por la incorporación de experiencias de la práctica pasadas similares. En cada etapa, los conocimientos funcionales de las fases precedentes pueden ser utilizados en caso de ser necesitados cuando no se logra una representación mental adecuada del problema del desempeño en cuestión (7).

En relación a estas fases, los estudios de Schell (3) sitúan de forma más específica las fases de la evolución del terapeuta ocupacional en cinco fases, a saber:

## EVOLUCIÓN DE LOS DIFERENTES RAZONAMIENTOS CLÍNICOS EN TERAPIA OCUPACIONAL

AÑOS DE PRÁCTICA REFLEXIVA	ETAPA	CARACTERÍSTICAS
0	Principiante	<i>Ninguna experiencia depende de la teoría para guiar la práctica. Utiliza procedimientos de razonamiento, basado en normas, orienta las acciones, pero no reconoce la información contextual, no tiene la capacidad de adaptar las normas a la situación. Uso de razonamiento narrativo para establecer relaciones sociales, pero no informa de manera significativa sobre la práctica. El razonamiento pragmático destaca en términos de habilidades de supervivencia en el empleo. Reconoce cuestiones éticas obvias</i>
0-1	Principiante avanzado	<i>Empieza a incorporar razonamiento basado en información contextual. Reconoce diferencias entre expectativas teóricas y la aparición de problemas. La experiencia limitada impide el reconocimiento de patrones, no establece prioridades. Está adquiriendo habilidades de razonamiento pragmático y narrativo. Comienza a reconocer problemas éticos más sutiles.</i>
3	Competente	<i>Realiza automáticamente más habilidades terapéuticas y pregunta mucho más. Es capaz de desarrollar un horizonte común con las personas que reciben su servicio. Identifica datos relevantes y es capaz priorizar intervenciones relacionadas con los objetivos y las metas. La planificación es deliberada, eficiente y responde a demandas del contexto. Utiliza el razonamiento condicional para cambiar la intervención y para proveer necesidades al alta. No posee la flexibilidad de los profesionales más avanzados. Reconoce dilemas éticos que plantea la práctica, pero puede ser menos sensible a diferentes respuestas éticas.</i>
5	Profesional	<i>Perciben las situaciones como un todo. Tiene más experiencia, lo que permite una mejor evaluación, una mayor flexibilidad y especificidad de la intervención. Combina de forma creativa diferentes enfoques de diagnóstico y procedimientos. Está más atento a las historias ocupacionales y su relevancia para la intervención. Más hábil en la negociación de los recursos para satisfacer las necesidades de la persona a la que presta sus servicios. Mayor sofisticación en reconocimiento del origen de las situaciones de razonamiento ético.</i>
10	Experto	<i>El razonamiento se convierte en un proceso intuitivo y rápido que es profundamente interiorizado y se inserta en un amplio repertorio de experiencias de casos. Esto permite el análisis de la práctica con menos rutina, excepto cuando se enfrentan a situaciones en las que sus habilidades no están desarrolladas. Presenta un uso hábil de la historia ocupacional durante las intervenciones para promover la satisfacción prolongada de la persona con el desempeño ocupacional.</i>

Tabla 3. Etapas de desarrollo y características del razonamiento profesional en la práctica de la Terapia Ocupacional (Schell 2007).

### **6. CONCLUSIONES**

Los procesos internos de conocimiento facilitan el aprendizaje y la evolución del razonamiento clínico en tanto avanzamos en el grado de experticia que nos ofrece la práctica profesional. Como ya hemos destacado con anterioridad, este tipo de evolución del conocimiento no se puede desmarcar de su grupo de pertenencia o de la percepción que tiene de éste. Con esto queremos decir, que un profesional de la Terapia Ocupacional, evolucionará según comprenda estos procesos de razonamiento y según los exponga en su cotidianidad. La relevancia de saber que existen y que se tienen que desarrollar, hacen que el terapeuta ocupacional emprenda un camino en el que, entre otros, los mimbres de la teoría, de la práctica o de las experiencias, van a ser sus mejores aliados para el desarrollo de los diferentes tipos de razonamiento profesional <sup>(3)</sup>.

Los modelos mentales que escudriña el profesional en este proceso, son una forma de representar y construir el conocimiento, ya que al igual que cuando leemos un libro, nos hacemos imágenes en nuestra mente para entender lo que sucede en la historia, con el razonamiento clínico o profesional sucede lo mismo. Estos procesos, facilitan que el terapeuta ocupacional en función de su experiencia vaya construyendo esas imágenes en mayor o menor medida de su experiencia y desarrollo de su faceta profesional y de su momento en la evolución de uno u otro tipo de razonamiento <sup>(19)</sup>.

Esta evolución de los modelos del conocimiento a los que está sujeto el profesional, serán sin duda el resultado de las percepciones que tenemos de nuestro entorno laboral, de las personas que nos rodean o de nuestra evolución teórica que de forma a la estructura de nuestro pensamiento profesional <sup>(20)</sup>.

Por tanto, queremos comentar que el conocimiento de las diferentes formas de razonamiento clínico, no es solo una experiencia construida por nuestro conocimiento, nuestro saber o las formas de entender o aprender que inherentemente tenemos y desarrollamos. Es también resultados de la información recibida del exterior, tanto de la recibida como de la percibida. Estas dos vías de comprensión del conocimiento, mediatizadas por nuestros canales de recogida de datos, se funden en un proceso mental que nos lleva a evolucionar en nuestra comprensión de las cosas, en nuestra capacidad para razonar de forma profesional <sup>(7)</sup>.

Esta evolución no está exenta de reflexión, ya que nada será igual en un contexto en el que desarrollemos nuestro trabajo. Por ese motivo la evolución de nuestro saber y nuestra capacidad de razonar de forma profesional, tendrá que estar expuesta no solo a nuestros patrones de comprensión, sino también a nuestras formas de reflexionar sobre nuestra acción y en la acción.

# EVOLUCIÓN DE LOS DIFERENTES RAZONAMIENTOS CLÍNICOS EN TERAPIA OCUPACIONAL

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Moruno Miralles P. Razonamiento clínico en Terapia Ocupacional: un análisis del procedimiento diagnóstico. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Madrid.2002.
2. Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, Cantero Garlito PA. Razonamiento Clínico en Terapia Ocupacional. Bull World Fed Occup Ther. 2009; 59: 1-10
3. Schell JW, Boyt Schell BA. Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy. Philadelphia: Lippincott Raven; 2007
4. Mattingly C, Fleming MH. Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice. Philadelphia: Davis Press; 1994.
5. Robertson L.. Clinical Reasoning in Occupational Therapy: Controversies in Practice. New Jersey: Wiley-Blackwell; 2011.
6. Schell BA. Occupational therapy management: accepting the challenge. Am J Occup Ther. 1989; 43(4):215-217.
7. Higgs J. Clinical Reasoning in the Health Professions. Ámsterdam: Elsevier Health Sciences; 2008.
8. Schön D. The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action. New York: Basic Books; 1984
9. Fleming MH. Clinical Reasoning in Medicine Compared With Clinical Reasoning in Occupational Therapy. Am J Occup Ther. 1991; 45(11): 988-996.
10. Mostofsky DI, Piedmont RL. Therapeutic practice in behavioral medicine. San Francisco: Jossey-Bass; 1985.
11. Blesedell Crepeau E, Cohn ES, Boyt Schell BA. Willard & Spackman´s Occupational Therapy. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003.
12. Mattingly C. What is Clinical Reasoning?. Am J Occup Ther. 1991. 45(11): 979-986
13. Rogers J. The Spirit of Independence: The Evolution of a Philosophy. Am J Occup Ther.1982; 36(11): 709-15.
14. Fleming MH. The therapist with the three-track mind. Am J Occupational Ther. 1991; 45(11):1007-1014.
15. Neistadt ME, Wight J, Mulligan SE. Clinical reasoning case studies as teaching tools. Am J Occup Ther.1998; 52(2): 125-132.
16. 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
17. Schmidt HG, Boshuizen HPA. On the origin of intermediate effects in clinical case recall. Mem Cog. 1993, 21(3): 338-351.
18. Talavera Valverde MA. Razonamiento Clínico y diagnostico en Terapia Ocupacional. Madrid: Sintesis; 2015. En prensa
19. Ward JD. The nature of clinical reasoning with groups: a phenomenological study of an occupational therapist in community mental health. Am J Occup Ther. 2003; 57(6):625-34.

## **EVOLUCIÓN DE LOS DIFERENTES RAZONAMIENTOS CLÍNICOS EN TERAPIA OCUPACIONAL**

20. Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, Reyes Torres A. Razonamiento clínico en Terapia Ocupacional. Col Med. En prensa