

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Terapia Ocupacional

Tesis de Terapia Ocupacional

2010

Razonamiento clínico en terapia ocupacional

Corral Costoya, Nancy Natalia

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/799>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

TO
Inv. 4106

Razonamiento Clínico en Terapia Ocupacional

Universidad Nacional de Mar del Plata

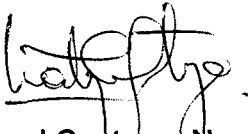
Tesis de Grado presentado en la
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Para optar al título de Licenciado en Terapia Ocupacional

Autoras:

Corral Costoya, Nancy Natalia
Rossi, Elena Yanina

Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina.
AÑO 2010.

Autoras:



Corral Costoya, Nancy Natalia
DNI: 30.145.486
Matricula: 7892/03



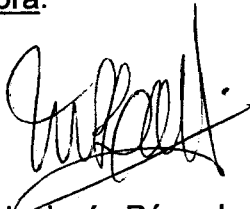
Rossi, Elena Yanina
DNI: 30.463.916
Matricula: 7977/03

Directora:



Lic. en terapia Ocupacional Roumec, Bettina

Co-directora:



Lic. en Psicología Pérez Lalli, Mariela

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario 4106	Signatura top ✓
Vol ✓	Nº 1
Universidad Nacional de Mar del Plata	

01 OCT 2012

Concluimos con este trabajo, una etapa esperada por nosotras y todos los que nos acompañaron, aguantaron y principalmente nos facilitaron el transcurso por la misma.

Queremos agradecer a todos los que compartieron con nosotras estos años y estuvieron siempre presentes de una u otra manera.

Especial agradecimiento a Mariela y Bettina que nos brindaron su tiempo, su conocimiento y que con su dedicación pudimos lograr la culminación de este trabajo.

A Norma, comisión de tesis y a los entrevistados. Gracias a su apertura y predisposición desinteresadamente.

A nuestros padres, hermanos, novios, amigos de acá, de allá, familiares y compañeros que hicieron que estos años sean realmente interesante y enriquecedores tanto personal como profesionalmente.

Muchas gracias!!!!

Yani y Naty

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
ESTADO ACTUAL	12
Antecedentes de razonamiento Clínico	13
Bibliografía Estado Actual	26

MARCO TEÓRICO

Capítulo I: Una mirada contemporánea de Terapia Ocupacional	29
I.I Los paradigmas y las perspectivas desde Terapia Ocupacional.....	30
Bibliografía Capítulo I.I.....	37
I.II El ejercicio de Terapia Ocupacional.....	38
Bibliografía Capítulo I.II.....	46
I.III El proceso de Terapia Ocupacional.....	47
Bibliografía Capítulo I.III.....	58
Capítulo II: Razonamiento Clínico	59
II.I Los comienzos del Razonamiento Clínico.....	60
Bibliografía Capítulo II.I.....	78
II.II Razonamiento Clínico en Terapia Ocupacional.....	79
Bibliografía Capítulo II.II.....	87
II.III La Enseñanza del Razonamiento Clínico.....	88
Bibliografía Capítulo II.III.....	101

ASPECTOS METODOLÓGICO

Capítulo III: Aspectos Metodológicos	104
Problema	105

Objetivo General	105
Objetivos Específicos	105
<u>Diseño Metodológico</u>	106
Enfoque	106
Diseño	106
Tipo de estudio	107
Definición de la Variable	107
Definición Científica	107
Definición Operacional	108
Universo de estudio	115
Muestra	115
Diseño y procedimiento de muestreo	115
Método de selección de la muestra	116
Criterio de selección de la muestra	116
Criterios de inclusión	116
Criterios de exclusión	116
Método de recolección de los datos	117
Contacto con las unidades de análisis	117
Prueba piloto	118
Análisis de los datos	121
Los pasos	122
Bibliografía capítulo III	125
RESULTADOS	126
CONCLUSIONES	145

DISCUSIONES.....	156
Anexo 1.....	161
Anexo 2.....	166
Anexo 3.....	171
Anexo 4.....	176

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se enmarca dentro de los requisitos para optar al título de Licenciado en Terapia Ocupacional en la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Se encausa la búsqueda del tema a partir de lo vivenciado por las autoras durante las diversas prácticas clínicas, donde pudieron hacerse visibles algunas cuestiones tales como: las dificultades para clarificar y explicitar el proceso de pensamiento utilizado en terapia ocupacional, articular la teoría con la práctica; encontrando resonancia sobre dichas problemáticas en pares y docentes. En el transcurso de dicha incursión, surge el concepto de **Razonamiento Clínico** en el campo de la salud.

Ya en tiempo de Hipócrates se comienza a plantear cuál es el modo de proceder más eficaz y efectivo para arribar a un diagnóstico certero, constituyendo las bases de la medicina científica tradicional. Sin embargo el concepto de **Razonamiento Clínico** en el campo de la salud es muy reciente, los estudios científicos datan de mediados del siglo pasado en adelante y se continúa investigando con el propósito de profundizar y clarificar dicho concepto, ya que alguna de sus problemáticas consisten en cómo transmitirlo adecuadamente durante la formación profesional y aplicarlo en la práctica clínica con eficacia.

Se encuadra el desempeño profesional de Terapia Ocupacional, contemplando los cambios de paradigmas actuales, de la modernidad a la contemporaneidad; se describen las diferentes conceptualizaciones sobre Razonamiento Clínico y su evolución, evidenciándose un creciente interés en la disciplina por hallar el modo de transmitirlo y hacerlo explícito durante la formación profesional, así como también encontrar formas y espacios para entrenar y perfeccionar dicha habilidad en el ejercicio de la profesión.

Asimismo, se contextualiza la formación profesional en relación al lugar y al momento en donde comienza a desarrollarse un modo de pensamiento que da lugar a la reflexión y a la creación de conocimientos, dando respuesta al entorno en que está inmersa.

Unsworth (2004) define:

“Razonamiento Clínico en Terapia Ocupacional, constituye la principal estrategia para la toma de decisiones, responde a “saber como” hacer en el ejercicio diario del profesional, posibilitando al terapeuta buscar información e interpretarla para poder generar la mejor opción de intervención”.

“(…) la eficacia del Razonamiento Clínico se considera un componente esencial entre los profesionales de la salud. Saber como organizar el pensamiento proporciona una estructura para organizar y apoyar el pensamiento clínico y la reflexión (…)” Erhardt y Meade (2005).

En el desarrollo de esta investigación se indagó cuáles son las características del Razonamiento Clínico que implementan en el proceso de Terapia Ocupacional los Lic. en T.O. graduados en la UNMDP, matriculados en el período 2005-2009.

Con dicho planteo se pretendió identificar las características del Razonamiento Clínico en los graduados recientes, detectar si existen diferentes estrategias de pensamiento, qué fuentes de datos utilizan y describir las combinaciones o patrones más frecuentes.

A través de la exploración en el tema y las problemáticas que se reiteran no sólo en Terapia Ocupacional, sino también en otras disciplinas del campo de la salud,

se espera poder realizar con el presente estudio aportes al cuerpo teórico de la disciplina y a la práctica de la enseñanza de la misma. Observarlo en terapeutas ocupacionales con poca experiencia brindó una visión concreta del estado de dichas problemáticas, para conocer el modo particular en que este colectivo lleva adelante el proceso de TO.

Conscientes de que el tipo de muestra con el que se trabajó ha sido acotado a una institución específica, como así el enfoque cualitativo de este estudio, no permitirán generalizaciones estrictas, se espera poder abordar de modo exploratorio-descriptivo un fenómeno complejo en la densidad y real complejidad de su esencia, iluminando caminos para la construcción de hipótesis precisas y consistentes, que permitan la continuación de esta línea de estudio, abordándola con nuevos esquemas y diseños de investigación.

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

ANTECEDENTES DEL RAZONAMIENTO CLINICO

(1),(2),(3),(4),(5),(6),(7),(8),(9),(10),(11).

Las publicaciones más actuales que se encontraron acerca de Razonamiento Clínico datan del año 2008, un artículo publicado en Madrid, España, que desarrolla el concepto de Razonamiento Clínico (RC) como base para la enseñanza de la Enfermería, con el objetivo de contribuir a una aproximación conceptual del razonamiento clínico y su relación con otros conceptos, como elementos indispensables para la formación de profesionales reflexivos.

Dicho artículo considera que el razonamiento clínico junto con la comunicación asistencial y los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos, son elementos esenciales para una buena práctica clínica. Dichas habilidades, no sólo son complementarias, sino nucleares en la formación de las enfermeras profesionales. Lo anterior, aunado al uso de lenguajes estandarizados de Enfermería, constituyen pilares para la construcción del saber enfermero y el avance profesional.

Profundiza en el conocimiento del razonamiento clínico como habilidad cognitiva y proceso interactivo necesario para promover prácticas del cuidado seguras y de calidad; en la caracterización de los elementos claves del mismo; en las metahabilidades necesarias para llevarlo a cabo, así como en los modelos e interpretaciones que han surgido y que contribuyen a mejorar la enseñanza-aprendizaje de la enfermería.

Al finalizar, los autores concluyen que la creciente demanda de práctica de Enfermería basada en evidencia y la responsabilidad pública de hacer más explícito el razonamiento clínico, a través de la definición crítica y autónoma de las

intervenciones de enfermería, generan el imperativo de realizar estudios de esta naturaleza que contribuyan a la construcción del conocimiento de enfermería en el marco de sus procesos educativos. (1)

En el año 2007, fue publicado en la Revista Terapia Ocupacional Galicia; (revista científica en versión electrónica); un artículo de Cantero Garlito, Pablo A.; Moruno Miralles, Pedro; Talavera Valverde, Miguel, titulado *El razonamiento clínico clave en el desarrollo de la terapia ocupacional*.

Dicho artículo, fue realizado con el propósito de crear una nueva sección en la revista, dedicada a la exposición, discusión y reflexión de experiencias clínicas de los terapeutas ocupacionales en la actualidad. El principal objetivo de este espacio es facilitar estructuras para ordenar la información que se releva con el paciente y sus familiares. La idea es que esta recolección de datos facilite el procesamiento lógico de la información y a su vez que proporcionen estrategias de decisión en las intervenciones y seguimiento de los pacientes. En definitiva, lograr establecer pautas de razonamiento clínico en Terapia Ocupacional (TO). Facilitar este razonamiento es generar alternativas en las creencias de los profesionales y asentar una práctica sólida que apoye la identidad profesional.

El artículo hace hincapié en que acercarse al trabajo cotidiano de los terapeutas ocupacionales puede contribuir a aprehender mejor la experiencia que tiene lugar en la interacción entre el terapeuta ocupacional y su paciente, permitiendo paralelamente arrojar luz sobre los diversos factores que entran en juego en ella; generar un espacio para la reflexión en el que se complementen la labor intelectual del trabajo teórico y los hallazgos de la experiencia clínica cotidiana, es decir, tratar de establecer vínculos entre la labor profesional de los terapeutas

ocupacionales en su quehacer diario y los desarrollos teóricos más actuales que ordenan y estructuran el ejercicio profesional.

En lo que respecta a la estructura de los originales presentados en dicha sección, se persigue el objetivo que los casos clínicos tengan un carácter descriptivo y crítico. *Descriptivo*, para que los lectores puedan obtener datos suficientes y puedan elaborar sus propias hipótesis y reflexiones, favoreciendo el razonamiento clínico y la discusión del caso, lo más dinámica y ágilmente posible. *Crítico* en el sentido de presentar ideas, reflexiones y conclusiones sobre cualquier faceta de la disciplina, que traten de profundizar sobre los elementos que entran en juego en los diferentes contextos en que se desarrolla el trabajo de un terapeuta ocupacional. Se propone de manera orientativa, una estructura básica para la elaboración de los casos; a saber: introducción, metodología, resultados, discusión y/o conclusiones, bibliografía.

La sección está abierta a la participación de cualquier profesional, ya sea terapeuta ocupacional o no, que quiera mostrar su experiencia respecto al valor terapéutico de la ocupación a través de la presentación de casos clínicos, ya que cualquier aporte riguroso puede contribuir a mejorar el conocimiento sobre las relaciones entre ocupación y la salud. (2)

Se encuentran asimismo, publicaciones anglosajonas relativamente recientes, en el año 2005 en el *American Journal of Occupational Therapy (AJOT)* se publican los resultados de una investigación que utilizó una cámara de video con el propósito de explorar las conceptualizaciones actuales del RC en TO. En la misma, también se realizaron entrevistas luego de las sesiones terapéuticas, a 13 terapeutas

ocupacionales con experiencia que trabajan en rehabilitación física, recolectando información sobre el tipo de razonamiento clínico utilizado durante los abordajes.

Se concluye, en dicha investigación, que la clasificación de razonamiento clínico de Mattingly y Fleming (1994) abarcó la mayoría de los procesos de pensamiento revelados en las entrevistas realizadas a los terapeutas. Los mismos también usaron aspectos del razonamiento pragmático (Schell y Cervero, 1993). Adicionalmente, dentro de las formas de razonamiento procedural, interactivo, condicional, y pragmático, se propone una nueva forma de "generalización del razonamiento" en la cuál los terapeutas utilizan su experiencia pasada o su conocimiento para ayudar a darle sentido a una situación actual o circunstancia de la persona.

Esta investigación fue cimentada sobre sistemas de clasificación previos para apoyar las categorías del pensamiento narrativo, procedural, interactivo, condicional, pragmático (contexto de la práctica), y generalización del razonamiento para explicar cómo los terapeutas ocupacionales piensan en acción. Se requieren futuras investigaciones para explorar esta descripción emergente de razonamiento clínico.

(3)

En Canadá, en el mismo año, se publica un artículo en internet titulado "*Lo que todo profesor necesita saber sobre el razonamiento clínico*". Este ensayo proporciona una revisión bibliográfica de la investigación sobre razonamiento clínico, específicamente en la formación médica. Los puntos fuertes y débiles de las diferentes aproximaciones del RC se examinan usando una de las principales divergencias que se da entre los modelos de estrategia de razonamiento analítico

(p.ej., consciente / controlado) versus estrategias de razonamiento no analítico (p.ej., inconsciente / automático).

Durante los últimos 30 años se ha debatido considerablemente en el seno de la literatura en Educación en Ciencias de la Salud, sobre el modelo que mejor describe cómo los clínicos expertos generan decisiones diagnósticas. Este artículo orienta a los profesores clínicos hacia la necesidad de enseñar a los estudiantes estrategias de razonamientos múltiples. Intenta reconceptualizar el constructo de experiencias hacia una entidad que sea mejor definida, con flexibilidad en relación a las maneras en que las soluciones a los problemas clínicos pueden ser alcanzados.

Trabajos recientes sugieren que los profesores clínicos deberían destacar la importancia de ambas formas de razonamiento, dando como resultado la capacitación de los estudiantes para ordenar los procesos de razonamiento de manera flexible y específica de contexto.

Los autores concluyen en que la habilidad para usar bases no analíticas en la toma de decisiones clínicas aumenta con la experiencia, por lo cual no se debería defender el uso del reconocimiento de patrones entre los estudiantes de medicina por miedo a las “potenciales consecuencias adversas”. En un extremo, está el caso de los novatos totales que no tienen experiencia pasada de la que fiarse, por lo tanto, son incapaces de utilizar estrategias de razonamiento basadas en la semejanza. No obstante, la realidad ha mostrado que la estrategia empleada incluso por los estudiantes de medicina más jóvenes es cualitativamente indistinguible de la de médicos expertos, ya que ambos grupos generan muy rápidamente hipótesis, presumiblemente basadas en parte en referencias no analíticas de experiencias anteriores. Sin embargo, es más probable que los clínicos con más experiencia

generen respuestas correctas, tal como se esperaría dado que tienen una base de datos mayor a la que referirse. (4)

En 2004, Madrid, España, se publica un artículo sobre RC en neurología, el autor del mismo refiere que el aprendizaje de la neurología, como otras especialidades médicas, se basa en el estudio de los conocimientos correspondientes por medio de libros de texto, clases, entre otros y las prácticas ante el paciente.

En el artículo se revisan los procesos cognitivos que utiliza el neurólogo al integrar la información obtenida del paciente para establecer una hipótesis y un plan de trabajo diagnóstico y terapéutico. Se plantea que no existe un único modo de razonamiento, algunas veces será inmediato y otras veces requerirá un intrincado procedimiento.

El autor concluye que el neurólogo no realiza un único razonamiento clínico, lo más frecuente, es el empleo de diversos modos de razonar ante diversos escenarios clínicos, e incluso simultáneamente. Es deseable que el neurólogo pueda predecir en un momento determinado que tipo de razonamiento está empleando y en que tipo de errores puede estar incurriendo. (5)

Díaz Guzmán, en el 2003, considera al razonamiento diagnóstico como un proceso cognitivo con diversidad de ejecución y resultados; y cada tipo de razonamiento va a ser pertinente en determinado caso clínico. En algunas ocasiones se van a complementar.

El neurólogo tiene a su disposición abundante información que trata sobre el cuerpo de conocimientos de su especialidad y va incorporando elementos de la epidemiología clínica, del quehacer cotidiano y la medicina basada en la evidencia.

En este trabajo se profundiza el análisis de los errores en el razonamiento, tanto en las fases preliminares (obtención de información), como en el planteamiento (razonamiento clínico).

No existe un único modelo de razonamiento diagnóstico, dicha habilidad para elegir uno u otro, así como la precisión de su ejecución, van ligadas a la experiencia del clínico.

El autor continúa en su artículo diciendo que para efectuar un razonamiento diagnóstico es imprescindible disponer de información clínica adecuada y suficiente. Concluye refiriendo que el neurólogo experto, domina el diagnóstico y utiliza diversas estrategias, muchas veces complementarias, aunque igual puede cometer errores. Asimismo, es conveniente conocer aspectos formales del razonamiento clínico. De todas formas, la adquisición y mantenimiento de un sólido cuerpo de conocimientos neurológicos, mediante el aprendizaje y la formación continuada, será el cimiento de un buen discurso clínico; mientras que la humildad y el reconocimiento de nuestros errores formarán su estructura. (6)

En 1998, Neistadt publica una investigación en la AJOT donde plantea *enseñar el RC como un esquema de pensamiento*. Refiere que los conceptos de razonamiento clínico pueden ser vistos como descripciones de operaciones mentales o como un esquema de pensamiento, una estructura para organizar y apoyar el pensamiento clínico. Este estudio examinó una propuesta para enseñar el

razonamiento clínico a los estudiantes de terapia ocupacional como una forma de pensar.

Para dicho fin se utilizó un diseño quasi-experimental, pre-test post-test con una muestra intencional de 10 estudiantes avanzados de terapia ocupacional. Todos los participantes (a) adquirieron el esquema de pensamiento del concepto de razonamiento clínico a través de instrucciones explícitas y (b) practicaron este esquema con una ayuda externa, en estudios de casos con formato de razonamiento clínico. Se examinó la precisión de las definiciones de los participantes, acerca del concepto de razonamiento clínico antes y después de esta experiencia para calcular su adquisición de este esquema de pensamiento. El contenido de los casos de estudio de razonamiento clínico fue examinado para evaluar la aplicación de esta forma de pensar de los estudiantes en una situación clínica.

Se realizaron las pruebas de rango de Wilcoxon antes y después del semestre, indicaron que estas últimas obtuvieron una posición significativamente superior que las anteriores en cuanto al (a) razonamiento narrativo ($p = .008$), (b) razonamiento procedural ($p = .005$), (c) razonamiento interactivo ($p = .006$), (d) razonamiento pragmático ($p = .008$), y (e) razonamiento condicional ($p = .01$). El contenido de los estudios de casos de razonamiento clínico de los participantes, indicó que los estudiantes eran capaces de aplicar conceptos de razonamiento clínico.

Se concluye que los resultados sugirieron que el uso del esquema de pensamiento del razonamiento clínico para organizar las observaciones clínicas es una forma efectiva de ayudar a los estudiantes de terapia ocupacional (del nivel inicial) a aprender y a aplicar los conceptos de razonamiento clínico. (7)

En 1997, la misma autora ya había investigado acerca de las estrategias de enseñanza para el desarrollo del RC fundamentándola diciendo que el principal objetivo de la educación de terapia ocupacional es enseñar a los estudiantes a pensar como profesionales, esto es, cómo involucrarse en el razonamiento clínico. Desde principios de 1980 las investigaciones de razonamiento clínico en Terapia ocupacional han esclarecido un lenguaje que describe varios tipos de pensamiento que los terapeutas usan en la práctica clínica, un lenguaje que tiene el potencial para hacer el proceso de pensamiento anteriormente tácito, accesible a la conciencia para examinarlo y mejorarlo. Los educadores de terapia ocupacional pueden usar este lenguaje para enseñar el razonamiento clínico a los estudiantes de una forma más explícita. Este artículo examina los métodos de enseñanza de terapia ocupacional utilizando el lenguaje del razonamiento clínico, y los categoriza según los tipos de razonamiento clínico que promueven. El lenguaje actual de razonamiento clínico está siendo revisado, por lo que se describen las estrategias de enseñanza para facilitar los diversos tipos de razonamiento clínico. (8)

En Perú, 1997, se publica una investigación que propone el uso de la escala algorítmica de Pathfinder, como una estructura de tipo causal que facilita el razonamiento clínico-médico-psiquiátrico.

Los autores consideran que la adquisición de conocimientos biomédicos en forma aislada durante el entrenamiento médico, restringe la integración adecuada de la información dirigida a la solución de un problema de salud y proponen esta escala para controlar esta deficiencia; el modelo algorítmico de Pathfinder, con su

estructura de datos relevantes de la información médica transformados en conceptos, permiten la elaboración de un mapa conceptual.

La relación de conceptos por pares establece el patrón de oro de la organización del conocimiento, implícita en la propuesta diagnóstica médica. Para ofrecer las bondades del modelo aplicado al razonamiento clínico, se lo contrastó con un modelo causal examinando un caso clínico general y otro psiquiátrico.

Se observa como al implementar el modelo de Pathfinder en un caso clínico general y uno psiquiátrico, ayuda a facilitar la integración de los signos y síntomas relevantes en algún padecimiento en forma de conceptos y principios clínicos, mejora consecuentemente la memorización consistiendo en la solución de un problema médico. Se contrastó con un modelo de razonamiento causal y concluyeron que el modelo de estructura cognitiva de los conceptos, mediante el método de la escala algorítmica de Pathfinder, se adapta mejor a la formación de los estudiantes de medicina. Sobre todo, si durante el proceso educativo han recibido información disciplinaria específica en forma independiente, ya que facilita la integración del conocimiento recibido a través de dos vectores importantes de la estructura cognitiva del conocimiento: la transformación de los datos relevantes del caso clínico en forma de conceptos y el establecimiento de relación por pares de conceptos, lo que permitirá conservar el recuerdo y aplicarlo adecuadamente a la solución de un problema de salud.

Esta situación ha motivado a los científicos de la educación médica a determinar, de qué manera los estudiantes almacenan, organizan e integran los conceptos y principios clínicos que facilite el recuerdo y la aplicación adecuada a la resolución de una cuestión médica, advirtiendo que no se puede asumir que la

integración ocurra automáticamente. Después de estudiar diversos métodos optaron por dicha escala, como el método más apropiado.

Se recomienda a los docentes de pregrado emplear el modelo de Pathfinder como un medio para lograr la estructura cognitiva del conocimiento clínico general y psiquiátrico, debido a que facilita el recuerdo y la solución de un problema de enfermedad. (9)

La AJOT en 1993, publica un artículo donde Schell y Cervero, realizan una revisión integrativa de la literatura de Terapia ocupacional para identificar varias respuestas teóricas a la pregunta de *qué es el razonamiento clínico*.

Encuentran que diversos autores hasta esa fecha han brindado dos respuestas principales para esta pregunta, las cuales fueron etiquetadas como: razonamiento científico y razonamiento narrativo. Literatura adicional focaliza la influencia del contexto personal y profesional en la práctica clínica. Éstos se denominaron como razonamientos pragmáticos y se propone su inclusión en el campo del razonamiento clínico. El razonamiento pragmático contempla asuntos tales como el entorno de la práctica, las habilidades del terapeuta, y el equipo disponible.

Como conclusión a su revisión bibliográfica proponen para ser más exhaustivos futuros estudios de razonamiento clínico que incluyan los aspectos contextuales como una parte inherente al proceso de razonamiento clínico. (10)

De 1991 data uno de los primeros artículos encontrados acerca de RC en Terapia Ocupacional, este documento, titulado “*¿Qué es el Razonamiento Clínico?*” ofrece un concepto de razonamiento clínico que difiere de muchas de las

definiciones tradicionales otorgadas al concepto en terapia ocupacional y de las profesiones de la salud en general. Aquí, particularmente, *razonamiento clínico es descrito como un modo de pensar tácito; altamente imaginativo y profundamente fenomenológico*. Se argumenta que el razonamiento clínico incluye algo más que la posibilidad de ofrecer razones explícitas que justifiquen una decisión clínica, ya que también está basada en una comprensión tácita y un conocimiento habitual obtenido a través de la experiencia. El razonamiento clínico involucra más que la simple aplicación de la teoría, particularmente la teoría como se entiende en las ciencias naturales, porque la compleja tarea clínica, a menudo requiere que el terapeuta implemente un tratamiento específico que se dirija al significado de discapacidad que se relaciona con un paciente en particular. (11)

Como resultado de esta búsqueda se concluye que “Razonamiento Clínico” es un tema que se ha estudiado en diversas disciplinas desde hace más de medio siglo, con notable insistencia en la medicina, haciéndose extensivo a las ciencias de la salud. En absolutamente todas prevalecen las investigaciones acerca de qué es lo que contempla el razonamiento clínico, cómo se transmite, cómo se adquiere, cuando es primordial su estudio y cómo adquirir fluidez y destreza en su utilización. Se logra apreciar como resuenan las mismas preocupaciones en el campo de la salud incluida Terapia Ocupacional, la misma demuestra interés en perfeccionar el ejercicio de la disciplina a través del estudio e implementación del razonamiento clínico.

En esta recopilación se evidencian diversos estudios referidos al tema siendo muy similar a la presente investigación, el estudio de “Uso de una cámara de video

para explorar conceptualizaciones actuales del Razonamiento Clínico en Terapia Ocupacional”; aunque no se evidencian investigaciones enfocadas en graduados recientes, que abarquen las dificultades que pueden presentarse por la escasa experiencia y aquello que auto refieren acerca de su propio razonamiento.

Por otro lado, en la mayoría de los casos se estudian dichas habilidades en terapistas ocupacionales que se desempeñan en el área física. En este estudio se pretende explorar un espectro más amplio de las áreas de ejercicio profesional.

De modo preliminar y en base a la revisión precedente, se considera que el **Razonamiento Clínico** analiza diversos aspectos que están implicados en el proceso de terapia ocupacional donde continuamente se relaciona la teoría con la práctica, contemplando múltiples factores del entorno, tanto del terapeuta ocupacional como de la persona. El razonamiento clínico conceptualiza lo que acontece en un abordaje particular, haciendo conciente aquellos elementos presentes en el mismo. De esta manera, el accionar de cada profesional favorece la reflexión de su desempeño, promoviendo su crecimiento y el de su disciplina.

Evidenciar y clarificar un camino que promueve la construcción de un modo de pensamiento crítico y así lograr un análisis más profundo acerca del quehacer cotidiano, que fundamente con más solidez el ejercicio profesional, quizá es un objetivo un tanto ambicioso pero es lo que motiva nuestra investigación.

Bibliografía Estado Actual:

- (1) Morán Peña, L.; González Velázquez, S.; Espinosa Olivares, A.; et.al.: *El Razonamiento Clínico. Una Aproximación Conceptual como Base para la Enseñanza de la Enfermería.* Madrid, España. Noviembre de 2008. En: <http://www.index-f.com/dce/16/16-446.php> [Consulta: 20/08/2009].
- (2) Moruno Miralles; Talavera Valverde; Cantero Garlito. *El Razonamiento Clínico clave en el desarrollo de la Terapia Ocupacional.* TOG. (Coruña) (Revista Internet) mayo 2009. En: <http://www.revistatog.com/num7/html>. [Consulta: 30/05/2009].
- (3) Unsworth, CA.: *Uso de una cámara de video para explorar conceptualizaciones actuales del Razonamiento Clínico en Terapia Ocupacional.* En AJOT. 2005. Enero-Febrero; 59 (1): 31-40. Extraído de: PubMed – indexed for MEDLINE. [Consulta: 01/09/2009].
- (4) Kevin W. Eva. Traducción: Nolla Domenjó, María.: *Lo que todo profesor necesita saber sobre el razonamiento clínico.* Canadá. 2005. En: <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v8n2/colaboracion1.pdf> [Consulta: 20/08/2009].
- (5) Díaz Guzmán, J.: *Razonamiento clínico en neurología.* Madrid. 2004. En: http://www.arsxxi.com/pfw_files/cma/ArticulosR/Neurologia/2004/11/109110400470054.pdf [Consulta: 20/08/2009].
- (6) Díaz Guzmán, J. *Razonamiento clínico en neurología. Errores más comunes.* Madrid, octubre 2003. En: http://www.arsxxi.com/pfw_files/cma/ArticulosR/Neurologia/2003/11/109110300030010.pdf [Consulta: 20/08/2009].

- (7) Neistadt, M.E.: Enseñar el RC como un esquema de pensamiento. En AJOT. 1998. Marzo; 52 (3): 221-9. Extraído de: PubMed – indexed for MEDLINE. [Consulta: 1/09/2009].
- (8) Neistadt, M.E.: Estrategias de enseñanza para el desarrollo de RC. En AJOT. 1997 febrero; 51 (2): 118. Extraído de: PubMed – indexed for MEDLINE. [Consulta: 01/09/2009].
- (9) Prado, R.; Gorec, K.D.; Oblitas, L.A.: El razonamiento clínico-médico-psiquiátrico a través de la estructura relacional tipo causal y la escala algorítmica de Pathfinder: un ejercicio de simulación comparada. Perú, 1997. En:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/Neuro_psiquiatria/v60_n3/el%20razonamiento%20cl%C3%ADnico%20.htm [Consulta: 20/09/2009].
- (10) Schell, B.A.; Cervero, R.M.: Razonamiento Clínico en Terapia Ocupacional: una revisión integrativa. En AJOT, 1993. Julio; 47(7):605-10. Extraído de: PubMed – indexed for MEDLINE. [Consulta: 01/09/2009].
- (11) Mattingly, C. ¿Qué es el Razonamiento Clínico?. En AJOT. 1991. Noviembre; 45 (11): 979-86. Extraído de: PubMed – Indexed for MEDLINE. [Consulta: 01/09/2009].

MARCO TEORICO

CAPITULO I

Una mirada contemporánea de Terapia Ocupacional

I.I LOS PARADIGMAS Y LA PERSPECTIVA DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

(12),(13),(14),(15),(16),(17).

*“El hombre mediante el uso de sus manos, potenciadas por la mente,
podrá influir sobre el estado de su propia salud”.*
Mary Reilly

Terapia ocupacional (TO) surge a principios del siglo XX y comienza a desarrollarse en Argentina en la década del 50; en el transcurso de estos años hasta la actualidad, la disciplina ha tenido grandes cambios y ha evolucionado en respuesta a las nuevas necesidades en el cuidado de la salud, la misma ha sido atravesada por diferentes perspectivas filosóficas; desde el humanismo, el reduccionismo médico, hasta la actualidad que cuestiona la perspectiva de la modernidad, para quien el sujeto se presentaba como una sustancia pura, independiente, incorpórea. En la contemporaneidad estamos asistiendo a una “revolución epistemológica” que ha llevado a cuestionar el mito “objetivista”, para acceder a la fluidez y variabilidad de la experiencia contemporánea. Asimismo, y a pesar de los devenires de la profesión, la ocupación permanece inalterable, considerándola el núcleo central del ejercicio de terapia ocupacional. Sin embargo, incorporar estas concepciones permitirán dotar de nuevos sentidos al término, que posibiliten a su vez producciones teóricas e instrumentales a este comienzo de siglo. Los actuales modelos filosófico-sociales, analizan las diversas realidades individuales y grupales, axiológica, ontológica y epistemológicamente. Los aportes amplían la mirada del terapeuta ocupacional (To) y sustentan la necesidad de un análisis detenido y profundo al momento de abordar un nuevo caso, sino la observación y evaluación será parcial y eleva los riesgos de elaborar hipótesis erróneas y desarrollar tratamientos inadecuados.

Frente a la visión analítica y mecanicista de la ciencia clásica positivista, preocupada por observar y explicar una sola dimensión de la realidad (biofísica, psíquica o social), *la nueva ciencia proyecta una visión compleja de la naturaleza y la sociedad*, excluyendo toda pretensión reductora. Para lograr dicho propósito requiere la integración de todos los elementos y dimensiones que constituyen la realidad u objeto a analizar.

“El paradigma de la post-modernidad puso en crisis la fe en la posibilidad de acceder a un conocimiento no subjetivo, dado que la realidad está más allá del acceso directo, objetivo. Aparecen una variedad de perspectivas en ciencias sociales que sostienen que la realidad es social e históricamente construida, solo se accede a ella a través del "lenguaje"(...)”¹(12),(13).

El terapeuta ocupacional debe alcanzar una visión holística de la persona que concurre a terapia ocupacional, lo que no es tarea sencilla, ya que “(...) no puede acceder a la realidad en su esencia, sino a la forma en que individuos o comunidades la interpretan, y esto incluye aspectos tan importantes como los objetos en su espacio-tiempo, la vida cotidiana, las actividades productivas y recreativas, el logro de autonomía, satisfacción vital, adaptación del entorno y desarrollo de roles (...)”² (12),(13)

La *Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA)*, en la asamblea representativa de 1979, adoptó la siguiente resolución, en relación a las *bases filosóficas* de terapia ocupacional:

¹ Molina de Rondina, Juana. *Ocupación y significado: Aportes a Terapia Ocupacional desde un modelo constructivista*. Septiembre 2006. En http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Ocupacion_significado_constructivismo_Molinas_Rondina_shtml [Consulta: 05/06/2009].

² *Ibíd.*

“El hombre es un ser activo, cuyo desarrollo está influenciado por el uso de la actividad propositiva. Utilizando su capacidad para la motivación intrínseca, el ser humano es capaz de influir sobre su salud física y psíquica, y sobre su entorno físico y social, a través de la actividad propositiva. La vida humana es un proceso de continua adaptación (...) existen factores biológicos, psicológicos y ambientales que pueden interrumpir el proceso de adaptación en cualquier momento del ciclo vital, causando una disfunción (...) la terapia ocupacional está basada en la creencia de que la actividad propositiva (ocupación), incluyendo sus componentes interpersonales y ambientales, puede utilizarse para prevenir y mejorar la disfunción y para promover el máximo nivel posible de adaptación. La actividad utilizada por un terapeuta ocupacional incluye ambos propósitos, intrínseco a la actividad y terapéutico.”³

Christiansen, refiriéndose a las *ocupaciones* plantea que no son la llave para ser persona, pero si para ser una persona particular y única. Las actividades cotidianas sirven como importante propósito para capacitar, para experimentar o desarrollar la identidad personal. Terapia ocupacional se centra en la ocupación, la misma desde dicha perspectiva “(...) proporciona los contextos y oportunidades necesarias para la creación de vidas significativas (...) a lo largo de los diferentes períodos vitales vamos tomando más conciencia de quienes somos, de lo que apreciamos de la vida, de lo que queremos llegar a ser y hacer.”⁴

Desde los inicios de la terapia ocupacional se han formulado innumerables definiciones para aclarar y conceptualizar esta profesión, y en todas se encuentra la

³ Polonio López, Begoña: Fundamentos filosóficos de la Terapia Ocupacional. En Polonio López, B., Durante Molina, P., Noya Arnaiz, B. *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional*. Madrid, España. Ed. Médica Panamericana. S.A. 2001. Pág. 36.

⁴ *Ibíd.* Pág. 85.

ocupación como eje, instrumento, herramienta, medio terapéutico fundamental e indispensable en la práctica; en cambio con el crecimiento de la profesión, se han ido ampliando tanto los objetivos como la población susceptible de tratamiento y en las nuevas definiciones ya no se limitan a la recuperación de unas funciones concretas luego de una enfermedad, sino que se enfocan al logro de la mayor independencia posible, haciendo hincapié en las actividades de la vida diaria y extendiéndose al campo de la prevención y promoción de la salud.

Aunque han sido pasos necesarios en la evolución de la disciplina, hoy los cambios vertiginosos de la sociedad demandan un desafío aun mayor, que no solo contempla la vida física, psíquica, social de la persona que concurre a terapia ocupacional, sino también la del profesional, su interrelación y la dinámica de cada uno, las cuales están en reforma permanente influenciadas por sus historias particulares y su contexto micro y macro social.

Aspectos filosófico – sociales vigentes

Dentro del marco donde el sujeto y las subjetividades cobran relevancia en un rol primordialmente activo, se desarrollan orientaciones como las denominadas **constructivistas** (Andre Giordan; Robert Gagne; J.Piaget; David Ausubel) que sostienen propuestas teóricas y prácticas acerca del hombre, su relación con la realidad y sus posibilidades de cambio. Desde esta perspectiva se cuestionan acuciosamente la verdad, la objetividad y lo que se entiende por realidad.

Observando detenidamente, el entorno cobra mayor complejidad en diversos aspectos, la cultura contemporánea configura un entramado con múltiples ejes problemáticos, donde devenir un ser humano consiste en participar en procesos

sociales compartidos en los cuales emergen significados, sentidos, coordinaciones y conflictos.

Aparecen modos diferentes, particulares y sociales que definen formas de interpretar e intercambiar en el medio. Cuando se cree ver la realidad lo que solo se ve es lo que permite la perspectiva paradigmática, que obliga a ver o no ver. A partir de la década del setenta se desmorona el edificio seguro y estático de la modernidad y comienza una revolución paradigmática orientada hacia la complejidad. (14)

Teoría de la Complejidad (15),(16)

Se llama *pensamiento complejo* a aquello que intenta superar el obstáculo y la dificultad de pensar.

Abordar la epistemología de la complejidad (Morin, 1999) **avista el desafío de examinar las condiciones de todo “conocimiento pertinente”, es precisamente la capacidad de contextualización y globalización.** Dicha forma de pensamiento no implica anular nuestras capacidades analíticas o discriminatorias, sino por el contrario, significa integrarlas en un pensamiento que las relacione. En épocas de globalización, se nota una pérdida de la capacidad para globalizar. Lograr un nuevo modelo de pensamiento es lo que permitirá integrar estos modos de relación. Frente a la extendida idea de **igualdad** como principio sobre el que deben establecerse las acciones individuales y colectivas, desde el paradigma de la complejidad se propugna el de **equidad** que se manifiesta divergente al de igualdad. La equidad se entiende íntimamente asociada al concepto de **justicia**. Parte del profundo convencimiento de que *no existe una mayor injusticia que tratar como igual lo que es diverso*. La equidad orienta una acción que, sin caer en el relativismo

cultural, asume el respeto a la vida en todas sus manifestaciones, con el objetivo de vislumbrar las diferencias.

En lo que respecta a terapia ocupacional, a fines de la década de 1970, referentes de la profesión centraron sus esfuerzos en construir un nuevo paradigma que refleje el retorno a un **enfoque en la ocupación**. Este incluye un punto de vista focal, conceptos teóricos centrales y valores. "(...) el punto de **vista focal** proporciona una manera de pensar sobre los fenómenos tratados en la teoría y la práctica. Los **conceptos teóricos centrales** esclarecen la visión de la terapia ocupacional de los seres humanos, los problemas que los To resuelven y los fundamentos globales que subyacen a la terapia. Los **valores** identifican lo que es más importante en la práctica. Estos tres elementos constituyen la perspectiva conceptual y la cultura profesional a través de las cuales los To consideran su profesión y su práctica (...)." ⁵

La visión contemporánea sobre terapia ocupacional, es que esta proporcione a los individuos oportunidades de reformar su desempeño y sus vidas en patrones nuevos que cubran sus necesidades personales y sus deseos. En consecuencia, el cambio terapéutico implica la reorganización compleja que incluye la relación de la persona con las ocupaciones de la vida y el entorno. Los componentes del desempeño, las ocupaciones que se están llevando a cabo y las condiciones medioambientales son parte de los múltiples factores que se coordinan en un nuevo orden. **Esta visión de la terapia convierte a la disciplina en un punto más holístico en que se considera la persona, el entorno y las ocupaciones que en conjunto constituyen la vida de la persona. (17)**

⁵ Kielhofner, Gary. El paradigma contemporáneo. En *Fundamentos conceptuales para la Terapia Ocupacional*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Médica Panamericana 3º Edición. 2006. Pág.65.

Es apropiado considerar que así como cambia la persona y su entorno, también la **ocupación** "(...) es un concepto que evoluciona, desde los distintos marcos referenciales de la disciplina, pero la búsqueda de propósito y significado sigue siendo premisa central (...)”⁶

Kielhofner plantea que el verdadero depositario del paradigma es el dialogo continuo de la disciplina, con su bibliografía, práctica y tradiciones orales compartidas.

Una apreciación del paradigma contemporáneo será sólo una interpretación, ya que este es un proceso dinámico que se encuentra en continua forma y reforma. Insertos en un mundo de relaciones y sociedades complejas, donde el modelo empirista-positivista ya no tiene un lugar privilegiado, podemos pensar en un mundo que se construye, que se transforma y que está sujeto a la creatividad del hombre en las múltiples interacciones con el entorno al que pertenece.

“El mundo que construimos no depende sólo de nosotros, sino que emerge en la interacción multidimensional de los seres humanos con su ambiente, del que somos inseparables”⁷

⁶ Molina de Rondina, Juana. *Ocupación y significado: Aportes a Terapia Ocupacional desde un modelo constructivista.* Septiembre 2006. http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Ocupacion_significado_constructivismo_Molinas_Rondina.shtml [Consulta: 05/06/2009].

⁷ Najmanovich, Denise. Pensar la Subjetividad. En *El juego de los vínculos.* Buenos Aires, Argentina. Ed. Biblos. 2005. Pág. 51.

Bibliografía Capítulo I.I:

- (12) Romero Pérez, Clara. Paradigma de la complejidad, modelos científicos y conocimientos educativos. 2003. En http://www.uhu.es/agora/version01/digital/numeros/06/06-articulos/monografico/pdf_6/clara_romero.pdf [Consulta: 06/02/2010].
- (13) Molina de Rondina, Juana. Ocupación y significado: Aportes a Terapia Ocupacional desde un modelo constructivista. Septiembre 2006. En http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Ocupacion_significado_constructivismo_Molinas_Rondina.shtml [Consulta:05/06/2009].
- (14) Romero Saint Bonnet, M. Cristina. Lo social desde el constructivismo y las teorías de la complejidad. En http://reflexiones.fcs.ucr.ac.cr/documentos/55/lo_social.pdf [Consulta: 06/02/2010].
- (15) Bonil, J.; Sanmartí, N.; Tomás, C. et. al. Un nuevo marco para orientar respuestas a las dinámicas sociales: el paradigma de la complejidad. 2004. En http://www.apac-eureka.org/revista/Volumen7/Numero_7_extra/3_Bonil_et_al_2010.pdf [Consulta: 06/02/2010].
- (16) Najmanovich, Denise. Pensar la Subjetividad. En El juego de los vínculos. Buenos Aires, Argentina. Ed. Biblos. 2005.
- (17) Kielhofner, Gary. El paradigma contemporáneo. En Fundamentos conceptuales para la Terapia Ocupacional. Buenos Aires, Argentina. Ed. Médica Panamericana. 3º Edición. 2006.

I.II EL EJERCICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL (18),(19),(20),(21), (22),(23).

La práctica contemporánea de la terapia ocupacional se basa en las raíces históricas y filosóficas de la profesión, perfeccionada a través de la investigación y las prácticas actuales de TO, salud y servicios humanos. Así, se considera que la intervención debe estar fundada en la investigación y centrada en la persona como ser ocupacional; se guía bajo tres principios:

Práctica centrada en el paciente: En el foco de TO esta el compromiso de enfocar a la persona como agente activo que busca realizar actividades diarias importantes. Para centrar a la persona y sus intereses en el eje del tratamiento, los terapeutas deben entrar en su mundo a fin de crear una relación que estimule el fortalecimiento de su vida de la forma que sea más significativa para esa persona.

En este modelo, el profesional y el individuo participan cooperativamente en el proceso terapéutico. Mattingly (1991) afirmó que este proceso es de naturaleza narrativa, lo cual significa que el profesional y el individuo crean un conocimiento de la historia pasada, presente y futura de éste. Mattingly alegó, además, que la historia futura es reconstruida y continuamente revisada en el curso de la terapia.

Los To deben conocer los sentimientos y las intenciones humanas, así como el significado más profundo de las vidas de las personas a través de lo que Clark (1993) denominó relato de la historia ocupacional.

Mas adelante, el concepto de razonamiento interactivo, se encargara de atender estas inquietudes que se presentan en el proceso de TO.

Práctica centrada en la ocupación: Se centra en la participación ocupacional, las personas buscan TO porque necesitan ayuda para participar en las

ocupaciones que valoran. Basándose en el hecho de que las ocupaciones de las personas son fundamentales para su identidad y que pueden reconstruirse a través de las mismas. Las ocupaciones a su vez están conectadas por una red de actividades diarias que ayudan a las personas a cumplir sus necesidades básicas y contribuir a las necesidades de su familia, de sus amigos y de la comunidad; las evaluaciones sistemáticas de las ocupaciones y prioridades de las personas son vitales para la práctica centrada en la ocupación. Esta información -cuando se asocia con un análisis cuidadoso de las capacidades de la persona, las demandas de la tarea y el contexto de desempeño- brinda la base para la intervención. Los objetivos de la misma están directamente relacionados con los intereses ocupacionales de la persona, y los métodos utilizados capitalizan estos intereses.

Práctica basada en la evidencia: Una de las tendencias importantes en la atención de la salud es el requerimiento de basar las decisiones de intervención en el “uso concienzudo, explícito y prudente de la mejor evidencia actual”. Este proceso implica poder integrar la evidencia de la investigación en el proceso de razonamiento clínico para explicar el fundamento subyacente a las intervenciones y predecir los resultados probables o simplemente para “hacer correctamente las cosas correctas”. Asimismo, la práctica basada en la evidencia implica poder explicar las recomendaciones de la terapia ocupacional a las personas en un lenguaje que estas comprendan. (18)

Cuando dichos principios se interrelacionan armoniosamente, sin que el predominio de uno de ellos perdure, la práctica se desarrolla dando resultados más satisfactorios, tanto para la persona, el To, su familia y el equipo de trabajo. Los mismos son aplicables en cualquiera de las áreas, ámbitos y niveles de TO.

Terapia ocupacional esta al servicio de una población diversa en una variedad de lugares, se clasifican en áreas y ámbitos de ejercicio profesional:

Áreas de ejercicio profesional en TO:

- “Discapacidades físicas:
 - Neurología
 - Traumatología y ortopedia.
- Salud mental.
- Educación especial.
- Laboral.
- Sociales:
 - Minoridad.
 - Penales.
- Investigación.
- Docencia.

Ámbitos de ejercicio profesional en TO:

- **Ámbito institucional:**
 - Hospital general.
 - Hospital psiquiátrico.
 - Clínicas-Sanatorios.
 - Escuela primaria común.
 - Jardín de infantes.
 - Escuela especial.
 - Centros e institutos de rehabilitación.
 - Prisión.

- **Ámbito ambulatorio:**
 - Consultorio externo.
- **Ámbito hogar y comunidad:**
 - Atención domiciliaria.
 - Cuidados paliativos.
 - Centro de día.
 - Taller protegido.
 - Hogar de permanencia.
 - Hogar de medio camino.
 - Geriátrico y hogar de ancianos.
 - Sala de atención primaria de salud⁸

El ámbito de ejercicio profesional en terapia ocupacional es el terreno de aplicación donde los To pueden desempeñar su rol, dicho desempeño puede ser llevado a cabo en cuatro niveles de prevención: **Primaria, Secundaria, Terciaria y/o Cuaternaria.**

Sin embargo, estas categorías no tienen límites definidos, algunos autores plantean que los To conservando el eje de la disciplina, deben ser permeables a las demandas y prioridades de su entorno "(...) las To de todo el mundo deben ser identificadas por sus características y sus servicios, cada país debería producir terapeutas que puedan adaptar y aplicar los conceptos básicos de su trabajo para satisfacer las necesidades específicas del carácter de su nación y de las culturas."⁹

⁸ American Journal of Occupational Therapy. (May/June 1999). *The Guide to Occupational Therapy Practice*. Volumen 53, N° 3. Edición especial. Pág. 273.

⁹ Baum, C. *Respondiendo a las necesidades de la sociedad: la responsabilidad profesional de los terapeutas ocupacionales*. TOG (A Coruña) Revista en Internet. 2008. Pág. 54. En <http://www.revistatog.com/mono/mun2/baum.pdf>. [consulta: 30/05/2009].

Por lo tanto se considera necesario profundizar y crear discursos y dispositivos de intervención propios. Definidos por Golpe y Arias (2007) como “(...) los mecanismos implementados y contruidos de manera técnica, estratégica y axiológica, por un conjunto organizado de personas de un determinado campo, encaminados a lograr en la reflexión de la acción y en el diseño e implementación de dichos dispositivos: identificar y elucidar en cuanto a la heterogeneidad de A) las problemáticas de la población a intervenir B) de las necesidades sociales de dicha población C) de los juicios de valor implicados en los actores intervinientes en el campo(...)”¹⁰

El Licenciado en Terapia Ocupacional

El *perfil profesional* que pretende inspirar la UNMDP con su formación de grado es el siguiente:

“El *Licenciado en Terapia Ocupacional* es un graduado universitario que tiene salida con formación en Anatomía Funcional, Psicología, Semiología, y en Metodología en Terapia Ocupacional que le permite realizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la capacidad funcional psicofísica del sujeto.

Posee, además, conocimientos socio-antropológicos que constituyen el marco referencial para la instrumentación de su actividad profesional. Tiene capacidad para diseñar y confeccionar el equipo fijo y móvil mejorando la autonomía de los individuos discapacitados. Es capaz de aplicar métodos y técnicas de análisis de las distintas actividades que realiza el hombre. Tiene asimismo habilidad para programar e implementar actividades con fines terapéuticos y de inserción laboral.

¹⁰ Sandoval Avila, Antonio. *Propuesta metodológica para Sistematizar la Práctica profesional del Trabajo Social*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Espacio. 1º Ed. 1º Reimpresión. 2005. Pág. 19.

Posee habilidad para realizar estudios e investigaciones en el área de su especialidad. Tiene capacidad para implementar la disociación instrumental necesaria para realizar los ajustes operativos que implica la naturaleza de su trabajo. Tiene conciencia del compromiso social implícito en su desempeño profesional. Posee asimismo una actitud crítica y flexible que le permite autoevaluar su tarea y trabajar en equipos interdisciplinarios.”¹¹ (19)

El estudiante comienza conociendo su profesión desde la elección de la misma y a lo largo de su formación va profundizando en la idiosincrasia que la envuelve “(...) encuentra contenido y elaboración a sus experiencias integrales, con sus conocimientos teóricos, va conformando una identidad profesional sólida y se encuentra preparado para pasar a la práctica con un nivel cada vez mayor de profesionalidad y eficacia y disfrutando más de ello.”¹²

Formar el perfil de un profesional, es un proceso que se va fundando en el interjuego de una diversidad de aspectos significativos en mayor o menor medida para cada persona. Parte de la esencia de la identidad personal, construida desde muy temprano, para abarcar posteriormente la *identidad profesional*, “(...) La identidad es un concepto muy amplio, que en resumen podría definirse como una visión ordenada de nosotros mismos (...) influida por el amplio mundo social en el que nos encontramos.”¹³

¹¹ UNMDP. *Perfil Profesional*. En <http://www2.mdp.edu.ar/index.php?key=700> [consulta: 1/11/09].

¹² Margallo Ortiz de Zárate, P. *Un recorrido intimista a lo largo de la identidad profesional*. TOG (A Coruña) Revista en Internet. 2008. En <http://www.revistatog.com/mono/num2/Margallo.pdf>. Pág. 91. [consulta: 30/05/2009].

¹³ *Ibíd.* Pág. 84.

Margallo Ortiz de Zárate (2008) en una investigación sobre la identidad profesional en TO, refiere lo siguiente, “El proceso de identidad es costoso, complejo y casi tan largo como la vida misma. En el transcurso de los diferentes momentos evolutivos, los profesionales se enfrentan a diversas dificultades y desafíos. A lo largo de este proceso las personas aprenden y se moldean a sí mismos, constituyendo paralelamente su identidad personal y profesional (...).”

Condecientes con lo que respecta a un óptimo proceso de identificación, los To deben aspirar a una formación integral, cultivar aspectos personales que se vean implicados ineludiblemente en el desempeño de una buena práctica profesional; asumir la responsabilidad no sólo de nutrirse con los conocimientos científicos necesarios, sino también, de hacerlo como personas para capitalizar un bagaje social, cultural e histórico que enriquezca el ejercicio de TO. (20)

El devenir profesional

En la práctica profesional, como en la cotidianeidad, todo individuo deja en su hacer la impronta personal, cualidades que lo caracterizan y dejan plasmado su paso por allí de un modo determinado y no de otro, se refiere a la subjetividad, el modo de pensar y sentir de cada individuo que atraviesa todo el proceso en el que se desempeña el To; entrevista, observación, valoración, evaluación, tratamiento: planificación e implementación y reevaluación.

La apertura para considerar la diversidad de factores que entran en juego desde el primer encuentro entre la persona que asiste a TO y el To es una aptitud que estará condicionada por la personalidad, historia y experiencia del terapeuta.

Enrique Pichón Riviere (1960) psiquiatra y psicoanalista argentino, estudioso del vínculo terapéutico, crea el concepto de ***Esquema Referencial Conceptual***

Operativo (E.C.R.O). Denominado del siguiente modo: “Significa haber consolidado dentro de uno mismo un conjunto de experiencias, de conocimientos y de compromisos con los mismos que están presentes cada vez que desarrollamos cualquier tarea (...).”¹⁴

Polonio López refiere a este esquema bajo la forma de **Marco Referencial**. Tal esquema; constituido por la teoría, las experiencias profesionales y de vida; será la base sobre la que se sustentarán nuestras observaciones, por tanto no serán ingenuas como lo señalamos y tampoco absolutamente objetivas, en tanto quien observa (To) también es un sujeto con una historia, vivencias, valores, principios, prejuicios, etc. (21)

El To desempeña su rol enriquecido con el capital que le ha brindado la suma de conocimientos teóricos adquiridos durante la formación de grado, más la experiencia como profesional y de su vida personal, estos se ponen en juego de forma más o menos evidente. Dichos elementos, moldean al To y su desarrollo profesional en un continuo proceso dialéctico, abierto y dinámico.

¹⁴ Monzón, Andrea. *Razonamiento y pensamiento crítico*. En ficha de cátedra: Deontología y Razonamiento Profesional. Instituto Universitario del Gran Rosario. [Material no publicado. Uso interno de la cátedra] 2008.

Bibliografía Capítulo I.II:

- (18) Blesedell Crepeau, E., Cohn, E. Boyt Schell, B. *Práctica de la Terapia Ocupacional*. En Willard & Spackman *Terapia Ocupacional*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Médica Panamericana. 10ª Edición. 2005.
- (19) www.mdp.edu.ar [Consulta: 10/11/2009].
- (20) Talavera Valverde, Miguel Ángel. Compilador. *Identidad Profesional en Terapia Ocupacional*. TOG 2008.
<http://www.revistatog.com/mono/num2/mono2> [Consulta:30/05/2009].
- (21) Monzón, Andrea. *Razonamiento y pensamiento crítico*. En ficha de cátedra: Deontología y Razonamiento Profesional. Instituto Universitario del Gran Rosario. [Material no publicado. Uso interno de la cátedra] 2008.
- (22) Polonio López, Begoña. *Fundamentos filosóficos de la Terapia Ocupacional*. En Polonio López, B., Durante Molina, P., Noya Arnaiz, B. *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional*. Madrid, España. Ed. Médica Panamericana. S.A. 2001.
- (23) Cantero Garlito, Pablo. Moruno Miralles, Pedro. Talavera Valverde, Miguel. *Razonamiento Clínico en Terapia Ocupacional*. Boletín WFOT. Volumen 59. Mayo 2009.

I.III PROCESO DE TERAPIA OCUPACIONAL (24), (25), (26)

Toda acción realizada por un To esta encuadrada dentro de lo que se denomina ***Proceso de Terapia Ocupacional***, el mismo puede desarrollarse en múltiples ámbitos y contextos de intervención, y sin embargo el proceso que se sucede tiene las mismas características a nivel general.

Según Christiansen y Baum (1997) el proceso clínico en terapia ocupacional es el conjunto de acciones emprendidas por un To; sus consecuencias y los mecanismos que las ordenan y regulan desde la recepción de la derivación o demanda hasta el alta, el seguimiento posterior al alta y la valoración de la totalidad del procedimiento, se van articular conformando un proceso global, habitualmente caracterizado como una serie de etapas, pasos, secuencias de procesos de menor entidad.

Este concepto nos permite designar un proceder genérico para cualquier To que ejerza su profesión, alrededor del cual se articulan distintas perspectivas teóricas, nociones y aptitudes que generan procedimientos, métodos y técnicas de intervención diferentes, que sin embargo, poseen elementos comunes bajo la denominación de terapia ocupacional.

Lineamiento Tradicional vs. Proceso de Resolución de Problemas

Se pueden considerar dos perspectivas diferentes acerca del proceso de TO, **el lineamiento tradicional y el proceso de resolución de problemas.**

Dentro del lineamiento tradicional, bajo el encabezado ***“proceso de terapia ocupacional”*** se encuentran aquellas formulas que estructuran la actividad clínica en dos grandes fases; la evaluación y el tratamiento o intervención, que a su vez,

suelen desglosarse en un número mayor o menor de etapas específicas. Desde esta perspectiva, se concibe que la estructura teórica, punto de partida del proceso, es equiparable a la “percepción” del To, a su punto de vista singular, por tanto, condición *sine qua non* para abordar la práctica, dado que la teoría posibilita conformar, delimitar e interpretar los aspectos del sujeto sobre los que se centrará la evaluación y, en consecuencia, el resto del proceso. Así, los modelos y marcos de referencia teóricos permiten comprender los problemas de cada individuo en la medida en que los relacionan con un conjunto de variables que los explican. Por tanto se aprehende un problema a partir de lo que se interpreta desde los referentes teóricos que aportan las teorías. Se considera, de este modo, que el proceso de terapia ocupacional esta **guiado teóricamente**, el desempeño profesional seguiría un patrón conducido por la teoría.

Como señala Durante y Noya (1998) “la elección del modelo determinará los pasos posteriores del proceso, esto es, según el modelo, van a variar los métodos y los objetivos de la valoración, así como pueden variar las estrategias y las técnicas de tratamiento”¹⁵.

Asimismo, el modelo teórico permite generar las preguntas que el To debe tratar de responder por medio del proceso de evaluación y las interpretaciones que se obtienen a partir de los datos recabados. (24)

La AOTA (1999) cita el planteamiento realizado por Rogers y Holm para describir el proceso de terapia ocupacional. De esta forma, estructura el proceso en dos etapas genéricas: la primera, constituida por la derivación y la evaluación; y la segunda etapa incluye la elaboración de un plan previo a la intervención, la propia intervención, la reevaluación de este plan y, por ultimo, el alta y el seguimiento.

¹⁵ Moruno Miralles, Pedro: Introducción al proceso clínico en terapia ocupacional. En Moruno Miralles, P. y Romero Ayuso, Dulce M.; *Terapia Ocupacional: Teoría y Técnicas*. Barcelona, España. Ed. Masson S.A. 2003. Pág. 191.

Por otro lado, en la segunda perspectiva, bajo la expresión “**proceso de resolución de problemas**” se agrupan todas las reseñas que señalan el **razonamiento clínico del To** como la característica que ordena y estructura la labor clínica. En estas descripciones, la distinción entre las fases de evaluación y tratamiento se diluye, en la medida en que aflora y se profundiza en la complejidad de las operaciones cognitivas implicadas en ellas. Esta nueva perspectiva propone que son los datos los que guían la elección del enfoque teórico, en función de lo que es más adecuado al problema detectado. Así, el papel del fundamento teórico se concibe más como una *herramienta* que resulta útil para resolver las dificultades de cada caso, en la medida que sus explicaciones concuerdan con las características del problema. Se considera que el proceso de TO está **guiado por los datos**. El desempeño profesional seguiría un patrón conducido por el proceso o por los datos.

Esta nueva mirada, centra el foco de atención en el proceso cognitivo del To; en la forma en que procesa la información que progresivamente recaba a lo largo de la intervención. (24)

Dicha perspectiva “...es mucho más flexible, imaginativa, creativa y complicada a la vez, caracterizada más por pequeñas rutinas y repeticiones de pasos casi simultáneos en el tiempo, vueltas atrás y saltos adelante, atajos y escapatorias, que por el estático diagrama de flujo con el que suele ser representada. Así, *el razonamiento clínico del terapeuta ocupacional ordena y estructura el desempeño profesional sin que sea necesario fijar fases o etapas.*”¹⁶

Existen en esta línea diversas descripciones del quehacer profesional efectuadas por Trombly (1990), Meyer (1990), Foster (1992), Hagerdon (1997) y Reed (1999), que comparten la misma perspectiva. Asimismo, cabe desarrollar la

¹⁶ *Ibíd.* Pág. 193.

descripción de la *Asociación Canadiense de Terapia Ocupacional (CAOT)*, en su edición de 1991 de "Guía para la práctica de Terapia ocupacional centrada en el cliente"; la misma aporta una visión amplia considerando el proceso de terapia ocupacional, como **"(...) un sistema abierto en constante interacción con el ambiente, recibiendo y dando información, teniendo en cuenta a la familia, la escuela, el trabajo y la comunidad (...) usando sistemas de aproximación donde el feedback permita adaptación constante de parte del cliente, To y el entorno."**¹⁷

Como se expone en el gráfico ilustrativo del proceso, se muestran los pasos de modo temporal, desde el punto en que la persona ingresa en el sistema terapéutico hasta que finaliza. No todas las personas siguen secuencialmente la totalidad de los pasos, desde el primero al último, sino que el proceso puede ser terminado en varios intervalos. Este diagrama representa etapas potenciales que podría atravesar el sujeto.

Desde esta perspectiva, el sistema es el proceso de terapia ocupacional. La persona ingresa en el sistema; la información que acompaña la derivación es utilizada junto con la generada en el desarrollo del proceso y con otros significados del entorno. Usualmente, el terapeuta guía a la persona a través de las etapas apropiadas hasta el alta y su probable retorno a la sociedad.

¹⁷ Canadian Association of Occupational therapist: General Guidelines for Client- Centred Occupational Therapy Practice. En *Occupational Therapy Guidelines for client-centred practice*. CAOT/L'ACE publications.1991. Pág. 24-26.

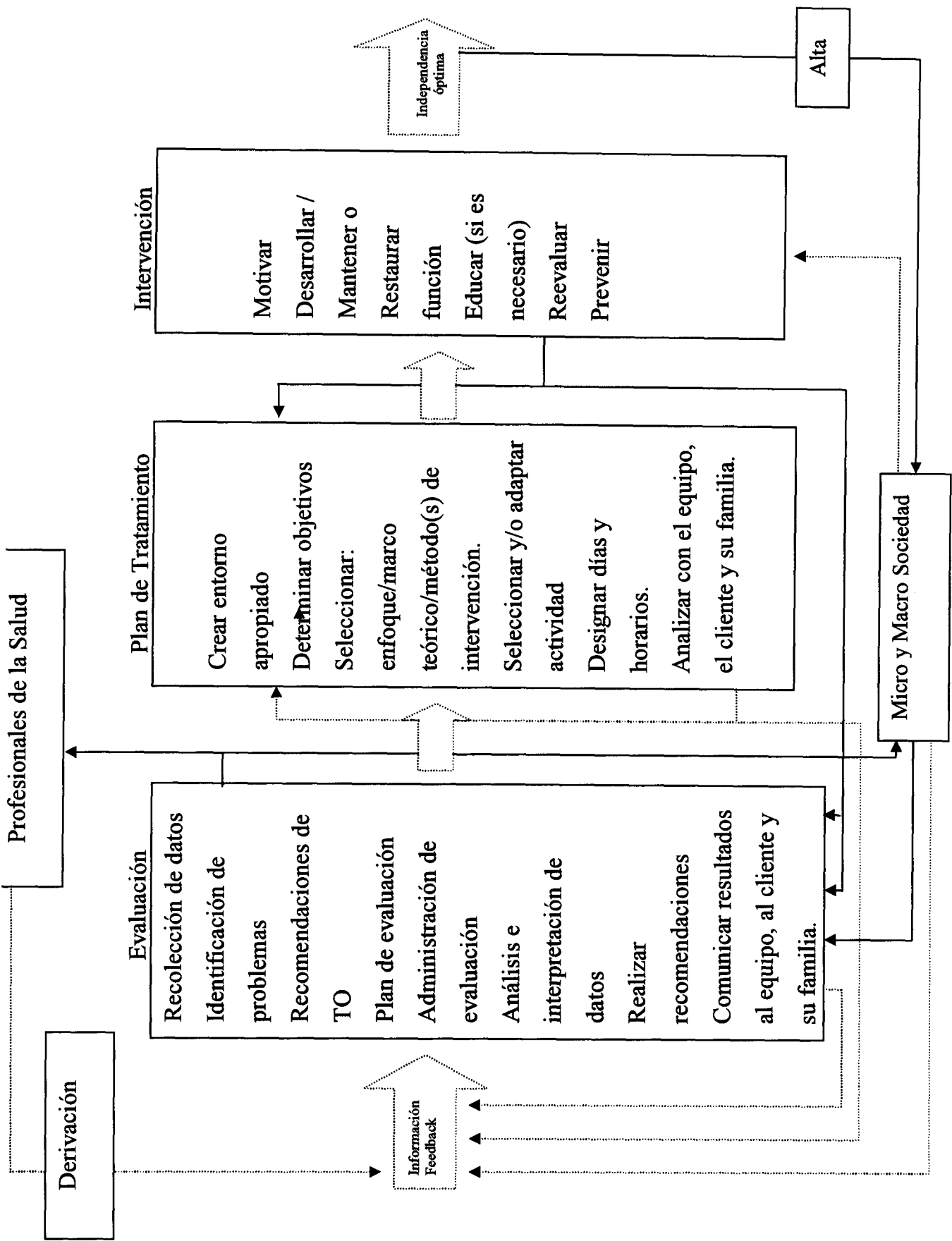


Diagrama extraído de: Canadian Association of Occupational therapists: General Guidelines for Client-Centred Occupational Therapy Practice; en "Occupational Therapy Guidelines for client-centred practice". CAOTL/ACE publications. 1991. pág. 23.

La relación To - sujeto no puede verse solo en un aspecto del sistema, sino que esta implícito en todo el ejercicio, inherente en cada uno de los pasos. "(...)
Hasta que no se establece la relación con un tácito acuerdo entre el To y el cliente para proceder, no puede haber terapia ocupacional; la relación así como la intervención debe ser iniciada, desarrollada y finalizada."¹⁸.

Como muestra el cuadro, el sujeto atraviesa el sistema a lo largo de las flechas punteadas, completando cada etapa (subsistema) y volviendo al entorno; otras rutas son también posibles a lo largo de las flechas enteras. Por ejemplo, la persona puede ir de la identificación del problema hacia el centro de derivación o a la sociedad, a la reevaluación de uno y otro nivel de la etapa de evaluación, o a redefinir o modificar los objetivos de intervención.

La información que afectara potencialmente el proceso en cualquier nivel de las diversas etapas (subsistemas) se observa a lo largo de las flechas punteadas, lo que significa que el To constantemente incorpora información del entorno para usar en el proceso. En este sistema de feedback, el proceso es así adaptado para ambas necesidades, las demandas de la persona y del ambiente, con las que el sujeto elige cumplir.

Este feedback asimismo, posibilita que tanto el contexto particular del sujeto como la sociedad conozcan acerca del hacer profesional de la terapia ocupacional, siendo una forma de promoción de la disciplina. (25)

Dentro de esta línea, se evidencian algunos aportes que han dejado precedente y comenzaron a transformar el significado del concepto del proceso de TO. En las etapas del mismo, que describe la CAOT, se halla reflejada una tendencia donde se contempla el intercambio de la persona en las diferentes etapas

¹⁸ *Ibíd.* Pág. 21.

de un modo más flexible, donde puede volver o saltar etapas y en el que se incluye su contexto y al To.

Otras Opiniones

En cuanto a éste lineamiento, algunos autores aclaran ciertos puntos que son frecuentemente cuestionados, tales como la manera de abordar un nuevo caso sin estructura teórica alguna que lo preceda y la capacidad del To para manejar eficientemente múltiples teorías y modelos a fin de elegir el más conveniente en cada caso.

En este último punto, es apropiado señalar que "(...) la gama de conocimientos y habilidades prácticas de cada terapeuta se conforma progresivamente, fruto de la interacción entre la experiencia clínica y la formación teórica recibida."¹⁹ El número de marcos de referencia teóricos y/o modelos de abordajes que puede manejar un To con los conocimientos suficientes es limitado, fruto de la formación teórica recibida, de la experiencia práctica almacenada y de las opciones personales; si bien es cierto que muchos modelos son incompatibles entre si, otro tanto son complementarios y pueden utilizarse varios en un mismo proceso, es en esta dirección que se perfila la perspectiva basada en el razonamiento clínico; que todo To al comenzar con un nuevo caso clínico dirija su abordaje con un encuadre más amplio del que puede realizar alguien previamente determinado por uno u otro modelo teórico, más allá del amplio o acotado bagaje teórico y práctico con el que cuente el To, la recolección de datos será más rica y de este modo podrá

¹⁹ Moruno Miralles, Pedro: Introducción al proceso clínico en terapia ocupacional. En Moruno Miralles, P. y Romero Ayuso, Dulce M.; *Terapia Ocupacional: Teoría y Técnicas*. Barcelona, España. Ed. Masson S.A. 2003. Pág. 196.

elegir dentro de las posibilidades que tiene en su haber, el o los modelos, métodos y técnicas más adecuados y que puedan beneficiar a la persona.

Rogers y Holm (1991), en lo que refiere a la estructura teórica previa del To al enfrentarse a un nuevo caso clínico, plantean que no parte de cero al iniciar la evaluación; sino que por el contrario, posee una imagen clínica arquetípica del sujeto al que se aproxima, más rica en matices cuanto más abundantes sean las experiencias clínicas acumuladas por el To. Sin embargo, este prototipo clínico no justificaría, en ningún caso, que se ejerciese una práctica donde se apliquen tratamientos estereotipados, calzando la realidad en las formulas de cada To, inversamente, esta representación se encuentra sujeta a un reajuste continuo, en la medida que se va enriqueciendo de forma constante por los fenómenos cotidianos que acontecen en el ejercicio de la profesión. El entramado de experiencias clínicas y conocimientos teóricos que sirven de soporte al razonamiento clínico de cada To ayuda en la resolución de la evaluación como primera instancia y en el resto del proceso.

“(...) al reflexionar sobre la posibilidad de un acceso directo a la realidad (como parece vislumbrarse en el proceso dirigido por los datos), sin ninguna mediación teórica, con el que, a partir de los datos recabados, identificaremos el problema del sujeto. (...) Creemos que solo podemos reconocer aquello de lo que previamente hemos adquirido una representación en nuestra conciencia (...) esas representaciones a las que hacemos referencia son fruto de las estrechas relaciones entre la práctica clínica y la formación teórica (...) por tanto nuestra imagen clínica guía el proceso, lo orienta (...) a su vez esta imagen esta sujeta a cambios constantes, gana en matices aportados por la práctica y por nuestra formación (...), por lo que el To debe permitir la entrada continua de esta información (tanto de la

clínica como de los nuevos aportes teóricos) para enriquecer su razonamiento clínico y así evitar que la práctica realizada se vuelva obsoleta. (24)

Así, la aproximación a la práctica clínica no es en ningún caso directa, sino que está mediada por aspectos vinculados con la propia disciplina (ámbitos de aplicación y base conceptual), el To (experiencia y formación teórica), el escenario o encuadre en que se lleva a cabo la práctica (tipo de servicio, cultura institucional) y, por supuesto, el sujeto tratado (sus características clínicas).²⁰

Más allá de estas contribuciones, se observa cómo la mirada permanece distante al momento de contemplar el profesional y el contexto, planteándose una visión objetiva de la persona que se acerca a TO, que denota entonces un enfoque parcial del caso, siendo ésta la única modificada a lo largo del proceso. El To se centra en el lugar del saber donde predomina el pensamiento dicotómico, reflejando características de una perspectiva positivista, arraigada al lineamiento tradicional. En contraposición, se presenta un nuevo paradigma que no sólo propone el intercambio entre persona-To-contexto, sino que el mismo, se desarrolla en un espiral dialéctico donde se transforman mutuamente y son moldeados por su micro y macro contexto. El saber del To se focaliza en la capacidad de reconocer y analizar la situación en su totalidad, que implica identificar la subjetividad del otro, la propia, cómo estas se interrelacionan y cómo el contexto de ambos influye en la misma. Esta perspectiva permite un abordaje terapéutico donde se prioriza al To y a la persona como protagonistas de la construcción del vínculo, dando lugar a aquello que emerge espontáneamente a lo largo del proceso de TO y que determinara la optimización del tratamiento.

²⁰ *Ibíd.* Pág. 197-198.

Durante el proceso de terapia ocupacional desde el inicio de la conformación del vínculo, la teoría y la práctica se entrelazan; “el razonamiento clínico implica denominar, enmarcar los problemas sobre la base del conocimiento personal de la situación del individuo. En la identificación y la resolución de los problemas, los profesionales combinan la teoría con las experiencias de su propia práctica para guiar sus acciones (Schell).”²¹ A lo que le agregará las propias experiencias vitales. Se conjuga experiencia con reflexión. (26)

En el proceso de TO, se presentan emergentes inesperados que encuentran el sitio donde aflorar, factores que no estaban contemplados hasta entonces algunas veces requieren prioridad en su atención. La maleabilidad y ductilidad que propone este enfoque posibilita vislumbrar objetivos para trabajar desde el servicio de terapia ocupacional en pos de una mejor calidad de vida, direccionando los esfuerzos en encontrar respuestas dentro de sus competencias, para atender dichas necesidades, ya que el sistema de salud se modifica constantemente y el To debe ser sensible a estos cambios y a las oportunidades que se pueden generar.

De lo expuesto en las tres secciones del capítulo I, damos cuenta que el escenario del siglo XXI trajo aparejado un replanteo de las ciencias, que cuestiona la visión del científico separada del objeto de conocimiento, se reconocen otras formas de racionalidad, se reconoce la estructura del lenguaje y el carácter lingüístico de las acciones humanas, este pluralismo se refleja en la dimensión interpretativa e intersubjetiva de la verdad. Frente a la concepción tradicional de la *verdad* como adecuación de un enunciado a la realidad, comienzan a aparecer intentos por

²¹ Monzón, Andrea. *Razonamiento y pensamiento crítico*. En ficha de cátedra: Deontología y Razonamiento Profesional. Instituto Universitario del Gran Rosario. [Material no publicado. Uso interno de la cátedra] Año 2008.

construir una idea de *verdad alternativa*. Dichos replanteos no son ajenos al campo de la terapia ocupacional, donde ha predominado el método de las ciencias naturales por sobre las sociales. La impronta positivista en la producción de conocimiento en Terapia Ocupacional ha atravesado la formación y prácticas, tornándose en un obstáculo epistemológico. Incorporar otras racionalidades, otras lógicas de pensamiento, implican al To como partícipe de la sociedad en la que se desarrolló y se desempeña actualmente, teniendo en cuenta la perspectiva integral de las experiencias de cada persona atravesada por realidades, circunstancias y problemáticas de la misma que indefectiblemente infieren positiva o negativamente en su desempeño. Como también detentar una actitud crítica y transformadora de naturalizaciones que son el reflejo de intervenciones y paradigmas que se han arraigado, dando lugar a un pensamiento dicotómico y un accionar condicionado por este, postergando y desvalorizando aquello que no parte de las ciencias formales jerarquizadas por el pensamiento hegemónico.

En el desempeño de cada To, la capacidad de reconocer todos estos factores en sí mismo y en el otro, favorecen el vínculo que desarrolla con la persona, contemplando todos sus aspectos y promoviendo mayor empatía. Así la influencia y la dinámica de estos factores actuarán positivamente obteniendo un abordaje más integral y eficiente.

Interpela entonces a romper con ciertas estructuras de la práctica profesional, concebirla como un modelo abierto, capaz de interrogarse y de construirse como un elemento mediador entre la teoría y la realidad social.

De este modo, integrar dicha mirada al hacer del To lo vuelve a su esencia reconquistando una perspectiva holística, en un proceso dialéctico, dinámico y no cerrado.

Bibliografía Capítulo I.III:

- (24) Moruno Miralles, Pedro. Introducción al proceso clínico en terapia ocupacional. En Moruno Miralles, P. y Romero Ayuso, Dulce M.; Terapia Ocupacional: Teoría y Técnicas. Barcelona, España. Ed. Masson S.A. 2003.
- (25) Canadian Association of Occupational therapist: General Guidelines for Client- Centred Occupational Therapy Practice; En Occupational Therapy Guidelines for client-centred practice. CAOT/L'ACE publications.1991.
- (26) Monzón, Andrea. Razonamiento y pensamiento crítico. En ficha de cátedra: Deontología y Razonamiento Profesional. Instituto Universitario del Gran Rosario. [Material no publicado. Uso interno de la cátedra] 2008.

CAPITULO II

Razonamiento Clínico

II.1 LOS COMIENZOS DEL RAZONAMIENTO CLÍNICO (27),(28),(29),(30),

(31)

*“Razonamiento es el método lento y tortuoso por el cual aquellos que no saben la verdad la descubren”
Blaise Pascal*

El **concepto de razonamiento clínico** (RC) ha estado presente en mayor o menor medida a lo largo de la historia de las ciencias de la salud. Los términos: *razonamiento clínico; toma de decisiones clínicas; solución de problemas clínicos y razonamiento diagnóstico*, son generalmente considerados como sinónimos y se usan de manera intercambiable. En el área de la salud, se lo definió como un modo de pensamiento complejo para obtener información, organizarla e interpretarla; generar hipótesis y probarlas; evaluar otras alternativas diagnósticas y descartarlas, y/o proponer o comprobar el tratamiento. En 1980, Barrows lo definió como *“el proceso cognitivo necesario para evaluar y manejar el problema médico de un paciente”*²².

Dicho concepto surge con los planteamientos de Hipócrates (Grecia; siglo V a.C.), que marcan el inicio de la medicina científica en la tradición occidental; los mismos, conformaron el método clínico primigenio y dieron vida a la semiología; introdujeron la anamnesis, la inspección, la palpación y la auscultación e interpretaron la enfermedad por primera vez como un fenómeno natural, ajeno a influencias de carácter mágico-religioso. En esto coincidirá veinte siglos después un gran hipocrático, Sydenham (Londres; siglo XVII d.C.), quien insistió en el imperativo del regreso a la observación directa de los pacientes y en el registro de datos particulares, eliminando previamente toda hipótesis de naturaleza filosófica, es decir no inductiva.

²² Barrows, H.S., Tamblyn, R.M. *Problem Based Learning: an Approach to Medical Education*. New York: Springer, 1980.

En las ciencias médicas se considera RC una construcción entre el razonamiento hipotético-deductivo y el reconocimiento de patrones clínicos. Fue y es la metodología que se utiliza en la formación “al lado de la cama del paciente”, articulando los conocimientos y la práctica. “(...) La combinación de los dos enfoques (normativo y descriptivo) sugiere que tanto la razón como la experiencia son importantes en el RC, ya que la solución de problemas en medicina es muy dependiente del contexto y del contenido del problema.”²³

Los modelos actualmente identificados en esta área, explican que el razonamiento clínico se puede dividir en dos tipos: **el analítico y el no-analítico**. El modelo tradicional en el que se han centrado los educadores médicos es el **analítico**, supone un análisis cuidadoso de la relación entre los síntomas y signos y los diagnósticos como el indicador de la pericia clínica. Este modelo utiliza el pensamiento analítico con el modelo hipotético-deductivo; plantea una secuencia iterativa de generación y eliminación de hipótesis, dependiendo de los datos clínicos encontrados durante el proceso diagnóstico, para así generar una lista diferencial de diagnósticos relevantes y aplicar un algoritmo diagnóstico adecuado que permita ponderar cada diagnóstico en términos de su probabilidad relativa.

El modelo **no-analítico** se apoya en la experiencia de los clínicos, quienes rápidamente y sin un análisis detenido establecen el diagnóstico gracias a un proceso de “reconocimiento de patrones”, las experiencias pasadas son utilizadas para establecer un juicio fundamentado en una probabilidad de que el problema clínico actual sea similar al otro caso visto con anterioridad. Esta forma de

²³ Ponce de León, María E.; Viesca Treviño, Carlos; Sánchez Mendiola, Melchor. *Razonamiento Clínico en medicina*. En http://www.medicinaysalud.unam.mx/seam2k1/2006/ago_02_ponencia.html [Consulta: 23/09/2009].

razonamiento es automática, rápida y no requiere de plena conciencia, lo cual lo sujeta a un riesgo mayor de error.

Cuando el razonamiento se hace más automático, comienza a funcionar por patrones. El proceso se hace más eficiente y efectivo. La experticia profesional se desarrolla como una transición desde una base de conocimientos altamente conceptual y racional adquirida en la formación educativa hasta una habilidad “no analítica” para reconocer y manejar situaciones clínicas familiares, adquirida en un extenso y significativo ejercicio clínico. (27)

Estos dos modelos no son mutuamente excluyentes, sino que ambas formas de procesamiento mental de información ocurren durante la práctica clínica y contribuyen a la toma de decisiones, tanto en novatos como en expertos. De esta manera los clínicos combinan de manera variable estos dos modelos, para llegar de una manera efectiva al diagnóstico más probable. Estas dos formas de razonamiento se deben ver como contribuyentes complementarios a la precisión global del proceso de razonamiento clínico, cada uno influenciando al otro.

Razonamiento Clínico en Terapia Ocupacional (28), (29), (30), (31)

El estudio acerca del modo de razonar de los profesionales, se ha ido profundizando en algunas especialidades médicas y se ha extendido a otras disciplinas del área de la salud, siendo una de ellas, Terapia Ocupacional (TO).

En principio, cabe señalar que razonamiento clínico en TO “Es un proceso de pensamiento complejo que se utiliza durante todas las etapas de tratamiento.”²⁴

Rogers (1983), plantea que el RC es el pensamiento que guía la práctica, constituyendo el corazón de la clínica. Su objetivo es decidir qué tratamiento es

²⁴ Cantero Garlito, Pablo. Moruno Miralles, Pedro. Talavera Valverde, Miguel. *Razonamiento Clínico en Terapia Ocupacional*. Boletín WFOT. Volumen 59. Mayo 2009. Pág. 58.

mejor para la persona. Para dar respuesta y planificar la terapia, el terapeuta ocupacional (To) se ve en la necesidad de “razonar clínicamente”. Teniendo en cuenta las siguientes inquietudes:

- ¿Cuáles son los problemas concretos de ejecución ocupacional del sujeto?
- ¿Cuál es el potencial y estado actual de funcionalidad ocupacional del paciente? ¿Se puede mejorar?
- ¿Qué habrá que realizar para mejorar el nivel funcional?
- ¿Es efectivo el tratamiento?
- ¿Cuándo y cómo debe finalizar el tratamiento? (28)

Schön (1984), pensador y filósofo, influyente en el desarrollo de la teoría y la práctica del aprendizaje profesional en el siglo XX, plantea que el RC implica denominar y enmarcar los problemas sobre la base del conocimiento personal de la situación del individuo; e impulsa a la Federación Americana de Terapia Ocupacional (AFOT) a investigar acerca del RC del terapeuta ocupacional en la práctica clínica.

A raíz de dicha investigación la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) publica en 1988 una revista monográfica acerca de RC, en el cual se establecen dos grandes tipos de razonamiento de los To: razonamiento científico y razonamiento narrativo.

“(…) El **razonamiento científico** implica un proceso lógico basado en la comprobación de hipótesis, mientras que el **razonamiento narrativo** refleja un proceso fenomenológico en el que “las historias o narraciones” son utilizadas para dar significado a los acontecimientos terapéuticos.”²⁵ (28)

²⁵ Sánchez Garrido, I. Romero Ayuso, D. Razonamiento Clínico y Solución de Problemas. En Romero Ayuso, D. Moruno Miralles, P. *Terapia Ocupacional Teoría y Técnicas*. Barcelona, España. Ed. Masson S.A. 2003. Pág. 298.

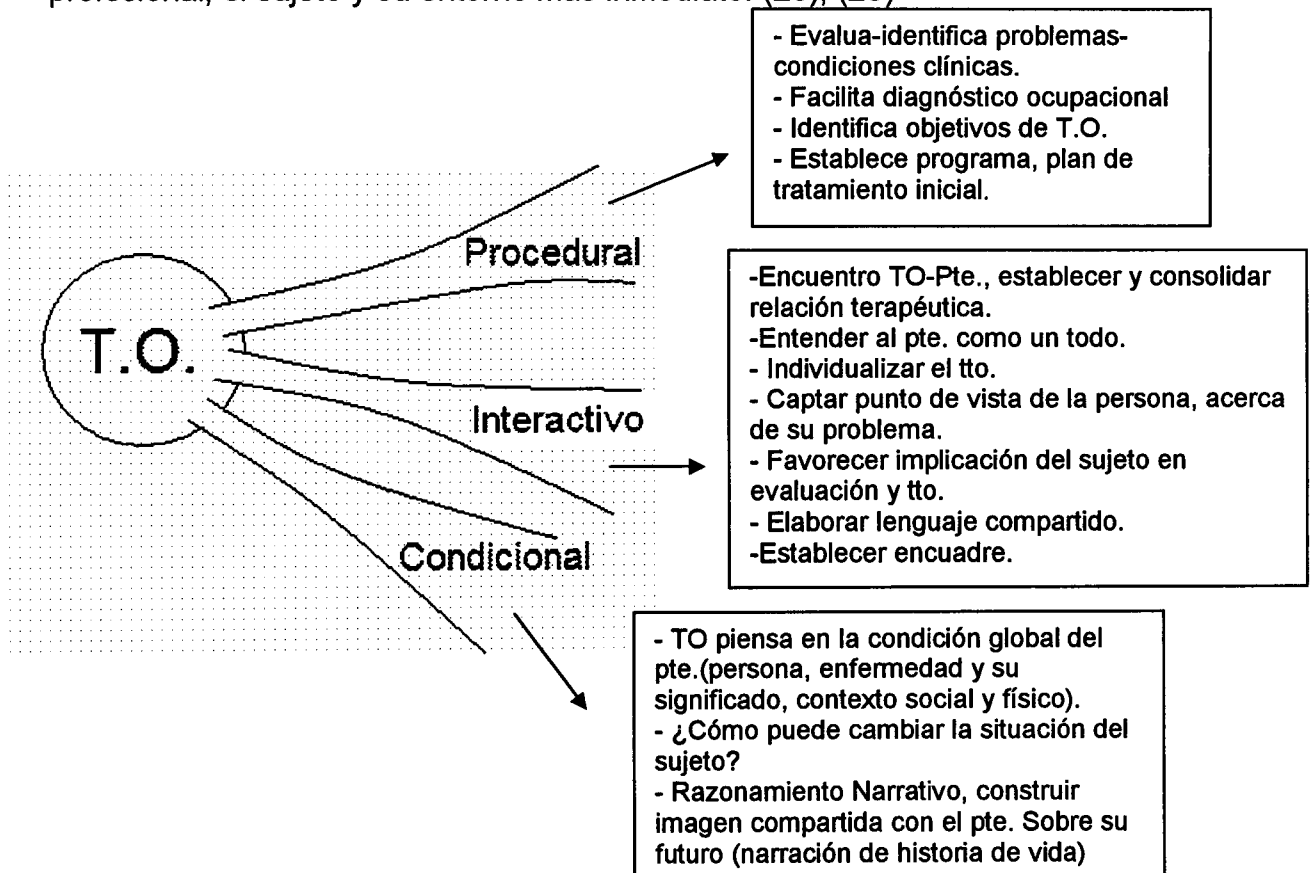
En 1991, **Fleming** describe el modo en que los To utilizan diferentes estrategias de pensamiento que se alternan, dependiendo del caso y la situación que se presente y que cumplen diferentes funciones, esto fue denominado como “*three track mind*”, que significa “**tres rutas de pensamiento**” o “el terapeuta con la mente en tres caminos”, las cuales son las siguientes: procedural, interactivo y condicional.

- **Razonamiento Procedural:** El To se enfrenta a una variedad de potenciales problemas y es su desafío descubrir el posible origen, como también las estrategias más adecuadas para hallar la solución. El acervo de conocimientos teóricos y de experiencia práctica le servirán de guía para organizar, almacenar y recuperar su conocimiento asociado a ese caso y proporcionar las estrategias adecuadas.

- **Razonamiento Interactivo:** Esta estrategia de pensamiento se desarrolla necesariamente en el encuentro entre la persona que se acerca a TO y el profesional. Es un espacio para entender al sujeto como un todo. La función de este razonamiento es captar la experiencia de la discapacidad desde el punto de vista de la persona, favorecer la implicación del sujeto en el tratamiento o evaluación, establecer y consolidar la relación terapéutica. Elaborar un lenguaje compartido de acciones y significados, establecer límites y normas. Una técnica para lograr una buena y efectiva vinculación entre la persona y el terapeuta.

- **Razonamiento Condicional:** Junto a Mattingly en 1994 definen esta estrategia de un modo más complejo. Distinguen dentro de ésta, tres modalidades diferentes: La *primera*, el lugar en que el To piensa sobre la condición total o global

del sujeto, considerando a este, su enfermedad y el significado que tiene para el y para su familia. Incluye el contexto social y físico en el que vive la persona. La *segunda*, se refiere a como el To imagina de que forma puede cambiar la condición del sujeto si este logra modificaciones. La *tercera*, denominada Razonamiento Narrativo, es la capacidad del To de construir junto a la persona una imagen futura sobre el o los cambios posibles de la condición previa. Aquí están implicados el profesional, el sujeto y su entorno más inmediato. (28), (29)



Se alternan según la situación y cumplen diferentes funciones

Cuadro de elaboración propia. Fuente: (13)

Por su parte, **Schell** en 1998 realizó otra clasificación agregando dos tipos de razonamiento a los ya definidos por la AOTA en 1988, conceptualizándolos como cuatro aspectos del razonamiento clínico: científico, pragmático, narrativo y ético, los

cuales están descritos en la 10 ed. de Williard Spackman; ésta clasificación tiene el propósito de abarcar los mismos interrogantes que se planteo Rogers en 1983. En 2009 en la 11 ed. del mismo libro, se refiere al RC como un "...proceso cognitivo básico que utilizan los profesionales para planificar, dirigir y desarrollar el cuidado del usuario, así como la reflexión sobre el proceso de atención."²⁶

Los cuatro aspectos de RC son desarrollados del siguiente modo:

- **Razonamiento Científico:** Se utiliza para comprender el trastorno que afecta a una persona y decidir las intervenciones que sean las adecuadas para su problema. Plantea dos formas de razonamiento científico; el *razonamiento diagnóstico*, vinculado a la detección de los problemas médicos y la definición de problemas y el *razonamiento operativo*, el cual se desarrolla cuando el profesional piensa acerca de cuáles serán las actividades terapéuticas adecuadas para ese caso. Esto comprende la entrevista, la observación y evaluación.

- **Razonamiento Narrativo:** Se basa en el conocimiento del significado que tiene la enfermedad o la discapacidad para ese sujeto. El profesional debe encontrar la forma de conocer y comprender la perspectiva de la persona. Conocer esa historia que se vio interrumpida y que en el mejor de los casos se buscara reinventar otra; claro está, diferente. Este aspecto finalmente se centra en el sujeto como un ser ocupacional, favorece el sentido del yo como una persona productiva. El conocimiento de las historias vitales se evidencia cuando se seleccionan actividades terapéuticas y se desarrollan los objetivos conjuntamente entre el profesional y la persona.

²⁶ Cantero Garlito, Pablo. Moruno Miralles, Pedro. Talavera Valverde, Miguel. *Razonamiento Clínico en Terapia Ocupacional*. Boletín WFOT. Volumen 59. Mayo 2009. Pág. 54.

- **Razonamiento Pragmático:** Este se encarga del mundo en el que se desarrolla la terapia. Se consideran dos perspectivas, contexto práctico y contexto personal. El primero se compone de los recursos terapéuticos, la cultura organizacional, las relaciones de poder entre los miembros del equipo, los problemas retributivos y las tendencias de la práctica en la profesión. Diversos estudios han confirmado que los contextos influyen activamente y condicionan a los profesionales.

Por otro lado el contexto personal del profesional, hace referencia a las competencias clínicas, las preferencias, el compromiso con la profesión y la demanda de otros roles fuera del trabajo que afecten sus elecciones. Algunas cuestiones personales afectan el alcance y las oportunidades de los servicios de terapia ocupacional.

- **Razonamiento Ético:** Con el propósito de introducir este razonamiento como otro de los componentes en el RC, Schell retoma tres preguntas formuladas por Rogers (1983) a las cuales el profesional debe responder: ¿Cuál es la situación ocupacional de la persona? ¿Que se puede hacer para mejorar la situación de la persona? ¿Que debe hacerse?

“(…) El proceso de razonamiento clínico termina en una decisión ética, más que en una científica, y la naturaleza ética del objetivo del razonamiento clínico se proyecta sobre toda la secuencia.”²⁷

“(…) Se utilizan los procesos lógicos asociados con el RC para comprender los deterioros, las discapacidades y los contextos de desempeño en sus pacientes y para poder predecir el impacto que tienen estos sobre el desempeño ocupacional. El razonamiento narrativo ayuda a los profesionales a apreciar el significado de las

²⁷ Boyt Schell, Barbara A. Razonamiento Clínico: la base de la práctica. En Willard & Spackman, *Terapia Ocupacional*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Médica Panamericana. 10ª Edición. Año 2005. Pág. 137.

limitaciones del desempeño ocupacional para la persona, y apoya así la atención centrada en el individuo. Se utiliza el razonamiento pragmático cuando se encarar las realidades prácticas asociadas con la provisión de servicios. Todas estas formas de razonamiento conducen a un proceso de razonamiento ético por medio del cual los profesionales seleccionan la mejor acción de terapia para responder a las necesidades del desempeño ocupacional del individuo”²⁸ (30)

Preocupaciones principales del razonamiento clínico

- ¿Cuáles son las preocupaciones del desempeño ocupacional?
- ¿Cuál es el estado y la posibilidad del desempeño ocupacional de la persona?
- ¿Hasta qué punto son eficientes las intervenciones?
- ¿Cuándo y cómo deben detenerse las intervenciones?



Científico

Utilizado para comprender la naturaleza del trastorno
 ¿Cuál es la naturaleza de la enfermedad, la lesión o el problema de desarrollo?
 ¿Cuáles son las discapacidades habituales que resultan de este trastorno?
 ¿Cuáles son los factores típicos que afectan el desempeño?
 ¿Qué teorías e investigación están disponibles para guiar la evaluación y la intervención?
 ¿Qué protocolos de intervención son aplicables al trastorno de esta persona?

Narrativo

Utilizado para comprender el significado del trastorno para esa persona
 ¿Cuál es la historia vital de esta persona?
 ¿Cuál es la naturaleza de esta persona como ser ocupacional?
 ¿Cómo ha afectado el trastorno de la salud la historia vital de la persona o su capacidad para continuar su historia vital?
 ¿Qué actividades ocupacionales son más importantes para esta persona?
 ¿Qué actividades ocupacionales son más significativas para esta persona y útiles para cubrir los objetivos terapéuticos?

Pragmático

Utilizado para comprender las cuestiones prácticas que afectan a la acción clínica
 ¿Quién derivó a esta persona y por qué?
 ¿Quién está pagando los servicios y cuales son las expectativas?
 ¿Qué recursos de la familia o de personas a cargo existen para apoyar la intervención?
 ¿Cuáles son las expectativas del supervisor de terapia ocupacional y el lugar de trabajo?
 ¿Cuánto tiempo hay para ver a esta persona?
 ¿Qué espacio y equipo de terapia están disponibles?
 ¿Cuáles son las competencias clínicas del terapeuta ocupacional?

Ético

Utilizado para elegir acciones moralmente defendibles, dados los intereses competitivos.
 ¿Cuáles son los beneficios y los riesgos para la persona relacionados con la prestación de servicios y que los beneficios justifiquen los riesgos?
 Frente a tiempo y los recursos limitados, ¿cuál es la forma más justa de dar prioridad a la atención?
 ¿Cómo puede el terapeuta ocupacional equilibrar los objetivos de la persona que recibe servicios con los que presta cuando no hay coincidencia?
 ¿Hasta qué punto el terapeuta ocupacional debe adaptar la documentación de los servicios para mejorar el reembolso?
 ¿Qué debe hacer el terapeuta ocupacional cuando otros miembros del equipo de tratamiento están operando de manera que aquél percibe un conflicto con los objetivos de la persona que recibe los servicios?

Cuadro Extraído de: Boyt Schell, Barbara A. *Razonamiento Clínico: la base de la práctica.* En Willard & Spackman, *Terapia Ocupacional.* Buenos Aires, Argentina. Ed. Médica Panamericana. 10ª Edición.

Año 2005. Pág. 135.

²⁸ *Ibid.* Pág. 138.

Esta autora desarrolla dos procesos que interactúan entre sí, los mismos incluyen los aspectos del razonamiento anteriormente citados:

❖ **Proceso Interactivo:** Los procesos de razonamiento científico, pragmático, narrativo y ético están entrelazados en todo el curso de la terapia. En efecto cada perspectiva informa a la otra.

Subyacente al punto de vista del RC como un proceso interactivo se encuentra la naturaleza comunicativa del ejercicio de terapia ocupacional, ya que comprende *hacer con* las personas. Los profesionales deben ganarse la confianza del sujeto y de los seres importantes para este y lo hacen conociendo su entorno particular. Así podrán comprender mejor el modo de ayudar al individuo a resolver los problemas de desempeño.

❖ **Proceso Condicional:** Los profesionales deben combinar diferentes aspectos del RC para interactuar eficazmente y a su vez, tener en cuenta la posibilidad de modificar de manera flexible las intervenciones en función de las condiciones cambiantes del sujeto. Retomando lo planteado por Fleming; es "(...) formar una imagen de las futuras posibilidades vitales para la persona (...)", la capacidad para formar esas imágenes parece requerir de una fusión de todas las formas del RC junto con experiencia clínica suficiente. Estas imágenes ayudan a los To a seleccionar las actividades. De esta manera, los profesionales contribuyen a que las personas participen de nuevo en sus vidas a través de ocupaciones significativas.

La autora sintetiza el concepto de RC de la siguiente manera; "...es el proceso utilizado por los profesionales para planificar, dirigir, proceder a la atención del paciente y reflejarse en ella. Es un proceso de todo el cuerpo y multisensorial, lo que requiere una actividad cognitiva compleja. Los

profesionales desarrollan esquemas y anotaciones a medida que ganan en experiencia, que forman la base del conocimiento y acción específicos. El RC es multifacético y permite a los profesionales comprender los problemas del individuo desde diferentes perspectivas (...).”²⁹(30)

Labrador Toribio (2001), retoma los planteos de Fleming (1991) y desarrolla el RC en TO como enfoques o rutas del To; y agrega que cada uno de estos se integran por cuatro tipos de razonamiento, retomando los aportes de Schell. Estos se entrelazan a través de la terapia y cada uno de ellos informa al resto. Dicho autor los describe de la siguiente manera:

- **Razonamiento Científico:** También llamado de planificación (u operativo, según Schell; 1998), significa entender la condición que afecta al individuo y decidir la intervención terapéutica más idónea para esa persona. Otra forma de razonamiento científico, es el razonamiento diagnóstico, cuyo enfoque es identificar y definir los problemas. El terapeuta en este tipo de razonamiento adquiere una mirada reduccionista, ve al sujeto como un receptor de una determinada patología o discapacidad.

- **Razonamiento Narrativo:** Aquí el To se interesa por conocer el significado que tiene la enfermedad según la perspectiva de la persona y así comprender sus motivaciones.

- **Razonamiento Pragmático:** A través de este razonamiento es posible conocer los aspectos prácticos que afectan la acción clínica. Implica analizar en qué

²⁹ Boyt Schell, Barbara A. Razonamiento Clínico: La base de la Práctica. En Willard & Spackman, *Terapia Ocupacional*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Médica Panamericana. 10ª Edición. Año 2005. Pág. 138.

contexto se desarrolla la práctica, el entorno de la persona, los recursos, la cultura, las relaciones entre los miembros del equipo médico, y la situación del profesional frente a ese caso según su experiencia.

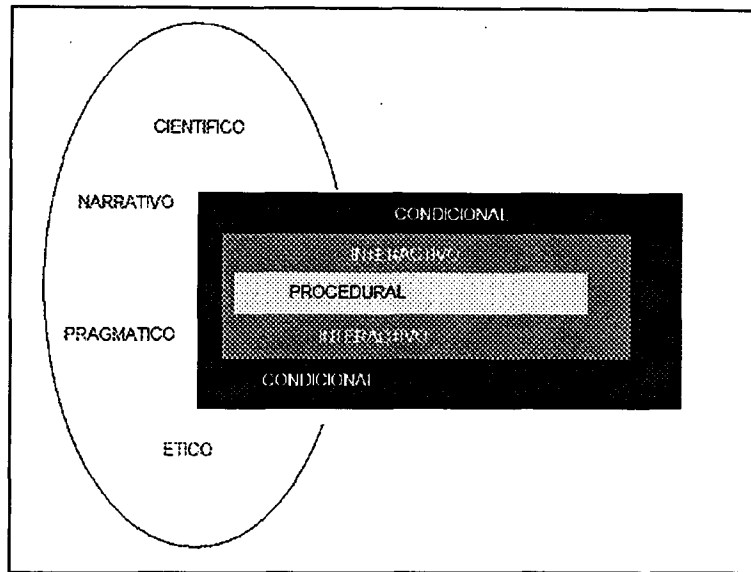
- **Razonamiento Ético:** Responde a la pregunta ¿qué se debe hacer? Permite desarrollar un plan terapéutico que contemple las necesidades del sujeto. El código deontológico sirve como guía en el momento de la práctica.

Los cuatro tipos de razonamiento hasta aquí descritos interactúan unos con otros dando lugar a **las tres rutas de análisis en el RC:**

- **Pensamiento Procedural:** Esta guía utiliza los marcos de referencia, permite generar hipótesis, gracias a la teoría y la práctica. Almacena una determinada información que permite identificar los problemas, planificar objetivos y seleccionar técnicas para los diferentes diagnósticos. Guía la búsqueda de información durante la evaluación.

- **Pensamiento Interactivo:** Se desarrolla en los encuentros entre la persona y el To, se utilizan para individualizar la intervención y entender al sujeto. Se trata de comprender y captar la experiencia de discapacidad desde el punto de vista de esa persona que la experimenta para favorecer su implicancia en la evaluación y el tratamiento. Encontrar un lenguaje compartido en códigos y significados, establecer normas y límites. El To debe ajustarse a las motivaciones y estados de humor de la persona.

- **Pensamiento Condicional:** Se refiere a la imagen del sujeto que esta condicionada por la participación y las respuestas del mismo. Estas condiciones son cambiantes nunca estáticas. Se debe tener en cuenta el estado médico y mental del mismo que difieren según los estadios y fases de recuperación en el cual se encuentra. (31)



Cuadro de elaboración propia Fuente: (26)

En función de la diferenciación entre razonamiento procedural, interactivo y condicional se han desarrollado sucesivas críticas a lo largo de los años, tomando relevancia la realizada por **Roberts** en 1996. Esta autora enfatiza la diferencia entre el proceso de razonamiento y su contenido, argumentando que lo que se ha propuesto como modalidades o tipos de razonamiento no son mas que los diferentes contenidos que entran en juego con cada caso abordado dando lugar a la definición de nuevas formas de razonamiento que no existen en el cuerpo de conocimiento sobre RC en otras disciplinas o áreas de conocimiento. (29)

En Argentina, se encuentran terapeutas ocupacionales que, interesadas en el tema intentan profundizarlo a través del estudio de las líneas ya mencionadas y así

divulgarlas a colegas y alumnos con el objetivo de conocerlos, identificarlos y aplicarlos en la práctica. Tal es el caso de las docentes: Lic. TO Sara Daneri y TO Andrea Monzón que en el Instituto Universitario del Gran Rosario en Ciencias de la Rehabilitación y el Movimiento en la Licenciatura en Terapia Ocupacional, dictan una materia llamada Deontología y Razonamiento Profesional.

En la Universidad de Buenos Aires, la Lic. en TO Ma. Laura Bustingorri, docente de la misma, incluye los conceptos de RC en diferentes materias de la formación de TO y ha dictado en varias oportunidades un seminario de RC teórico práctico, dirigido a To y alumnos avanzados con el objetivo de afrontar las dificultades que se presentan a la hora de vincular las teorías y los contenidos aprendidos, con la práctica cotidiana y reflexionar conscientemente sobre los tipos de razonamiento clínico que se utilizan, para facilitar la planificación, dirección y ejecución de los cuidados que se suministra a las personas que concurren a TO.

La presente recopilación diferencia los pensamientos y desarrollos teóricos de los autores interesados en la temática, de este modo evidencia cómo el RC se hace presente durante el proceso terapéutico, considerando estrategias que se pueden ir alternando según las características del desarrollo de la intervención terapéutica.

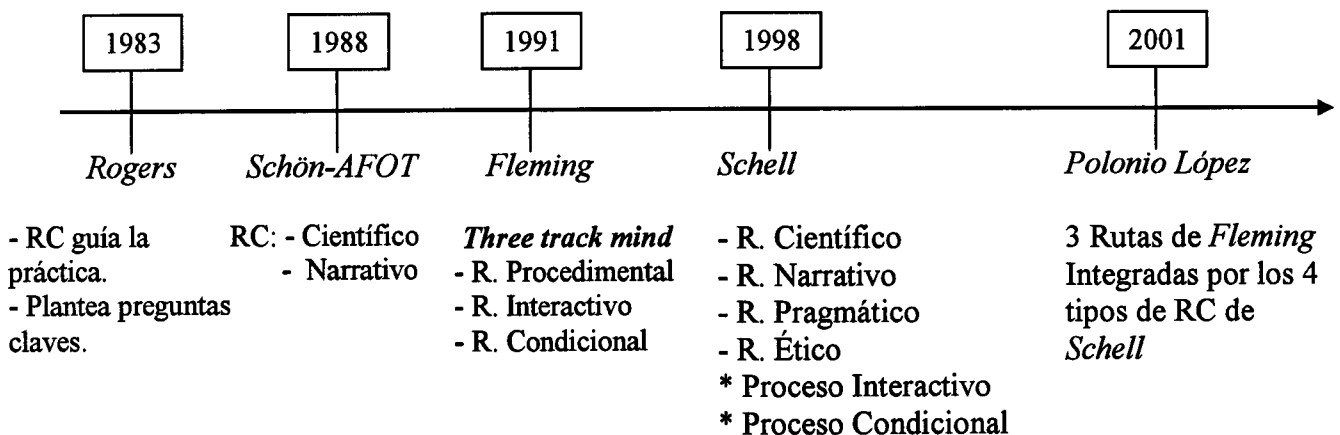
Tanto Ward (2003) como Unsworth (2005) postulan que los terapeutas parecen *mezclar* sus diferentes modos de razonamiento (procedimental, interactivo y condicional) durante la interacción con la persona; por ejemplo, durante la evaluación inicial, el razonamiento del To puede estar guiado por el razonamiento procedural -de carácter analítico y que requiere un espacio del problema bien definido, gracias a los modelos o marcos de referencia teóricos y a la experiencia clínica previa del To- para evaluar las condiciones patológicas y sus repercusiones en el desempeño ocupacional. No obstante, ante la aparición de determinados y

sutiles indicios, el terapeuta ocupacional cambia de una estrategia de razonamiento a otra, para darles respuesta –por ejemplo: si identifica un aumento de tensión durante la entrevista, el To puede decidir bromear sobre cualquier aspecto de la situación o cambiar el contenido de la conversación, con el propósito de relajar la tensión de la persona. Logrado el cometido, vuelve de nuevo a la tarea dominada por la primera estrategia de razonamiento.

Según Mattingly y Fleming (1994), cuando el To trata de individualizar el tratamiento, el razonamiento interactivo parece funcionar mejor que el razonamiento procedural. Este tipo de razonamiento se da en respuesta a problemas peor definidos y en los que intervienen gran numero de indicios provenientes de diversas fuentes, en los que se muestra más eficaz que el razonamiento procedural. El razonamiento interactivo del To requiere un análisis activo sobre los indicios que observa en el sujeto, a la espera de la respuesta de éste frente a tal interpretación.

(29)

La mayoría de los autores comparten la necesidad de conceptualizar sobre el modo en que los To desarrollan su hacer. Muchos han retomado la teoría de “Las Tres rutas” de Fleming y continúan la investigación, brindando sus aportes. Otros, como Neistadt, Unsworth, Roberts han contemplado aspectos similares creando otros significados a los que se sumaron nuevas adhesiones.



A partir de lo plasmado en este capítulo, las autoras concluyen que el RC es una habilidad cognitiva que implementa todo To en el proceso terapéutico, atraviesa el quehacer profesional, en el análisis, toma de decisiones e implementación de las mismas. Se cimienta en la formación de grado y se nutre de experiencias personales y profesionales.

Consideramos que incluir las conceptualizaciones sobre RC, resultarían clarificadoras durante el proceso de enseñanza-aprendizaje del rol, que contribuirían con el futuro ejercicio del rol profesional, no sólo en identificar la diversidad de datos a tener en cuenta durante las intervenciones, sino también en brindar herramientas para la organización de la información y construir los abordajes. No obstante, creemos que en la práctica real, la identificación de datos y modos de razonar son más complejos, articulados y compartidos en la lógica del pensamiento del profesional. Si bien las rutas y tipos de razonamiento planteadas anteriormente son únicamente una descripción teórica posible, consideramos que a modo de aprendizaje, dichas teorizaciones facilitarían un acercamiento al desempeño real, sin embargo no sería apropiado considerarlas ni rígidas, ni únicas, ni cerradas. Tal vez el desafío implique identificar nuevas rutas de pensamiento e información que no contemplan los autores citados.

El To realiza un abordaje sin hacer conciente la alternancia que se sucede entre los modos de pensamiento, ni categoriza los datos que va recabando, simplemente aborda el caso para llegar a tener una mirada integral del mismo.

En función de la conceptualización realizada por Labrador Toribio se reformularan los siguientes términos a los fines de ser usados metodológicamente. Aquello denominado como enfoques o rutas de pensamiento, se lo llamará *estrategias de pensamiento*, estas son; **procedural, interactivo y condicional**, las

cuales ya se han desarrollado ampliamente en este capítulo; estas se interrelacionan permanentemente durante el proceso de terapia ocupacional.

Estas estrategias de pensamiento se nutren de toda la información que compete a un caso determinado, lo que se denomina por las autoras como *fuentes de datos*; llamado por Labrado Toribio, tipos de razonamiento. Con el objetivo de reconocer y organizar minuciosamente la información pertinente al caso, dichas fuentes se dividen en cuatro, estas son: ***científica, pragmática, ética y narrativa***; en el transcurso del proceso prevalecen alternativa y/o conjuntamente con mayor o menor fluidez, como contenidos fundamentales para el razonamiento clínico del To.

Creemos que cuando nos referimos a los modos de pensamiento o razonamiento, no son más que un pensamiento que puede tener diversas características, según su dinámica, sus cualidades, su flexibilidad y apertura.

Consideramos que el aporte de introducir al análisis, esquematización de la información referida a un caso, los tipos de razonamientos y fuentes de datos utilizados en terapia ocupacional intentan y pueden resultar de gran utilidad para el inexperto que se encuentra desempeñándose en las primeras situaciones reales de abordaje.

Erhardt y Meade (2005), destacan que **“(...) la eficacia del RC se considera un componente esencial entre los profesionales de la salud. Saber como organizar el pensamiento proporciona una estructura para organizar y apoyar el pensamiento clínico y la reflexión (...)”**.³⁰

Unsworth (2004) asegura que el RC en TO constituye la principal estrategia para la toma de decisiones, responde a “saber como” (know-how) hacer en el

³⁰ Cantero Garlito, Pablo. Moruno Miralles, Pedro. Talavera Valverde, Miguel. *Razonamiento Clínico en Terapia Ocupacional*. Boletín WFOT. Volumen 59. Mayo 2009. Pág. 54.

ejercicio diario del profesional, posibilitando al terapeuta buscar información e interpretarla para poder generar la mejor opción de intervención.

“El RC posibilita clarificar con mayor exactitud el qué sucede y cuales son las estrategias que podemos desarrollar para solucionar las disfunciones ocupacionales que presenta ese usuario concreto, en el marco de un contexto y una biografía particular.”³¹

³¹ *Ibíd.* Pág. 58.

Bibliografía Capítulo II.I:

- (27) Viesca Treviño, Carlos. Ponce de León, María E. Sánchez Mendiola, Melchor. Razonamiento Clínico en medicina. En http://www.medicinaysalud.unam.mx/seam2k1/2006/ago_02_ponencia.html [Consulta: 23/09/2009].
- (28) Romero Ayuso, Dulce M.; Sánchez Garrido, Ignacio. Razonamiento clínico y solución de problemas. En Romero Ayuso, D.M.; Moruno Miralles, Pedro. Terapia Ocupacional, Teoría y Técnicas. Barcelona, España. Ed. Masson S.A. 2003.
- (29) Cantero Garlito, Pablo. Moruno Miralles, Pedro. Talavera Valverde, Miguel. Razonamiento Clínico en Terapia Ocupacional. Boletín WFOT. Volumen 59. Mayo 2009.
- (30) Boyt Schell, Barbara A. Razonamiento Clínico: la base de la práctica. En Willard & Spackman, Terapia Ocupacional. Buenos Aires, Argentina. Ed. Médica Panamericana. 10ª Edición. Año 2005.
- (31) Labrador Toribio, Cristina. Razonamiento clínico en Terapia Ocupacional. En Durante Molina, Pilar. Noya Arnaiz, Blanca. Polonio López, Begonia. Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional. Madrid, España. Ed. Médica Panamericana. 2001.

II. II RC EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL (32),(33),(34).

El desafío del profesional al abordar un caso es complejo, requiere de conocimiento y entrenamiento, debe contemplar todos los factores que atraviesan a la persona al momento de sobrellevar un suceso que altera en mayor o menor medida su rutina diaria, la cual está impregnada de cuestiones personales, familiares y de contexto. El RC conforma un registro minucioso de todos estos datos previendo un posterior análisis completo y eficaz.

El To que ha incorporado dicho concepto durante su formación, lo ejercitó y fue evaluado durante este proceso de aprendizaje perfeccionando sus resultados, será quien cuente con más estrategias eficientes y mayor fluidez en su implementación. Con ello no estará resuelta su práctica clínica pero le brindara un aporte al desarrollo de la misma.

El graduado al terminar su formación académica en la UNMDP tiene una reducida experiencia en la clínica que corresponde a las prácticas clínicas I, II y III. Dicha experiencia, se irá incrementando paulatinamente, conforme a la diversidad de población, de patologías y de espacios donde trabaje, al mismo tiempo se acrecentarán sus cualidades profesionales siempre y cuando sea su elección. Este proceso le permitirá desarrollar habilidades y sumar herramientas, ampliar sus destrezas en cantidad y calidad, para ello, es apropiado una conducción que sostenga la esencia y el propósito de la disciplina. **El RC guía el ejercicio en cualquiera de las áreas de incumbencia “(...) es la base de la práctica, no solo facilita el análisis de alternativas al tomar decisiones acerca de las**

intervenciones, sino que además asienta una práctica sólida que apoya nuestra competencia clínica.”³²

Mattingly y Fleming (1994), refieren que el conocimiento y las destrezas que se ponen en juego en la práctica cotidiana de los To son diferentes de los aprendidos en los libros de texto y en la formación académica. Este hecho es consecuente de que **los terapeutas combinan los conocimientos teóricos con su experiencia personal y profesional, y es tal combinación la que guía sus acciones.** El estudio del RC de los To en su práctica clínica, constituye una aproximación válida para tratar de conocer y describir las estrategias y habilidades que entran en juego durante su labor, los conocimientos implicados en tal proceso y factores que conforman la interacción entre conocimiento y acción. (32)

Como refieren los autores anteriormente, no es fácil la tarea de explicitar el modo en que utilizan la experiencia en su desempeño actual, aunque con el transcurso del tiempo en la práctica todos la obtienen “(...) los To cuentan con la capacidad de combinar los diferentes componentes del proceso terapéutico y el contexto de la vida del individuo(...) [dicha habilidad] es desarrollada a través de un proceso longitudinal que han adquirido al mantenerse en el ejercicio de la práctica profesional continua y por la experiencia alcanzada en el área de atención específica(...)”³³(33)

Se ha establecido una relación entre los años de experiencia y las características del RC en cada etapa. Diversos autores asientan que el perfeccionamiento del RC sigue un curso determinado, Dreyfus y Dreyfus en 1986,

³² Cantero Garlito, Pablo. Moruno Miralles, Pedro. Talavera Valverde, Miguel. *Razonamiento Clínico en Terapia Ocupacional*. Boletín WFOT. Volumen 59. Mayo 2009. Pág. 57.

³³ Zurelis Santana, Jorge. Del Razonamiento Clínico a la práctica de la Terapia Ocupacional basada en la evidencia. En <http://www.espaciotovenezuela.com/razonamiento.html>. [Consulta: 04/06/2009].

establecen **cinco etapas de evolución**: inexperto, principiante avanzado, competente, entendido y experto. La propuesta fue revisada posteriormente por otros autores y continua vigente. Sánchez Garrido y Romero Ayuso los describen de la siguiente manera:

Principiante: Se considera a aquel que no tiene experiencia clínica y su razonamiento está caracterizado por la aplicación rígida de reglas y principios aprendidos. Se basan en signos observables para encontrar objetivos en reglas para tomar decisiones y ordenar la información. Utilizan el razonamiento narrativo para establecer la relación terapéutica, pero no para obtener información significativa. El razonamiento pragmático es realizado únicamente por la necesidad de organizar el trabajo.

Iniciado Avanzado: El terapeuta cuenta con menos de un año de experiencia y comienza a incorporar la información contextual dentro de reglas de pensamiento, puede modificar reglas y principios para una situación específica pero sin embargo, tiene dificultad a la hora de priorizar la información de la evaluación. Se caracteriza también por no utilizar aun patrones de reconocimiento, aunque comienzan a identificar problemas éticos.

Competente: Aquel que tiene 3 años de experiencia, es capaz de ajustar los procedimientos a las situaciones específicas y percibir la importancia relativa de la información de un sujeto, pero puede tener todavía dificultades para la alteración de los planes de tratamiento iniciales. Ven la situación como un conjunto de hechos, tienen una visión global u holística de la situación, priorizan lo relevante y muestran mayor seguridad, aunque carecen de la creatividad y flexibilidad que caracterizan a los terapeutas expertos. Ya utilizan el razonamiento condicional durante las sesiones de tratamiento.

Hábil: Cuenta con una experiencia de 5 años en la clínica. Muestra flexibilidad para alterar los planes de tratamiento, si es preciso durante el mismo, y tiene una sensación clara en las primeras etapas sobre la situación global de la persona. Incluyendo aspectos físicos y sociales de situaciones potenciales de alta. Prestan atención a la narración ocupacional y reconocen su interés para el tratamiento.

Experto: Es necesario que el terapeuta lleve trabajando al menos 10 años. En esta etapa puede organizar su abordaje de tratamiento desde la entrada sin planes preconcebidos, es capaz de iniciar la evaluación partiendo de algún dato puntual y recoger información en cualquier secuencia determinada por la situación concreta de la persona. Es capaz de reconocer los problemas y potenciales del sujeto rápidamente, a través de los “patrones de reconocimiento” de su experiencia previa. Son capaces de adaptar el plan de tratamiento de forma espontánea. Como en el nivel anterior perciben la situación como un todo. Tienen en cuenta cual será el destino o itinerario futuro de la persona después del alta, y que recurso o contexto sería el ideal. Son capaces de pensar analíticamente y combinar aquellas reglas que les guíen para tomar decisiones. Piensan sobre su propio RC y desarrollan la capacidad de la denominada “meta-cognición”. (34)

En el transcurso por las categorías descritas, el RC perfecciona las habilidades de cada uno y optimiza su desempeño, resulta de un proceso cognitivo de exclusivo dominio personal, que depende de destrezas mentales elaboradas, como lo son: adquisición de información, elaboración de hipótesis e interpretación de la información basada en la evidencia, que ayuda a los To a la toma de decisión, para ello resulta indispensable, mantener registros sistemáticos y minuciosos

conservando un lenguaje y estructura dentro de la matriz y terminología uniforme utilizada en la práctica de TO.

No en todas las oportunidades los To necesitan de estos pasos, ejemplo de ello, es el caso de los To con 15 años de experiencia, que responden a la categoría de expertos y cuentan con otras habilidades. “A través del RC el profesional va construyendo redes y nodos neurales que le facilitan la toma de decisiones (...). Un To con mayor experiencia, tendrá una red más densa con mayor numero de nodos, además habrá más nodos que sean significativos y tengan mayor probabilidad de excitarse que otros (...).”³⁴

Esta clasificación intenta determinar las habilidades del To a partir de los años de experiencia, tal vez dichas descripciones son demasiado acotadas y no contemplan la diversidad y la variabilidad e influencia de los contextos, tal como el ámbito de lo público y lo privado, cultura organizacional, misiones institucionales y especialización en una determinada área de trabajo; estos son algunos de los puntos que pueden influenciar su experiencia y atraviesan el ejercicio del rol. Por otro lado las circunstancias personales del To (posturas ideológicas, contratransferenciales) más los años que sume de experiencia pueden influenciar en mayor o menor medida, positiva o negativamente su dedicación y capitalización de los hechos; los que conforman nuestra subjetividad como personas y profesionales, pasando de observadores neutrales a seres participantes, siempre somos parte de una red y miramos desde un lugar, por lo tanto nuestra visión nunca puede ser completa ni nuestras teorías definitivas.

³⁴ Romero Ayuso, Dulce M.; Sánchez Garrido, Ignacio. Razonamiento clínico y solución de problemas. En Romero Ayuso, D.M.; Moruno Miralles, Pedro. *Terapia Ocupacional, Teoría y Técnicas*. Barcelona, España. Ed. Masson S.A. 2003. Pág. 297.

¿Qué aporta el concepto a la disciplina?

Terapia ocupacional es una disciplina joven, con los avatares que le competen como tal, continúa formándose en una sociedad que cambia vertiginosamente, sobre todo en las últimas décadas. La Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales (**AOTA**) brega por el avance de la profesión, la misma, "(...) se ocupa de favorecer la comunicación entre los profesionales, proporcionar una base genérica sobre las áreas de competencia profesional, facilitar la identificación de las áreas deficitarias en el sujeto, proporcionar mecanismos para considerar las características contextuales de la ejecución y guiar la planificación, al ilustrar la interrelación entre las áreas, los contextos y los componentes de ejecución."³⁵

Para alcanzar dichos objetivos, es prudente contar con un lenguaje común, con códigos compartidos, "(...) clarificar el conocimiento sobre el que los To construyen su práctica cotidiana (...). Que seamos capaces de articular conceptos y dotarlos de la importancia que tienen para favorecer la comunicación entre profesionales (...). La estructura teórica tiene un papel clave en nuestra ciencia, se encarga de interpretar, describir, explicar y predecir la realidad. En este sentido, creemos que es importante que exista un dominio real de la teoría y de lo que nombramos para poder estructurar nuestro discurso."³⁶

Al momento de abordar un nuevo caso tanto el graduado con escasa experiencia, como el estudiante en sus prácticas clínicas podrían enriquecer y facilitar su trabajo contando con las estructuras que propone el RC, las cuales

³⁵ Zurelis Santana, Jorge. *Del Razonamiento Clínico a la práctica de la Terapia Ocupacional basada en la evidencia*. En <http://www.espaciotovenezuela.com/razonamiento.html>. [Consulta: 04/06/2009].

³⁶ Moruno Miralles, P.; Talavera Valverde, M.A.: *Estructurar el conocimiento clave en la práctica de la terapia ocupacional*. TOG (Revista en Internet). 2009. En <http://www.revistatog.com/num9/pdfs/modelopdf>. [Consulta: 30 de mayo 2009]. Pág. 2.

plantean una serie de conceptos y prioridades que guían y organizan el desempeño, dando relevancia a las particularidades de cada caso. La implementación del RC no solo garantiza un mejor desempeño en cada una de las especialidades o áreas, sino que clarifica un criterio, un lenguaje, una ruta entre los colegas To y con otros profesionales mediante el cual brinda determinadas bases para someter a discusión diferentes casos y analizar si fue el abordaje más adecuado o no. Permite transmitir a otras disciplinas el hacer en TO de un modo más unificado y explícito.

Para concluir este apartado una síntesis de ítems relevantes que brinda el estudio de RC:

“- Facilitar la toma de decisiones clínicas proporcionando herramientas para la reflexión conciente sobre las decisiones que hay que tomar, evitando o reduciendo el número de errores en el tratamiento.

- Desarrollar las habilidades necesarias para explicar los motivos subyacentes a las decisiones terapéuticas a los clientes, las familias, el equipo y los cuidadores.

- Proporcionar mayor satisfacción en el trabajo haciendo más conciente al terapeuta de la complejidad de su propio trabajo. Además de aumentar su eficacia.

- Ayudar a los estudiantes a desarrollar procesos de pensamiento precisos para el trabajo como terapeutas.”³⁷

El ejercicio del RC atiende las demandas de cada caso inmerso en su realidad particular. Se puede decir que es un proceso dirigido a determinar la acción apropiada para una persona concreta en un momento y circunstancias

³⁷ Romero Ayuso, Dulce M.; Sánchez Garrido, Ignacio. Razonamiento clínico y solución de problemas. En Romero Ayuso, D.M.; Moruno Miralles, Pedro. *Terapia Ocupacional, Teoría y Técnicas*. Barcelona, España. Ed. Masson S.A. 2003. Pág. 299.

determinadas, es decir, el RC está contextualizado. Es útil para individualizar el tratamiento, ya que se parte del supuesto que cada sujeto es único en cuanto a las características de la ocupación (significado, motivación, hábitos, historia personal, aprendizaje, roles pasados, presentes y futuros) no tanto por la unicidad de la patología, sino por cómo se concreta esa patología en ese sujeto, sobre su funcionalidad potencial y el resultado de su funcionamiento diario.

Bibliografía capítulo II.II:

- (32) Moruno Miralles, P.; Talavera Valverde, M.A.: *Estructurar el conocimiento clave en la práctica de la terapia ocupacional.* TOG (Revista en Internet). 2009. <http://www.revistatog.com/num9/pdfs/modelopdf>. [Consulta: 30 de mayo 2009].
- (33) Zurelis Santana, Jorge. *Del Razonamiento Clínico a la práctica de la terapia Ocupacional basada en la evidencia.* En <http://www.espaciotovenezuela.com/razonamiento.html>. [Consulta: 04/06/2009].
- (34) Romero Ayuso, Dulce M.; Sánchez Garrido, Ignacio. Razonamiento clínico y solución de problemas.. En Romero Ayuso, D.M.; Moruno Miralles, Pedro. *Terapia Ocupacional, Teoría y Técnicas.* Barcelona, España. Ed. Masson S.A. 2003.

II.III LA ENSEÑANZA DEL RC

Como infiere la educación superior (35),(36),(37),(38),(39),(40),(41),(42),(43)

“No necesito saberlo todo. Tan sólo necesito saber dónde encontrar lo que me haga falta, cuando lo necesite”.
(Albert Einstein)

El concepto **educación** denota los métodos por los que una sociedad mantiene sus conocimientos, cultura y valores. Afecta aspectos físicos, mentales, emocionales, morales y sociales de la persona. El trabajo educativo se desarrolla, según el momento histórico, por un profesor individual, la familia, la iglesia o instituciones organizadas con dicho propósito que forman la llamada, educación formal.

El neoliberalismo marco su huella, desarticulando instituciones fundamentales para la sociedad, ha puesto al individuo y sus necesidades inmediatas por encima de los idearios colectivos. La universidad pública perdió su identidad, el pacto social entre el estado y la educación dejo de ser lo que era, “(...) el estado que era promotor, garante y proveedor de educación pública, comenzó a orientarse por el libre juego de la oferta y la demanda (...).”³⁸

La función de extensión de la universidad, entendida como la continuidad al tejido social de la producción de conocimiento y el compromiso con la comunidad, ha sufrido un detrimento considerable en el entorno académico, “(...) Para nuestra cultura occidental-global, la sensibilidad esta anulada por la teoría de la eficiencia y el capitalismo competitivo (...).”³⁹

Tanto en la sociedad como en las instituciones reflejo de esta, hay aspectos que ya no son valorados, ni se enseñan, ni se evalúan. Se enfatiza en saberes

³⁸ Mollis, Marcela. La educación en el marco de la crisis Estado-Nación. En *Repensar la reforma para reinventar la democracia*. Santa Fe, Argentina. Ed. Lux S.A. 2009. Pág. 52.

³⁹ *Ibíd.* Pág. 53.

técnicos más que teóricos, haciendo uso del conocimiento sin que se incite el desarrollo y la innovación de los mismos.

En la mayoría de las instituciones educativas, hacen hincapié en aspectos exclusivamente intelectuales en lugar de alentar la experimentación sin tener miedo al error, siendo la *evaluación permanente*, el método con el que miden el alcance de los mismos. "(...) las cuestiones relativas a la evaluación y su calidad ocupan un lugar central, ya que tanto la formación disciplinar como la investigación y producción de conocimiento se presentan como el factor determinante para que la actividad en la universidad se realice con éxito. A diferencia de las posiciones que otorgan a la evaluación en sentido pragmático, de control de variables observables, la visión de cómo evaluar debe concebirse como un proceso amplio de conocimiento, interpretación, atribución de juicio de valores, organización e instauración de acciones y metas para el mejoramiento y cumplimiento de las finalidades y acciones públicas y sociales de la institución".⁴⁰ (35)

La universidad pública, debe poner sus esfuerzos no solo en formar profesionales idóneos que impulsan el progreso de su disciplina, sino ir más allá y aspirar a ciudadanos reflexivos que cuenten con las herramientas para responder a los imprevistos que surjan, observando, analizando y participando en la realidad que viven, explotando su capital de conocimiento teórico y cultural que le brindó el ámbito académico. La educación es un derecho, que exige determinados deberes "(...) para que la universidad pública cumpla con la misión que la sociedad espera de ella, debe necesariamente revisar con eficacia su misión primera de generar

⁴⁰ Cantard, Albor. Universidad, tradición reformista y política. En *Repensar la reforma para reinventar la democracia*. Santa Fe, Argentina. Ed. Lux S.A. 2009. Pág. 74.

conocimiento socialmente relevante y formar profesionales con la capacidad de dar respuesta a los problemas de su región.”⁴¹

Insertos en una sociedad competitiva-individualista, “(...) donde las exigencias de la universidad recaen en dar respuesta a las demandas del mercado de trabajo, bajo la concepción de una educación que tiende a construir sujetos ligados a una visión positivista y utilitarista de la vida, fragmentando la capacidad de conocimientos de los alumnos”⁴², no es habitual la tarea de transmitir a las personas una mirada reflexiva, crítica, que logre arribar a conclusiones cada vez más complejas, enriquecidas con los conocimientos que fue atesorando. Una propuesta para mejorar dicha condición, no asegura un cambio radical, pero pretende que la esencia de esta avanzada circunstancia llegue a cada uno, plantean que “(...) tendríamos que alternar las visiones pragmáticas, con visiones histórico-filosóficas respecto del valor del conocimiento y su uso social.”⁴³

La relación entre práctica y aprendizaje

En la formación de una profesión, como puede ser terapia ocupacional, conjuntamente con la adquisición de conocimientos teóricos específicos, se requiere del ejercicio de reflexionar sobre los mismos, relacionándolos directa e indirectamente en el contexto social, cultural, político y económico en el que está inserto el estudiante, puesto que este ejercicio debe ser realizado constantemente en el desempeño profesional. La enseñanza y la práctica del RC durante la

⁴¹ *Ibíd.* Pág. 74.

⁴² Carabajal, Lorena. Giustiniani, Rubén. Autogobierno y comunidades. En *Universidad, Democracia y Reforma*. Buenos Aires. Argentina. Ed. Prometeo Libros. 2008. Pág. 81.

⁴³ Mollis, Marcela. La educación en el marco de la crisis Estado-Nación. En *Repensar la reforma para reinventar la democracia*. Santa Fe, Argentina. Ed. Lux S.A. 2009. Pág. 54.

formación, es una vía que promueve el desarrollo de las habilidades que este demanda, involucra el análisis del paciente y el profesional en sus respectivos entornos micro y macro social. Conocer y aprender sobre los aspectos que atraviesan la sociedad, exige la implicancia de la persona en las actividades que realice.

En diferentes contextos históricos, diversos autores plantearon que la **práctica** es tan importante y necesaria como la teoría para lograr aprender cualquier tipo de conocimiento.

Galileo, en el siglo XVII, lo relata del siguiente modo, "(...) No puedes convertir a una persona en un conocedor. Esto es algo que han de hacer por ellos mismos. Lo que sí podemos hacer es crear las condiciones para que esto suceda. Y esto ocurre a partir de experiencias, porque es la forma como construimos el conocimiento. Aprender es un proceso que exige tiempo."

A comienzos del siglo XX, teorías sobre las maneras de aprender, señalaban; "(...) el conocimiento comienza con la experiencia: este es el materialismo de la teoría del conocimiento (...). Practicar, conocer, practicar otra vez y conocer de nuevo. Esta forma se repite en infinitos ciclos y con cada ciclo, el contenido de la práctica y del conocimiento se eleva a un nivel más alto. Esta es en su conjunto la teoría materialista dialéctica del conocimiento (...)"⁴⁴

Paulo Freire (1967), plantea que el proceso educativo debe basarse en el entorno del estudiante y este, debe conocer el sentido real de lo que lee. "La educación verdadera es praxis, reflexión y acción del hombre sobre este mundo para transformarlo".

⁴⁴ Mao Tse-Tung. Sobre la práctica. En *Cinco Tesis Filosóficas*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Agora. 1965. Pág. 20.

En la actualidad continúan poniendo énfasis en la práctica y plantean que el proceso de aprendizaje va más allá de lo que entendemos como tal, y que memorizar con precisión nuevos contenidos, a largo plazo no cumple con las metas esperadas, "(...) las personas no aprenden escuchando o leyendo. Las personas aprenden: haciendo, persiguiendo objetivos que les importan a ellos mismos (motivación). Equivocándose y reflexionando sobre cómo resolver los problemas, por lo general con la ayuda de alguien más experimentado, en un entorno seguro, libre de riesgos y con apariencia de trabajo real que alienta la experimentación, el razonamiento, la toma de decisiones y vivir las consecuencias de esas decisiones. (...) La práctica hace maestros (...). No es un tema de que las cosas sean complejas, tan solo nos hace falta practicar."⁴⁵ (36),(37)

Romero Ayuso y Moruno Miralles, estudiosos del RC en TO refieren que, "(...) las ideas basadas en el pragmatismo ejercen una influencia en los criterios y prácticas educativas de la época (...). Sintetizando las ideas Dewey, defiende que se aprende haciendo, no leyendo, el aprendizaje se produce a través de la acción, por medio de la experiencia práctica, y el proceso en sí es el que se convierte en significativo más que el producto estático o el resultado."⁴⁶

El aprendizaje llevado a la práctica proporciona entusiasmo al aprendiz, lo implica ineludiblemente en la actividad, mejor aún, si es acompañado de un ejercicio reflexivo, "El hábito de pensar, razonar, interrelacionar conocimientos dependen

⁴⁵ Martínez Aldanondo, Javier. *Siete pecados capitales*. En: www.gestiondelconocimiento.com. 2004 [Consulta: 14/05/2009].

⁴⁶ Romero Ayuso, Dulce M.; Sánchez Garrido, Ignacio. Razonamiento clínico y solución de problemas. En Romero Ayuso, D.M.; Moruno Miralles, Pedro. *Terapia Ocupacional, Teoría y Técnicas*. Barcelona, España. Ed. Masson S.A. 2003. Pág. 299.

quizás de una forma especial de inteligencia, pero que es mejorable con el desafío de obligarse a argumentar ante los demás y ante sí mismo (...).⁴⁷

Ampliar la capacidad de análisis crítico, particularmente en un estudiante, en todos los temas pertinentes a su disciplina e incorporar la revisión con un experto, favorece la identificación de carencias teóricas, prácticas o aquello que compete al desempeño de su rol profesional. (38), (39)

Los jóvenes que estudian una carrera universitaria traen consigo historias, proyectos, circunstancias positivas y negativas de su entorno y la sociedad que han influido y lo continuarán haciendo a lo largo de su carrera universitaria, condicionando su implicancia como estudiantes y la participación en diversos espacios que aportarán a la construcción de su identidad personal y profesional, el desarrollo de ambas irá moldeando el modo de aprender y de utilizar lo aprendido, dejando de lado y/o priorizando aspectos según su criterio, reflejo de su origen, su historia, sus vivencias y creencias. Dichos aspectos son singularidades de cada persona que van a influir en su desempeño como estudiantes o profesionales, aunque el entorno puede propiciar acontecimientos que destaquen y fogueen determinadas cualidades, uno de ellos es el universo académico. Se debe revalorizar la casa de estudios universitarios como el sitio superior de enseñanza-aprendizaje, donde los estudiantes participen activos, demandantes y constructores del saber cada vez más superador, tengan una mirada contextualizada de la sociedad, con la sabiduría y sensibilidad suficiente para volcar sus conocimientos con creatividad y dedicación, reforzando el valor, el respeto y el compromiso de la educación pública.

⁴⁷ Brunetto, Juan Félix. *La Carrera de Medicina y la Práctica Final Obligatoria*. En <http://www.cmpc.org.ar/datos/vernoticias.asp?id=839>. [Consulta:15/06/2009].

El debate reflexivo y comprometido de su rol, de su estudio y las prácticas constantes durante los años de formación deberían estar garantizadas en la enseñanza, ya que son indispensables a lo largo de la misma para una sólida preparación del desempeño real futuro y brindan al estudiante las posibilidades de afianzar su rol de To, pilar fundamental en la nueva identidad que edifica, exhortando a la eficiencia del mismo como aprendiz y más tarde como profesional.

Aplicar el concepto de razonamiento clínico

En ciencias de la salud se indaga sobre el modo de enseñar el RC, el mismo, pretende un análisis que abarca desde el contexto general a lo más particular. Se necesitan diferentes habilidades, por un lado, se deben recoger datos manifiestos y no manifiestos, por otro lado, requiere el análisis de todos los aspectos que infieren a la persona y al profesional. Tal vez, es un tanto ambicioso anhelar que inmediatamente, el graduado alcance dicha práctica, previamente debe ejercitarse en una situación simulada, en un ámbito más seguro, donde otro más experimentado pueda descubrir fallas o no, y explicar y guiar el razonamiento más apropiado en ese caso.

La dificultad sobre cómo enseñar a razonar clínicamente, teniendo en cuenta todos los aspectos que examina y de qué modo transmitir aquello que el profesor perfeccionó con su legítima experiencia clínica, es un verdadero desafío. Desde las ciencias médicas se proponen diversas alternativas de enseñanza que podrían ser trasladadas a otras disciplinas de la salud.

En medicina

Se han realizado numerosas publicaciones sobre la dificultad de cómo enseñar el RC y sus beneficios en el área médica. La temática ha sido abordada en diferentes instituciones y por diversos autores que comparten esta inquietud, haciendo hincapié en aspectos como pueden ser: el rediseño curricular, agregando o reemplazando materias; dictar las clases en otros ámbitos como por ejemplo, hospital o centros sanitarios; implementar otros modos de enseñanza, análisis y debate de casos ficticios y evaluación del abordaje de un caso, implementando el RC y revalorando la observación, exploración y análisis en la práctica clínica. (27)

Planteados cuales son los pilares fundamentales, se trabaja en cada uno, para luego articularlos en la práctica. “La enseñanza de la medicina es la enseñanza de un grupo de saberes que se relacionan con lo que el médico *tiene que saber* (el mundo de los conocimientos), lo que *tiene que saber hacer* (el mundo de las habilidades) y *cómo tiene que ser* (el mundo de los valores profesionales).”⁴⁸

En una fase de entrenamiento **preclínico**, el alumno se debe familiarizar con el conocimiento, con la teoría, con la simulación, con las técnicas de evaluación, y poder repetir el programa de entrenamiento completo o en partes siempre que sea necesario o conveniente. La tutoría y el proceso de autoaprendizaje en el aula de habilidades, permite un entrenamiento global de alumnos, profesores y sujetos con problemáticas frecuentes.

El entrenamiento **clínico** requiere la incorporación del alumno al ámbito específico profesional. Es en este momento donde la interacción entre ‘currículo’ y ‘entorno sanitario’ alcanza su máxima representación. (40)

⁴⁸ Núñez Cortes Millan, J. Enseñanza de las habilidades clínicas. En http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v11s1/mesa2_11s01_ps21.pdf [Consulta:20/08/2008].

“Es importante reconocer que es difícil enseñar a los estudiantes a replicar el razonamiento del experto, si ellos aún no cuentan con experiencia propia, o con un conocimiento estructurado. Esta experiencia únicamente se adquiere al relacionar comparativamente un problema clínico, con situaciones similares vistas con anterioridad (...).”⁴⁹

Favorecer desde los primeros años de la formación que los estudiantes comiencen a integrar su base de datos mental de casos clínicos, simulados y reales a fin de construir en su mente un registro que les permita utilizar el modelo de reconocimiento de patrones, con el objetivo de adquirir su propia experiencia.

“(...) Pocos ejemplos elaborados y complejos probablemente no sean óptimos como herramientas de educación efectivas, ya que la especificidad de contexto requiere haber visto un amplio abanico de casos semejantes pero diferentes en su individualidad, para poder conectar activamente este arsenal mental de representaciones con los problemas clínicos a los que se enfrenta el sujeto en formación”⁵⁰. Lo anterior implica que los educadores desarrollen conciencia y creatividad para incrementar las posibilidades de que sus alumnos se enfrenten al mayor número posible de casos pedagógicamente útiles. (27)

En Terapia Ocupacional

Del mismo modo en terapia ocupacional se buscan métodos más eficientes para la transmisión del RC, que logren dotar a los futuros profesionales de las herramientas necesarias. La valoración que le dan diferentes autores al concepto de

⁴⁹ Viesca Treviño, Carlos. Ponce de León, María E. Sánchez Mendiola, Melchor. *Razonamiento Clínico en medicina*. En http://www.medicinaysalud.unam.mx/seam2k1/2006/ago_02_ponencia.html. [Consulta: 23/09/2009].

⁵⁰ *Ibíd.*

RC, no ha logrado aún, que sea definido y conocido por todos los To, y que forme parte de los programas curriculares obligatorios en todas las instituciones de formación de TO. La relevancia que le dan a las habilidades que promueve en el desempeño profesional, son compartidas por la mayoría de aquellos que teorizan sobre este tema, aunque le dan un espacio diferente en el desempeño de la profesión, diferencias en el proceso de adquisición del mismo, y en las fuentes que proveen este saber.

Autores que analizan el RC en TO, enfatizan en hallar el modo de transmitirlo, citan nuevamente a Mattingly para describirlo y agregan; “el RC es en gran parte tácito, altamente imaginativo y profundamente fenomenológico (Mattingly, 1991). Esto hace que algunos aspectos del razonamiento sean mas difíciles de describir que otros, en la medida en que gran parte del conocimiento de la profesión es conocimiento práctico y en muchas ocasiones tácito (...).”⁵¹

Moruno Miralles, Talavera Valverde y Cantero Garlito en una de sus publicaciones, señalan las siguientes características del RC:

Haciendo hincapié en el **razonamiento condicional** como el modo más conveniente, afirman que el RC es jerárquico, “(...) los estudiantes y profesores novatos evolucionan desde un razonamiento procedural a interactivo y por último, al razonamiento condicional, siendo necesario el facilitar ese proceso de transmisión por parte de los docentes universitarios y de la supervisión de la práctica clínica.”⁵²

Otro de los puntos que refieren son los **aspectos éticos**, los mismos, enriquecen la formación de cada profesional, se encuentran presentes en la totalidad

⁵¹ Cantero Garlito, Pablo. Moruno Miralles, Pedro. Talavera Valverde, Miguel. *Razonamiento Clínico en Terapia Ocupacional*. Boletín WFOT. Volumen 59. Mayo 2009. Pág. 55.

⁵² *Ibíd.* Pág. 58.

de los encuentros terapéuticos, depende del lugar que le otorguen y la agudeza del To la capacidad de identificarlos, “La integración de los aspectos procedurales e interactivos del abordaje terapéutico y el RC, no dependen tanto de la experiencia, sino de los valores y percepciones subjetivas de cada terapeuta respecto de lo que es su trabajo (...)”⁵³

Concluyen que, **“El aporte a la disciplina del desarrollo y construcción de un RC en TO no solo es un camino en el desempeño del To, sino que también favorece la reflexión en el que se complementan la labor intelectual del trabajo teórico y los hallazgos de la experiencia clínica cotidiana. Un espacio en el que circula el pensamiento teórico a las repercusiones prácticas y desde la experiencia clínica a la abstracción teórica, permitiéndonos el enriquecimiento de ambos aspectos.”**⁵⁴ (29), (40)

Mc. Cannon, Robertson, Caldwell, Juwoh, Harries y Elfissi plantean el interrogante sobre ¿cuál es el RC más adecuado para desarrollar en el ejercicio profesional?

Al respecto, Neistadt, apunta que un terapeuta ocupacional novato es capaz de progresar hasta llegar a ser experto si su preparación académica le ha proporcionado tomar conciencia de los diferentes tipos de RC que va a utilizar en la práctica, sería apropiado apostar por el razonamiento condicional, una vez que ha sido capaz de manejar con solvencia los razonamientos procedurales e interactivos.

“Es evidente que conocer teóricamente el proceso de RC no puede sustituirse a la práctica clínica, pero puede facilitar un desarrollo conciente y una rápida

⁵³ Ibid. Pág. 57.

⁵⁴ Moruno Miralles; Talavera Valverde; Cantero Garlito. *El Razonamiento Clínico clave en el desarrollo de la Terapia Ocupacional*. TOG. (Coruña) (Revista Internet) 2009. (Mayo 2009) <http://www.revistatog.com/num7/html>. [Consulta: 30/05/2009].

evolución en la pericia profesional de “conocimiento en acción” y adquisición de razonamiento condicional.”⁵⁵

Miller, Bosser, Polatajko y Hartley (2001) en el boletín publicado por la WFOT en mayo de 2009, citan a Gilsen (2000), quien comprometido con la enseñanza del RC alude lo siguiente, “(...) los profesionales universitarios deben facilitar el RC a través de debates y otras actividades en clase, ya que esto podría ayudar a los estudiantes a comprender y aplicar estas estrategias y conceptos de manera eficaz.”⁵⁶

Sánchez Garrido y Romero Ayuso, junto a Williams Pedretti consideran también, que el razonamiento más completo en TO es el de tipo condicional, este, se basa en la revisión continua del tratamiento, proyecta una imagen futura de la persona; es decir, facilita la formulación de un pronóstico de la esfera ocupacional del sujeto y entiende éste en un continuo, no en un modelo rígido.

El razonamiento condicional es visto como la integración de los datos del RC: científico, pragmático, ético y narrativo. Este tipo de razonamiento proporciona una imagen del posible futuro de la persona. El terapeuta se crea una imagen del paciente “provisional”, global y condicional sobre la participación del mismo en las ocupaciones de su vida cotidiana. Para este tipo de RC es preciso que el To preste gran atención tanto a la respuesta física como psicológica del tratamiento. Se parte de la idea que el diagnóstico y la persona no son entidades fijas e inmutables. Y como toda intervención de TO, debe ser una experiencia significativa para la persona, siendo en este sentido

⁵⁵ Romero Ayuso, Dulce M.; Sánchez Garrido, Ignacio. Razonamiento clínico y solución de problemas. En Romero Ayuso, D.M.; Moruno Miralles, Pedro. *Terapia Ocupacional, Teoría y Técnicas*. Barcelona, España Ed. Masson S.A.. 2003. Pág. 306.

⁵⁶ Cantero Garlito, Pablo. Moruno Miralles, Pedro. Talavera Valverde, Miguel. *Razonamiento Clínico en Terapia Ocupacional*. Boletín WFOT. Volumen 59. Mayo 2009. Pág. 58.

la propia persona quien ayudara a construir su imagen futura y de este modo participar activamente en el tratamiento. (42)

Diversos autores refieren la utilidad de implementar métodos que demanden la articulación de la teoría y la práctica, simulando situaciones reales que sirvan de instancias de aprendizaje integral durante la formación de grado, donde el profesor experimentado le transmita en dicho ejercicio, habilidades que fue logrando en su búsqueda durante los años como profesional, creando así en los futuros To una vía de pensamiento conocida, desplegando seguridad y fluidez en el desempeño con la persona, utilizando los conocimientos teóricos acopiados en su recorrido estudiantil. El objetivo es, crear desde el inicio el hábito de reflexionar sobre sus conocimientos, su ejercicio y el contexto, lograr con el tiempo que alcance un nivel más profundo y una perspectiva más integradora. Sin perder de vista las posibilidades de cambios en el entorno de la persona y el suyo propio, ya que la dinámica social esta interrelacionada con múltiples factores que crean y recrean la actualidad que vislumbramos diariamente.

Bibliografía Capítulo II.III:

- (35) Mollis, Marcela. Cantard, Albor. Morea, Francisco. Et.al. La educación en el marco de la crisis Estado-Nación. En Repensar la reforma para reinventar la democracia. Santa Fe, Argentina. Ed. Lux S.A. 2009.
- (36) Carabajal, Lorena. Giustiniani, Rubén. Autogobierno y comunidades. En Universidad, Democracia y Reforma. Buenos Aires, Argentina. Ed. Prometeo Libros. 2008.
- (37) Martínez Aldanondo, Javier. Siete pecados capitales. En: www.gestiondelconocimiento.com. 2004 [Consulta: 14/05/2009].
- (38) Mao Tse-Tung. Sobre la práctica. En Cinco Tesis Filosóficas. Buenos Aires, Argentina. Ed. Agora. 1965.
- (39) Brunetto, Juan Félix. La Carrera de Medicina y la Práctica Final Obligatoria. En <http://www.cmpc.org.ar/datos/vernoticias.asp?id=839>. [Consulta 15/06/09].
- (40) Moruno Miralles, P.; Talavera Valverde, M.A. ; Cantero Garlito. El razonamiento clínico clave en el desarrollo de la Terapia Ocupacional. TOG. (Coruña) (Revista en Internet) 2009. <http://www.revistatog.com/num7/html>. [Consulta: 30 de mayo 2009].
- (41) Nuñez Cortes Millan. J. La enseñanza de la habilidades clínicas. En http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v11s1/mesa2_11s01_ps21.pdf [Consulta: 20/08/2009].
- (42) Romero Ayuso, Dulce M.; Sánchez Garrido, Ignacio. Razonamiento clínico y solución de problemas. En Romero Ayuso, D.M.; Moruno Miralles, Pedro. Terapia Ocupacional, Teoría y Técnicas. Barcelona, España. Ed. Masson S.A. 2003.

- (43) Viesca Treviño, Carlos. Ponce de León, María E. Sánchez Mendiola, Melchor. *Razonamiento Clínico en medicina.*

http://www.medicinaysalud.unam.mx/seam2k1/2006/ago_02_ponencia.html

[Consulta: 23/09/2009].

**ASPECTOS
METODOLÓGICOS**

CAPITULO III

Aspectos Metodológicos

TEMA: Razonamiento Clínico en Terapia Ocupacional.

Problema: ¿Cuáles son las características del Razonamiento Clínico que implementan en el proceso de Terapia Ocupacional los Lic. en TO graduados en la UNMDP, matriculados en el periodo 2005-2009?

Objetivo General:

- Describir las características del Razonamiento Clínico que implementan en el proceso de Terapia Ocupacional los Lic. en TO graduados en la UNMDP, matriculados en el periodo 2005-2009.

Objetivos específicos:

- Establecer las fuentes de datos que utilizan los Lic. en TO en su razonamiento clínico en el proceso de TO.
- Indagar si los Lic. en TO graduados recientes privilegian el uso de alguna de las fuentes de datos (narrativa, científica, ética, pragmática).
- Explorar si existe primacía de algún tipo de razonamiento (procedural, interactivo, condicional) en los Lic. en TO graduados recientes.
- Explorar si existe algún patrón de combinación frecuente entre los tipos de razonamiento y las fuentes de datos en los graduados recientes de TO.
- Explorar si existe algún tipo de razonamiento clínico o fuente de datos que no sea incluida por los To graduados recientes en sus razonamientos clínicos.

Diseño Metodológico:

Enfoque

Considerando el carácter exploratorio descriptivo de los objetivos, se adoptó un enfoque cualitativo que permitió reconocer y comprender las características del RC que utilizan los To graduados recientes durante el proceso de TO. Este enfoque brindó la posibilidad de estudiar de manera intensiva la variable, a partir de la apertura a los emergentes del fenómeno. El objetivo fue cualificar y categorizar el razonamiento clínico, a partir de la significación que asume para los propios To que se inician en su actividad profesional clínica.

Diseño

Si bien se establecieron líneas y una estructura posible de trabajo, se priorizó en un diseño flexible en los términos de Vasilachis, teniendo en cuenta “la posibilidad de cambio para captar los aspectos relevantes de la realidad durante el transcurso de la investigación”.⁵⁷ El mismo alude a la posibilidad de advertir durante el proceso de investigación situaciones nuevas e inesperadas vinculadas con el tema de estudio, que puedan implicar cambios en las preguntas de investigación y los propósitos; a la posibilidad de adoptar técnicas novedosas de recolección de datos; y a la factibilidad de elaborar conceptualmente los datos en forma original durante el proceso de investigación.

La justificación de la elección de este tipo de diseño remite a los objetivos planteados (descripción exploración y caracterización) y al tipo de fenómeno estudiado (razonamiento clínico en TO).

⁵⁷ Vasilachis de Gialdino, I. (coord.) (2006) Ameigeiras, A.R.; Chernobilsky, L.B.; Giménez Béliveau, V.; Mallimaci, F; Mendizábal, N.; Neiman, G.; Quaranta, G. y Soneira, A, J. (2006) Capítulo II. En *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Barcelona. Editorial Gedisa; pág. 67.

El diseño adoptado es el sugerido en la bibliografía cuando se dispone de un período de tiempo acotado para la realización del estudio, situación que se presentó en esta investigación y que se desarrolló como instancia académica final para la consecución del título de grado de Licenciado en Terapia Ocupacional.

Tipo de Estudio

El presente estudio es de carácter exploratorio – descriptivo. Según el problema y los objetivos planteados en la misma; se buscó explorar las características del razonamiento clínico que implementan en el proceso de terapia ocupacional los Lic. en TO graduados en la UNMDP, matriculados en el periodo 2005-2009.

Definición de la Variable: RAZONAMIENTO CLÍNICO

Definición Científica: Proceso cognitivo multifacético, que implementan los profesionales que se desempeñan en el área clínica, se construye desde la formación de grado y se nutre de experiencias personales y profesionales. Se utiliza como base y guía para diagnosticar, planificar, dirigir, realizar y reflexionar acerca de la práctica profesional.

Este razonamiento, en TO, está compuesto por:

- Diferentes estrategias de pensamiento: ***procedural, interactivo y condicional. Se definen como rutas o caminos en la construcción de conocimientos y toma de decisión que tienen lugar durante el proceso de TO, los cuales se interrelacionan permanentemente.*** En las mismas se tienen en cuenta cuatro fuentes de datos, según los objetivos que persiga el TO.

- Diferentes fuentes de datos: Se refiere al tipo de conocimientos que prevalecen como contenidos fundamentales para el razonamiento clínico. Estas fuentes de datos son: **científica**, *basada en información académico-científica, orientada a entender la naturaleza de lo que afecta al individuo y generar decisiones a los fines de intervenir adecuadamente para rehabilitar o disminuir el impacto de la misma en su vida cotidiana*; **pragmática**, *basada en información proveniente de la experiencia, el entorno profesional y de los resultados de aplicación técnica, que se utiliza para tomar en cuenta las variables prácticas que afectan la acción clínica*; **ética**, *basada en información vinculada a principios filosóficos relativos a la buena praxis profesional, con el objeto de intervenir conforme al respeto por los principios éticos-deontológicos* y **narrativa**, *basada en información proveniente del saber del paciente acerca de sí mismo, con el propósito de comprender el significado que tiene la afección para la propia persona y sus motivaciones.*

El tipo o estrategia de razonamiento sería la *forma* y la *fuentes de datos* el contenido privilegiado según el objetivo. Existen diversas combinaciones entre las fuentes de datos, propósitos y las formas de razonamiento, algunas de ellas más frecuentes que otras.

Definición Operacional: Habilidad cognitiva donde se combina el tipo de información que privilegia el To y la forma en que utiliza la misma en vinculación con intervenciones concretas durante el proceso de TO, este se entiende como “el

conjunto de acciones emprendidas por un To desde la recepción de la derivación o demanda hasta el alta”⁵⁸.

Las distintas **estrategias de pensamiento** presentadas según el marco teórico, fueron operacionalizadas de la siguiente manera:

- **Razonamiento Procedural:** Esta forma de razonamiento prevalece cuando el To implementa diversas técnicas de evaluación para definir el o los problemas del paciente y trazar posibles tratamientos. Se guía por los conocimientos teóricos y experiencia práctica. El foco es la problemática.
- **Razonamiento Interactivo:** Esta forma de razonamiento prima cuando la jerarquía para el To es establecer el vínculo con el paciente. Elaborar un lenguaje compartido en códigos y significados, establecer normas y límites; un modo de interactuar. Entenderlo como un todo. Comprender su experiencia acerca de la situación actual, sus motivaciones, necesidades y prioridades y así lograr su implicancia en el tratamiento. El foco es el vínculo.
- **Razonamiento Condicional:** El To analiza la condición global del paciente y sus posibilidades futuras, las cuales se delinearán en relación a la participación y respuestas que se obtengan en el proceso terapéutico. Se tiene en cuenta la posibilidad de modificar de manera flexible las intervenciones en función de las condiciones del paciente y que éstas sean significativas, para favorecer así, su desempeño ocupacional futuro. El foco está en la proyección.

⁵⁸ Moruno Miralles, Pedro: “Introducción al proceso clínico en terapia ocupacional”. En Moruno Miralles, P. y Romero Ayuso, Dulce M.; *Terapia Ocupacional: Teoría y Técnicas*. Barcelona, España. Ed. Masson S.A. 2003. Pág. 198.

Estas formas de razonamiento se interrelacionan entre sí y se nutren de la información que le brindan las cuatro posibles **fuentes de datos** que se explicitan operacionalmente:

Científica: Se utiliza para comprender la causa de la disfunción que afecta a la persona y decidir intervenciones que sean las adecuadas para su problema. El To recurre a sus conocimientos teóricos y experiencia profesional para identificar y definir los problemas, determinar las consecuencias en su desempeño ocupacional y guiar la toma de decisiones.

Este aspecto está inferido por la información de la derivación médica a partir de la cual el To comienza a indagar en el caso. Se comienza a construir una imagen clínica que se clarificará a lo largo del proceso.

Se entenderá operacionalmente por la fuente de datos científica aquel tipo de razonamiento del To que sea descrito por el mismo con referencias constantes a:

- Uso de instrumentos analíticos y no analíticos de evaluación y tratamiento.
- Relevancia que se le da a los datos de la derivación médica e historia clínica.
- Identificación de enfoques y técnicas.
- Uso de vocabulario teórico-técnico.
- Mención en el relato a la formación de grado, post-gradó u otros.
- Valorización equipo tecnológico.
- Prioridad que se le otorga a las características clínicas de la patología.

Narrativa: Conocer el significado del problema desde la perspectiva del paciente. Se centra en la persona como ser ocupacional, comprende su historia y la importancia de las limitaciones en el desempeño ocupacional actual.

Se conoce a través de la entrevista y la comunicación con el paciente y su familia.

Se cualificará a la fuente de datos como narrativa, cuando el To en su descripción de la forma en que aborda los casos, refiera a:

- Uso de datos familiares, ocupacionales, sociales y culturales de la vida del sujeto.
- Recuerdo de dichos datos en la enunciación espontánea del caso.
- Uso de dichos datos para la toma de decisión referente a la intervención.
- Conocimiento de la rutina previa y actual del paciente, dando cuenta de la integración de la misma en la toma de decisiones del tratamiento.
- Identificación e incorporación de las expectativas del paciente a corto y largo plazo en el tratamiento.
- Alta prioridad brindada a las experiencias, vivencias corporales y emocionales del paciente.
- Recuerdo de expresiones textuales del paciente.
- Alta relevancia brindada a la “historia de la enfermedad” autorreferida por el paciente.
- Prevalencia de los dichos del paciente por sobre los indicadores instrumentales, cuando se evidencian contradicciones.

Pragmática: Incluye los aspectos prácticos que afectan el desempeño clínico. Analiza el contexto laboral y personal en que se desarrolla la clínica.

Se entenderá operacionalmente a la fuente de datos de este modo, cuando el To al hablar de los procesos de TO que lleva a cabo incluya:

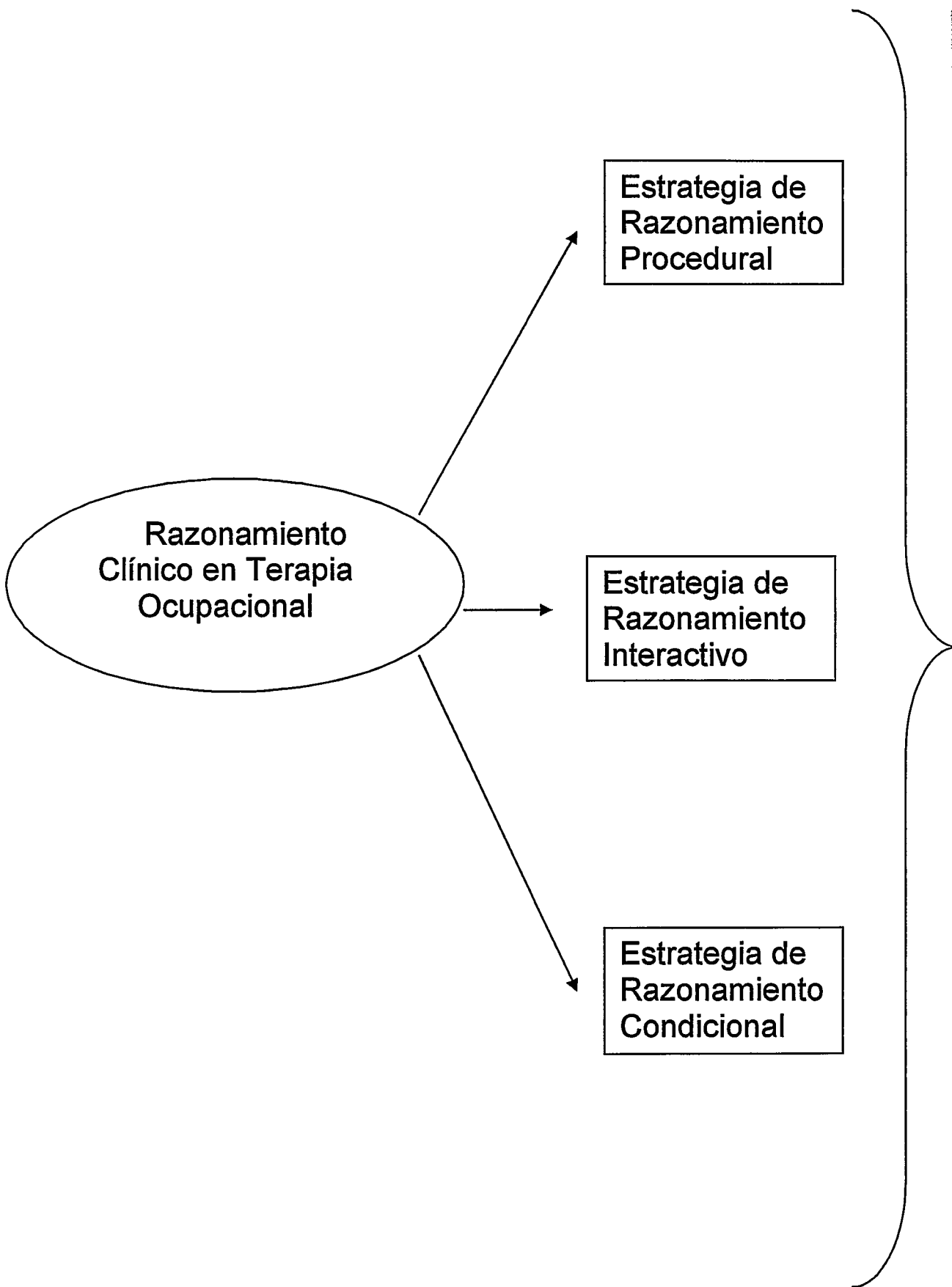
- Referencia a la experiencia en el área.
- Alta prioridad brindada al encuadre terapéutico.
- Elevada importancia a las políticas institucionales relativas a los tiempos, para la toma de decisiones.

- Énfasis en la realización de interconsultas.
- Mención de aspectos personales del TO incidiendo en la toma de decisiones.
- Alusión a experiencias de casos anteriores en la toma de decisiones.
- Consideración de los recursos humanos, materiales, económicos, temporales del paciente al momento de tomar decisiones en el tratamiento.
- Identificación de factores personales que influyen en la práctica: cultura, recursos, competencia profesional según la experiencia y formación, preferencias, demanda de otros roles fuera del trabajo y cuestiones personales.
- Grado de satisfacción económica y posibilidades de desarrollo profesional en el lugar actual de trabajo.
- Consideración de las posibilidades y limitaciones de los recursos materiales y tecnológicos en su espacio de trabajo.
- Alusión a políticas de la institución.
- Alta prioridad en la participación de grupos de estudio y en realizar supervisión.

Ética: Basada en la situación ocupacional del paciente se evalúa, que se puede y debe hacer para mejorar la situación de la persona. Se considera como guía el código deontológico profesional.

Se afirmará que la fuente de datos primordial en el RC del To es esta, cuando en su discurso respecto al proceso de TO se encuentren referencias a:

- Identificación en el relato del principio de beneficencia.
- Consideración de lo que quiere y no quiere hacer (autonomía) el paciente, en la toma de decisiones.
- Priorización de las necesidades del paciente por sobre otros intereses.
- Administración de los recursos de modo equitativo.



• Fuente Científica

- Uso de instrumentos analíticos y no analíticos de evaluación y tratamiento.
- Relevancia que se le da a los datos de la derivación médica e historia clínica.
- Identificación de enfoques y técnicas.
- Uso de vocabulario teórico-técnico.
- Mención en el relato a la formación de grado, post-grado u otros.
- Valorización equipo tecnológico.
- Prioridad que se le otorga a las características clínicas de la patología.

• Fuente Narrativa

- Uso de datos familiares, ocupacionales, sociales y culturales de la vida del sujeto.
- Recuerdo de dichos datos en la enunciación espontánea del caso.
- Uso de dichos datos para la toma de decisión referente a la intervención.
- Conocimiento de la rutina previa y actual del paciente, dando cuenta de la integración de la misma en la toma de decisiones del tratamiento.
- Identificación e incorporación de las expectativas del paciente a corto y largo plazo en el tratamiento.
- Alta prioridad brindada a las experiencias, vivencias corporales y emocionales del paciente.
- Recuerdo de expresiones textuales del paciente.
- Alta relevancia brindada a la "historia de la enfermedad" autorreferida por el paciente.
- Prevalencia de los dichos del paciente por sobre los indicadores instrumentales, cuando se evidencian contradicciones.

• Fuente Pragmática

- Referencia a la experiencia en el área.
- Alta prioridad brindada al encuadre terapéutico.
- Elevada importancia a las políticas institucionales relativas a los tiempos, para la toma de decisiones.
- Énfasis en la realización de interconsultas.
- Mención de aspectos personales del TO incidiendo en la toma de decisiones.
- Alusión a experiencias de casos anteriores en la toma de decisiones.
- Consideración de los recursos humanos, materiales, económicos, temporales del paciente al momento de tomar decisiones en el tratamiento.
- Identificación de factores personales que influyen en la práctica: cultura, recursos, competencia profesional según la experiencia y formación, preferencias, demanda de otros roles fuera del trabajo y cuestiones personales.
- Grado de satisfacción económica y posibilidades de desarrollo profesional en el lugar actual de trabajo.
- Consideración de las posibilidades y limitaciones de los recursos materiales y tecnológicos en su espacio de trabajo.
- Alusión a políticas de la institución.
- Alta prioridad en la participación de grupos de estudio y en realizar supervisión.

• Fuente Ética

- Identificación en el relato del principio de beneficencia.
- Consideración de lo que quiere y no quiere hacer (autonomía) el paciente, en la toma de decisiones.
- Priorización de las necesidades del paciente por sobre otros intereses.
- Administración de los recursos de modo equitativo.

Universo de estudio: El universo de estudio estuvo conformado por los Lic. en TO graduados en la UNMDP, matriculados en el periodo 2005-2009 y en desempeño actual en la práctica clínica.

Muestra: En cuanto al tamaño muestral, se realizaron 15 entrevistas, 10 en el área física, 2 en salud mental, 1 en educación especial y 2 en diversas áreas simultáneamente. Desempeñándose en el ámbito público y en el ámbito privado tanto en relación de dependencia como de independencia.

Diseño y procedimiento de muestreo: La muestra fue no probabilística, intencional (Glaseer & Strauss. Op. cit) de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión.

Para el procedimiento de muestreo se tomó el criterio de *saturación teórica*: el punto de corte se estableció gradualmente, cuando se dejan de encontrar “datos adicionales con los cuales (...) se pueda desarrollar las propiedades de la categoría” (Glaser y Strauss, Op. cit, p. 65).

Se contempló que dentro de la misma se encuentren representantes de diferentes áreas: Discapacidades físicas, Salud mental, Educación especial, Laboral y Sociales, ya sea en la atención de niños, adultos y/o adultos mayores; en los primeros tres niveles de prevención. También se esperó contar con Lic. en TO que se desempeñen tanto en el espacio público y/o privado. En esta investigación se utilizó la clasificación de áreas y ámbitos de ejercicio profesional (AJOT; 1999) aunque excluyendo dos de las áreas (Investigación y Docencia) debido a que no se desarrollan en la práctica clínica.

En el trabajo de campo no se logró hallar To que se dediquen al área laboral, se evidencio que los profesionales que se desempeñaban en relación a la misma, lo hacen solo en la parte de rehabilitación, perteneciente al área física (traumatología). Asimismo, no se encontraron profesionales según los criterios de inclusión, que se desempeñen en el área social.

Método de selección de la muestra: Respetando los criterios de inclusión y exclusión de la muestra y a los fines de equipararla, se encontraron representantes de las siguientes áreas de ejercicio profesional: Discapacidades físicas, Salud mental, Educación especial. Quedó excluida el área Laboral y Sociales, ya que no se halló representantes de las mismas que respeten los criterios de selección de muestra.

Criterios de Selección de la Muestra

Criterios de inclusión: Se establecieron los siguientes criterios de inclusión de los sujetos, acorde al muestreo teórico;

- Lic. en TO graduados en la UNMDP matriculados en el periodo 2005-2009.
- Que cuente con al menos 6 meses de experiencia en el ejercicio profesional clínico.
- Que al momento de la selección de la muestra se desempeñe en el ejercicio profesional clínico.

Criterios de exclusión: Se consideran los siguientes criterios de exclusión;

- Aquella unidad de análisis que no completen la entrevista.

- Unidad de análisis que luego de dos llamados no logre concretar encuentro.

Método de recolección de datos: Se realizaron entrevistas semiestructuradas a los Lic. en TO de la muestra. Esta estrategia de recolección de información es definida como una “conversación guiada” por el entrevistador – investigador, a partir de preguntas elaboradas con el fin de rastrear empíricamente las características del RC en los To graduados recientes, en tanto variable de estudio. La misma fue elegida como la herramienta más apropiada en función de los objetivos que propone el estudio, ya que permite “recoger el flujo de información particular de cada entrevistado, además de captar aspectos no previstos en el guión” (Valles, 1999 p.204). De este modo se trabajó con profesionales Lic. en TO graduados en la UNMDP, matriculados en el periodo 2005-2009 quienes fueron entrevistados con el propósito de explorar y describir el razonamiento clínico que tiene lugar en el proceso de terapia ocupacional implementado por ellos, según lo auto referido. Se construyó el instrumento (ver anexo 2), estableciéndose una nueva versión luego de la prueba piloto en la cual se administró el mismo a cinco To. Luego de las correcciones del plan de tesis, se realizaron nuevas modificaciones, quedando constituida de esta manera la versión final; (ver anexo 3).

Contacto con las unidades de análisis: Esta técnica se administró a los Lic. en TO, previamente localizados por medio de una búsqueda en la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, a través de la Comisión de Tesis de TO, quien otorgó un listado de los posibles graduados, los cuales fueron localizados a través de llamados telefónicos o vía e-mail, acordando fecha y hora de recepción de

la entrevista. Según el relevamiento inicial de las unidades de análisis y la no residencia en Mar del Plata de la mayoría de los To, se realizó la primer prueba piloto por correo electrónico, del siguiente modo:

- Envío de la misma y solicitud de contestación dentro de las dos horas posteriores a la recepción. Se acotó con el fin de homologar tiempos de respuesta y obtener espontaneidad en las mismas.
- El investigador permaneció disponible “en línea” para cualquier consulta.
- Para garantizar el anonimato se creó una cuenta de correo electrónico, con usuario y contraseña a disposición de los entrevistados con la finalidad de que envíen a través de ésta cuenta la entrevista completa.

Las investigadoras luego de realizar ésta prueba piloto, se percataron que el pedido de respuesta escrita determinaba la obtención de información con muy poco detalle y sumamente acotada, considerando que esta limitación puede impactar directamente en la calidad y cantidad de los datos, se definió acceder a la **modalidad de entrevista personal** a pesar del costo que esta pudo generar en la cantidad y variabilidad de las unidades de análisis. En función de los objetivos exploratorio descriptivos y que la muestra dependió del criterio de saturación y no de un tamaño muestral estipulado a priori, se priorizó la profundidad y detalle de la información recavada por sobre el número de entrevistas.

Prueba piloto: Se realizó la segunda prueba piloto a 5 unidades de análisis para evaluar el método de recolección de datos. Estas quedaron excluidas de la muestra.

Las entrevistas fueron realizadas personalmente por las propias investigadoras, concertando día, lugar, horario, objetivos y uso del grabador. Se

corroboró previamente que el entrevistado cumpla con los requisitos mínimos establecidos para la muestra lo cual se confirmó nuevamente en el encuentro personal. Se garantizó el anonimato y se ofreció dar a conocer los resultados de la investigación a los entrevistados, agradeciéndoles su colaboración.

El protocolo de la entrevista utilizado en la prueba piloto se adjunta en anexo 1.

Luego del análisis de las diferentes entrevistas se consideró pertinente realizar las siguientes modificaciones:

Se incluyó en el encabezado información sobre las patologías más frecuentes que atiende en su trabajo.

Se modificó el lugar de aparición de ciertas preguntas en función de la prueba piloto, dicha reorganización surgió en función del orden espontáneo que se dio en el contenido de las respuestas, similar en todos los casos, por lo que se trató de establecer mayor enlace en el encadenamiento de los distintos ejes indagados. La pregunta N° 2 pasó al 4° lugar, la N° 3 al 2° lugar, la N° 4 al 3°, la N° 5 al 8°, la N° 6 al 7°, la N° 7 al 11°, la N° 8 al 5°, la N° 9 al 10°, la N° 10 al 6°, la N° 11 al 13°, la N° 12 al 9° y la N° 13 al 12° lugar.

Asimismo la pregunta *Elija un abordaje realizado en el último mes ¿Cómo fue su primer encuentro y posteriores en general?* Se reformuló del siguiente modo: *Elija un abordaje realizado en el último mes. Hable de él en detalle;* con la finalidad de recabar mayor información en cantidad y calidad acerca del abordaje reciente, apelando a la libre organización y al mayor detalle en el contenido de la respuesta.

Debido a que en las preguntas anteriores, directa o indirectamente los entrevistados hacían referencia al contenido de la pregunta: *¿Qué prioriza en la primera sesión?*, se reformuló la misma solicitando la síntesis o confirmación de la

respuesta como se describe a continuación: *En función de las respuestas anteriores ¿Qué diría usted que es lo prioritario en la primera sesión?*

La pregunta: *¿En base a qué circunstancias modifica o interrumpe un tratamiento?* Fue planteada de manera hipotética, en función de que la población entrevistada cuenta con escasos años de práctica clínica y han manifestado no experimentar dicha situación. La misma quedará determinada de la siguiente manera: *Una vez iniciado un tratamiento ¿En base a qué circunstancias lo modificaría o lo interrumpiría?*

Por último, el interrogante: *¿Continua con el tratamiento cuando el paciente concurre en disconformidad con dicha decisión? ¿Qué determinación toma?* Desarrolle; se reformuló con el objetivo de evitar la inducción a las posibles respuestas (la posibilidad de continuar o interrumpir un tratamiento). Se redactó a continuación la versión final: *¿Cómo interviene cuando da cuenta que un paciente concurre en disconformidad a la sesión? Desarrolle.*

Cabe destacar que la organización general del instrumento utilizado para la recolección de los datos, pese a algunas modificaciones necesarias que se debieron realizar cumplió con el objetivo de guiar al entrevistado hacia un análisis de los aspectos generales de su desempeño profesional a lo largo del proceso de TO, a través del cual se pudo inferir las características del Razonamiento Clínico que se hallan presentes.

El tiempo de duración de la entrevista fue de 60 minutos aproximadamente.

Como sugirió el jurado en la corrección del plan de tesis, se confeccionó un consentimiento informado ya que las entrevistas eran grabadas, en el mismo se garantizo el anonimato del entrevistado y cualquier dato que haga referencia a su persona (ver anexo 4).

Asimismo, se modificó la pregunta N° 15 del instrumento: *¿Considera que su modo de trabajo está relacionado con la institución donde se desempeña?*, quedando reformulada del siguiente modo: *¿Qué perspectivas de crecimiento profesional encuentra en su práctica cotidiana actual?* El resto de los interrogantes permanecieron del mismo modo, considerando que al ser un estudio de tipo cualitativo la superposición relativa del contenido de las mismas enriquecen el material abriendo la posibilidad a nuevos emergentes y validan asimismo las respuestas entre sí. Dicha superposición resulta inevitable ya que no se puede predecir si las respuestas se orientaran a una dimensión exclusiva, teniendo en cuenta los diferentes niveles de integración posibles en la lógica del pensamiento de los entrevistados.

Análisis de los datos: La información cualitativa resultante fue sometida a codificación abierta, la cual es entendida como estrategia de categorización de datos, consistente en separar los mismo en partes o elementos al establecer similitudes y diferencias entre ellos. Esta técnica de análisis conduce a establecer primero conceptos y luego categorías, que abarcan -en un nivel de abstracción mayor- los conceptos previamente identificados (Glaser & Strauss, 1967 ; Taylor & Bodgan, 1994; de Souza Minayo, 1995). (44)

Fueron identificadas categorías teóricas, derivadas del marco de referencia desarrollado previamente, y categorías empíricas o códigos emergentes. Luego se refinó la clasificación reagrupando las categorías en función de los temas de mayor relevancia.

El objetivo fue caracterizar el razonamiento clínico de acuerdo a los valores que se han establecido en la definición científica y operacional. Por su parte, en

función de la codificación abierta, se identificaron las categorías como así también registros emergentes de los propios datos, que permitieran un diálogo con la teoría, desde su consistencia con la misma tanto así como de su divergencia, de acuerdo con los parámetros de la Teoría Fundamentada en los Datos (Glasser y Strauss, 1967). (44)

Los pasos

Luego de realizar las entrevistas personales, se trabajó sobre el texto desgrabado de las mismas, comenzando con varias lecturas que nos familiarizaron con sus relatos y que poco a poco nos permitió identificar las características del RC reflejadas en el mismo.

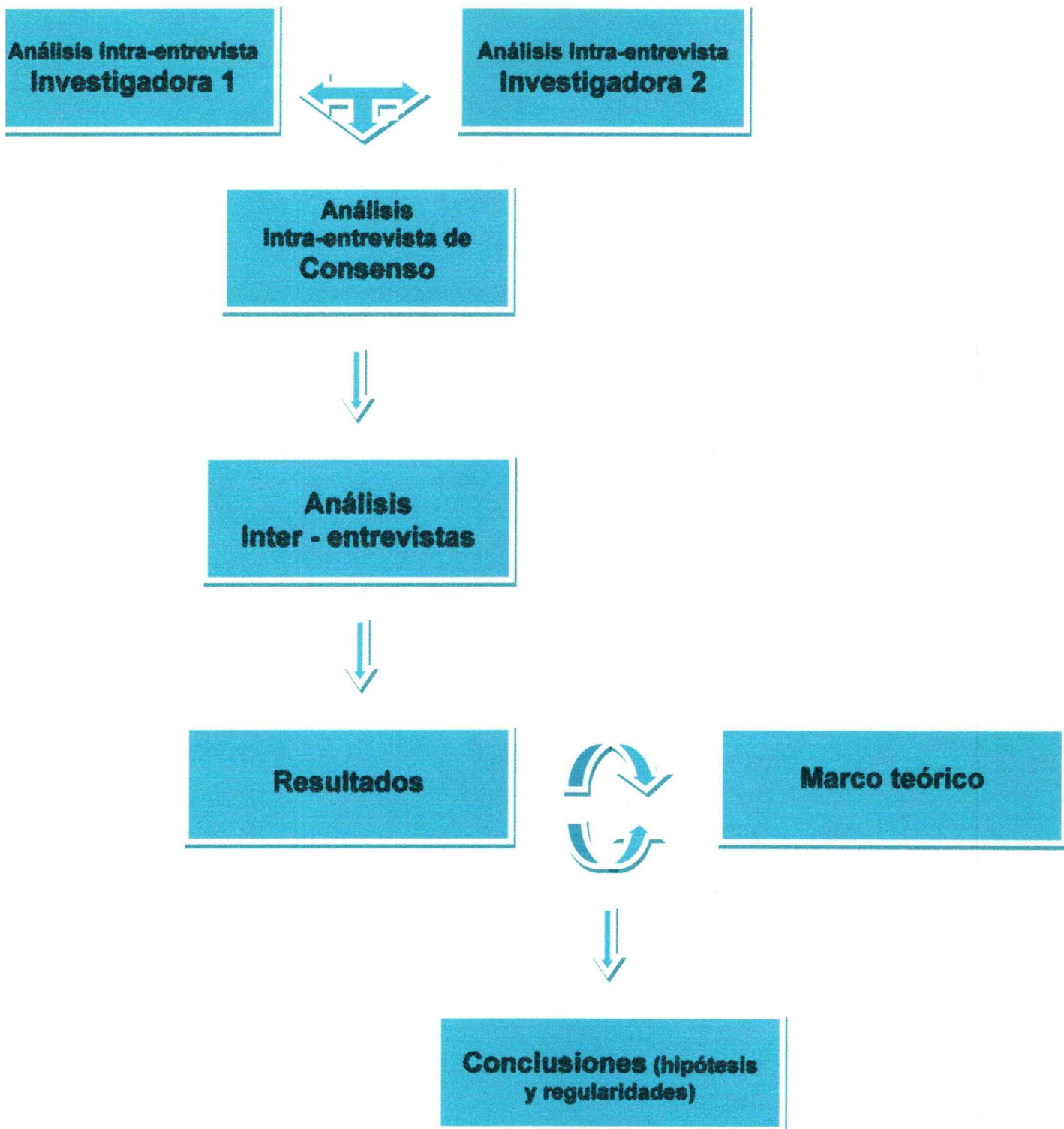
Se inicio el paso de codificación de los datos basadas en las instrucciones técnicas desarrolladas por Coffey y Atkinson para el abordaje cualitativo de textos de entrevistas. En principio se recuperaron los segmentos significativos de las entrevistas realizadas, ejemplos de los mismos, se analizaron los patrones y las estructuras utilizadas.

La manera común de hacerlo, según los autores citados y la que utilizamos en esta investigación fue la de asignar etiquetas o membretes a los datos relevantes, basándonos en los conceptos del marco teórico, rescatando aquellos datos tanto consistentes como divergentes, como así también insistentes en su aparición, aunque no pudieran conectarse en un primer momento con el marco conceptual. A partir de las similitudes y diferencias, relaciones reiteradas o exclusividad de las mismas y el análisis de las diferentes narrativas de los entrevistados, se crearon **Categorías Intra-entrevista**, las cuales permitieron transformar los datos y reconceptualizarlos, abriendo posibilidades a fin de interrogarlas, tratar de identificar

y especular sobre otras características; pensarlo de manera creativa. En primera instancia estableciéndonos en un marco de codificación simple, creando las primeras categorías a partir del interés de este trabajo y posteriormente abordando los emergentes propios del discurso. (45)

Para garantizar la confianza de las inferencias y los datos construidos, el análisis intra-entrevista fue realizado por las investigadoras de manera independiente, cotejando sólo a posteriori los resultados, rescatando aquellas categorizaciones con valoraciones comunes, procurando la “consistencia intersubjetiva” (Samaja, 1993). (46)

Posteriormente, se compararon los datos construidos en consenso en las entrevistas procediendo al análisis inter-entrevista. Se analizó la relación de las categorías finales con las dimensiones de la variable, identificando similitudes y/o diferencia que fueron plasmadas en el análisis descriptivo. Luego estos datos interpretados con la teoría del marco conceptual fueron desarrollados en la conclusión respondiendo a los objetivos de la presente investigación; las características del RC presentes en el proceso de TO en los graduados recientemente.



Bibliografía Capítulo III:

- (44) Glaser, B.; Strauss, A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine de Gruyter. 1967.
- (45) Coffey, A.; Atkinson, P.: encontrar el sentido a los datos cualitativos; Estrategias complementarias de investigación. Publicaciones de la universidad de Alicante. Ed. Compobell S.L. 2005.
- (46) Samaja, J.: Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica. Buenos Aires: Ed. Eudeba. 1993.

RESULTADOS

Se realizó un análisis de las 15 entrevistas identificando en su mayoría 10 profesionales que se dedican al área física (2 en traumatología, 6 en neurología y 2 en ambas) y en una minoría a las siguientes áreas, 2 al área de salud mental y 1 en educación especial. Se encuentran casos que no se dedican exclusivamente a un área, un entrevistado se desempeña en traumatología, educación especial y gerontología, y otro ejerce en traumatología y gerontología, evidenciándose la aparición de la gerontología como un área independiente de la de salud mental y la física. La franja etárea de los entrevistados se encuentra entre los 30 y 38 años. Presentándose 14 de sexo femenino y solo 1 de sexo masculino. Los mismos se desempeñan en 2 casos en el ámbito público, en otros 2 lo hacen en público y privado, y en 11 casos en ámbitos privados (en 6 casos en relación de dependencia, en 2 de forma independiente y en 2 ambas).

Áreas de desempeño	Entrevistados
Neurología y Traumatología	2
Neurología	6
Traumatología	2
Salud Mental	2
Educación Especial	1
Traumatología. Educación Especial. Gerontología	1
Traumatología. Gerontología	1

Ámbitos de desempeño	Entrevistados
Privado, en relación de dependencia	6
Privado, de forma independiente	2
Privado, en relación de dependencia e independiente	2
Público	2
Privado y Público	2

El análisis de los datos, evidencio que las formas de razonamientos más usadas fueron la *procedural* y la *interactiva*.

En cuanto a la forma *procedural*, se enfatiza desde la explicitación de los pasos a seguir durante el abordaje del caso;

“(…)lo que hago yo es una evaluación inicial que generalmente lleva más de una sesión, principalmente en niños y en adultos también, porque en la primer sesión uno conoce el ámbito del paciente y la familia...generalmente en la evaluación es acompañado por la familia y después cuando ya se aboca mas al paciente...este...bueno una vez que hago la evaluación me fijo cuales son las prioridades, los objetivos principales a trabajar y en función de eso voy proyectando la...voy diagramando digamos la sesión... cada sesión me planteo un objetivo a trabajar, más que nada porque como trabajo con pacientes neurológicos y el abordaje desde neurodesarrollo es así, uno se plantea un objetivo inicial hace la intervención y luego al final tiene que tratar de evaluar a ver si ese objetivo pequeño se cumplió(…)”(E. X)

“(…)bueno llegas y la evaluación, ósea yo no tengo una ficha de evaluación, es desde lo funcional, vos vas y ves todo desde lo vincular, como está dispuesta la casa la iniciativa del paciente de acuerdo a la patología que tenga si tiene un trastorno en la marcha si tiene deterioro cognitivo o un problema traumatológico entonces a partir de ahí vos vas encarando el tratamiento día a día en cada sesión, yo no me pongo por ej una sesión completa para evaluar porque el día que vos llegas y ves al paciente la familia quiere una respuesta ya, entonces no se puede hacer todo, pero vos el primer día evalúas la situación, le contas como va a ser el tratamiento al familiar y al paciente y de ahí cada sesión es evaluación y tratamiento, evalúas y tratas(…)” (E. IX)

La forma *Interactiva*, aparece focalizada en los aspectos vinculares y la implicancia del paciente en el tratamiento;

“(…) era muy importante que con esta chica, lo que había logrado era establecer códigos, establecer códigos q nosotras compartimos, por ejemplo yo le digo... hablame, me tenes q contestar si o no, te mira y te hace así (...) entonces empecé a trabajar con ella, que siempre q estábamos de acuerdo en algo chocábamos los 5, ahora cada vez q ella no me habla, yo le digo...¿para la próxima sesión me vas a contar mas? si lo vas a hacer

chocame los 5, sino no, y ella lo cumple al pie de la letra...es como q uno va estableciendo ese tipo de formas de comunicarse, quizá no tan tradicional, entonces ahora con la madre q tampoco tenia mucho diálogo, ella le planteo a la madre de chocarse los 5, cuando ella esta de acuerdo o no con algo...que a mi se me ocurrió eso de chocar los 5 porque la hacia involucrarse por ahí no desde la palabra se entiende? (...) Pero esto del vinculo, q importante es conocer al otro, pero yo por ej. podría haberle dicho, bueno listo, no quieres hablar no hables pero si trabaja! (...) me sirve que me haga todo perfecto? si no habla que va a trabajar para ella sola? no es un objetivo para una chica de 14 años, se entiende? eso es muy importante para mi, otros dirán que no(...)" (E. XII)

"(...) Vínculo...primero...porque sino estableces un buen vinculo no vas a lograr nada en la terapia y te pasa viste que vos decís, eee no, puede ser que el paciente no tenga onda con vos, o lo que sea y si no logras un vinculo de confianza que el sepa que lo que le estas dando se lo estás dando por un motivo y que tiene un objetivo y que puede confiar en lo que vos estás haciendo...no vas a llegar a nada(...)" (E. XIII)

Algunas entrevistas evidencian en la utilización, ambas formas de pensamiento alternadas y/o combinadas en el mismo segmento discursivo y en ocasiones se identifica predominio de uso de una u otra. 9 de 15 entrevistas manifiestan un predominio marcado de razonamientos: 6 procedural y 3 interactivos. El resto de las entrevistas presentan en igual medida manifestaciones que remiten tanto a la forma *procedural* como a la *interactiva*;

"(...) lo primero para mi establecer un vinculo con la persona que tengo en frente, y después una evaluación de las condiciones en que se encuentra, las limitaciones y las capacidades que tiene y a partir de ahí también preguntarle al paciente, como hacemos habitualmente ahora, es preguntarle qué es lo que pretende el paciente de la rehabilitación y del proceso de tratamiento de TO y cuáles son las capacidades reales que él puede recuperar, asique lo primero es evaluar la situación de cómo está la persona y qué es lo que quiere y después a partir de ahí que objetivos me planteo durante el proceso de acuerdo a la persona que tengo en frente y bueno nada uno los va llevando a cabo y va evaluando todo el tiempo si se cumplen o si hay que cambiar el modo en que lo hace(...)" (E. II)

“(…) Que yo lo empiece a conocer, que el me empiece a conocer, enmarcamos un poco como va a ser el tratamiento, cual es la modalidad, lo que el quiere venir a trabajar conmigo, se hace como...una lista de prioridades, que es lo que viene a buscar, no sale solo de mi cuando se propone un tratamiento cognitivo individual, sino que el me va contando que le pasa en la vida cotidiana y aparte...y de ahí se diseña un plan de tratamiento de acuerdo a las necesidades del paciente.(...)” (E. V)

La fuente de datos más referida fue la *pragmática* (11 de 15 entrevistas) sobre todo especialmente centrada en referencias a políticas institucionales, con notable predominio en tres casos. Seguida de esta se identifican las fuentes *narrativa* y *científica*, estando estas equiparadas en su presencia en la mitad de los casos (7 de 15):

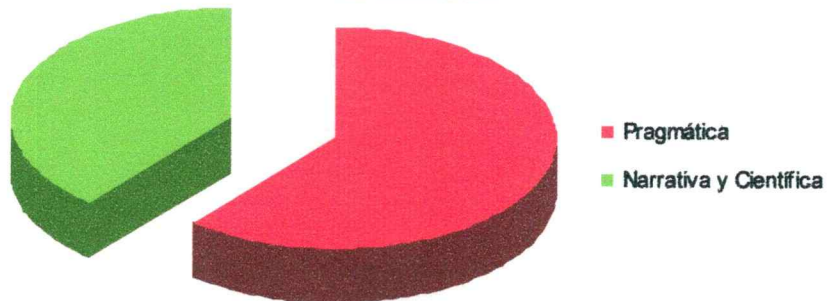
- *Narrativa*, poniendo mayor énfasis en el uso de aspectos familiares, sociales, ocupacionales y culturales del sujeto en la toma de decisiones referentes a la intervención;

“(…) un chiquito q ingreso desde terapia, con muchas dificultades en casa eem...de desobedecer, con dificultad para quedarse sentado en la escuela... el va al jardín, quedarse sentado en el jardín, en los recreos siempre conflicto, no pega, pero agresivo, tiene juegos muy brutos, ee...en casa la mamá dice que es imposible tenerlo quieto, que se queda sentado solo frente al televisor...hizo la entrevista por admisión... empezó terapia ocupacional, lo mandan para evaluar en Integración Sensorial y les doy a los papas una historia sensorial, desde la observación clínica la pude hacer pero con muchas dificultades(…)” (E. XV)

- *Científica*, centrándose específicamente en lo que refiere a instrumentos analíticos y no analíticos de evaluación y tratamiento;

“(…) después de entrevistar también al paciente, hago una evaluación, en el área física lo que yo hago es una evaluación de movilidad activa, de la marcha, de la motricidad fina y lo voy haciendo de a poco a medida que a su vez también voy trabajando (...)” (E. IV)

Predominio de uso de Fuentes de Datos en la muestra



La fuente de datos *ética* se evidencia en pocas ocasiones e incluso en cuatro entrevistas no se hallaron datos de la misma. Esta información cuando aparece alude en la mayoría de los casos a la autonomía del paciente.

Por su parte, es de rescatar que el uso de la fuente *pragmática* se identifica generalmente ante la presencia de preguntas específicas del instrumento que indagan sus dimensiones, no surgiendo espontáneamente en las preguntas más amplias. Del mismo modo sucede con la fuente de datos *ética*, la cual se halla exclusivamente ante preguntas específicas enfatizando el principio de autonomía, como se nombra anteriormente, a modo anecdótico o planteando situaciones supuestas, en ocasiones se deduce del discurso aunque sin evidenciar la integración de la misma en su desempeño. Los entrevistados que denotan mayor énfasis en los aspectos éticos del caso, también expresan la relevancia que confieren a los datos referentes a las experiencias, vivencias corporales y emocionales del paciente.

“(...) el que convive con la enfermedad es el paciente no uno y si bien vos te planteas objetivos muchísimas veces no coinciden con los del paciente. Entonces es ee...bajar a la realidad al paciente de cuales son los objetivos que se pueden cumplir y pero básicamente que es lo que el quiere lograr (...)”
(E. II)

“(…) me ha pasado que llegaba a cierto punto del tratamiento y el paciente me pide otra cosa, quiere hacer otra cosa, que quiere enfocarse a lo mejor no tanto en un aspecto sino en el otro, entonces a partir de ahí también, por un lado si no funciona o sea si no...entonces cambiamos, sino también por lo que el paciente quiere, porque a veces te dicen, no esto no, me gustaría trabajar mas en esto (…)” (E. IV)

Un dato relevante refiere a la combinación de fuentes de datos *narrativas* y *científicas*, evidencia de lo cual se ha encontrado en **todas** las entrevistas analizadas, aunque más significativamente en 8 de las 15, coincidiendo que las mismas corresponden a entrevistados con tres o más años de ejercicio profesional;

“(…) lo que hago yo es una evaluación inicial que generalmente lleva más de una sesión principalmente en niños y en adultos también porque en la primer sesión uno conoce el ámbito del paciente y la familia...generalmente en la evaluación es acompañado por la familia y después cuando ya se aboca mas al paciente...este.... bueno una vez que hago la evaluación me fijo cuales son las prioridades, los objetivos principales a trabajar y en función de eso voy proyectando(…)” (E. X)

Secundariamente ha sido evidente la combinación de las fuentes *Pragmática-Científica* (9 de 15);

“En el área es como que nosotras ya sabemos los tiempos y los tiempos para movilizar y a veces el médico te dice no lo movilices y se te endurece, se pone rígido, o cómo está el paciente, si o si seguís un protocolo y tenes en cuenta la opinión del médico (…)” (E. III)

Como así también la combinación de las fuentes *Pragmática-Narrativa* (7 de 15)

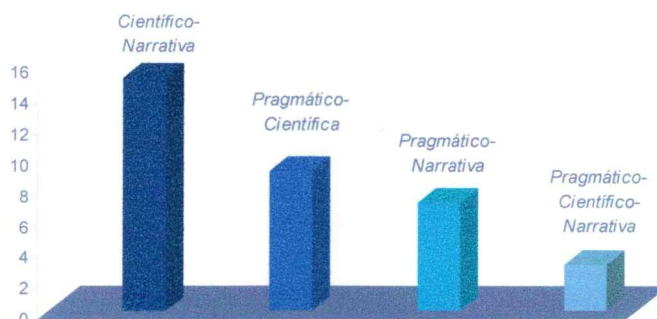
“(…) porque era un gran tema, a ustedes en la formación también les habrá pasado...qué actividad le damos si hace tal cosa y por ahí para cada persona va a tener un significado diferente y hay q respetar eso y otro punto para mi fundamental es el ambiente, o sea el grupo social, el lugar en donde este inserto este chico, para mi es muy importante porque puede llegar a ser

un obstáculo muy grande, en mi caso si yo no logro trabajar en conjunto con los padres no tiene sentido lo que estoy haciendo, porque me lo boicotean, es uno de los aspectos mas importantes...buscar eso, escuchar y ver la situación del otro, generar la importancia(...)" (E. XII)

En tres entrevistas se encuentran combinaciones de tres fuentes de datos, siendo la más frecuente la combinación *Pragmática-Científica-Narrativa*. Es destacable que las mismas se encuentran en los entrevistados que han referido a fuentes *éticas* para pensar los casos.

"(...) el vínculo, el lado social, el grado de participación, lo que trato de evaluarlo es eso, y después todo lo que tiene que ver con la clínica, esto de generar lazo, tiene que ver con la sicopatología, con generar lazos, que el paciente pueda identificar con que recursos viene, que recursos psíquicos tiene, para poder generar lazos en forma activa, es lo clínico que hay que evaluar para después poder trabajar, y en general creo que es eso."(E. VII)

Combinación de Fuentes de Datos



Un caso paradigmático lo establece uno de las entrevistas en la cual se encontraron combinadas las cuatro fuentes de datos en un mismo fragmento del relato. La misma presenta la mayor cantidad de años de ejercicio posible para esta investigación (5 años) y ha realizado un posgrado/residencia.

"(...) en el tratamiento empiezo por ahí con mi formación y mi orientación, empiezo a trabajar con sus dificultades en las actividades cotidianas, a partir de ahí si se hace un tratamiento mas físico apuntando mas

a las dificultades que yo veo y apuntando a eso lo que le interesa, porque quizá para mi el paciente no se puede dar vuelta en la cama y tal vez para el no es importante dentro de las dificultades que tiene (...)" (E. VIII)

Las combinaciones de las fuentes *pragmático-científicas*, *pragmático-narrativa* y *pragmático-científico-narrativa* se hallan significativamente en una de las entrevistas, siendo evidente y consistente la referencia en el relato, dicho caso, se caracteriza por ser un entrevistado que ejerce en el área de salud mental y tiene experiencia por haberse desempeñado en la misma desde el pregrado en otros roles diferentes al actual de To, por ejemplo, educativo y/o psicoterapéutico. Estas particularidades le permiten profundizar e integrar en la mirada del To aspectos sociales;

"(...) por ahí la primera cuestión que yo trato de evaluar es esto, el caso, es decir, el caso desde lo particular, desde lo subjetivo, desde lo comunitario, en general esto, la trama social, que es lo que hay, que recursos tiene, cuales son los recursos que tiene la persona. En la clínica, sería... éste paciente, que características tiene el paciente, cuál es su realidad, cuáles son sus necesidades y cuáles son los recursos que el paciente identifica que de alguna manera están vinculado con satisfacer esa necesidad y como el paciente lo puede lograr (...)" (E. VII)

"(...) tomo lo que traigo de referencia para hacer la anamnesis, primero bueno la situación del paciente, por un lado lo semiológico, lo que puedo ver en la primera entrevista que tiene que ver con lo semiológico, muchas veces son pacientes crónico, muchas veces hay deterioro y hay cuestiones para consignar que tiene que ver con las posibilidades del paciente y la red social del paciente, con quien vive, si tiene amistades o no, si realiza actividades sociales o no, si alguna vez a realizado y ahora no realiza y si alguna vez a tenido trabajo o no ha tenido trabajo. Eso en general y después lo específico y ahí si tomo...este aporte de lo sistémico en pensar una evaluación de las áreas de desempeño bien específica (...)" (E. VII)

La forma *procedural e interactiva* de razonamiento se halla combinada en más de la mitad de los casos estudiados, aunque circunstancialmente en los mismos;

“(…) lo primero para mi establecer un vínculo con la persona que tengo en frente y después una evaluación de las condiciones en que se encuentra, las limitaciones y las capacidades que tiene y a partir de ahí también preguntarle al paciente, como hacemos habitualmente ahora, es preguntarle al paciente que es lo que pretende el paciente de la rehabilitación y del proceso de tratamiento de terapia ocupacional y cuales son las capacidades reales que el puede recuperar (…)” (E. II)

“(…) yo atiendo a muchas personas mayores, muchos viejos que tienen pluripatologías, no hoy me duelen todos los huesos y no vamos a hacer ejercicios, entonces bueno ¿qué estabas haciendo leyendo el diario? entonces agarras una actividad de memoria con lo que el estaba mirando en el diario (…)” (E. IX)

“(…) Otra cosa con esta señora lo que me sirve es explicar por qué lo hacemos y para qué te sirve, sino pasar de un lado al otro pelotitas, no tiene iniciativa de hacerlo y esta bueno poder utilizar actividades que a ella le interesa, un día llevo cerámica y hacemos cerámica, pero cuando ella estaba interesada en tejer dijimos bueno a ver como agarrar la aguja, en que tenes que tener cuidado, ella por suerte puede controlar todos los movimientos(…)”(E. IX)

Una alta consistencia presenta la combinación del razonamiento *procedural* con la fuente de datos *científica*, hallándose en 14 de las 15 entrevistas, aunque es dominante como cualidad en 8 casos;

“(…) cada sesión me planteo un objetivo a trabajar, mas que nada porque como trabajo con pacientes neurológicos y el abordaje desde neurodesarrollo es así, uno se plantea un objetivo inicial hace la intervención y luego al final tiene que tratar de evaluar a ver si ese objetivo pequeño se cumplió (…)” (E.X)

“(…) así empezó la intervención y la evaluación conjunta de un chiquito que no permitía una evaluación muy estructurada no era que decía bueno voy a evaluar sensibilidad, voy a evaluar habilidades manuales, porque no, porque no lo permitía (…)” (E. X)

De igual modo (14 de 15) se encuentra la combinación *procedural-narrativa*;

“(...) hasta que ahora es como que yo me voy corriendo un poco, hasta inclusive me salgo de al lado del almanaque para que ellos solos puedan ir organizándose, esto también los organiza mucho porque ya saben lo que va a venir y no están tan pendientes de no saber cómo es la jornada, digamos, entonces voy haciendo todo ese tipo de intervenciones hasta que ya después pude estructurar otros proyectos, trabajo desde los títeres, trabajo todo lo que es psicomotricidad desde el armado del títere, desde el pintado todo eso, trabajo con cuentos y después la escenificación de los cuentos donde trabajo todo lo social, la tolerancia a la espera, la participación el trabajo en equipo, bueno todo eso lo trabajo desde ahí y bueno después juego(...)” (E. XI)

“(...) en por ejemplo ahora en este momento estaba el grupo bastante organizado estábamos trabajando muy bien una de las chicas como que aparentemente tiene un problema en la casa y se desbordo y esta todo el tiempo pegando y escupiendo, pero sin parar...entonces llega un momento que decis...bueno... y acá igual no hay ningún libro que te diga que es lo que tenes que hacer, entonces superviso con el equipo técnico porque realmente la situación me supera decis bueno ya ya no se que hacer(...)” (E. XI)

El razonamiento *procedural* utiliza predominantemente las fuentes *narrativa* y *científica*. Tales combinaciones se han encontrado en casi la totalidad de los casos, aunque es la combinación *procedural-científico* es la que se reitera con mayor frecuencia en el discurso de los graduados recientes.

En 12 de las 15 entrevistas se encuentra la combinación de la forma de pensamiento *procedural* y las fuentes de datos *científica* y *narrativa* en un mismo fragmento del relato;

“(...) bueno partamos del desarrollo evolutivo...e historia evolutiva y desarrollo evolutivo, y después eee que hacen al tratamiento bueno, la familia después si va al colegio, al jardín, las maestras que información me pueden dar, porque también vamos a visitar la salita (...)” (E. XIV)

“(...) hago la entrevista, evalúo, eh...implemento las técnicas de tratamiento que requiere esos objetivos, este..si...calculo que más menos pero siempre hago lo mismo...nono..no me salteo etapas..si por ahí puede ser q algunos objetivos predominen mas que otros o por ahí la necesidad de la

mamá predominan en otros...por ahí yo quiero trabajar postura, y la mama quiere que succione más para que se alimente mas y esto va a ser una prioridad obviamente, dentro de lo que yo quiero trabajar, vamos a enfocarnos en eso...pero el orden creo que es el mismo...si siempre es el mismo (...)" (E. XIV)

La combinación *Interactiva-Narrativa* se encuentra presente en 11 de las 15 entrevistas, aunque es dominante como cualidad del razonamiento clínico en sólo 5 casos, no predominando en las entrevistas restantes;

"(...) El vinculo, lo vincular, es lo vincular, y a raíz de eso podes hacer varias cosas con la familia también, porque a veces las familias son difíciles, a veces con el paciente todo bien y la familia por ahí es más complicada. Asíque es lo vincular, no solo con el paciente, sino también con la familia (...)" (E. IV)

"(...) después con respecto a los chicos bueno... básicamente es ver las actitudes no es cierto esto de si a los chicos les interesa algo se quedan haciéndolo si se están parando constantemente puede ser por varias cosas, pero una de las cosas puede ser porque no les gusta lo que están haciendo, también están las maestras que han tenido a estos chicos otros años vienen y te ayudan...te dicen esto le gusta esto no le gusta...entonces mas o menos vas... igual por ahí lo probas a ver si un año después le gusta o no pero mas q nada lo ves desde lo actitudinal, entonces...es eso básicamente(...)" (E. XI)

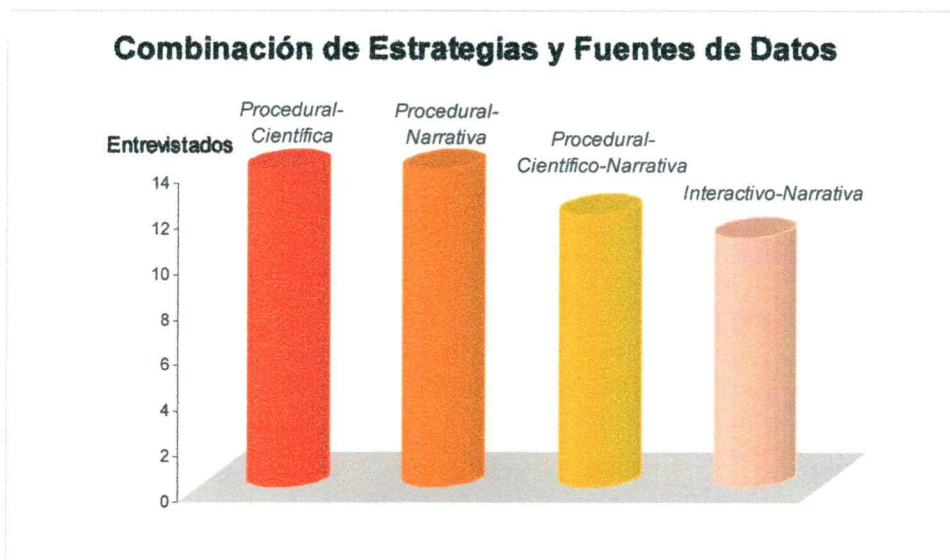
Estos 5 casos, son entrevistados que refieren críticamente a su formación de grado y actual desempeño, han realizado formación de posgrado o enfatizan en la importancia de las experiencias laborales previas valorizando aspectos positivos y negativos de las mismas;

"(...) yo me recibí hace tres años...trabajar sola es horrible, porque vos estas con un paciente y no tenes a nadie que te diga esta bien, esta mal, podrías hacer esto...en cambio vos en una residencia estas con colegas tuyas, compañeras que son de segundo, tercero y la jefa de cuarto año que se van formando continuamente porque las posibilidades de hacer cursos que te da la residencia es impresionante y a su vez están las terapeuta de planta que a su vez te podes dirigir siempre, también al paciente lo ven en equipo

(...) yo me decidí a hacer la residencia porque en muchas cosas vos notas que te falta algo, vos te recibís y para mi(...)" (E. IX)

3 de estos 5 casos se desempeñan en el área de salud mental y en educación especial, refiriendo explícita e implícitamente al lugar que le brindan al vínculo, las subjetividades de la persona, su entorno y como ésto se interrelaciona en el abordaje;

"(...) bueno este paciente, que características tiene el paciente, cuál es su realidad, cuales son sus necesidades y cuales son los recursos que el paciente identifica que de alguna manera están vinculado con satisfacer esa necesidad, y como el paciente lo puede lograr (...)" (E.VII)



Los entrevistados que refieren mayor experiencia profesional en relación a la cantidad de años de desempeño, oportunidades de crecimiento que le han brindado los trabajos previos y/o actuales y formación, evidencian alternancia de los distintos tipos de razonamientos y predominio de las distintas fuentes de datos en su discurso. Esto concuerda con las circunstancias opuestas, los entrevistados que manifiestan menos experiencia y formación, plasman en su discurso un modo dominante de razonamiento como así también, presentan mayor restricción en el uso

de las distintas fuentes de datos. Asimismo se identifica en estos últimos, mayor información referida a la forma de pensamiento *interactiva* y a la fuente de datos *narrativa*, en general relacionada con aspectos vinculares y datos personales del caso a abordar, con menor presencia de términos técnico-científicos y mayor atención a la singularidad del caso;

“El encuentro, primero se trata de crea un buen vínculo, que también se hace difícil por que no te conocen bueno hasta que entras, hay que lograr un buen vinculo, y conocer cuales son los intereses y bueno...que te acepten es primordial, que te acepten, bueno...hicimos...una vez que conoces al grupo tratar de ver que les importa por lo general siempre terminas con actividades manuales (...)”(E.VI)

Aquellos que evidenciaron el uso frecuente de estrategias combinadas o alternadas de pensamiento en su trabajo refieren continuidad en su formación de postgrado y manifiestan la importancia de la especialización y capacitación permanente. Es significativa la concordancia entre la importancia que se le da a la formación y el área a la que se dedican, ya todos los que refieren continuar con su formación ejercen en el área física (neuroológico y traumatológico), a excepción de un caso que se desempeña en salud mental;

“Mantenerte en contacto con las cosas nuevas, todo lo que es el modelo de neuropsicología va cambiando año tras año porque van apareciendo...tal vez nuevas investigaciones, nuevas teorías, los paradigmas no son estático, sino que siempre se van a ir modificando, yo trabajo mucho sobre la búsqueda y la lectura ya sea de artículos en Internet, de libros que voy consiguiendo en congresos como que siempre tenes que ir renovando todo lo que es la búsqueda bibliográfica (...)” (E.V)

“(...) estos dos trabajos están como con probabilidades de crecer digo yo, por lo menos de pensar te da lugar a pensar bueno quiero esto o me quiero formar más en esto o me hace falta ese curso (...)” (E.I)

Dichos entrevistados enfatizan información de la fuente *pragmática* y priorizan con más frecuencia lo *científico* y posteriormente lo *narrativo-interactivo*, presentándose en este orden a lo largo del relato, aunque verbalizan que ambas son igualmente importantes.

“(…) es no solo quedarte con lo que te da la evaluación neuropsicológica, sino ver el momento del paciente, que le esta pasando, que otros factores están interviniendo tal vez en su desempeño cognitivo que en este momento se encuentra con déficit, el entorno de la familia, la parte laboral, factores como el estrés o un componente de ansiedad que pueda estar influyendo un abordaje integral de la persona, no nos quedamos con la parte cognitiva solamente, se sabe que hay otros factores que influyen que cuando hay un diagnóstico médico, no hay antecedentes neurológicos, algo tenes que buscar desde lo emocional o desde lo psiquiátrico que este influyendo en este caso.(…)”(E.V)

En 8 de 15 entrevistados, la fuente *pragmática* es la predominante, centrada fundamentalmente en la influencia de políticas institucionales y de factores personales en su práctica, los mismos refieren y acentúan la existencia de limitaciones en cuanto a recursos materiales o espaciales en sus lugares de trabajo y aluden que no dependen de estos, ya que pueden trabajar lo que se proponen con lo que halla disponible;

“(…) es como que en el momento digo bueno le hace falta al paciente trabajar tal y tal cosa y después veo que hay y trato de adaptar mis objetivo digamos a los materiales que tengo, es como que es todo muy indiscriminado un ida y vuelta constante que se yo, este paciente tiene que hacer flexión de hombro asistida ¿tengo un sistema de poleas? no, bueno, lo acuesto en la colchoneta y se lo asisto yo (…)” (E.I)

“El instituto me ha enseñado a no disponer de nada, entonces si bien hay muchos materiales y demás, se comparte con mucha gente y no siempre tenes ese objeto, entonces no por ahí pienso que quiero trabajar y miro alrededor (...), entonces en función de lo que quiero trabajar miro alrededor a ver que me puede ayudar para lograr eso, pero si bien pienso en materiales para llevar o voy cambiando, no dependo del material que tengo (…)” (E.VIII)

“No no, el otro día, trataba de pensar la actividad en sí y no me veo haciendo actividad bien a los medios terapéutico acá, por mas que tenga los recursos, y el lugar, el otro día venia cargado, venia con agujeradora, con herramientas que acá no tengo y de vez en cuando las traigo, no las uso tanto, con algún paciente que... llevo y traigo y pensaba que cagada que no puedo dejar esto acá, tampoco la uso siempre la uso de vez en cuando, solo cuando un paciente... asique el recurso no modifica mucho mi forma de trabajo y dentro de todo lo que he demandado, dentro de todo la institución me lo ha dado (...)” (E.VII)

Significativamente, los To que se desempeñan en el área traumatológica y en relación con las Aseguradoras de Riesgos de Trabajo (3 de 15), son los que mayor énfasis hacen en cuestiones relacionadas al condicionamiento a nivel institucional, los tiempos, la toma de decisiones, la metodología y calidad de abordaje;

“(...) tengo un promedio que ha superado mucho lo que es normal atender por terapeuta, en promedio se atienden 30 pacientes por 5 horas de trabajo, que es lo que yo estaba teniendo, 30 pacientes es mucho para 5 horas, yo he llegado en 5 horas a tener 47 pacientes y deja bastante que desear en cuanto a que aa...yo no puedo estar con ese paciente una hora como hacen las chicas en su consultorio particular (...)” (E. III)

Al indagar sobre la construcción del RC durante la formación de grado los entrevistados refieren en la mayoría de los casos, que la metodología de aprendizaje más útil para su desempeño profesional, es la práctica. Los mismos enfatizan en la necesidad de llevar a dicho terreno los nuevos conocimientos para lograr mayor dominio de los mismos;

“(...) la formación teórica digamos y la formación practica, como el ir y venir entre lo teórico y lo practico. Aprender algo y aplicarlo, hacer un curso y aplicarlo yo creo que ahí, es donde aprendes, ponele vas aplicando y vas explorando o experimentando que pasa realmente (...)” (E.I)

“(...) desde lo conceptual si bien no es que directamente tuve acceso a otra bibliografía tuve acceso a muchos cursos y de material de las colegas, una veía un caso y te traía material para que leas informes y mucho desde la

práctica mucho, que no esta en ningún libro y no va a estar en libros sino que está en la experiencia del otro que te cuenta y que te dice bueno esto lo hago por esto, por esto y por esto. Mucho más de eso que de la bibliografía.” (E.VIII)

Acerca de esta temática, los entrevistados refieren la carencia durante su formación de una guía para estructurar una forma de pensar y abordar un caso. En la mayoría de los entrevistados expresan que existen falencias y hay diferencias en la calidad de los contenidos que se imparte en las diferentes áreas, siendo muy significativas en algunas y resultando incompleta en otras. En líneas generales plantean que la información que se le brinda al estudiante no esta ni organizada ni articulada para adquirir una base sólida. Los entrevistados manifiestan;

“(...) la facultad creo q es así...te da toda la información desorganizada y uno cuando llega a una práctica entra en caos...te llega un paciente y no sabes...ni idea por donde empezar, ni idea...ni sabes si tenes q presentar o no te tenes q presentar...(...) la facultad nos da herramientas bien escindidas y nosotras vamos a las practicas siendo esquizofrénicas y salimos esquizofrénicas yo sentí eso, q a mi nada me llenaba, osea no me alcanzaban las horas para leer y así me frustré...y creo q la experiencia de poder eh...ir a una práctica implica animarte (...)”(E.XIV)

Los To que se dedican al área física, ya sea traumatológico o neurológico (7 de 15), jerarquizan la información procedente de las ciencias fácticas, centrándose en general en aspectos médicos-científicos del caso, relegando lo referido a sus vivencias particulares, su entorno y la interrelación de estas;

“(...) El biomecánico...Donde trabajo yo es fundamental porque es traumatológico entonces es un abordaje muy biomecánico, si bien tenes cosas neurológicas un poco mas global lo principal es biomecánico y ya te digo la parte psicológica por mas que a veces en traumatológica se deja de lado es muy importante...según los rasgos de cada personalidad...los

tiempos es mas hasta pueden desarrollar otro tipo de patología a causa de esta, son otros tiempos, vos ves venir una fractura de muñeca (E.III)

“(...) yo te enseñé la técnica la responsabilidad de tu recuperación es tuya no mía, la mía es enseñarte como la tuya es responsabilizarte...entonces ese es un motivo por ejemplo, si uno ve que se compromete y da indicaciones y las reiteras y vos decís pero yo te explique la importancia de por qué estoy haciendo esto y pasa una semana y vos decís y otra vez no la cumplió y continuo y vos le decís mira los motivos del alta es que no te, que te estoy explicando y bue! ósea vos no estas comprometido con la terapia que yo te quiero dar... acá se termina (...)” (E.II)

Es evidente como los To que se dedican a salud mental y educación especial (3 de 15) manifiestan no encontrar bases que justifiquen y den forma a su hacer, ya que los modelos existentes no brindan las herramientas necesarias ni se ajustan al desempeño de los mismos;

“(...) También es un poco contar y encontrar yo, que me llevo un tiempo, el modo de hacer terapia ocupacional en estos pacientes. De hecho lo que me daban en la facultad era intervención desde lo agudo, y nunca trabaje (...) pero digo de aquí a que lleguemos a los objetivos de tratamiento que necesita el paciente en un servicio de salud mental público, estoy a años luz, institucionalmente no lo puedo tener, entonces este no me ha servido ese enfoque, ese modo de trabajo para los pacientes acá, en salud mental, sí algunas herramientas, algunas cuestiones teóricas sí (...)” (E.VII)

“(...) no he encontrado aún autor que me de la manera o un enfoque teórico para poder laburarlo con el paciente, lo ultimo en esto es tratar de encontrar siempre dentro de lo que es salud mental los enfoques que nosotros siempre vimos si bien eran aporte, hemos tenido algunos aportes de psicología, de terapia ocupacional no hemos tenido, lo que trate es ver si encontraba algo, si podía darle un poco mas de forma para trabajar la motivación del paciente, e ido a lo clásico que no me gusta, que es esto más sistémico de pensar que se yo Gary Kilhofner, el modelo de ocupación humana, que... no me sirvió, es volver a releer a Fidler para ver si algo encontraba ahí... muy poco lo que me aportó, muy poco lo que me aportó, si bien hace a todo lo que es el proceso de simbolización del sujeto en la actividad, si bien toma el tema de la motivación pero, como algo transversal que no le da demasiada importancia, sí a esto de que es lo que hace el sujeto

con la actividad de proyectar contenido inconciente, de poder volcar determinada cuestión a la actividad (...) este es el cuello de botella que me encuentro el día de hoy para pensar la práctica(...)" (E.VII)

"(...) saliendo de lo físico de adultos, que si tienen así como evaluaciones, sensibilidad se toma así, lo motriz se toma así...pero todo lo que es discapacidad, salud mental no te dan muchas herramientas.. en lo que es de estructura, no? porque en definitiva la facultad lo que te tiene que dar es una mínima estructura, vos después ves que haces con eso...pero digamos que el objetivo tendría que ser ese y no lo he encontrado en muchas ocasiones en la carrera (...)" (E. XI)

En estos casos rescatan de la formación la concepción holística de la persona, fundamento de TO, para su actual desempeño;

"(...) desde lo teórico si me dio mucha herramienta pero para q yo eligiera desde donde yo veo a la persona...yo creo...se entiende la diferencia? Son dos cosas diferentes, la universidad me dio el caminito para q yo pueda elegir para ver desde donde yo me paro para ver al otro, pero para trabajar en la parte especifica...no, no me dio herramienta ninguna, es en educación, eso para mi falta y es un desastre(...)"(E. XII)

"(...) me ha servido yo supongo esta formación de lo holístico...lo holístico como discurso, de alguna manera me dio esta posibilidad de ver mas allá del paciente, de no quedarme en lo manifiesto del paciente, eso es lo que me facilita el vinculo, muchas veces me parece que atrás de lo clínico, esto de decir los roles, tiene que haber un rol, tiene que haber un terapeuta, tiene que haber un paciente, hay un distancia que hay que mantenerla, si es una distancia instrumental que la necesitas pero me parece que lo cualitativo de esta distancia por lo menos a mi, me la dio esto de lo holístico(...)" (E.VII)

CONCLUSIONES

La presente investigación, de carácter exploratorio descriptivo se llevo a cabo realizando un análisis cualitativo con el objetivo de explorar las características del Razonamiento Clínico que implementan en el proceso de Terapia Ocupacional los Lic. en Terapia Ocupacional graduados en la UNMDP, matriculados en el período 2005-2009; detectar si existen diferentes estrategias de pensamiento, qué fuentes de datos utilizan y describir las combinaciones más frecuentes; a través de entrevistas semiestructuradas personales, realizadas por las autoras.

El estudio de las formas y modos en que un profesional se desempeña en su ejercicio, no puede dejar de tener en cuenta los paradigmas epistémicos, ontológicos y metodológicos que atraviesan su praxis, independientemente del recorte que se realice para una investigación concreta del objeto de estudio.

La forma de razonar a partir de la cual el To genera diagnósticos e intervenciones no puede ser desvinculada de factores como particularidades personales y profesionales del mismo, su entorno de trabajo y las singularidades de la persona con la que trabajara.

En el presente trabajo no dejamos de tener en cuenta, aspectos que hacen, más allá de a las características, a la construcción del RC en los To graduados recientes, en referencia a la formación de grado como el lugar y el momento donde comienzan a desarrollar un modo de pensamiento que da lugar a la reflexión y a la creación de conocimientos. Neistadt, refiere que un terapeuta ocupacional novato es capaz de progresar hasta llegar a ser experto si su preparación académica le ha proporcionado tomar conciencia de los diferentes tipos de RC que va a utilizar en la práctica.

A través del estudio y la exploración del tema, se pretendió realizar aportes al cuerpo teórico de la disciplina como también a la práctica de la enseñanza. Observarlo

en To con escasa experiencia nos brindó una visión real del estado de dicha problemática y nos permitió conocer el modo particular en que este colectivo lleva adelante el proceso de TO.

El **razonamiento clínico** ha sido definido por Unsworth (2004) como "(...) la principal estrategia para la toma de decisiones, responde a "saber como" hacer en el ejercicio diario del profesional, posibilitando al terapeuta buscar información e interpretarla para poder generar la mejor opción de intervención". Erhardt y Meade (2005), agregan que; "(...) la eficacia del Razonamiento Clínico se considera un componente esencial entre los profesionales de la salud. Saber como organizar el pensamiento proporciona una estructura para organizar y apoyar el pensamiento clínico y la reflexión (...)"

Diversos autores han teorizado sobre el RC, Labrador Toribio (2001), retoma los planteos de Fleming (1991) y desarrolla el RC en TO como enfoques o rutas del To (procedural, interactivo y condicional) y agrega que cada uno de estos se integran por cuatro tipos de razonamiento (científico, narrativo, pragmático y ético), retomando los aportes de Schell (1998).

En función de la conceptualización realizada por Labrador Toribio se reformularon los siguientes términos a los fines de ser usados metodológicamente. Se denominó estrategias de razonamiento a las rutas de pensamiento y a los tipos de razonamiento, fuentes de datos.

El razonamiento clínico de los graduados recientes en To se caracterizaría, desde el análisis de los datos de nuestra investigación, por ser diverso en sus cualidades. Hemos encontrado evidencia que expresa **el uso alternante y simultáneo de los distintos tipos de razonamiento en dichos profesionales. La**

copresencia de las estrategias de pensamiento *Procedural e Interactiva*, serían característicos en su razonamiento.

La estrategia ***procedural***, según Labrador Toribio, utiliza los marcos de referencia y permite generar hipótesis, gracias a la teoría y la práctica. Almacena una determinada información que permite identificar los problemas, planificar objetivos y seleccionar técnicas para los diferentes diagnósticos. Guía la búsqueda de información durante la evaluación. La misma ha sido encontrada predominantemente en el RC desarrollado por los Terapistas Ocupacionales novatos, desde la modalidad que enfatiza los pasos a seguir en el abordaje. Coincide con lo que plantea Neistadt, que esta modalidad de pensamiento es la primera en desarrollarse por los graduados, lo cual es consistente con los datos hallados en nuestro estudio. Así mismo **encontramos una estrecha vinculación de esta modalidad de pensamiento con la utilización de datos teórico-científicos propios del uso de la fuente de datos *científica***. Se puede asumir en tanto hipótesis, la vinculación de este tipo de razonamiento y uso de fuentes de datos con la escasa experiencia de los To sobre los cuales nos hemos focalizado.

Es posible encontrar ciertas vinculaciones entre el tipo de razonamiento, el ámbito de trabajo y el área de desempeño del To, al menos en los graduados reciente que investiga este estudio. Ilustrativo es la **predominancia de la estrategia *interactiva***, ésta según Labrador Toribio, se desarrolla en los encuentros entre la persona y el To, se utilizan para individualizar la intervención y entender al sujeto. A través de esta estrategia, trata de comprender su experiencia para favorecer su implicancia en la evaluación y el tratamiento. Encontrar un lenguaje compartido en códigos y significados, establecer normas y límites. **Dicha estrategia, predomina en el RC de los profesionales que se desempeñan en Salud Mental. Asimismo se**

relaciona frecuentemente con la fuente de datos *narrativa* la cual, se basa en el conocimiento del significado que tiene la enfermedad o la discapacidad para el propio paciente. Según Schell (1998), el To debe encontrar la forma de conocer y comprender la perspectiva de la persona. Conocer esa historia que se vio interrumpida; se centra en el sujeto como un ser ocupacional. El conocimiento de las historias vitales se evidencia cuando se seleccionan actividades terapéuticas y se desarrollan los objetivos conjuntamente entre el profesional y la persona; dando cuenta que este tipo de información combinada con esta forma, es utilizada para facilitar aspectos vinculares. En el desarrollo del proceso, dan lugar a las vivencias de la persona, sus cambios y como estos han modificado su vida diaria, vislumbrando indicios de la consideración de factores que constituyen la realidad de esa persona, con las particularidades que deben ser abordadas para arribar según Cantero Garlito y Talavera Valverde a un buen diagnóstico y tratamiento adecuado; “El RC posibilita clarificar con mayor exactitud el qué sucede y cuales son las estrategias que podemos desarrollar para solucionar las disfunciones ocupacionales que presenta ese usuario concreto, en el marco de un contexto y una biografía particular.” Condiciendo con la mirada de los nuevos paradigmas que reconocen la diversidad en todas y cada una de las relaciones.

El razonamiento ***condicional*** ha sido uno de los tipos de estrategias clínica para el abordaje definido por los autores como, la capacidad de formar una imagen de las futuras posibilidades para la persona “(...)la capacidad para formar esas imágenes parece requerir de una fusión de todas las formas del RC junto con experiencia clínica suficiente. Estas imágenes ayudan a los To a seleccionar las actividades. De esta manera, los profesionales contribuyen a que las personas participen de nuevo en sus vidas a través de ocupaciones significativas” (Schell, 1998). De acuerdo a nuestro

estudio, esta estrategia en los graduados recientes **se presenta potencialmente próxima a surgir en su RC, ya que encontramos una progresión en la integración y fluidez de las estrategias de pensamiento *procedural* e *interactivo*, lo que se condice por lo planteado en la teoría**, que dicho dominio, dispone al To para la inclusión de la forma *condicional* en su abordaje.

Sánchez Garrido, Romero Ayuso y Williams Pedretti refieren que; el razonamiento *condicional* es visto como la integración de los datos del RC: *científico, pragmático, ético y narrativo*. Consideran que el razonamiento más completo en los To es el de tipo *condicional*, éste, se basa en la revisión continua del tratamiento, proyecta una imagen futura de la persona; es decir, facilita la formulación de un pronóstico de la esfera ocupacional del sujeto y entiende éste en un continuo, no en un modelo rígido.

Encontramos que el razonamiento del graduado reciente se caracteriza por ser multifuente y alternante en el tipo de estrategias, aunque pareciera presentar cierta estabilidad en cada uno de los profesionales. Algunas de estas predominancias es posible vincularlas con el área a la que se dedican y a la experiencia con la que cuentan. **La fuente de datos *ética* no se integra en su desempeño; siendo lo esperable según lo planteado por diversos autores, ya que “(...) El proceso de razonamiento clínico termina en una decisión ética, más que en una científica, y la naturaleza ética del objetivo del razonamiento clínico se proyecta sobre toda la secuencia” (Schell, 1998).**

Existe vinculación entre la fuente de datos *ética* y la *narrativa* a lo largo del proceso, aunque la fuente de datos *ética* no es contemplada en la toma de decisiones. Su presencia pareciera ser concomitante a la flexibilidad personal de cada To, aunque pareciera estar ligada a la creciente experiencia. Sin

embargo, ante estas condiciones, se considera que no hay una incidencia real de las mismas en la toma de decisiones, sino que solo surge ante ciertos dilemas concretos que demandan respuestas éticas explícitamente al profesional, o acompañando referencias ideológicas en el momento de relatos de los casos. Moruno Miralles, Talavera Valverde y Cantero Garlito refieren que los aspectos éticos, enriquecen la formación de cada profesional y se encuentran presentes en la totalidad de los encuentros terapéuticos, solo depende del lugar que le otorguen y de la agudeza del profesional en la capacidad de identificarlos. Su integración no depende tanto de la experiencia, sino de los valores y percepciones subjetivas de cada terapeuta respecto de lo que es su trabajo.

La fuente de datos ***pragmática***, se describe como los aspectos prácticos que afectan la acción clínica. Implica analizar en que contexto se desarrolla la práctica, el entorno de la persona, los recursos, la cultura, las relaciones entre los miembros del equipo médico y la situación del profesional frente a ese caso según su experiencia y su incidencia en la toma de decisiones para el abordaje concreto de los casos. En base a los datos recabados en la investigación se evidencia prevalencia de información de este tipo, aunque la evidencia marca que espontáneamente los **To novatos** priorizan en su RC y pueden precisar y explicitar su praxis desde la fuente ***científica*** en primer lugar y seguida de esta inmediatamente, la ***narrativa*** por lo que se deduce que dichas fuentes privilegian en el RC los **graduados recientes**. En cuanto a la fuente ***científica***, la cual se utiliza para comprender el trastorno que afecta a una persona y decidir las intervenciones que sean las adecuadas para su problema, vinculada a la detección de los problemas médicos, la definición de los mismos y al desarrollo acerca de cuales serán las actividades terapéuticas adecuadas para ese caso; **es la primera que surge en el discurso ante**

interrogantes generales y es la de mayor peso en el RC de los To en cuanto a la toma de decisiones a lo largo del abordaje, postergando contenidos subjetivos que aluden a las particularidades de cada caso; lo que denota la relevancia que se le da a contenidos teóricos, objetivos, frecuentemente con marcada tendencia mecanicistas, sostenidos por el paradigma positivista que en gran parte continua arraigado en la educación académica.

Estas cualidades del razonamiento, condicen con la clasificación que plantea Dreyfus y Dreyfus donde refieren que el perfeccionamiento del RC sigue un curso determinado, encontrándose la mayoría de los To graduados recientemente en el nivel de principiantes o en transición hacia el nivel de iniciado-avanzado, no coincidiendo con los años de experiencia y habilidades adquiridas esperables. Asimismo, al contrastar dicha clasificación con los datos obtenidos en este estudio se reconoce que en el RC particular de cada To, intervienen diversas variables que no se contemplan en la clasificación y establecen las características que pueden adjudicarse a la cantidad de años de experiencia. Los graduados recientes, están influenciados por una amplia variedad de factores que determinan cuanta experiencia logran adquirir en un tiempo determinado, como por ejemplo, sus roles personales, la posibilidad de dedicarse al área de preferencia, las prioridades económicas, entre otros. Estos factores son contemplados por algunos autores como por ejemplo; Schell, Labrador Toribio, entre otros; como aspectos pragmáticos, la consideración de los mismos en el RC de los To enriquecería las propias reflexiones de su desempeño.

Aquellos graduados recientes que cuentan con más de tres años de ejercicio y se han desempeñado con continuidad en lugares de trabajo con un entorno positivo para el perfeccionamiento del RC, sea cualquiera de las áreas contempladas en esta

interrogantes generales y es la de mayor peso en el RC de los To en cuanto a la toma de decisiones a lo largo del abordaje, postergando contenidos subjetivos que aluden a las particularidades de cada caso; lo que denota la relevancia que se le da a contenidos teóricos, objetivos, frecuentemente con marcada tendencia mecanicistas, sostenidos por el paradigma positivista que en gran parte continua arraigado en la educación académica.

Estas cualidades del razonamiento, condicen con la clasificación que plantea Dreyfus y Dreyfus donde refieren que el perfeccionamiento del RC sigue un curso determinado, encontrándose la mayoría de los To graduados recientemente en el nivel de principiantes o en transición hacia el nivel de iniciado-avanzado, no coincidiendo con los años de experiencia y habilidades adquiridas esperables. Asimismo, al contrastar dicha clasificación con los datos obtenidos en este estudio se reconoce que en el RC particular de cada To, intervienen diversas variables que no se contemplan en la clasificación y establecen las características que pueden adjudicarse a la cantidad de años de experiencia. Los graduados recientes, están influenciados por una amplia variedad de factores que determinan cuanta experiencia lograran adquirir en un tiempo determinado, como por ejemplo, sus roles personales, la posibilidad de dedicarse al área de preferencia, las prioridades económicas, entre otros. Estos factores son contemplados por algunos autores como por ejemplo; Schell, Labrador Toribio, entre otros; como aspectos pragmáticos, la consideración de los mismos en el RC de los To enriquecería las propias reflexiones de su desempeño.

Aquellos graduados recientes que cuentan con más de tres años de ejercicio y se han desempeñado con continuidad en lugares de trabajo con un entorno positivo para el perfeccionamiento del RC, sea cualquiera de las áreas contempladas en esta

investigación, evidencian valiosas diferencias en lo pertinente a la inclusión en su RC al abordaje de datos vinculados a referencias subjetivas del paciente, familiares y aspectos de su cotidianidad para elegir la estrategia de intervención.

La evidencia demuestra que actualmente la construcción del RC, continúa atravesada por el modelo positivista que parcializa su mirada. Esta característica se acentúa en los To que ejercen en el área física. Solo los profesionales que se desempeñan en el área de salud mental cuentan con una perspectiva más abarcativa e integral de la persona en el abordaje. Considerando esta como parte de la identidad profesional, Margallo Ortiz de Zárate (2008), refiere lo siguiente, “El proceso de identidad es costoso, complejo y casi tan largo como la vida misma. En el transcurso de los diferentes momentos evolutivos, los profesionales se enfrentan a diversas dificultades y desafíos. A lo largo de este proceso las personas aprenden y se moldean a sí mismos, constituyendo paralelamente su identidad personal y profesional (...).”

A partir de la evidencia, podemos plantear como hipótesis que los To a medida que adquieren experiencia, más allá del área a la que se dediquen, evidencian una construcción de la identidad personal y profesional integrando poco a poco una mirada más holística en su desempeño. Asimismo, el razonamiento clínico de los graduados recientes que presentan actitudes críticas hacia su formación, muestran mayor flexibilidad en el uso de fuentes de datos y en la incorporación de dicha mirada.

Los To que se dedican al área de salud mental, incluyen observaciones menos sistematizadas y un modo de trabajo diferente en lo que concierne al abordaje teórico tradicional aprendido en el ámbito académico, signado por protocolos, técnicas y teorías que estructuran la práctica. Es notable en su RC el

interés por las dinámicas grupales, la influencia del contexto socio económico y cultural del individuo, que se encuentra implícito y explícito en su desempeño, lo que denota la inclusión de aspectos *pragmáticos* y *narrativos*.

El lugar de trabajo podría ser el que explique esta preponderancia del razonamiento *interactivo* y el uso de las fuentes de datos *pragmática* y *narrativa*, en función del tipo de demanda de los casos, las instituciones en los cuales se ejerce y la interdisciplina con profesionales psicólogos y psiquiatras. También pudiera ser probable la hipótesis que vincule a las características personales de quienes eligen ése área de trabajo con su estrategia de pensamiento.

Prevalece en ellos la búsqueda de teorías que respalden su modo de trabajo, donde se incluyan las particularidades de la persona, su entorno y la intervención en estas. Recurren en ocasiones a modelos no propios de TO para fundamentar su hacer, que quizá se relacionan más con TO que lo que se privilegia como específico de la disciplina y aluden sobre la carencia de teorías actuales en el área, coherentes con la esencia de su profesión.

La falta de práctica y ejercitación en el aprendizaje del RC dificulta en los graduados recientes la integración de los contenidos brindados en el ámbito académico, principalmente durante los primeros años de ejercicio profesional, como dice Gilson (2000); "(...) los profesionales universitarios deben facilitar el RC a través de debates y otras actividades en clase, ya que esto podría ayudar a los estudiantes a comprender y aplicar estas estrategias y conceptos de manera eficaz."

Según las fuentes de datos y estrategias de pensamiento del RC, encontramos que en la mayoría de los casos las fuentes se informan entre sí, y el uso de las estrategias no son puras, se interrelacionan dificultando la categorización de las mismas.

En la construcción del RC, el profesional puede hacer el camino de reconocimiento e integración paulatina de los aspectos que se ponen en juego durante el abordaje, pero al momento de hacer el camino inverso, intentar separar aspectos de una situación única y compleja como es su RC, las dificultades que se presentan son notablemente mayores. Desglosar e identificar lo que ha integrado en su pensamiento clasificando, etiquetando en una u otra clase de datos o estrategias, fragmentos de su narración, es una tarea altamente comprometedora.

Es posible considerar los diferentes aspectos, aunque no de una manera rígida y cerrada que simplifica la realidad, sino pensarlos de un modo flexible considerando que los datos son permeables entre sí, se influyen unos a otros y dan forma a posibilidades más superadoras, que no están conceptualizadas, siendo evidente que el desempeño del To es más que la suma de las partes.

DISCUSIONES

La educación como tiempo, como tiempos diversos e incluso divergentes deja huella. El punto de partida no es el estudiante aislado, sino los individuos y grupos en sus múltiples contextos culturales con la particularidad de sus diversos problemas, que desarrollan un lenguaje crítico con la posibilidad de introducir algunos cambios.

Desde sus comienzos la terapia ocupacional ha privilegiado concepciones muy limitadas de las teorías, partiendo de docentes extranjeros, heredó el paradigma reduccionista, dependiendo fuertemente del modelo médico. Sin embargo desde los inicios de la disciplina, Meyer en 1922 refiere supuestos filosóficos en torno al concepto de ocupación y su utilización en Terapia ocupacional, basado en una filosofía humanista expresada en el tratamiento moral.

El siglo XXI trajo aparejado un replanteo de las ciencias, que cuestiona la visión del científico separada del objeto de conocimiento. Frente a la concepción tradicional de la verdad como adecuación de un enunciado a la realidad, comienzan a aparecer intentos por construir una idea de verdad alternativa. Dice Vidal Restrepo, en el develamiento de la relación teoría/práctica es necesario considerar que los valores, significados y sentidos que se le otorgan a las acciones humanas constituyen sistemas de enunciados, conceptos y proposiciones desde los cuales se avalan diferentes prácticas. Los actos terapéuticos y los abordajes profesionales no pueden considerarse aislados de las concepciones que los respaldan, pues a través de ellas se establecen los vínculos y mediaciones que las normatividades sociales exigen para legitimarlas.

Se pueden entrever en los diferentes discursos de los entrevistados, lógicas de pensamiento diferentes. Por un lado el discurso de la modernidad, reflejado en las ideas del paradigma médico, cuyo método por excelencia es el de las ciencias

naturales. Dicha influencia puede ocasionar que en la formación del RC del To se jerarquicen algunos aspectos y por ende sesgar su mirada.

En el presente trabajo se observó la preponderancia de dichas ideas en los To que se dedican al área física, quienes encuentran en las ciencias médicas desde la formación, las bases para abordar un paciente, como el predominio otorgado al discurso del profesional médico. Aunque se hallan excepciones de algunos To que parecieran desarrollar posturas y/o contar con características previas de personalidad de mayor flexibilidad o apertura, debido a experiencias personales y/o profesionales, que desempeñándose en el área física tienen una mirada más abarcativa o integral de la persona y su entorno. Sosteniendo valores y actitudes como la horizontalidad, que favorecen el trabajo entre colegas, con otras profesiones y con la persona junto a la cual llevan a cabo el abordaje.

Por otro lado se encuentran aquellos que ejercen en el área de salud mental y contemplan en su esencia el concepto holístico de la disciplina.

Desde la formación los entrevistados señalan coincidencias con lo expuesto con anterioridad, discursos en los que prevalece una visión reduccionista, otros que sostienen una visión más holística de la persona, consideran a los aspectos físicos, psicológicos y sociales como indisolubles, posición considerada fundante de TO, visión que también se intenta transmitir desde la formación y a la cual algunos To refieren. Por otra parte aquellos que se dedican al área de salud mental manifiestan no haber encontrado bases que justifiquen y den forma a su hacer, ni en la formación de grado ni en búsquedas propias de postgrado. En cambio los profesionales del área física, destacan de la formación los aspectos teórico-prácticos y técnicas aplicadas sobre los aspectos físicos de la persona, con carencias para llevar a cabo un abordaje integral.

En líneas generales se evidencian dificultades en el proceso de enseñanza-aprendizaje, en la articulación y visibilidad de la diversidad y complejidad de temáticas en el transcurso de los años de formación de grado.

La actualidad denominada por Bauman “modernidad líquida” también da cuenta de su impacto en la educación, cuestionando fuertemente a la lógica de lo UNO, de las certezas, y de lo duradero. La actualidad revela que las porciones de conocimiento asimiladas pierden su significación tan pronto como fueron adquiridas y a menudo, mucho antes de que se les haya dado uso.

Entonces ¿se trata de perspectivas contradictorias? ¿es posible desde la formación la coexistencia de varios modelos de pensamiento? ¿qué se transmite? ¿De qué manera? ¿implícita o explícitamente? ¿hay una elección-apropiación por parte del alumnado?

¿Es por dichas circunstancias que no se encuentran características significativas en común en todos los entrevistados, pertinentes a la esencia de la disciplina? ¿por esta razón a veces se ven puntos contradictorios en el discurso de los mismos? En tanto consideramos que resultaría sumamente beneficioso contar con espacios desde la formación de pregrado donde se propicie la reflexión crítica, sobre aspectos fundamentales de la disciplina, entre ellos el razonamiento clínico o revisar la influencia de los paradigmas en el ejercicio del rol entre otros, desde una perspectiva constructivista y de la complejidad.

Por otro lado se encontraron en el campo de la salud serias dificultades para lograr el trabajo interdisciplinario, esta modalidad surge como búsqueda-necesidad en el relato de los To graduados recientes. En la conceptualización operacional sobre las características del RC de esta investigación, sería pertinente a partir de la evidencia, contemplar el trabajo interdisciplinario en el ejercicio de los To.

A partir de este trabajo se pone de manifiesto la dificultad de los graduados recientes en encontrar una guía que facilite el abordaje integral durante sus primeros pasos como inexperto. Es importante que tengan la oportunidad de reconocer las características del RC y de adquirir habilidades en la utilización del mismo en un ámbito seguro de aprendizaje, con otro profesional más experimentado que le facilite el perfeccionamiento, esta es una alternativa que garantiza según la experiencia de otras disciplinas y de estudios realizados en TO acerca de la temática, resultados favorables en su desempeño real.

También pretende motivar futuras investigaciones ligadas al RC de los To en áreas determinadas y/o en los estudiantes avanzados, relacionadas a los métodos de aprendizaje actuales o posibles. Tal vez sean necesarias nuevas conceptualizaciones sobre el RC en TO o modificaciones de las que se hallan en la actualidad.

Creemos consistentemente que siendo en la formación académica donde se construye el RC, es ahí donde se debe hacer hincapié para generar cambios y lograr que los To graduados recientes, cuenten con una preparación previa adecuada.

Es por ello principalmente que se abre la inquietud a la creación de seminarios, debates o la inclusión en los espacios de clases teórico-prácticas, a la identificación y ejercitación de los componentes del RC, con el objetivo de afianzar bases sólidas en el desempeño ficticio; que posteriormente llegara a ser real, así poder perfeccionarlo con la pericia del experto, la cual no se halla como es sabido, en ningún libro. Y a partir del trabajo en dichos espacios, favorecer un nivel mayor de implicancia en los estudiantes, generar nuevos conocimientos que desarrollen y fortalezcan la disciplina, apropiándonos de un lenguaje, códigos y métodos compartidos, fieles a la esencia de Terapia Ocupacional.

ANEXOS

Anexo 1:

Protocolo de entrevista que se presentó a los Terapistas Ocupacionales de la muestra en la prueba piloto.

Características del razonamiento clínico en el proceso de terapia ocupacional

La siguiente es una entrevista semiestructurada, guiada por un cuestionario constituido por preguntas de respuesta abierta, dirigidas a indagar sobre aspectos generales del desempeño profesional de los Lic. en TO graduados en la UNMDP, matriculados en el periodo 2005-2009. Dicha entrevista nos permitiría distinguir aspectos específicos del razonamiento clínico presentes en el proceso de TO.

Presentación e indicaciones:

- *Se le indicará al entrevistado que la presente entrevista es un instrumento para la realización de una investigación a los fines de realizar la tesis de grado para optar por el título de Lic. en Terapia Ocupacional en la UNMDP. en la cual se le preguntará cuestiones acerca de su desempeño profesional.*
- *Se ratificará la garantía del **anonimato absoluto**, enfatizando que sólo los investigadores tendrán acceso a la identidad de los entrevistados. No se le registrará su nombre y apellido, solo se utilizará la información recabada durante la entrevista a los fines de analizar los datos y arribar a las conclusiones de esta investigación, para ello solo las autoras tendrán acceso a las grabaciones y al momento de las desgrabaciones y posteriormente se identificarán con un número, determinando el anonimato. Si llegara a referir datos específicos que revelaran su identidad se excluirán.*
- *Se le recordará que no hay respuestas correctas o incorrectas. Queremos conocer su real opinión acerca de cada pregunta.*

Datos sociodemográficos:

- ***Edad:***

▪ **Sexo:**

Área a la que se dedica actualmente (Complete en el renglón correspondiente a su área)	Tiempo de ejercicio profesional en el área (Años-Meses)	Ámbito en el que se desarrolla actualmente (Ver cuadro A y completar. Especificar: Público/Privado)	Franja atarea a la que atiende
Discapacidades Físicas			
Salud Mental			
Educación Especial			
Laboral			
Sociales			
Otros(especificar)			

Cuadro A

<p>1- Ámbito institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Hospital general. b) Hospital psiquiátrico. c) Clínicas-Sanatorios. d) Escuela primaria común. e) Jardín de infantes. f) Escuela especial. g) Centros e institutos de rehabilitación. h) Prisión. 	<p>3- Ámbito hogar y comunidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Atención domiciliaria. b) Cuidados paliativos. c) Centro de día. d) Taller protegido. e) Hogar de permanencia. f) Hogar de medio camino. g) Geriátrico y hogar de ancianos. h) Sala de atención primaria de salud.
<p>2- Ámbito ambulatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Consultorio externo. 	<p>4- Otros (Especificar)</p>

▪ **Formación de postgrado:**

▪ *Otros cursos y capacitaciones relevantes:*

1. *Relate del modo más detallado posible cómo lleva a cabo el proceso de TO en su trabajo.*

.....

2. *Elija un abordaje realizado en el último mes ¿Cómo fue su primer encuentro y posteriores en general?*

.....

3. *¿Qué aspectos tiene en cuenta al momento de abordar un nuevo caso o grupo?*

.....

4. *¿Qué prioriza en la primera sesión?*

.....

5. *¿Utiliza algún/os enfoque/s y/o técnica/s en particular? ¿Cuáles? Sobre qué basa la toma de decisiones para elegir el enfoque y/o técnica. ¿Dónde aprendió acerca de ellas?*

.....

6. *¿Utiliza regularmente los mismos pasos de abordaje en todos los pacientes y/o grupos? ¿Cuáles son? ¿Qué lo determina?*

.....

7. *¿Recibió en el ámbito académico una guía teórica que abarque los aspectos necesarios para analizar los datos en el proceso de TO?*

.....

8. *¿En qué basa la toma de decisiones a lo largo del proceso terapéutico? ¿Puede asignarle jerarquía a cada uno?*

.....

9. *¿En base a qué circunstancias modifica o interrumpe un tratamiento?*

.....

10. *¿Qué información de la brindada por los pacientes considera necesaria para planificar el tratamiento?*

.....

11. *¿Qué entiende usted por “tratamiento significativo para el paciente”? ¿Lo implementa en su práctica clínica? ¿Utiliza alguna estrategia para lograrlo? ¿Cuáles?*

.....

12. ¿Tiene en cuenta los recursos materiales y disponibilidad de su lugar de trabajo para la toma de decisiones, o define la intervención y a posteriori procura la disponibilidad?

.....

13. De todos los aspectos que hacen a la formación profesional (práctico, técnicos, teórico-conceptuales) ¿Cuál le resulta más útil en el día a día de su trabajo?

.....

14. ¿Considera que aspectos de su vida personal influyen en el proceso de terapia ocupacional? ¿Cuáles? Relate una situación concreta.

.....

15. ¿Qué perspectivas de crecimiento profesional encuentra en su práctica cotidiana actual?

.....

16. ¿Realiza interconsultas? ¿A quién? ¿Con que frecuencia y objetivos?

.....

17. ¿Considera que su práctica profesional se encuentra condicionada por la política institucional en la que se desempeña? ¿De qué modo?

.....

18. ¿Qué resolución toma cuando los objetivos del paciente y/o la familia, no se condicen con lo que usted determina prioritario?

.....

19. ¿Continúa con el tratamiento cuando el paciente concurre en disconformidad con dicha decisión? ¿Qué determinación toma? Desarrolle.

.....

20. ¿Recuerda en su ejercicio clínico alguna situación que cualificaría como problemática o difícil? Relate con el mayor detalle posible cómo se originó y cómo se solucionó.

.....

21. ¿Considera necesario que el paciente y/o grupo comprendan los objetivos de tratamiento para lograr eficacia en el mismo?

.....

22. ¿Participa de algún grupo de estudio y/o supervisa su tarea con un profesional idóneo?

.....

23. ¿Qué impresión le deja el desarrollo de esta entrevista? ¿Desea realizar algún comentario y/o sugerencia al respecto?

- **Se agradece su colaboración y el tiempo brindado. En caso de que esté interesado en conocer los resultados de la investigación, quedamos a su entera disposición.**

Anexo 2:

Protocolo de entrevista propuesta en el plan de tesis.

Características del razonamiento clínico en el proceso de terapia ocupacional

La siguiente es una entrevista semiestructurada, guiada por un cuestionario constituido por preguntas de respuesta abierta, dirigidas a indagar sobre aspectos generales del desempeño profesional de los Lic. en TO graduados en la UNMDP, matriculados en el periodo 2005-2009. Dicha entrevista nos permitiría distinguir aspectos específicos del razonamiento clínico presentes en el proceso de TO.

Presentación e indicaciones:

- *Se le indicará al entrevistado que la presente entrevista es un instrumento para la realización de una investigación a los fines de realizar la tesis de grado para optar por el título de Lic. en Terapia Ocupacional en la UNMDP. en la cual se le preguntará cuestiones acerca de su desempeño profesional.*
- *Se ratificará la garantía del **anonimato absoluto**, enfatizando que sólo los investigadores tendrán acceso a la identidad de los entrevistados. No se le registrará su nombre y apellido, solo se utilizará la información recabada durante la entrevista a los fines de analizar los datos y arribar a las conclusiones de esta investigación, para ello solo las autoras tendrán acceso a las grabaciones y al momento de las desgrabaciones y posteriormente se identificarán con un número, determinando el anonimato. Si llega a referir datos específicos que revelaran su identidad se excluirán.*
- *Se le recordará que no hay respuestas correctas o incorrectas. Queremos conocer su real opinión acerca de cada pregunta.*

Datos sociodemográficos:

- *Edad:*
- *Sexo:*

Área a la que se dedica actualmente (Complete en el renglón correspondiente a su área)	Tiempo de ejercicio profesional en el área (Años-Meses)	Ámbito en el que se desarrolla actualmente (Ver cuadro A y completar. Especificar: Público/Privado)	Franja atarea a la que atiende
Discapacidades Físicas			
Salud Mental			
Educación Especial			
Laboral			
Sociales			
Otros(especificar)			

Cuadro A	
<p>2- Ámbito institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Hospital general. b) Hospital psiquiátrico. c) Clínicas-Sanatorios. d) Escuela primaria común. e) Jardín de infantes. f) Escuela especial. g) Centros e institutos de rehabilitación. h) Prisión. 	<p>3- Ámbito hogar y comunidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Atención domiciliaria. b) Cuidados paliativos. h) Centro de día. i) Taller protegido. j) Hogar de permanencia. k) Hogar de medio camino. l) Geriátrico y hogar de ancianos. h) Sala de atención primaria de salud.
<p>2- Ámbito ambulatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> b) Consultorio externo. 	<p>4- Otros (Especificar)</p>

- **Patologías mas frecuentes que trata en su lugar de trabajo:**
- **Formación de postgrado:**

▪ *Otros cursos y capacitaciones relevantes:*

1. *Relate del modo más detallado posible cómo lleva a cabo el proceso de TO en su trabajo.*
.....
2. *¿Qué aspectos tiene en cuenta al momento de abordar un nuevo caso o grupo?*
.....
3. *En función de las respuestas anteriores ¿Qué diría usted que es lo prioritario en la primera sesión?*
.....
4. *Elija un abordaje realizado en el último mes. Hable de él en detalle.*
.....
5. *¿En qué basa la toma de decisiones a lo largo del proceso terapéutico? ¿Puede asignarle jerarquía a cada uno?*
.....
6. *¿Qué información de la brindada por los pacientes considera necesaria para planificar el tratamiento?*
.....
7. *¿Utiliza regularmente los mismos pasos de abordaje en todos los pacientes y/o grupos? ¿Cuáles son? ¿Qué lo determina?*
.....
8. *¿Utiliza algún/os enfoque/s y/o técnica/s en particular? ¿Cuáles? ¿Sobre qué basa la toma de decisiones para elegir el enfoque y/o técnica? ¿Dónde aprendió acerca de ellas?*
.....
9. *¿Tiene en cuenta los recursos materiales y disponibilidad de su lugar de trabajo para la toma de decisiones, o define la intervención y a posteriori procura la disponibilidad?*
.....
10. *Una vez iniciado un tratamiento ¿En base a qué circunstancias lo modificaría o lo interrumpiría?*
.....
11. *¿Recibió en el ámbito académico una guía teórica que abarque los aspectos necesarios para analizar los datos en el proceso de TO?*
.....

12. De todos los aspectos que hacen a la formación profesional (práctico, técnicos, teórico-conceptuales) ¿Cuál le resulta más útil en el día a día de su trabajo?

.....

13. ¿Qué entiende usted por “tratamiento significativo para el paciente”? ¿Lo implementa en su práctica clínica? ¿Utiliza alguna estrategia para lograrlo? ¿Cuales?

.....

14. ¿Considera que aspectos de su vida personal influyen en el proceso de terapia ocupacional? ¿Cuáles? Relate una situación concreta.

.....

15. ¿Qué perspectivas de crecimiento profesional encuentra en su práctica cotidiana actual?

.....

16. ¿Realiza interconsultas? ¿A quién? ¿Con que frecuencia y objetivos?

.....

17. ¿Considera que su práctica profesional se encuentra condicionada por la política institucional en la que se desempeña? ¿De qué modo?

.....

18. ¿Qué resolución toma cuando los objetivos del paciente y/o la familia, no se condicen con lo que usted determina prioritario?

.....

19. ¿Cómo interviene cuando da cuenta que un paciente concurre en disconformidad a la sesión? Desarrolle.

.....

20. ¿Recuerda en su ejercicio clínico alguna situación que cualificaría como problemática o difícil? Relate con el mayor detalle posible cómo se originó y cómo se solucionó.

.....

21. ¿Considera necesario que el paciente y/o grupo comprendan los objetivos de tratamiento para lograr eficacia en el mismo?

.....

22. ¿Participa de algún grupo de estudio y/o supervisa su tarea con un profesional idóneo?

.....

23. ¿Qué impresión le deja el desarrollo de esta entrevista? ¿Desea realizar algún comentario y/o sugerencia al respecto?

- *Se agradece su colaboración y el tiempo brindado. En caso de que esté interesado en conocer los resultados de la investigación, quedamos a su entera disposición.*

Anexo 3:

Protocolo de entrevista final.

Características del razonamiento clínico en el proceso de terapia ocupacional

La siguiente es una entrevista semiestructurada, guiada por un cuestionario constituido por preguntas de respuesta abierta, dirigidas a indagar sobre aspectos generales del desempeño profesional de los Lic. en TO graduados en la UNMDP, matriculados en el periodo 2005-2009. Dicha entrevista nos permitiría distinguir aspectos específicos del razonamiento clínico presentes en el proceso de TO.

Presentación e indicaciones:

- *Se le indicará al entrevistado que la presente entrevista es un instrumento para la realización de una investigación a los fines de realizar la tesis de grado para optar por el título de Lic. en Terapia Ocupacional en la UNMDP. en la cual se le preguntará cuestiones acerca de su desempeño profesional.*
- *Se ratificará la garantía del **anonimato absoluto**, enfatizando que sólo los investigadores tendrán acceso a la identidad de los entrevistados. No se registrará su nombre y apellido, solo se utilizará la información recabada durante la entrevista a los fines de analizar los datos y arribar a las conclusiones de esta investigación, para ello solo las autoras tendrán acceso a las grabaciones y al momento de las desgrabaciones y posteriormente se identificarán con un número, determinando el anonimato. Si llega a referir datos específicos que revelaran su identidad se excluirán.*
- *Se le recordará que no hay respuestas correctas o incorrectas. Queremos conocer su real opinión acerca de cada pregunta.*

Datos sociodemográficos:

- **Edad:**
- **Sexo:**

Área a la que se dedica actualmente (Complete en el renglón correspondiente a su área)	Tiempo de ejercicio profesional en el área (Años-Meses)	Ámbito en el que se desarrolla actualmente (Ver cuadro A y completar. Especificar: Público/Privado)	Franja atarea a la que atiende
Discapacidades Físicas			
Salud Mental			
Educación Especial			
Laboral			
Sociales			
Otros(especificar)			

Cuadro A	
<p>3- Ámbito institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Hospital general. b) Hospital psiquiátrico. c) Clínicas-Sanatorios. d) Escuela primaria común. e) Jardín de infantes. f) Escuela especial. g) Centros e institutas de rehabilitación. h) Prisión. 	<p>3- Ámbito hogar y comunidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Atención domiciliaria. b) Cuidados paliativos. m) Centro de día. n) Taller protegido. o) Hogar de permanencia. p) Hogar de medio camino. q) Geriátrico y hogar de ancianos. h) Sala de atención primaria de salud.
<p>2- Ámbito ambulatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> c) Consultorio externo. 	<p>4- Otros (Especificar)</p>

- **Patologías mas frecuentes que trata en su lugar de trabajo:**
- **Formación de postgrado:**

▪ **Otros cursos y capacitaciones relevantes:**

1. **Relate del modo más detallado posible cómo lleva a cabo el proceso de TO en su trabajo.**
.....
2. **¿Qué aspectos tiene en cuenta al momento de abordar un nuevo caso o grupo?**
.....
3. **En función de las respuestas anteriores ¿Qué diría usted que es lo prioritario en la primera sesión?**
.....
4. **Elija un abordaje realizado en el último mes. Hable de él en detalle.**
.....
5. **¿En qué basa la toma de decisiones a lo largo del proceso terapéutico? ¿Puede asignarle jerarquía a cada uno?**
.....
6. **¿Qué información de la brindada por los pacientes considera necesaria para planificar el tratamiento?**
.....
7. **¿Utiliza regularmente los mismos pasos de abordaje en todos los pacientes y/o grupos? ¿Cuáles son? ¿Qué lo determina?**
.....
8. **¿Utiliza algún/os enfoque/s y/o técnica/s en particular? ¿Cuáles? ¿Sobre qué basa la toma de decisiones para elegir el enfoque y/o técnica? ¿Dónde aprendió acerca de ellas?**
.....
9. **¿Tiene en cuenta los recursos materiales y disponibilidad de su lugar de trabajo para la toma de decisiones, o define la intervención y a posteriori procura la disponibilidad?**
.....
10. **Una vez iniciado un tratamiento ¿En base a qué circunstancias lo modificaría o lo interrumpiría?**
.....
11. **¿Recibió en el ámbito académico una guía teórica que abarque los aspectos necesarios para analizar los datos en el proceso de TO?**
.....

12. De todos los aspectos que hacen a la formación profesional (práctico, técnicos, teórico-conceptuales) ¿Cuál le resulta más útil en el día a día de su trabajo?

.....

13. ¿Qué entiende usted por “tratamiento significativo para el paciente”? ¿Lo implementa en su práctica clínica? ¿Utiliza alguna estrategia para lograrlo? ¿Cuales?

.....

14. ¿Considera que aspectos de su vida personal influyen en el proceso de terapia ocupacional? ¿Cuáles? Relate una situación concreta.

.....

15. ¿Considera que su modo de trabajo está relacionado con la institución donde se desempeña?

.....

16. ¿Realiza interconsultas? ¿A quién? ¿Con que frecuencia y objetivos?

.....

17. ¿Considera que su práctica profesional se encuentra condicionada por la política institucional en la que se desempeña? ¿De qué modo?

.....

18. ¿Qué resolución toma cuando los objetivos del paciente y/o la familia, no se condicen con lo que usted determina prioritario?

.....

19. ¿Cómo interviene cuando da cuenta que un paciente concurre en disconformidad a la sesión? Desarrolle.

.....

20. ¿Recuerda en su ejercicio clínico alguna situación que cualificaría como problemática o difícil? Relate con el mayor detalle posible cómo se originó y cómo se solucionó.

.....

21. ¿Considera necesario que el paciente y/o grupo comprendan los objetivos de tratamiento para lograr eficacia en el mismo?

.....

22. ¿Participa de algún grupo de estudio y/o supervisa su tarea con un profesional idóneo?

.....

23. ¿Qué impresión le deja el desarrollo de esta entrevista? ¿Desea realizar algún comentario y/o sugerencia al respecto?

- ***Se agradece su colaboración y el tiempo brindado. En caso de que esté interesado en conocer los resultados de la investigación, quedamos a su entera disposición.***

Anexo 4:

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Corral Costoya, N. Natalia y Rossi, E. Yanina, de la Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Licenciatura en terapia Ocupacional. La meta de este estudio es realizar una investigación sobre el Razonamiento Clínico en terapeutas Ocupacionales recientemente recibidas, para optar por el título de Licenciado en Terapia Ocupacional.

Si usted accede a participar en este estudio, se le tomará una entrevista en un encuentro de aproximadamente 50 minutos. Lo que conversemos se grabará, de modo que podamos transcribir luego las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación y por lo tanto su participación será anónima. Los registros de audio serán manipulados únicamente por las investigadoras, una vez finalizada la investigación serán desechados.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Corral Costoya N. Natalia 02392-15482570 o a Rossi, E. Yanina 02392-15537925.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

.....
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
D. FUNES 3350 - TEL/FAX: 0223- 4752442.

Jurado:

✓ Lic. ROUMEC, Bettina.

✓ T.O. SORIA, Mariana.

✓ DR. LEDESTA, Rubén

Fecha de Defensa: 9 DE DICIEMBRE DE 2010

Nota: 10 (DIEZ)