**Universidad Nacional de
Lanús
Departamento de
Humanidades y Artes
Maestría en Metodología de la
Investigación Científica**

Título:

Aplicación del razonamiento clínico en Terapia Ocupacional.

Subtítulo:

Implicancias para el desarrollo del desempeño profesional y disciplinar.

Autora:

Yesica Gutiérrez.

Lic. en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Quilmes. (UNQ)

Directora de Tesis:

Mg. Laura Rueda.

T.O Lic. en Ciencia de la Ocupación, Lic. en Filosofía, Magister en Bioética, Profesora titular del Departamento de TO y Ciencia de la Ocupación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile; Directora del Magister en Ocupación y Terapia Ocupacional Universidad de Chile y Directora de la Revista Chilena de Terapia Ocupacional (RECHTO).

Buenos Aires, Octubre de 2019

Al pasado, presente y futuro

de Liliana Machejek.

AGRADECIMIENTOS

A la esencia de la Terapia Ocupacional que constantemente me invita a pensar sobre la complejidad de la condición humana, advirtiéndome de sus limitaciones y fortalezas, de las diferencias y necesidades; de la imposibilidad de concebirla por fuera de un contexto; y del enorme efecto que produce la actividad cuando conlleva un significado y cumple su propósito.

A mi familia que me acompaño de distintas y bienvenidas maneras, al igual que la presencia cálida y silenciosa de mis mascotas y la primera etapa de Piero.

A mi directora de Tesis que gentilmente acepto mi propuesta guiándome como corresponde a su excelencia y al compromiso con la disciplina compartida, como también lo demuestran los estudiantes y terapistas ocupacionales que accedieron a participar.

INDICE

Introducción	4
Estado del Arte	8
Revistas científicas de Terapia Ocupacional:	10
Artículos Científicos de Terapia Ocupacional:	16
Libros de Terapia Ocupacional hallados en la búsqueda:	23
Capítulos de libros bajo el título “razonamiento clínico”:	23
Líneas de estudio, investigación y Tesis:	25
Formación de posgrado específica al tema:	28
Consideraciones finales:.....	28
Marco Teórico	33
Capítulos	45
Capítulo 1: Consideraciones sobre la Epistemología de la Salud y sus implicancias para T.O.....	45
1.1 Definición, tipos y características de la Epistemología.	45
Conceptos de la epistemología ampliada:	49
1.2.1 Historia formativa:.....	49
1.2.2 Ontología del ser:	50
1.2.3 Semiótica y Reproducción:.....	51
Capítulo 2: Concepto de Salud y Ciencias de la Salud	54
2.1 Evolución conceptual de la noción salud	54
2.2 Ciencias de la salud: definición y surgimiento	57
2.3 Epistemología y metodología en las Ciencias de la Salud.	68
2.4 Dilemas epistemológicos de las Ciencias de la Salud.....	76
Capítulo 3: Contribuciones de la epistemología ampliada a la Terapia Ocupacional.	80
3.1 Acerca de la epigénesis de la Terapia Ocupacional	80
3.2 Terapia Ocupacional como ciencia híbrida: Problemas actuales y posibles soluciones.	88
Capítulo 4: Paradigmas de la Terapia Ocupacional e Identidad profesional	93
4.1 Paradigmas de la Terapia Ocupacional, momentos de crisis y resolución.	93

4.2 Historia de la Terapia Ocupacional en Argentina	108
Capítulo 5: La identidad Profesional del Terapeuta Ocupacional	110
5.1 Sobre la Identidad Profesional	110
5.2 Características actuales de la identidad profesional.....	116
5.3 Propuestas para mejorar la Identidad profesional	124
Capítulo 6: La importancia del Razonamiento clínico en el fortalecimiento de la Identidad profesional.....	127
6.1 Razonamiento clínico como proceso: definiciones y tipos.....	127
6.2 Razonamiento clínico como competencia profesional.....	144
6.3 Razonamiento clínico e Identidad profesional.....	164
Capítulo 7: Evaluación del razonamiento clínico.....	171
7.1 Estudios e instrumentos de evaluación.	171
7.2 Indicadores del razonamiento clínico.....	175
Metodología de la investigación científica	179
Preguntas y problemas de investigación:	179
Objetivos:	185
Modalidad	186
Metodología:	188
Hipótesis:	190
Objeto de Investigación:	194
Estructura del dato y matriz de datos:	195
Instrumentos y técnicas:	199
Recolección de datos:.....	201
Análisis y procesamiento de datos:	202
Construcción de categorías:	203
Análisis de datos	209
Análisis según niveles de experticia	209
Nivel estudiante:.....	209
Nivel novato/ principiante:.....	214
Nivel competente:	220
Nivel experto:.....	224
Determinación de Perfil según Nivel de experticia	229
Perfil estudiante:.....	229
Perfil Novato/Principiante:.....	232

Perfil competente:	235
Perfil experto:.....	237
Comparación de perfiles.....	239
Interpretación de datos.....	254
Elementos centrales para la interpretación de datos	254
Conclusiones	266
Discusión	Error! Bookmark not defined.
Sugerencias	275
Limitaciones.....	275
ANEXOS	286
Anexo 1: Matriz de datos de artículos científicos.	
Anexo 2: Historia evolutiva de las ciencias de la salud.	
Anexo 3: Epigénesis de la Terapia Ocupacional.	
Anexo 4: Comunidad científico académica de la Terapia Ocupacional Argentina.	
Anexo 5: Modelos de Terapia Ocupacional	
Anexo 6: Matriz de datos de la encuesta.	
Anexo 7: Hoja de información. Consentimiento informado. Encuesta	
Anexo 8: Tabla de Datos	

Introducción

Durante los catorce años posteriores a mi graduación me he cuestionado acerca de las competencias específicas del rol profesional como terapeuta ocupacional, como integrante de un equipo interdisciplinario en salud mental, como licenciada de una disciplina cuyas intervenciones están caracterizadas por su inmediatez práctica, hecho marcado por utilizar la actividad como medio terapéutico, débilmente basada en un corpus teórico.

Como supervisora institucional de la práctica pre profesional en salud mental a lo largo de esos años, he escuchado las mismas dificultades en muchos de los estudiantes, instándome aún más a pensar en la formación recibida durante la formación de grado, especialmente en lo referente a la enseñanza de los marcos y modelos teóricos propios de la disciplina, el grado de profundización alcanzado en los mismo durante los años de la licenciatura y su articulación con la práctica.

Estos hechos me han conducido a desarrollar la formación continua de manera informal y formal, incluyendo en esta última la realización de la maestría en metodología de la investigación científica, y como nunca es casual la elección, de ella se desprende esta tesis que intenta conocer la relación entre el desarrollo del desempeño profesional del terapeuta ocupacional y el uso del razonamiento clínico como máxima expresión de la síntesis entre la teoría y la práctica, a su vez competencia necesaria utilizada a lo largo de todo el proceso terapéutico de Terapia Ocupacional.

Se iniciara la investigación analizando el contexto de surgimiento de la Terapia ocupacional a nivel mundial y en Argentina considerando para ello los conceptos de la epistemología ampliada (Esther Díaz, 2007) y como se apreciara durante el desarrollo del mismo, se dará cuenta de la naturaleza híbrida bajo la cual se ha ido constituyendo la disciplina hasta alcanzar el status científico – académico¹. Esta

¹ La Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (ENTO) en la ciudad de Bs As, dependiente de la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado, Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, comenzó a organizarse por un equipo de Terapeutas Ocupacionales contratado por el gobierno argentino de Terapeutas Ocupacionales británicos, dirigidas por la Srta. E. Mac Donald, Directora de la “Dorset House School of Occupational Therapy” de Oxford. La ENTO constituye la primera escuela en Sudamérica. Comienza a funcionar en julio de 1959 e inaugurada oficialmente el 20 de noviembre de 1959. Fue reconocida por la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales el 15 de octubre de 1962.

peculiaridad en su constitución, responde por un lado a los aportes de las ciencias sociales y por otro a los de las ciencias naturales (biología, medicina, física), siendo la ausencia de síntesis de esta doble determinación el hecho que ha generado conflictos en la identidad profesional, dificultades que no se presentan en otras disciplinas de reciente surgimiento como la kinesiología, fonoaudiología, psicopedagogía y psicología, pues responden a paradigma y modelos que las contienen y representan, (médico-biologicista y psicodinámico-psicoanalítico respectivamente). En el caso de la Terapia Ocupacional, la doble conformación otorgada por la influencia de dos paradigmas divergentes produce tensiones tanto al exterior como al interior de la disciplina, que se manifiestan en el escaso conocimiento que el público general y otros profesionales de la salud poseen respecto al rol del terapeuta ocupacional (de ahora en adelante T.O), pero principalmente en los inconvenientes evidenciados en estudiantes y profesionales por llevar adelante un proceso terapéutico efectivo y eficiente directamente relacionado a la óptima articulación entre la teoría y la práctica, y consecuentemente a la prestación de servicios de calidad a la comunidad y al desarrollo de la identidad profesional entendida como la visión compartida que une a los miembros de una profesión. Así también lo considera en su tesis doctoral Talavera Valverde (2015) al citar a Trombly:

El escaso conocimiento y apreciación de la terapia ocupacional, tanto en los círculos profesionales como para el público en general, puede estar relacionada al proceso de evaluación (...) esta situación se debe, en gran medida, a la escasa importancia que el terapeuta ocupacional da al pensamiento y al razonamiento clínico. (p.49, p.50).

En el caso particular de la Terapia Ocupacional, estos aspectos asumen especial relevancia en el intento de efectuar diagnósticos ocupacionales, realizar intervenciones terapéuticas y desarrollar evidencia, basándose en los fundamentos y modelos propios de la disciplina delimitando su especificidad.

Estas dificultades suelen situarse en la primera etapa del proceso terapéutico: la evaluación inicial, en la que se espera identificar aspectos relevantes y administrar instrumentos de valoración sensibles y adecuados, influyendo en consecuencia sobre las etapas posteriores destinadas a la planificación de intervenciones de

calidad y basadas en la evidencia, reevaluación y elaboración de registros de evolución, informes y producción científica utilizando terminología uniforme de la Terapia Ocupacional. La presencia de cada una de estas etapas, el modo en que se llevan a la práctica y la referencia a bases, teorías y modelos propios otorga una estructura que promueve la organización del conocimiento, reflexión del quehacer clínico y generación de evidencia, constituyéndose en una condición del proceso cognitivo denominado razonamiento clínico, más allá de las particularidades del área de ejercicio profesional a la que se dedique el T.O, que son a grandes rasgos, el abordaje de patologías mentales y físicas; división que aún persiste a pesar de la necesidad de aunar criterios a favor de la Terapia Ocupacional.

Por otro lado el desarrollo evidenciado por la oferta académica en varias universidades nacionales y privadas, la formación bajo la modalidad de residencias, la oferta laboral, así como la incipiente publicación de libros y artículos en revistas científicas y no científicas relacionadas al tema de investigación dan cuenta de la necesidad de demostrar la especificidad de las intervenciones del terapeuta ocupacional mediante una mayor articulación entre la teoría y la práctica basada en modelos propios que las sustenten para mejorar el estatus científico de la disciplina y una identidad profesional compartida. La dificultad de articulación entre la teoría y la práctica puede ser comprendida y resuelta a través del razonamiento clínico, considerada como una de las competencias profesionales más importantes de las disciplinas pertenecientes al campo de la salud. La misma es definida y valorada por el Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional (AOTA, 2010) considerado un documento básico y primordial para la disciplina. Del mismo modo, diversos autores consideran que el nexo entre la teoría y la práctica está representado por la competencia del razonamiento clínico (Gormaz, 2012; Rodríguez Laje, 2013; Schell, 2003; Cantero Garlito, Moruno Miralles, Talavera Valverde, 2009; Talavera Valverde, 2013, 2015; Villarroel Salinas, 2014). Sin embargo, se han detectado dificultades en el desarrollo de esta competencia a causa de la mencionada fractura paradigmática, a la proliferación durante las últimas décadas de conocimiento que se encuentra disperso o a la carencia en la enseñanza del razonamiento clínico desde la formación de grado.

De manera sintética se considera al razonamiento clínico como proceso cognitivo, de base lógica, cuyo carácter es complejo y dinámico, el cual es llevado a cabo de

manera implícita a lo largo de todas las fases terapéuticas, que evoluciona conforme a la formación, experiencia y grado de dominio personal, persiguiendo la finalidad de conocer el estado de salud, efectuar un diagnóstico probable y decidir la mejor estrategia terapéutica a seguir basada en los modelos, teorías y evidencias validadas por la comunidad científica; esta investigación pretende analizarlo para conocer sus elementos constitutivos y el modo en que estos son aprendidos y aplicados por los estudiantes y terapeutas ocupacionales. En este sentido, resulta relevante detectar las destrezas cognitivas implicadas en el proceso terapéutico siendo estas, según Zurelis Santana (2008) y Talavera Valverde (2015), las relacionadas con la adquisición, categorización, análisis e interpretación de la información, producto de la etapa de evaluación ocupacional inicial y organizadas según el “esquema conceptual” (Rogers y Holms: 1991; Moruno Miralles: 2002; y Talavera Valverde 2015). Asimismo, la actitud crítica y reflexiva son habilidades que influyen no sólo en la resolución del caso clínico, sino también en la mejora del dominio y competencia profesional.

De modo tal que las valoraciones y opiniones realizadas por estudiantes y graduados de la carrera de Terapia Ocupacional permitirán identificar la presencia de los elementos que conforman el razonamiento clínico determinando su grado de aplicación en la práctica, así como las posibles implicancias para el logro de una mayor consolidación disciplinar.

En consecuencia, surgen las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Desarrollan los estudiantes y graduados de la carrera de Terapia Ocupacional todas las etapas que conforman el proceso terapéutico al momento de abordar el caso clínico?
- ¿Qué aspectos evalúan y que instrumentos utilizan para ello?
- ¿A qué paradigma responden los modelos, conocimientos y procedimientos terapéuticos aplicados por los estudiantes y graduados de la carrera de Terapia Ocupacional?
- ¿Cómo valoran los estudiantes y graduados de la carrera de Terapia Ocupacional la tarea de articular la teoría y la práctica en su desempeño pre- profesional y profesional respectivamente?

- ¿Cómo consideran los estudiantes y graduados de la carrera de Terapia Ocupacional la formación académica de grado y/o posgrado relacionada a los elementos que integran la competencia del razonamiento clínico?
- ¿Influyen las condiciones laborales de los ámbitos de ejercicio pre- profesional y profesional en el desarrollo y aplicación del razonamiento clínico?
- ¿Qué opinión poseen los estudiantes y graduados de la carrera de Terapia Ocupacional respecto al estado actual de la disciplina?

Estado del Arte

En este apartado se realizó un rastreo bibliográfico de publicaciones científicas, artículos científicos, libros, tesis, líneas educativas, de investigación y formación relacionadas a la temática abordada en esta tesis.

Para comenzar cabe aclarar que la publicación de artículos científicos en revistas científicas compone la literatura primaria de la ciencia (fuentes de evidencia), mientras los libros, las monografías y los artículos de revisión componen la literatura secundaria (fuentes de información). Se priorizó e inició el rastreo mediante las revistas científicas específicas de la disciplina ya que las mismas poseen cierta periodicidad de publicación lo que mantiene al lector actualizado y favorece a la vida media del conocimiento científico a un margen de cinco años (tiempo estimado en el que la publicación pierde su vigencia), por lo que se verificara el inicio, sostenimiento y vigencia de las publicaciones relacionadas al razonamiento clínico. Siguiendo esta línea Moreno Rodríguez (2006) refiere que la mera existencia de publicaciones periódicas no garantiza la repercusión del conocimiento en la comunidad científica, sino que deben alcanzarse índices de impacto, para lo cual los criterios de selección de trabajos resultan imprescindibles debiendo estos adecuarse a las normas aplicadas en publicaciones de mayor antigüedad, siendo en el caso de la Terapia Ocupacional, el American Journal of Occupational Therapy (AJOT) y el Canadian Journal of Occupational Therapy (CJOT); ambas revistas indexadas por instituciones como el Institute for Scientific Information (ISI) y recogidas en las principales bases de datos biomédicas y de ciencias sociales. Por su parte Talavera Valverde, Moruno

Miralles y Souto Gómez (2013) resaltan que la escritura científica es el mecanismo básico para la supervivencia de la disciplina, así como para el desarrollo de la ciencia y la evidencia al poseer, en palabras de Hempel, las características de relevancia explicativa y contrastabilidad.

La comunicación presenta un gran beneficio para las disciplinas ya que requiere ordenar la información dentro de cánones de calidad establecidos por la comunidad científica (en el sentido que el conocimiento científico es aquel obtenido de forma objetiva, sistemática, metódica, crítica, reflexiva y verificable), mientras que por otro lado evita la improvisación en pro de la elección de un modelo que otorgue claridad y estructura al pensamiento asentado sobre evidencias bibliográficas y no en meras suposiciones, especulaciones o inspiraciones. Además, comunica solo aquellos resultados que no carezcan de sentido práctico ni teórico.

Considerando la escritura científica como indicador de desarrollo disciplinar de las sociedades del conocimiento, en las que el sistema científico tecnológico constituye su motor de crecimiento, resulta el caso de Latinoamérica ser previsible en cuanto a sus resultados, a partir de las características que en la materia presenta la región, resaltando sin embargo la existencia de fuentes regionales a las que se ha consultado y los pocos años de desarrollo de las mismas. Las publicaciones científicas son un indicador de actividad que permiten identificar el dinamismo de un campo, su volumen de producción, su impacto, así como medir el número de citación y el peso relativo de un país o conjunto de países para una disciplina particular. Los indicadores son representaciones cuantitativas de procesos de las actividades científico-tecnológicas y por tanto herramientas para la gestión, planificación y evaluación que posibilitan mejorar el esfuerzo nacional al contribuir a las actividades de formación como lógica de la competencia entre las instituciones académicas y las demandas del mercado de trabajo, lo que conlleva a una reflexión sobre los procesos sociales en que estas actividades se generan y el desempeño de los diferentes actores.

A tal fin se efectuó un análisis cuali- cualitativo relacionado al tratamiento del tema, fuente, autoría y país de producción, así como en relación al incremento de la misma en los años identificados y las revistas con mayor índice de publicación,

incluyendo en ambos análisis el factor temporal que ofrece un parámetro de comparación e interpretación para los resultados de esta tesis.

Revistas científicas de Terapia Ocupacional:

En la tesis doctoral de Ortega Valdivieso² (p.256), la autora empleo seis bases de datos para estudiar las publicaciones de TO en un periodo de catorce años: dos bases biomédicas (CINHAL y Medline), 2 bases de psicología y educación (ERIC y PsycINFO) y dos bases multidisciplinarias (SCOPUS y WOS). Sostiene que los resultados son concluyentes, siendo los mayores productores de literatura científica para el periodo 1994-2008: EE. UU con el 40% del total de las publicaciones, Inglaterra con un 15%, continuando con Canadá con un 10%, Australia con el 7,5%, Alemania 4,5% y Suecia también con el 4,5%. Manifiesta que las razones de la hegemonía del primer país y el volumen de los siguientes se deben a la promulgación de leyes y estándares para el desarrollo de la T.O en Norteamérica, y a la presencia de la disciplina desde sus orígenes (alrededor de 1917 en Inglaterra y Canadá).

Arroja un listado de los primeros diez países (de 83 en total), que acumulan el 87,5% de toda la producción científica de la disciplina, completando la lista de los nombrados anteriormente: Países Bajos, Nueva Zelanda, Israel y China. Sin dudas se destaca la prevalencia del idioma inglés y la gran trayectoria que la T.O ha tenido en muchos de esos países, así como la incorporación de los mismos en calidad de miembros de la WFOT desde 1960 (a excepción de China). Resalta también la escasa representación de América del Sur, Centro América y África, siendo para estas regiones una producción científica que resulta “anecdótica”, con menos del 1%. Entre ellos también se incluye España, por encima de Brasil y por debajo de Taiwan.

En relación a las revistas científicas determina que son cinco las principales en publicar artículos científicos y específicos de la disciplina³:

- 1) Occupational Therapy Practice
- 2) American Journal of Occupational Therapy

² Ortega Valdivieso, M. Azucena. (2012). “Estudio bibliométrico de la producción científica de Terapia Ocupacional desde 1994 a 2008”. Universidad de Granada.

³ Pp. 195 y 259.

- 3) British Journal of Occupational Therapy
- 4) Canadian Journal of Occupational Therapy
- 5) Australian Occupational Therapy Journal

La autora ofrece una tabla⁴ donde determina los 99 artículos más altamente citados en el periodo, entre ellos se aplicó un criterio de selección a fin de rastrear los artículos relacionados a la temática de esta tesis que incluyan por tanto las palabras claves: “razonamiento clínico”, sin lograr identificar ninguno. Sin embargo, aparecen artículos sobre los aportes de Eleanor Clarke Slage, otros relacionados a los marcos de trabajo de la disciplina, a la reflexión sobre los fundamentos de la misma y a la articulación entre teoría y práctica. Por otro lado, realiza un análisis de los temas que mayor producción han concentrado, evidenciando una notable disminución en los relacionados con los “terapistas ocupacionales” en el sentido de la especificidad de la profesión en un intento de retornar sobre los conceptos fundamentales (pp.212).

Cantero Garlito en su artículo “Revistas con factor de impacto 2016”, determina que según la base Journal Citation Report (JCR), a la cual considera la más importante a nivel mundial, solo nueve revistas de Terapia Ocupacional están incluidas aunque con un bajo índice de impacto comparado con otras disciplinas, como ser el “Cancer Journal for Clinicians” que ocupa la primera posición con un Factor de Impacto de 131.723, o “The Lancet” que se sitúa en cuarta posición con un factor de impacto de 44.002. Por su parte el AJOT, se sitúa en la lista, aunque con un factor de impacto de poco más de 2.

Las nueve revistas incluidas y ordenadas según factor de impacto son:

- 1) American Journal of Occupational Therapy
- 2) Australian Occupational Therapy Journal
- 3) Physical and Occupational Therapy in Pediatrics (no específica de TO)⁵.
- 4) Canadian Journal of Occupational Therapy
- 5) Scandinavian Journal of Occupational Therapy
- 6) British Journal of Occupational Therapy

⁴ Tabla 63 “Listado de trabajos altamente citados en la producción científica de Terapia Ocupacional en el periodo 1994-2008”. Pp 207-208.

⁵ Tabla 53 “Producción de las 5º primeras revistas fuente de la producción científica en TO en el periodo 1994-2008. Con sombreado amarillo se resaltan las revistas específicas de TO”. Pp. 195.

- 7) Occupational Therapy International
- 8) Occupation, Participation and Health (Fundación Americana de T.O).
- 9) Hong Kong Journal of Occupational Therapy

Destaca la primacía de la producción anglosajona y considera en ese sentido la influencia de las instituciones universitarias, organizaciones y profesionales particulares en tales resultados, así como los aspectos históricos y contextuales de la profesión. Sin embargo resalta la impronta que la Revista TOG posee desde el año 2004, por ser la publicación científica de referencia en idioma español y refuerza la necesidad de “realizar un replanteamiento político, ético y epistemológico de las bases que sostienen las identidades, los conocimientos y las prácticas de la Terapia Ocupacional y los efectos que genera en la sociedad”, parafraseando a Frank Kronenberg (quien a su vez cito a Boaventura de Sousa Santos sobre las “epistemologías del sur”).

Por su parte la base de datos Scimago Journal and country Rank (SJR), propone los principales diez Journal mejor ranqueados a nivel mundial hasta 2015:

- 1) American Journal of Occupational Therapy
- 2) Journal of Occupational Rehabilitation (no es específica de T.O)
- 3) Canadian Journal of Occupational Therapy
- 4) Physical and Occupational Therapy in Pediatrics (no específica de TO).
- 5) Australian Occupational Therapy Journal
- 6) Occupational Therapy International
- 7) Journal of Vocational Rehabilitation (no específica de T.O)
- 8) British Journal of Occupational Therapy
- 9) OTJR Occupation, Participation and Health
- 10) Hong Kong Journal of Occupational Therapy
- 11) Occupational Therapy in Health Care
- 12) Physical and Occupational Therapy in Geriatrics (no específica de T.O)
- 13) Journal of Occupational Therapy, Schools, and Early Intervention (no específica de T.O)
- 14) Physiotherapy Practice Research (no específica de T.O)
- 15) Ergotherapy and Rehabilitation (no específica de T.O)

El diario de la Asociación Extremeña de terapeutas ocupacionales (AEXTO)⁶ propone que las primeras cinco revistas en el ranking de publicaciones según el factor de impacto (número de veces que un artículo publicado en una revista determinada es citado) y publicado anualmente por el “Insitute for Scientific Information”, ISI), son:

- 1) American Journal of Occupational Therapy
- 2) Canadian Journal of Occupational Therapy
- 3) British Journal of Occupational Therapy
- 4) Physical and Occupational Therapy in pediatrics (no específica de T.O).
- 5) Australian Occupational Therapy Journal

Una vez más el mundo anglosajón se destaca como mayor publicador, como sostienen los autores citados previamente, tal vez esta diferencia significativa de los países con mayor producción se deba a los orígenes que la disciplina tuvo en ellos y al grado de profesionalización alcanzado capaz de promover y desarrollar la tarea científica de la disciplina. En comparación en América Latina la aparición de la disciplina fue más tardía, por ello la producción y divulgación de las publicaciones científicas para la región reviste especial relevancia ya que durante décadas la formación se basó en la traducción de libros americanos, mientras que en la cercanía de los noventa la producción local comienza a crecer, pero muchas de las cuales se vieron impedidas de continuar desarrollándose por las crisis económicas nacionales de inicios del siglo XXI, como fue en el caso de Argentina, que imposibilitaron su financiación. De esta manera muchos profesionales académicos e investigadores comenzaron a publicar en revistas extranjeras y de renombre, incluso en aquellas no específicas de la disciplina.

Siguiendo esta línea Aleida Fernandez Moreno⁷(2012) destaca esta importancia y detalla el surgimiento de publicaciones científicas a modo de boletines, cuadernos y revistas en cuatro países latinoamericanos: Argentina, Chile, Colombia y Venezuela, siendo Argentina el país de primer surgimiento en el año 1970 con los

⁶ Es un Blog en español de la Asociación Extremeña de Terapeutas Ocupacionales, el enlace se titula “¿Cuales son las revistas de terapia Ocupacional con mayor factor de impacto? Y corresponde al año 2010.

⁷ Se puede apreciar la Tabla 1 en el artículo “Publicaciones seriadas de la terapia ocupacional en Latinoamérica” pp. 288-289, de la autora citada.

“Boletines de la Asociación Argentina de Terapia Ocupacional”, sumándose en 1996 “Materia Prima” hasta el año 2000 y los “Cuadernos de Terapia Ocupacional” (UNQ) también desde 1996 al 2000. En 1998 surgen “El Puente” (UNMdP) cuya publicación es hasta 2002. En 1997 ⁸ surge la Revista de la Ocupación Humana (Asociación de T.O de Colombia). Entrado el siglo XXI surge, en 2001, la Revista Chilena de Terapia Ocupacional (Universidad de Chile), mientras que en 2008 lo hace en Venezuela a través de Espacio T.O Venezuela con formato de revista electrónica (Federación Venezolana de Terapistas Ocupacionales).

En la actualidad las únicas que presentan Número Internacional Normalizado de Publicaciones Seriadas (ISSN), Comité editorial y revisión por pares en la región Latinoamericana son:

- 1) Revista de la Ocupación Humana. (Colegio de Terapistas Ocupacionales de Colombia, 1984⁹).
- 2) Revista Chilena de Terapia Ocupacional. (Escuela de TO, Departamento de Medicina, Universidad de Chile, 2001)
- 3) Espacio T.O Venezuela. (Federación venezolana de Terapistas Ocupacionales, 2008)
- 4) Revista Argentina de Terapia Ocupacional. (Asociación Argentina de Terapia Ocupacional, 2015)

Las revistas iberoamericanas son: Cadernos de TO de UFSCar (1990); Revista da Terapia Ocupacional da Universidad de Sao Paulo (Rev. Ter. Ocup. Univ. Sao Paulo, 1990); Revista electrónica informática de Terapia Ocupacional (REITO, 2000); Revista electrónica de Terapia Ocupacional de Galicia (TOG, 2004); Revista Asturiana de TO (2005); Spanish Journal of Occupational Therapy (2006); Magazine de Asociación portuguesa de TO (APTO, 2013).

Considerando la cantidad de revistas científicas de Terapia Ocupacional distribuidas en el resto de los continentes¹⁰ se puede observar que Europa ocupa

⁸ Año referido en el artículo de la autora citada.

⁹ Año referido en la página web de la Revista y artículo de la misma: Duarte Cuervo. (2014). “Editorial. Revista Ocupación Humana 1984-2014, treinta años de contribución al conocimiento de la Terapia Ocupacional”. Vol.14, N° 2.

¹⁰ Se tomaron los anexos de Literature indexed in OT SEARCH (AOTA-AOTF) del año 2012, aunque este documento no incorpora a las revistas latinoamericanas surgidas antes de 2012. La base de datos OTDBASE que contiene 8000 resúmenes de artículos de veinte revistas

el primer puesto por cantidad de revistas científicas, en correspondencia con la cantidad de países que alberga. Por su parte América del Norte ocupa el segundo lugar, pero es la región con mayor cantidad de publicaciones.

1º Europa: publica diez revistas científicas específicas de TO rastreadas. La primera edición fue la del British Journal of Occupational Therapy (BJOT, 1980-¹¹). Incluye además a la Revista de la Asociación Española de T.O (1988); al Scandinavian Journal of Occupational Therapy (SJOT, 1994); Revista electrónica de Terapia Ocupacional de Galicia (TOG, 2004), Revista Asturiana de TO (2005); Spanish Journal of Occupational Therapy (2006); Irish JOT (?), Ergotherapie und Rehabilitation (?) y Ergoscience (2006). Entre las publicaciones no científicas se hallan la Revista electrónica informativa de TO (REITO, 2000).

El desarrollo evidenciado a partir del siglo XXI en los países europeos, especialmente en España, marca una gran diferencia en el tratamiento del tema en la que se circunscribe esta tesis.

2º América del Norte: cuenta con ocho publicaciones científicas consideradas específicas de Terapia Ocupacional e indizadas, y con la primera edición de la AJOT (1947) que ubica a esta región en el primer puesto.

Se incluyen además el Canadian Journal of Occupational Therapy (CJOT, 1980); Occupational Therapy Journal Research (OTRJ, 1980); Occupational Therapy in Mental Health (1982); Occupational Therapy in Health Care (1984); Occupational Therapy Practice (1989); Occupational Therapy International (OTI, 1994); Occupational Therapy Now (1999), The Open Journal of Occupational Therapy (2012), Journal of Occupational Science (1993), WFOT (1978).

3º Asia: tiene en su haber siete publicaciones rastreadas, siendo la de primera aparición el Hong Kong Journal of OT (HKJOT, 1985); Israel Journal of OT (1992); Journal of Korean Society of OT (1993); Asian Journal of OT (2001); Philippine Journal of OT (2005); Journal of OT Association of Thailand (?); Indian JOT(?).

especializados e indizados desde 1970; la base de datos de los journals y publicaciones de la WFOT y rastreo individual de revistas de TO.

¹¹ Volume 1, Issue 1, June 1938.

4° América del Sur: cuenta con seis publicaciones científicas rastreadas siendo Cadernos de TO de UFSCar la primera en hacerlo (1990). Se incluyen además Materia Prima (1996-2000); Revista Chilena de TO (RECHTO, 2001), Revista de la Ocupación Humana (1984), Espacio TO Venezuela (2008), Revista Argentina de TO (2015).

Por su parte América Central cuenta con Revista de Puerto Rico (2012).

5° Oceanía: contabiliza dos publicaciones siendo el Australian Occupational Therapy Journal (AOTJ, 1952)¹² el de primera aparición. Incluye además al New Zeland Journal of OT (NZJOT, 1980).

6° África: publica desde el año 1976 el South African Journal of OT.¹³

A partir de esta información puede determinarse que influye más el año de aparición de la disciplina en los países de cada región, la cantidad de años de publicación de las revistas y la cantidad de publicaciones por sobre la cantidad de revistas que una región o país posea.

Artículos Científicos de Terapia Ocupacional:

Se procedió a realizar la búsqueda de artículos científicos, libros, tesis, líneas educativas y de investigación específicas a la temática del razonamiento clínico para analizar su producción. Se realizó una primera búsqueda a través de Google académico utilizando como palabras claves: “razonamiento clínico” y “razonamiento clínico en terapia ocupacional” y su homónimo en el idioma inglés. Posteriormente se amplió la búsqueda en cada una de las revistas nombradas y las citas de artículos de la disciplina que contengan las palabras claves en los mismos artículos científicos identificados. Se completó la búsqueda con las bases de datos:

¹² Volume 1, Issue 1, Pages 3-29, July 1952.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aot.1952.1.issue-1/issuetoc>

¹³ The South African Journal of Occupational Therapy (SAJOT) is the official journal of the OT Association of South Africa and is a leading publication for research into occupational therapy in Africa. Has been in existence for 40 years and has documented the growth of the profession and its inevitable changes. Continues to publish and disseminate research articles that contribute to the scientific knowledge of the profession and its outcomes.

Scopus y OVID (Medline y Psycinfo), Dialnet, Pubmed y Willey Online Library. Siguiendo las mismas estrategias de búsqueda se ordenaron los datos con las variables: año, autor, fuente, citas, país y título. (Ver Anexo 1).

Es de destacar el artículo de Cantero Garlito, Moruno Miralles y Talavera Valverde (2009) “Razonamiento clínico en Terapia Ocupacional”, en el que los autores realizaron una revisión bibliográfica sobre razonamiento clínico y terapia ocupacional a lo largo de diez años (1999-2009), consultando bases de datos como Medline a través PUBMED; EMBASE a través de OVID y el Directorio de Revistas Open Acces (DOAJ), así como portales temáticos, monografías y libros. Resaltan como base para lo que fue el estudio e investigación del razonamiento clínico en las disciplinas de salud, al artículo médico de Elstein, Shulman y Sprafka de 1979 “Medical Problem Solving: An Analysis of Clinical Reasoning”, y al capítulo 20 de Sánchez y Romero “Razonamiento clínico y solución de problemas”¹⁴ por ser una revisión de las diferentes propuestas sobre razonamiento clínico realizadas en la literatura, así como su desarrollo a lo largo del tiempo.

En relación al estudio específico del razonamiento clínico en Terapia Ocupacional señalan el volumen de artículos publicados en el idioma inglés en comparación con la escasez en lengua española. A lo largo del estudio citan los artículos de: Mitchell; Unsworth; Schon; Benner y Tanner; Mattingly; Fleming; Schell y Cervero; Roberts; Ward; Hooper; Sánchez y Romero; Moruno Miralles, Talavera Valverde y Cantero Garlito; McCannon, Robertson, Caldwell, Juwah y Elfessi; Miller, Bossers, Polatajko, y Hartley; Neistadt; Gibsen; Labrador.

Los resultados del rastreo de artículos científicos para esta tesis utilizando las bases previamente mencionadas pueden observarse en el Anexo 1 y son los siguientes:

¹⁴ Sánchez, I; Romero, D. (2003). Razonamiento clínico y solución de problemas. En Romero y Moruno terapia Ocupacional: Teoría y técnicas. Masson, Barcelona.

-Se han hallado 104 artículos específicos de la disciplina cuyos títulos incluyen los términos “razonamiento clínico” o “razonamiento clínico + terapia ocupacional”¹⁵.

-Corresponden a un periodo comprendido desde 1982 hasta 2017 (cuatro décadas).

-El mayor país publicador es EEUU con más de la mitad del total de artículos, luego Inglaterra, siguiendo por Australia y en igual proporción Canadá y España. Continuando con Alemania, Suecia y representados con un solo artículo están Irán, China y Venezuela.

- 34 artículos científicos pertenecen al AJOT, 17 al BJOT, 10 al AOTJ, 9 al OT in Health Care, 6 al OTJR, 4 a la TOG, 3 al CJOT, 3 al OTI, 2 al SJOT, 3 al Ergotherapie und Rehabilitation, 1 al Boletín de la WFOT, 1 al OT Practice, 1 al OT Now, 1 al EspacioTO Venezuela, 1 al HKOT. De estas fuentes la revista alemana y el Physical and Occupational Therapy in Geriatrics no presentan peer review.

-Tan solo tres resultados han sido publicados en revistas no específicas de la disciplina, dichas fuentes pertenecen a: 1 al International Journal of Therapy and Rehabilitation, 1 al Journal of Interprofessional Care, 1 al Medical Teacher, 1 al The Australasian Society for Computers in Learning in Tertiary Education, lo que da cuenta que las publicaciones no migran a fuentes de otras disciplinas.

-Los artículos científicos que responden a la temática del “razonamiento clínico”, se mantienen dentro de los rankings anteriormente propuestos:

1) AJOT

2) BJOT

3) AOTJ

¹⁵ Sería oportuno ampliar la búsqueda incluyendo también los criterios “razonamiento diagnóstico”, “razonamiento profesional”, “razonamiento” + “terapia ocupacional” para identificar variaciones en el modo en que se utiliza el término a lo largo del tiempo, así como para analizar y precisar el contenido del conocimiento desarrollado al respecto.

Y se completa la lista de los cinco con mayores publicaciones de la temática:

4) OT in Health Care

5) OTJR

-Siguiendo el orden por cantidad de publicaciones halladas (cuatro), se encuentra en sexto lugar: España representada a través de la TOG.

-Cabe mencionar que el único país Latinoamericano que publico acerca de la temática es Venezuela (un artículo).

-Es evidente la primacía de la producción científica en idioma inglés o mejor dicho en países donde el inglés es la primera lengua.

-Resulta una revelación el protagonismo de España en el tratamiento de esta temática y especialmente, como se verá en capítulos posteriores, la relación que efectúa entre el desarrollo de esta competencia y la constitución de una identidad profesional más solvente.

- Realizando un análisis temporal de la producción científica relacionada a la temática del razonamiento clínico, el primer artículo en aparecer es del año 1982, registrándose durante la década del ochenta un total de 8 artículos. Mientras en la década del noventa se constata un notable incremento con un total de 35 artículos, que se mantiene cuesta arriba durante la primera década del siglo XXI con un total de 42 artículos, descendiendo desde 2010 a la actualidad al contabilizarse 19 artículos. Sin embargo, lo que va de este siglo ha demostrado un incremento del 42% respecto de las dos décadas del siglo anterior. Es notable también el cambio de tipo de producción ya que, como se verá más adelante, a pesar de la disminución detectada en la publicación de artículos científicos, hubo una mayor publicación de libros y tesis durante estas dos últimas décadas. Por otro lado el disparo ocurrido en la época del noventa se debe a la publicación del Special Issue de la AJOT.

-La mayor producción de artículos en castellano corresponden al español Miguel Angel Talavera Valverde y otros escritos junto a Pedro Moruno Miralles y Pablo Cantero Garlito, mientras la venezolana Zurelis Santana representa a

Latinoamerica con un artículo. Cabe destacar el artículo escrito por los tres autores españoles publicado en el Boletín de la WFOT en 2009.

-El autor con mayor índice de publicaciones es Maureen Neistadt (5 artículos) siendo su mayor producción durante la década del noventa, mientras que durante la década del ochenta resulta ser Joan Rogers el autor pionero en la temática (2 artículos). Carolyn Unsworth (4 artículos) publica principalmente durante la década del 2000, Miguel Angel Talavera Valverde es el principal autor de la década del 2010 (3 artículos).

Por los títulos y lectura de abstract de los artículos puede observarse como Rogers y otros autores relevantes de los ochenta como Neistadt, Mattingly y Cohn van al rescate de los fundamentos conceptuales de la TO y su articulación con el razonamiento clínico durante el proceso de evaluación de las discapacidades físicas y psicosociales.

Por su parte Neistadt se destaca en la década del 90' como el mayor publicador sobre el estudio del razonamiento clínico y resalta la importancia de la educación para la adquisición y desarrollo de esta competencia, junto con otros autores destacados como Mattingly, Fleming, Rogers y Cohn producen desarrollos relacionados a la definición, tipos y componentes del razonamiento clínico así como la reflexión sobre la práctica clínica según el ámbito de actuación (escuela, pediatría, comunidad, salud mental) y los aportes en la enseñanza de grado para la adquisición y desarrollo de esta competencia. En esta década ocurre un notable incremento de publicaciones sobre el razonamiento clínico a partir del Special Issue del American Journal of Occupational Therapy (AJOT, 1991); y del concepto de “esquema conceptual” acuñado por Rogers & Holms (1991) que aun prevalece vigente. El mismo es considerado en esta investigación pues ofrece una estructura de conocimiento, a partir de las bases, conceptos y finalidad de la disciplina; y un procedimiento pertinente para arribar al diagnóstico ocupacional.

Carolyn Unsworth es la autora principal de publicaciones durante la década del 2000, los desarrollos junto a otros autores, como Harries, Scaffa, Mc Cannon, se centran en el análisis del proceso del razonamiento clínico, la diferencia en la aplicación y desarrollo de esta competencia entre novatos y expertos, su aplicación según campos de actuación, los modelos y teorías adoptados y revisión

de literatura sobre el tema. La World Federation of Occupational Therapy (WOFT, 2009) publica un boletín especial sobre el razonamiento clínico y la terapia ocupacional y es a partir de esta década donde se produce un notable aumento de la publicación de libros específicos relacionados a la temática, capítulos y tesis doctorales siendo sus autores más relevantes Boyts Schell; Dutton; Mattingly y Fleming; Moruno Miralles; Robertson; Talavera Valverde. Los primeros se dedican al estudio y análisis de este proceso, mientras Talavera Valverde articula la importancia de esta competencia para la promoción de la disciplina.

Durante la década del 2010 es Talavera Valverde quien se destaca como mayor publicador resaltando la importancia de esta competencia para la promoción de la disciplina y la constitución de una identidad profesional más solvente. También continuaron los estudios relacionados al razonamiento clínico según el campo de actuación (pediatría, traumatología, comunidad, hogar, neurología) y el desarrollo de destrezas para la adquisición y desarrollo del razonamiento clínico en los estudiantes. Mientras que EEUU es el mayor país publicador con más de la mitad del total de artículos conjuntamente con Inglaterra y Australia, el único país Latinoamericano que publico acerca de la temática es Venezuela. La mayor producción de artículos en castellano corresponde al autor español Miguel Ángel Talavera Valverde y otros de coautoría con Pedro Moruno Miralles y Pablo Cantero Garlito, resultando una revelación: el protagonismo de España en el tratamiento de esta temática por su impronta en las líneas de investigación, libros, capítulos de libros y artículos científicos, así como su prevalencia en tesis de maestría y doctorado.

-Analizando la evolución y desarrollo de las temáticas durante las cuatro décadas detectadas se determina que:

Durante la década del ochenta se trata el razonamiento clínico en relación a la evaluación de las discapacidades físicas y psicosociales, a las consideraciones éticas, a los fundamentos conceptuales y a la educación impartida en clase y durante el trabajo de campo.

En la década del noventa las temáticas se continúan ampliando, especialmente las relacionadas a la enseñanza y desarrollo de esta competencia y a la importancia de

la reflexión sobre la práctica clínica según el ámbito de actuación (escuela, pediatría, comunidad, salud mental); es de fundamental importancia la publicación especial de la AJOT del año 1991 específica sobre esta temática. Además, se desarrolla conocimiento en relación a las diferencias entre las destrezas de los estudiantes, novatos y expertos; los componentes del razonamiento clínico, su definición y modalidades, así como la revisión de la literatura escrita sobre el tema.

Ya durante la primera década del siglo XXI las temáticas se focalizan hacia la competencia del razonamiento clínico desarrollada en los terapeutas ocupacionales (de ahora en adelante TOs) experimentados y los estudios comparativos al respecto; la educación de esta competencia siguiendo las técnicas del aprendizaje basado en los problemas, la toma de decisiones, el abordaje centrado en el cliente, la supervisión y la práctica basada en la evidencia; así como programas computarizados para desarrollar y entrenar esta competencia, el análisis del proceso del razonamiento clínico, su aplicación según campos de actuación, modelos y teorías adoptadas; revisión de literatura sobre el tema. La WFOT publica en 2009 un boletín especial sobre el razonamiento clínico y la terapia ocupacional.

Desde inicios del 2010 a la fecha la temática se centró fuertemente en el desarrollo de destrezas en los estudiantes. También surgieron temas como la relación del razonamiento clínico según el campo de actuación (pediatría, traumatología, comunidad, hogar, neurología); y la promoción de la disciplina a través del desarrollo de esta competencia. Por lo tanto, se podrían sintetizar los núcleos centrales abarcados en los artículos de Terapia Ocupacional relacionados al razonamiento clínico durante las cuatro décadas de la siguiente manera:

- Articulación entre la teoría y la práctica. Aplicación del razonamiento clínico según campo de ejercicio y marcos teóricos.
- Importancia del desarrollo de la competencia del razonamiento clínico durante la formación de grado.
- Diferencias en el uso del razonamiento clínico entre estudiantes, novatos y expertos.
- Definición, características y modalidades del razonamiento clínico en TO.

- Promoción de la disciplina a través del desarrollo de competencias profesionales.

Libros de Terapia Ocupacional hallados en la búsqueda:

-Mattingly, C; Fleming, M. (1994). Clinical reasoning. Forms of inquiry in a therapeutic practice. Philadelphia. F.A. Davis.

-Dutton, R. (1995). Clinical Reasoning in physical disabilities. Baltimore. Williams & Wilkins.

- Boyt Schell, B; Schell, J. (2007) Clinical and profesional reasoning in occupational therapy. Lippincott. Williams & Wilkins.

- Robertson, L. (2012). Clinical reasoning in occupational therapy: controversies in practice. Wiley-Blackwell.

- Talavera Valverde, MA. (2015). Razonamiento clínico y diagnostico en Terapia Ocupacional. España: Ed. Síntesis.

En materia de libros se constata publicaciones desde la década del noventa y el único encontrado en idioma español es el del Dr. Prof. Miguel Angel Talavera Valverde.

Capítulos de libros bajo el titulo “razonamiento clínico”:

Se encontraron los siguientes resultados ordenados según año de aparición:

-Mattingly, C; Fleming, M.H. (1994). Interactive reasoning: Collaborating with the person. En Mattingly, C; Fleming, M.H. *Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice*. (1ºEd.) Filadelfia. F.A. Davis Company.

-Rogers, J; Holms, M. (1997). Clinical reasoning: the process of problem identification. En Christiansen, C; Baum, C. *Enabling function and well-being*. (2º ed). Thorafore. Slack.

- Labrador Toribio, C. (2001). Razonamiento clínico en Terapia Ocupacional. En Polonio López; Durante Molina; Noya Arnaiz, *Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional*. (1º ed., 183-193). Madrid. Ed. Médica Panamericana.
- Kielhofner, G; Forsyth, K. (2002). Thinking whit theory: A framework for therapeutic reasoning. En Kielhofner, G. *A model of human occupation: theory and application*. (3º ed., 162-178). Baltimore. Lippincott Williams & Wilkins.
- Sánchez, I; Romero, D. (2003). Razonamiento clínico y solución de problemas. En Romero y Moruno *terapia Ocupacional: Teoría y técnicas*. Barcelona. Masson.
- Schell, B. (2003). Clinical reasoning: the basis of practice. En Crepeau, E; Cohn, E; Schell, B. *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (10ºed., 131-139). Filadelfia. Lippincott Williams & Wilkins.
- Boyt Schell, Barbara. (2005). Razonamiento clínico: la base de la práctica. En *Willard & Spackman, Terapia Ocupacional*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Paterson,M; Summerfield-Mann, L. (2006). Clinical reasoning. En Duncan, E. *Foundations for practice of occupational therapy*. (4ºEd). London. Elsevier.
- Chaparro, Ch; Ranka, J. (2008). Clinical reasoning in occupational therapy. En Higgs, J. *Clinical reasoning in the Health professions*. Ed. Elsevier Health Sciences. Pp. 266-274.
- Schell, B. (2009). Professional reasoning in practice. En *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (11ºEd). Filadelfia. Lippincott Williams & Wilkins.
- Talavera Valverde,MA; Moruno Miralles, P. (2011). Razonamiento clínico en terapia ocupacional en salud mental. En Talavera Valverde,MA; Moruno Miralles, P. *Terapia Ocupacional en salud mental*. Masson. Pp.317-332.
- Coates, G; Crist, P. (2012). Brief or new: Professional development of fieldwork students: Occupational adaptation, clinical reasoning, and client-centeredness. En Crist, P; Scaffa, M. *Best Practice in Occupational Therapy education*. Routledge. Taylor and Francis Group.Pp. 39-47.
- Scaffa, M; Smith,T.(2012). Effects of level II fieldwork on clinical reasoning in occupational therapy. En Crist, P; Scaffa, M. *Best Practice in Occupational Therapy education*. Routledge. Taylor and Francis Group. Pp.31-38

- Morgan, M; Gerney, A. (2012). Using online social media to facilitate clinical reasoning in entry level occupational therapy students. En Kyeong-Ju Seo, K; Pellegrino, D; Engelhard, Ch. *Designing Problem-driven Instruction with Online Social Media*. Charlotte, NC. Information Age Publishing.
- Alers, V. (2014). Clinical reasoning in Psychiatric Occupational Therapy. En Alers, V; Crouch, R. *Occupational Therapy in psychiatric and mental health*. (5° ed.) Willey Blackwell.
- Carrier, A. (2015). Clinical reasoning process: Cornerstone of effective occupational therapy practice. En. Soderback, I. *International handbook of occupational therapy intervention*. Springer.

Como puede observarse los capítulos escritos en idioma español corresponden a libros editados en España, demostrando ser en esta lengua la pionera en el tema.

Líneas de estudio, investigación y Tesis:

Existe una línea de investigación desde el año 2012¹⁶ titulada “Razonamiento clínico en Terapia ocupacional”, en la Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería de Talavera de la Reina, de la provincia de Toledo, perteneciente a la Universidad de Castilla-La Mancha. La misma es dirigida por el Dr. Pedro Moruno Miralles y está especialmente centrada en el estudio del razonamiento clínico en terapia ocupacional, con el objeto de tratar de conocer y describir las estrategias y habilidades que desarrollan los terapeutas ocupacionales durante la intervención, los conocimientos implicados en el proceso y las relaciones que existen entre conocimientos y acción con el objetivo de optimizar la calidad de la intervención en terapia ocupacional.

Respecto a las tesis, se hallaron una del grado de maestría y dos pertenecientes al grado de doctorado que abordan la temática, en ese orden son:

- Hunt, S. The learning Alliance between clinical instructors and students at a campus occupational therapy teaching clinic: support for development of clinical reasoning. (2013).

¹⁶ www.uclm.es/to/factole/8.asp.

- Moruno Miralles. Razonamiento clínico en Terapia Ocupacional. Un análisis del procedimiento diagnóstico. (2002).
- Talavera Valverde. Estudio del razonamiento clínico en estudiantes de Terapia Ocupacional. (2015).

En cuanto a estas últimas, tanto Moruno Miralles (2002) como Talavera Valverde (2015) asumen el “esquema conceptual” propuesto por Rogers & Holms (1991) para estudiar el razonamiento clínico, especialmente el de tipo diagnóstico, conjugando el procedimiento seguido durante la evaluación ocupacional y el armazón de conocimientos básicos implicados en tal proceso. El primer autor propone una herramienta de análisis denominada “sistema basado en conocimiento para el diagnóstico ocupacional” (SYSDO.1), que consistente en identificar, con la mayor precisión posible, las alteraciones del desempeño. El mismo pretende desarrollar un modelo teórico que represente al razonamiento clínico (p. 145). Por su parte, Talavera Valverde (2015) también estudio las destrezas cognitivas presentes en los estudiantes durante la evaluación ocupacional agrupándolas en cuatro categorías: identificación de aspectos relevantes, categorización de la información, análisis e interpretación de datos y por último la síntesis de los mismos (p. 99). Ambos autores concluyen en que el modo de desarrollar el procedimiento para aplicar el conocimiento propio de la disciplina resulta empobrecido. Moruno Miralles (2002) refiere como posibles causas la ausencia de una estructura conceptual que facilite relacionar la información (p.100), mientras que Talavera Valverde (2015) menciona un mayor énfasis puesto en el patrón de reconocimiento de corte reduccionista en lugar del patrón de comprensión más propio de la visión holista que asume la disciplina (p. 86, p. 339); también identifica la ausencia en el uso de teorías propias desde el momento inicial de seleccionar la información a evaluar (p. 365-367).

Es notable como en el tema prevalece España y como se destaca la importancia de su enseñanza y desarrollo desde la formación de grado.

En relación a la tesis doctoral de Talavaera Valverde (2015), “Estudio del razonamiento clínico en estudiantes de Terapia Ocupacional” el autor señala

nueve conclusiones (pp.365) que han sido organizadas para este apartado en tres tópicos:

A) En relación al estímulo y enseñanza durante la formación:

-Las destrezas del razonamiento clínico se mantienen en función al curso en el que se encuentre el estudiante, pero los entornos de formación se alejan del desarrollo de estas destrezas que estructuren su práctica y le permitan al estudiante analizar información relevante de acuerdo al marco teórico utilizado.

-La evolución de las destrezas de razonamiento clínico durante a la formación académica universitaria es exponencial en los cursos de tercero y cuarto. Tercero y primero se encuentran en el mismo nivel.

-Participantes de los últimos cursos niegan la necesidad de elaborar hipótesis, unos pocos que si la construyen no siguen la estructura teórica recomendada, de modo que la capacidad de profundización en la interpretación desde el enfoque de un T.O es muy baja. Predominio del razonamiento procesal antesala del razonamiento diagnóstico.

B) En relación al conocimiento adquirido propio de T.O:

- Mayor identificación de síntomas relevantes que de problemas de desempeño evidenciando una falta de teoría de terapia ocupacional que estructure los datos.

-El uso de teorías de otras disciplinas es la tónica habitual de los discursos de los participantes. Conocen modelos de práctica, pero no se hallan integrados en la justificación teórica.

C) En relación a la organización del conocimiento:

- El procedimiento esperado de categorizar un componente descriptivo de tres niveles de algún problema de desempeño fue logrado por pocos participantes del último curso.

- No organizaron la información en base a categorías que faciliten el análisis de datos.

- No presentan destreza de razonamiento diagnóstico y plantean en forma tácita no utilizarlo. Muchos plantearon un intento de diagnóstico ocupacional desestructurado y desordenado, la evaluación inicial no presenta un objetivo claro.
- Visión reduccionista y ausencia de formación teórica sobre el uso del razonamiento clínico en T.O.

Formación de posgrado específica al tema:

-Curso de especialización en razonamiento clínico y diagnóstico en Terapia Ocupacional.

El mismo es promocionado y certificado por Euroinnova Formación: International Business School. La certificación es avalada también por la Escuela Superior de Cualificaciones Profesionales. Duración: 200 hs. Modalidad: online.

Consideraciones finales:

Moreno Rodríguez (2006) sostiene que nuestra profesión vive una “fuga de cerebros” hacia publicaciones de otras disciplinas, que permiten alcanzar mayores índices de impacto en el colectivo científico. Refiere que el concepto de vida media de un documento representa la ruptura con las creencias tradicionalistas de un saber absoluto, invariable e incuestionable. Es posible pensar desde esta realidad que es allí donde reside justamente la importancia de apostar a nuestra comunidad científica a través de la escritura y divulgación del conocimiento propio en revistas específicas de la disciplina, promoviendo de esta manera la concentración de la información en ellas, lo que a su vez facilitaría la búsqueda y el acceso, y en fin último el desarrollo no solo del status de la profesión sino de la identidad profesional.

Este autor también informa que el CINDOC¹⁷ apunta que en España el número de revistas electrónicas de carácter científico aún es bajo y, salvo excepciones contadas, no forman parte del eje central de la comunicación científica en el país.

¹⁷ Centro de Información y Documentación Científica. <http://www.cindoc.csic.es/info/EA2005-0008.pdf>

En las tres décadas anteriores el nivel de crecimiento bibliográfico en lo referente a publicaciones periódicas había sido prácticamente nulo y en poco más de media década el colectivo de terapeutas ocupacionales ha podido acceder a tres nuevas publicaciones periódicas electrónicas surgidas en dicho territorio nacional, como ser REITO (2000), TOG (2004) y el reciente Spanish Journal of Occupational Therapy (2006) las cuales vienen a sumarse a las ya existentes en formato papel.

En ese sentido podríamos asumir que existe un notable desarrollo del conocimiento científico desde inicios de este siglo al presente, en el caso de las publicaciones científicas en idioma castellano resulta ilustrativo el caso de España y luego América Latina. El desarrollo en ambos casos se ve evidenciado por las publicaciones emergentes, como lo son las cuatro revistas surgidas en toda América Latina y las cuatro en España; así como los libros y las tesis que contabiliza España en su totalidad.

Una década y media de este siglo edito más libros específicos de la temática de lo que fue en la década del noventa en una proporción de tres a uno (2008, 2012, 2015/ 1995). Lo mismo ocurre con los capítulos de libros encontrados en los que se sigue una relación de catorce a dos según la década de edición (2001, 2002, 2003, 2005, 2006, 2008, 2009, 2011, 2012, 2014, 2015/ 1994, 1997). Por su parte las tres tesis halladas se elaboraron en su totalidad durante esta década y media (2002, 2013, 2015).

Actualmente los aportes de Cantero Garlito, Moruno Miralles y Talavera Valverde (2008, 2009), Moruno Miralles (2002), Talavera Valverde (2012, 2013, 2015), Moruno Miralles y Talavera Valverde (2011, 2013) son los más frecuentes y profundos en el estudio del razonamiento clínico. Los mismos señalan las dificultades en lograr un consenso de paradigma, en evaluar y reflexionar sobre la práctica profesional a la luz de un modelo teórico propio, en articular la teoría con la práctica y en desarrollar experticia profesional; obstáculos que conllevan a una identidad profesional inestable y al deterioro de la disciplina.

Talavera Valverde, Moruno Miralles y Souto Gómez (2013); sostienen que en España se ha incrementado en los últimos años el nivel epistemológico y conceptual de la T.O a partir de las publicaciones científicas y promocionales de la disciplina aportando calidad y rigor, pero se preguntan: “¿Somos conscientes

del deber con la profesión para ajustar el esfuerzo de promoción de la misma?” (p.159). En este sentido cabe destacar la importancia del deber profesional hacia el desarrollo de la profesión, mediante el mantenimiento de la formación continua y una actitud crítica y reflexiva.

En materia de investigación y publicaciones científicas, Talavera Valverde (2008) refiere que la profesión presenta uno de sus mayores hándicaps, exige valor metodológico para poder superarlo y crear evidencia, preguntándose:

¿Seremos los suficientemente constantes para iniciar ese proceso de reflexión y desarrollo profesional?, ¿Será el momento de ofrecer sentido a tantos años de trabajo y desarrollo de nuestra disciplina?, ¿Será el momento de movilizarse en busca de una identidad sólida? (p.7).

En materia de formación de grado las universidades españolas viven momentos de cambio, iniciando los procesos para adaptarse a las normativas del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). Esto implica dotar a la disciplina de un cuerpo epistemológico propio que permitirá su desarrollo.

En esta línea se realizó en Argentina en el mes de abril de 2015, una jornada en la Universidad Nacional de Quilmes, en la que se invitó a la American Occupational Therapy Association (AOTA) para difundir su propuesta acerca de las Normas Mínimas para la formación del T.O. Estas presentan un carácter unificador y no prescriptivo, para mantener actualizados los programas educativos que prescriben entre los cinco y los siete años. Proponen tres elementos claves

- 1) Formación en ciencia básica.
- 2) Teoría y aplicación.
- 3) Trabajo de campo.

Por otra parte, la propuesta también apunta al conocimiento adquirido por el estudiante de TO a través del programa educativo:

- 1) La relación entre ocupación y salud.
- 2) La concepción de persona.

- 3) El ambiente.
- 4) La ocupación.
- 5) El proceso de T.O.
- 6) El razonamiento clínico
- 7) El contexto.

La AOTA se pronuncia a favor de tres aspectos sumamente interrelacionados: la importancia del razonamiento clínico, la articulación entre la teoría y la práctica, y la formación en conocimientos propios de la disciplina para el desarrollo de la misma.

Para su actualización es importante que las universidades identifiquen no solo las demandas del contexto nacional y regional actual, sino también el aporte de las líneas de investigación científica y el feedback de los alumnos y graduados. Existen estudios relacionados a este objetivo, incluso a nivel nacional como es el caso del estudio que Pradolini llevo adelante en la Universidad del Litoral “Competencias profesionales de los Licenciados en Terapia Ocupacional egresados de la Universidad Nacional del Litoral” (2012).

Pellegrini (2006), propone un cambio en los planes de estudio que responda a las necesidades actuales de formación y al proceso dinámico de crecimiento de la disciplina, por medio del cual los alumnos vayan construyendo la identidad profesional, encontrando desde el inicio de su formación, el propósito y el significado de la ocupación. La propuesta es considerar la relación entre las formas ocupacionales (técnica, requerimientos de la tarea y contextos ambientales); el desempeño ocupacional (la ejecución propiamente dicha) y la adaptación a las diferentes necesidades de las personas asistidas (ciclos de vida, roles ocupacionales, discapacidad, cultura). Esta autora dicta el seminario “Ciencias de la Ocupación” correspondiente a la especialización de Terapia Ocupacional Comunitaria perteneciente al área de posgrado de la Universidad Nacional de Quilmes, cuyos objetivos responden a la propuesta de la AOTA, aunque en un nivel de formación posterior a la de grado, los mismos son:

- Comprender los fundamentos teóricos de la Ciencia de la Ocupación.
- Desarrollar el razonamiento clínico del Terapeuta Ocupacional.

- Desarrollar la filosofía de la identidad profesional.
- Integrar las bases filosóficas de la Ciencia de la Ocupación con la intervención clínica de Terapia Ocupacional.

En el mismo nivel de formación se encuentra el curso II para el nivel 2: Evaluación y Razonamiento Clínico de la especialización en integración sensorial para TOs de Venezuela, dictado por la Asociación Venezolana de Integración Sensorial.

En síntesis se ha detectado a través de la elaboración del estado del arte:

- Notable crecimiento del conocimiento científico a lo largo de este siglo demostrado por el 15,21% de incremento de artículos científicos específicos de la temática respecto de las dos décadas precedentes; aumento en una proporción de tres a uno en la publicación de libros específicos (2008, 2012, 2015/ 1994, 1995) y de un catorce a dos en capítulos de libros (2001, 2002, 2003, 2005, 2006, 2008, 2009, 2011, 2012, 2014, 2015/ 1994, 1997).
- Surgimiento de ocho revistas durante este siglo, siendo cuatro distribuidas en Latinoamérica: RECHTO (2001), Espacio T.O Venezuela (2008), Revista de la Puerto Rico (2012), Revista Argentina de T.O (2015); y cuatro en España: Revista electrónica informática de Terapia Ocupacional (REITO, 2000); Revista electrónica de Terapia Ocupacional de Galicia (TOG, 2004); Revista Asturiana de T.O (2005); Spanish Journal of Occupational Therapy (2006).
- Evidencias del esfuerzo por promover el desarrollo científico de la disciplina, a través de publicaciones científicas de calidad. España se ubica puntera en este compromiso, especialmente a través de la Revista TOG, quien dedica un suplemento especial a esta primordial actividad y la publicación en el Boletín de la WOFT del año 2009 por parte de los tres autores más sobresalientes.
- Actualización de programas educativos de grado que contemplen la necesidad de desarrollar competencias profesionales, especialmente relacionadas al razonamiento clínico, que permita la mejora de la identidad profesional y desarrollo disciplinar.

- Amplia disponibilidad de literatura relacionada a la temática en lengua castellana que no ofrece barreras idiomáticas ni económicas ya que mucho material puede obtenerse en soporte digital on-line. Del mismo modo que muchas revistas en inglés poseen un asistente traductor.
- Consideración de los actores responsables: Universidad, asociaciones y profesionales particulares.
- Publicación en revistas de T.O de la región con la finalidad de concentrar el conocimiento nacional/regional, facilitar la búsqueda y el acceso, así como incrementar el nivel de publicaciones respecto de otras regiones.
- Identificar las demandas a nivel regional y nacional en materia de formación del T.O argentino.
- Promoción de la disciplina a través de la formación de grado, posgrado y continua.

Marco Teórico

La Terapia Ocupacional es una disciplina perteneciente al grupo de las ciencias de la salud. El objeto de estudio de estas ciencias es el ser humano, cuya naturaleza compleja requiere de diversas disciplinas y equipos interdisciplinarios, que aborden los múltiples aspectos que lo conforman, sin olvidar que cada una de ellas debe circunscribir su práctica a su especificidad, respondiendo al paradigma que la valida y le otorga identidad.

Al tratar fenómenos complejos esta investigación se encuadrará dentro de la concepción ampliada de la epistemología desarrollada por Esther Díaz (2017) que, a diferencia de la epistemología tradicional, consideran aspectos sumamente relevantes para el abordaje y tratamiento de estos fenómenos, como lo son la historia formativa, los contextos subyacentes que lo constituyen y lo modelan, y la adopción de una visión integrativa hacia el todo en lugar de dirigirse solamente a las partes. Se toman especialmente los aportes que Juan Samaja (2004) realizó al estudio de la epistemología de las ciencias de la salud y por otro lado las concepciones actuales que del término salud proponen la Organización mundial

de la salud (OMS) y la Clasificación internacional del funcionamiento y la discapacidad (CIF, 2001)¹⁸, con la consecuente relevancia que el fenómeno ocupacional tiene en el estado de salud-enfermedad.

En sintonía a esta propuesta epistemológica y conceptual, se toman los conceptos del Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso (AOTA, 2008), el cual constituye una base uniforme y de consulta permanente al ser un documento oficial revisado cada cinco años que define y guía la práctica profesional de Terapia Ocupacional y que debe ser usado conjuntamente al conocimiento y evidencia para la ocupación y la Terapia ocupacional. También se incluye en el marco teórico de esta Tesis el Modelo de la Ocupación Humana de Gary Kielhofner (MOHO, 1985), el cual aporta, de una manera superadora a los modelos inscriptos en los anteriores paradigmas, los fundamentos conceptuales, supuestos y desarrollos propios de la disciplina bajo los cuales se analiza el fenómeno de la ocupación humana. Se resalta en la constitución de este modelo teórico, los principios de la Teoría de los Sistemas cuya dinámica resulta imprescindible para considerar los fenómenos complejos.

Al ser la T.O una ciencia del campo de la salud, cabe definir este concepto. La OMS brinda una definición que no se ha modificado desde su incorporación al Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud del año 1946, firmada por sesenta y un estados, y puesta en vigencia dos años después: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Del mismo modo en la CIF, se describe el "bienestar" como un término general que engloba todo el universo de dominios de la vida humana, de esta manera la salud constituye un dominio más, incluido en el universo del bienestar humano. El término "salud" se refiere a los dominios de la salud (hablar, caminar, comprender, etc.) y a los relacionados con ella (educación, ambiente, etc.). "Los dominios de salud" indican áreas de la vida incluidas en el concepto de "salud", incluso utilizadas en la definición de los objetivos de los sistemas de salud

¹⁸ La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2001) constituye el marco conceptual de la OMS para una nueva comprensión del funcionamiento, la discapacidad y la salud. Es una clasificación universal que establece un marco y lenguaje estandarizados para describir la salud y las dimensiones relacionadas con ella.

considerados prioritarios, mientras que los “dominios relacionados con la salud” son el resto de las áreas de funcionamiento que guardan fuerte relación con la salud incluidas en el universo del bienestar. El “estado de salud” es el nivel de funcionamiento dentro de un determinado dominio de salud. El “funcionamiento” indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo (funciones, estructuras corporales, actividad y participación) y sus factores contextuales. (p.230). La CIF como clasificación internacional brinda un lenguaje unificado, estandarizado y un marco conceptual para describir la salud y los estados relacionados con ella, así como sus correspondientes componentes, es decir los dominios de salud y los dominios relacionados con la salud. (p.3). Ha pasado de ser una clasificación de consecuencias de la enfermedad (1980) a ser una clasificación de componentes de salud, no entendidos como factores de riesgos o determinantes (ya que estos se incluyen en el apartado de factores ambientales dentro de la CIF).

Esta clasificación se mantiene dentro de un concepto amplio de salud, ya que el funcionamiento y la discapacidad de una persona se conciben como la interacción dinámica entre los estados de salud y los factores contextuales. (p.9). Para tal fin provee una estructura dividida en dos partes:

La parte 1 o “Funcionamiento y Discapacidad” incluye los componentes: Funciones y Estructuras corporales, así como el de Actividades y Participación; mientras que la parte 2 o “Factores contextuales” incluyen también dos componentes: los Factores personales y los Factores ambientales. A su vez a cada componente le corresponde un dominio, un constructo y una valoración positiva o negativa (p.12).

Su origen (OMS) y estructura dan cuenta de la visión amplia y multidimensional adopta del concepto de salud al basarse en un enfoque biopsicosocial que logra integrar dos modelos opuestos, el modelo médico y el modelo social, con la finalidad de representar las diferentes dimensiones del funcionamiento. (p.22). Esta visión se encuentra en consonancia con las restantes propuestas que integran el marco teórico de esta investigación.

Al pertenecer a la familia de las clasificaciones internacionales desarrolladas por la OMS, actúa de manera complementaria a la Clasificación internacional de Enfermedades (CIE 10), ya que mientras esta clasifica etiologías (enfermedades, lesiones, traumatismos, etc.), la CIF clasifica el funcionamiento y la discapacidad

asociados a determinadas condiciones de salud, llegando incluso a ser operativa en campos de desempeño profesional relacionados con el primer nivel de atención de la salud.

Siguiendo esta línea Juan Samaja (2004) define al objeto de las ciencias de la salud como un objeto complejo compuesto por diferentes estratos jerárquicos de menor a mayor nivel de integración que responden a una historia constitutiva, a saber: ser biótico, ser comunal, ser social, ser estatal. Cada construcción de una totalidad de un mayor nivel de complejidad supone la producción de nuevas reglas que la distinguen de las anteriores entidades constitutivas, así la nueva regla es la norma que otorga validez y regula sus entidades precedentes. De modo que para Samaja la noción de “salud- enfermedad- atención” es considerada como constructo valorativo, que sigue la norma de un momento y contexto dado, es decir lo que “debe ser”.

Por su parte desde las teorizaciones de Terapia Ocupacional se destaca el Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional, ahora en su tercera edición (2014), aun no traducida al español, pero disponible en inglés en la página de la AOTA. En esta última edición se mencionan los esfuerzos que la OMS realiza en el año 2001 por expandir los conocimientos sobre los efectos de la enfermedad y la discapacidad en la salud, admitiendo que puede verse afectada no solo por problemas en estructuras y funciones corporales, sino por la dificultad de llevar a cabo actividades y participar en situaciones de vida causadas por barreras ambientales. (p.8). Es decir, se incluyen en este Marco de Trabajo las concepciones sobre la salud anteriormente trabajadas por lo que este documento se pronuncia a favor de una visión integral y de la que se deriva el objetivo o finalidad de la profesión que se aleja de las visiones reduccionistas en las que muchas prácticas de T.O han sucumbido.

La segunda edición del Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional (2008), es un documento donde se hallan implícitas las creencias centrales de la profesión en relación al binomio salud- ocupación, como se ilustra en la declaración: “apoyar la salud y la participación en la vida a través del compromiso con la ocupación” (p.3). Al establecer el objetivo de la disciplina sostiene que la T.O se basa en el fundamento por el cual comprometerse en ocupaciones organiza la vida diaria, contribuye a la salud y al bienestar; o en

palabras de Wilcock y Townsend la posibilidad de brindarle a la persona un servicio por medio del cual logre satisfacer su necesidad de (...) “ser capaz o estar disponible para comprometerse con la ocupación que necesite y seleccione para crecer a través de lo que hace y experimentar independencia o interdependencia, equidad, participación, seguridad, salud y bienestar” (como se cita en Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional, 2008, p. 2).

Por otro lado explicita cual es la visión del cliente¹⁹ entendido como un ser ocupacional, donde el foco está dirigido al desempeño ocupacional, resultado de la interacción dinámica entre el cliente, el contexto, el ambiente y sus ocupaciones. Agrega que los TOs comprenden el compromiso de esta perspectiva holística y dual del desempeño ocupacional (aspecto subjetivo y aspecto objetivo) y manejan todos los aspectos del desempeño cuando realizan la intervención. (p.6), A través de los elementos nombrados (cliente, contextos y entornos, ocupaciones) quedando demostrada una vez más la concordancia con la visión ampliada por la complejidad del objeto de estudio derivada de estas afirmaciones, y la imposibilidad de adoptar una perspectiva opuesta de corte reduccionista.

Sostiene que los terapeutas ocupacionales están educados acerca de los aspectos del dominio, formados para evaluar los aspectos del dominio y aplicar este conocimiento en el proceso de intervención (p.5). En relación a los múltiples aspectos del dominio de la T.O se refiere a: las características del cliente (estructuras y funciones corporales, valores, creencias y espiritualidad), las ocho áreas de ocupación, las demandas de la actividad (espacios temporales, físicos, sociales, emocionales), las destrezas para la ejecución (sensoperceptivas, cognitivas, motoras, sociales y de regulación emocional), los patrones de ejecución (hábitos, rutinas, roles y rituales), los entornos (físico y social) y contextos (temporal, personal, cultural, y virtual). En cuanto a las competencias requeridas del T.O menciona que:

¹⁹ Como describe el Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (AOTA, 2008), documento traducido al español en el año 2010; el cliente puede entenderse como una persona, organización o población; con sus características distintivas (funciones, estructuras, valores y creencias).

Dentro de esta diversa profesión, la contribución que define la terapia ocupacional es la aplicación de valores centrales, conocimientos y habilidades para ayudar a los clientes, a comprometerse con las actividades diarias u ocupaciones que ellos quieren y necesitan hacer de forma que apoyen la salud y la participación (p.4).

También supone estas competencias profesionales al definir el proceso como el modo en que los TO ponen en práctica sus conocimientos, destrezas, habilidades, principios teóricos y la evidencia disponible sobre el uso terapéutico de las ocupaciones en la prestación del servicio. En el mismo apartado afirma:

Los conocimientos y habilidades del terapeuta ocupacional, así como los principios teóricos y evidencias disponibles, guían su razonamiento clínico para la selección y aplicación de diversas teorías y marcos de referencia durante el proceso de evaluación, recopilación de información e interpretación (p. 35-36).

La información obtenida de la evaluación se integra con la teoría, modelo, marcos de referencia seleccionados y la evidencia, guiando al razonamiento clínico del TO para la siguiente etapa del proceso. (p.42).

Durante el proceso, los profesionales de TO están continuamente realizando razonamiento clínico sobre la implicación del cliente en la ocupación. El razonamiento clínico permite al profesional de Terapia Ocupacional: 1) identificar las múltiples demandas, habilidades y significado potencial de la actividad. 2) Conseguir un mayor conocimiento de las interrelaciones entre los aspectos del dominio que afectan el desempeño y aquellos aspectos que apoyan a las intervenciones y resultados centrados en el cliente (p. 35).

En estas líneas se destaca que el TO debe poseer:

-Comprensión de la visión holística y dual, así como de la finalidad de la disciplina por favorecer el compromiso y participación en la ocupación.

-Conocimientos sobre conceptos y valores centrales, principios teóricos, aspectos del dominio de la terapia ocupacional y evidencia.

-Habilidades y destrezas para seleccionar y aplicar conocimientos en el proceso del diseño de la evaluación, recopilación de datos, interpretación de datos, intervención y resultados.

Resulta por ende sumamente relevante la competencia tácita que circula a lo largo de todo el proceso de TO a la que se le presta especial interés: el razonamiento clínico, su importancia resulta tal que se amplió en dicho documento por lo que supone como el pensamiento crítico, implícito en la habilidad de razonamiento clínico y que dirige la intervención. (p.59). De hecho, se incluye en el apéndice de glosario y se lo define, según Crepeau (2003) como el “proceso cognitivo, complejo y multifacético utilizado por los profesionales para planificar, dirigir, ejecutar y reflexionar sobre la intervención”. De igual manera que la definición ofrecida por la tercera edición del Marco de trabajo en su glosario lo hace a través de Boyt Schell (2014): “es el proceso utilizado por profesionales para planificar, dirigir, realizar y reflexionar sobre la asistencia de la persona”. Esta edición aclara que “en ocasiones se utiliza el término razonamiento profesional y expresa un término más amplio”. Tal es así que Moruno Miralles y Talavera Valverde (2012) refieren que utilizar el concepto de “razonamiento profesional” en lugar de razonamiento clínico es según Kielhofner, Forsyth y Crepeau, un intento de desvincularlo del ámbito de la medicina dada la amplitud de ámbitos de intervención de la T.O, además se trata de diferenciar el proceso de toma de decisiones y resolución de problemas (lineal y orientado a la acción) del proceso del razonamiento clínico (circular y no necesariamente orientado a la acción) considerándolo parte del razonamiento clínico del T.O (p.321)

Como último elemento del marco teórico seleccionado para esta tesis, se considera al Modelo de la Ocupación Humana de Gary Kielhofner (MOHO, 1985); por pertenecer al paradigma de la ocupación y estar en consonancia con la lógica ampliada. En el mismo se considera al ser humano como sistema complejo y abierto en interacción dinámica con el contexto para dar respuesta a sus necesidades. La misma se da en tres etapas: el input de información, el troghput o su procesamiento, el output o comportamiento ocupacional y el feedback o retroalimentación. Para explicar de qué manera elige, organiza y ejecuta el

comportamiento ocupacional un individuo, el modelo brinda una estructura que posibilita esta evaluación. A tal fin propone tres subsistemas:

- Subsistema volitivo. Conformado por causalidad personal, valores e intereses.
- Subsistema de habituación. Conformado por roles y hábitos.
- Subsistema de desempeño. Conformado por habilidades de procesamiento y cognitivas, habilidades sociales y de comunicación, y habilidades perceptivo-motoras.

También incluye al entorno físico, social y cultural como otro elemento importante del comportamiento ocupacional.

De este modo la capacidad de desempeñar roles ocupacionales se ve reflejada en el tipo de desempeño de las áreas ocupacionales esperadas a la edad, sexo y condición de salud, reparando en los componentes de desempeño comprometidos y factores contextuales. El conocimiento y la correcta articulación de estos elementos son indicadores de éxito o fracaso de la terapia, siendo evidentes especialmente en la primera etapa del proceso terapéutico, a saber, la evaluación, de la que dependerán considerablemente las siguientes etapas. Si bien las modificaciones y ajustes son esperables a lo largo del tratamiento, no pueden estos variar ampliamente de los objetivos planificados al inicio del proceso. Tal es así que la evaluación ocupacional inicial será considerada en esta investigación condición necesaria para pensar cualquier tipo de intervención a posteriori y por tanto la presencia de esta en el proceso terapéutico será indicador de la aplicación del razonamiento clínico.

Para finalizar este apartado es menester relacionar brevemente lo anteriormente expuesto con las palabras claves presentes en el título y subtítulo que lleva esta tesis: “Aplicación del razonamiento clínico en Terapia Ocupacional, implicancias para el desarrollo del desempeño profesional y disciplinar”, siendo la epistemología ampliada quien nos conduzca a un recorrido por la deconstrucción y reconstrucción de la historia formativa de la disciplina a partir del análisis de su contexto de surgimiento. En él se demostrarán las nuevas demandas relacionadas a dimensiones que hasta ese entonces no eran abordadas por otros campos de la salud y el modo en que la disciplina fue, en un principio, recorriendo un camino de consolidación de saberes propios. Ese primer momento es considerado fundacional y es al que remiten varias obras, en especial dos textos trabajados en

esta tesis,²⁰ que analizan y rescatan los conceptos fundamentales de la profesión y nos muestran la manera en que se hallan integrados en nuevos modelos, especialmente en el MOHO. Reparar en las condiciones de posibilidad permitirá observar, como se tratara más adelante, la manera en que este primer camino se vio interrumpido por la preeminencia de los modelos reduccionistas vigentes en el contexto de validación positivista, de modo que la naturaleza híbrida, propia de la disciplina y de la que da cuenta el Marco de Trabajo perdió aquella suerte de síntesis de continuidad otorgada por los fundamentos conceptuales dando lugar a una de las primeras crisis de identidad profesional.

Actualmente las dificultades en lograr un consenso de paradigma, en reflexionar y evaluar la práctica profesional a la luz de un modelo teórico, en incrementar el nivel de intercambio y calidad de la producción de conocimiento científico, conllevan a una identidad profesional inestable y al deterioro de la disciplina, por lo que resulta necesario reflexionar y repensar la situación profesional de la Terapia Ocupacional argentina desde el lugar, en términos de Samaja, del valor que posee la oferta **de un servicio de un servicio** de Terapia Ocupacional efectivo y de calidad.

La experticia pretendida en el desempeño profesional del T.O, no es nada simple de lograr, ya que lejos de dirigirse a las partes, debe estar basada en la concepción del ser humano como un sistema complejo en constante interacción con el entorno, para ello debe considerar e interrelacionar los múltiples aspectos del dominio propio de la disciplina, atendiendo también a la influencia de los aspectos subjetivos del cliente presentes en todo el proceso de salud – enfermedad. A tal fin múltiples autores dan cuenta de la importancia de considerar los diversos tipos o modalidades de razonamiento clínico en un intento de hacer más explícito este proceso cognitivo y facilitar su desarrollo durante la formación de grado (Talavera Valverde, 2015; Unsworth, 2005). Dichos estudios se basan en la propuesta de Boyt Schell y Cervero (1993); Fleming (1991); Fleming y Mattingly (1994);

²⁰ Kielhofner, G. (2006). *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional*. Durante Molina. P; Polonio Lopez, B; Noya Arnaiz.B. (2003). *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional*.

Rogers y Holm (1991), la cual es considerada en esta Tesis y desarrollada en el capítulo correspondiente.

El logro de dicho status profesional depende del compromiso con la finalidad de la disciplina, la adherencia a un modelo teórico que permita encuadrar la práctica, sustentar las decisiones, otorgar validez a las intervenciones y reflexionar sobre los resultados, considerando al razonamiento clínico como competencia profesional común a todas las disciplinas de salud, nexo entre la teoría y la práctica, y clave para el desarrollo de la experticia profesional, entendida como un continuum estudiante- novato-experto consonante con el esquema propuesto por Mary Reilly (1962) para la formación del comportamiento ocupacional: exploración-competencia-logro.

Esta investigación, como otras producciones científicas consultadas²¹, propone el reconocimiento y uso del razonamiento clínico como competencia crucial para alcanzar un desempeño profesional de calidad que promueva el desarrollo del desempeño profesional, de la disciplina y de la identidad profesional. La ausencia de su uso desde las primeras etapas del proceso (evaluación y diagnóstico ocupacional), conlleva a la toma de decisiones y futuras intervenciones carentes de sustento teórico o alejadas del objetivo específico de la disciplina, difícilmente diferenciables de un quehacer lego o sujetas a una perspectiva de corte reduccionista, lo que genera graves consecuencias en el reconocimiento y valorización de la disciplina tanto fuera como dentro de la comunidad científica, así como cuestiones ligadas a la ética y a la iatrogenia de no ser tenido en cuenta.

²¹ Cantero Garlito,P; Moruno Miralles, P; Talavera Valverde, M. (2008). *El razonamiento clínico clave en el desarrollo de la Terapia Ocupacional*. (2009). *Razonamiento clínico en Terapia Ocupacional*.

Da Rocha Medeiros, M. Heloisa.(2008). *Terapia Ocupacional: un enfoque epistemológico y social*;

Sánchez I, Romero D. (2003) *Razonamiento clínico y solución de problemas*; **Sanz** de la Garza. (2005). *Terapia Ocupacional y lectura crítica*; Talavera Valverde, MA. (2007). *El quehacer vacío. La identidad profesional al alcance de la mano*. (2008). *La revolución intelectual al alcance de la mano. La terapia ocupacional y su nuevo orden*. (2008). *Identidad Profesional en Terapia Ocupacional*. (2010). *Identidad profesional: una mueca en nuestra historia como Terapeutas Ocupacionales*. (2013). *Razonamiento clínico y promoción de la terapia ocupacional. Estándares de calidad para el desarrollo de la disciplina*. (2015). *Razonamiento clínico y diagnostico en Terapia Ocupacional*.

Estos resultados, ya evidenciados en la bibliografía citada, invitan a pensar sobre tres ejes sumamente interrelacionados en beneficio de generar mayor destreza en la aplicación del razonamiento clínico y en consecuencia mejoría en el desempeño profesional y en la consolidación de una identidad profesional más solvente:

1) Reflexión sobre la práctica y desarrollo del conocimiento:

¿Qué grado de conocimiento y manejo de los fundamentos y conceptos teóricos se tiene?, ¿se reflexiona habitualmente sobre el quehacer profesional?, ¿qué instancias de reflexión se evidencian (supervisión, grupo de estudio, registro y reevaluación) ?, ¿cuál es el grado de lectura crítica?, ¿cuáles son las oportunidades de formación de posgrado y continua?, ¿cómo es el desarrollo del conocimiento científico relacionado al tema?

2) Articulación entre teoría- y práctica:

¿Qué calidad de articulación existe entre la teoría y la práctica?, ¿qué percepción tiene el TO sobre la tarea de articular los distintos aspectos del dominio?

3) Paradigma:

¿Se utilizan modelos de referencia y teorías?, ¿son estos modelos teóricos propios de la disciplina?, ¿a qué paradigma responden?, ¿cuál es el paradigma prevalente?

Para el estudio de la aplicación del razonamiento clínico propuesto en esta investigación se sintetizan las definiciones brindadas por diferentes autores (Boyt Schell, 2008; Crepeau, 2003; Labrador, 2001; Moruno Miralles & Talavera Valverde, 2012; Zurelis Santana, 2008) y se desagregan sus componentes con la finalidad de detectar, mediante la presencia de estos, la adquisición y aplicación de la competencia en cuestión a través de diversos niveles de experticia. Se consideran, por ende:

- el desarrollo de todas las fases del proceso de intervención (evaluación, intervención, registro, reevaluación). La etapa de registro utilizando terminología

uniforme es considerada una forma de explicitar el modo de organización del conocimiento, el proceso y la reflexión sobre la práctica diaria.

- la etapa de evaluación ocupacional inicial como instancia crucial para el éxito del tratamiento.
- el dominio y competencia personal en relación a poseer y manejar conocimiento propio de la disciplina, identificar información relevante, organizarla, interpretarla y sintetizarla durante todo el proceso terapéutico en forma coherente.
- el uso de teorías propias de la disciplina (Marco de trabajo para la TO: dominio y competencias, MOHO y/o el Modelo canadiense).

Estos elementos coinciden con las destrezas cognitivas enunciadas por Zurelis Santana (2008) y Talavera Valverde (2015) para la adquisición, categorización, análisis e interpretación de la información relevada a partir de la evaluación ocupacional inicial, siendo la primera etapa que conforma el proceso terapéutico; por tanto, la presencia de esta fase, los aspectos relevados y los instrumentos utilizados resultan un indicador de la aplicación del razonamiento clínico.

Para determinar la articulación teórico práctica se considera el “esquema conceptual” elaborado por Rogers & Holms (1991) que facilita la organización y procesamiento de la información, ya que provee una estructura mediante los componentes descriptivo y explicativo y sus respectivos niveles, así como por los indicios e información adicional que contribuyen a delimitar los aspectos relevantes e inherentes a la condición multicausal del desempeño ocupacional, y a su posterior análisis e interpretación cuyo producto resultante es el diagnóstico ocupacional.

De los estudios previos se destaca que, así como el nivel de experticia influye en el desarrollo del razonamiento clínico, del mismo modo lo hacen la formación de grado, posgrado y continua (en el sentido de mantenerse actualizado); así como las condiciones laborales del ejercicio profesional, revelando una responsabilidad compartida que recae por un lado en las instituciones académico científicas y por otro en la actitud del profesional hacia su propio desempeño y para con la disciplina.

Capítulos

En esta sección se describirán inicialmente las características de la epistemología en la cual se inscribe la presente tesis, los conceptos centrales de la epistemología ampliada y su relevancia para el estudio de las ciencias de la salud.

Posteriormente se desarrollará la concepción de salud, como hecho que supera el fenómeno biológico, así como la concepción del ser humano y el objeto de estudio que adoptan las diferentes disciplinas que integran el campo de las ciencias de la salud.

Para continuar, se relacionaron estos puntos con la epigenesis de la Terapia Ocupacional: su historia formativa, sus momentos de crisis en la identidad profesional y el desarrollo de los diversos paradigmas que acompañaron dicho proceso.

Finalmente, se focalizará en las condiciones actuales de desarrollo de la disciplina y la importancia del razonamiento clínico como competencia central para su evolución.

Capítulo 1: Consideraciones sobre la Epistemología de la Salud y sus implicancias para T.O.

1.1 Definición, tipos y características de la Epistemología.

La epistemología es la rama de la filosofía dedicada al estudio y legitimación del conocimiento científico. Dice Esther Díaz “La epistemología es a la ciencia lo que la crítica de arte al arte”. Dentro de ella existen dos perspectivas, la tradicional, heredada, clásica o positivista y la ampliada, alternativa, dialéctica o crítica. La epistemología ampliada estudia las condiciones de sentido de una determinada época y sociedad sobre las cuales un conocimiento tiene posibilidades de germinar, ser eficaz y triunfar.

Para los neopositivistas la epistemología es normativa y esperan de ella por tanto la generación de normas gnoseológicas, mientras que para los críticos es pensante e invita a reflexionar sobre las condiciones históricas y de posibilidad del conocimiento.

La presente investigación adopta la perspectiva de la epistemología ampliada para abordar los fenómenos que trata la Terapia Ocupacional como disciplina híbrida e incluida en el marco de las ciencias de la salud. La posmodernidad marco la emergencia de estos nuevos saberes que requirieron por ende de nuevos modos de validación provocando el desarrollo de esta nueva perspectiva epistemológica. Las características distintivas, en términos opuestos con la llamada línea triunfante que domino durante el apogeo de la ciencia moderna, son:

- La verdad es considerada relativa y contingente por ser una construcción histórica, perteneciente al orden del lenguaje, como medio de comunicación y por tanto portador de significados. La verdad es entendida como resultado de una representación de la realidad duplicada entre lo representado o significante (salud) y la representación o significado (salud como valor) que el intérprete (sujeto) hace de esta relación, siendo lo que trasciende la representación de lo representado, es decir, el sentido. Foucault refiere que solo conocemos fragmentos de una realidad que se nos presenta caótica e incommensurable, el recorte dependerá del punto de vista desde donde se haya efectuado, es decir de la interpretación realizada sobre ese recorte, el uso sostenido y compartido de esa interpretación provocara su naturalización. Por el contrario, para la ciencia moderna o positivista la verdad es entendida como fiel reflejo de una realidad determinada y previsible, asumiendo el carácter de absoluta y universal, como una correspondencia directa entre las palabras o códigos lingüísticos convencionales y las entidades o estado de las cosas. Nietzsche caracteriza a esta etapa de la ciencia como decadente, siendo su polarización y rigor científico un intento de evitar lo inevitable de la realidad, lo azaroso, lo caótico, lo complejo, lo diverso, en definitiva, una ciencia que no aporta sentido.

- El término “ampliada” implica dirigir la mirada a la historia externa de la ciencia, para reflexionar sobre los hechos relacionados a sus condiciones de posibilidad: su historia formativa, su surgimiento y estabilidad en el macrocontexto social, económico y político, así como el carácter de utilidad que reviste para el contexto en el que se inscribe. La epistemología ampliada estudia las condiciones de sentido de una determinada época y sociedad sobre las cuales un conocimiento tiene posibilidades de germinar, ser eficaz y triunfar, es decir no es descontextualizado, ni desinteresado de sus consecuencias, por el contrario,

fuertemente atravesado por las relaciones de poder que influyen en lo que se considera valioso.

- El surgimiento de nuevos saberes y nuevos sujetos, dan cuenta de la apertura al contexto de descubrimiento e innovación más que al contexto de validación o justificación, desde la óptica de la lógica dialéctica o de contenidos, entendiendo el lenguaje como multiplicidad de sentidos abiertos a la interpretación en lugar de empobrecer el lenguaje reduciéndolo a formalizaciones vacías de contenido, propio de la lógica racional.

- En consecuencia, las ciencias sociales a diferencia de las ciencias duras (formales y naturales), se manejan con una pluralidad metodológica necesaria para el abordaje de la complejidad de sus objetos de estudio, tendientes a la interdisciplina, alerta a las relaciones de poder, respondiendo a las cuestiones éticas y respetando la subjetividad.

- Considera la inevitabilidad de la implicancia del investigador, al ser un actor atravesado por las propias contingencias del contexto y estar a priori “contaminado” con sus perspectivas, ideologías y marcos referenciales. Se trata de un investigador situado y no un simple testigo modesto. Dicha influencia se halla presente a lo largo de todas las etapas del proceso de producción del conocimiento científico, de modo que debe procurar la construcción de la máxima objetividad posible, en lugar de optar por una objetividad per-se imposible de lograr.

- Por último resulta indispensable la posición dialéctica en tanto promueve la síntesis en lugar de la polarización entre estos opuestos.

De modo tal que para entender mejor esta concepción es necesario apelar a la lógica dialéctica²², propia de esta epistemología, cuya intención es de-construir hechos cosificados, naturalizados en pos de recuperar su subjetividad e historia.

Esta lógica conlleva la ventaja de no reducir la noción salud a la noción de nosografía, si bien este guía la práctica clínica, recae en la inmediatez y se sustancializa transformándose en hecho-cosa para consecutivamente ser abordadas

²² Originalmente, la palabra dialéctica, cumplía la función de designar un método de conversación o de argumentación análogo a lo que hoy llamamos lógica, luego, en el siglo XVIII, la palabra adquiriría un nuevo significado, siendo que el discurso en el cual se contraponen una determinada concepción, tesis, y la manifestación de los problemas y las contradicciones, antítesis, de la mencionada confrontación entre ambas, surge la síntesis, que es la resolución o una nueva comprensión respecto del problema. <http://www.definicionabc.com/comunicacion/dialectica.php>

desde metodologías causales sin poner de manifiesto conflictos que se suscitan en los procesos en los que se inscriben. La enfermedad debe ser concebida no solo como un hecho-cosa, hecho-efecto, sino también como un hecho-narración susceptible de ser interpretadas y no solo computadas. De allí que resulta necesario, agregar la dimensión representacional anteriormente trabajada, al estudio de las prácticas “médicas” destinadas a la preservación, curación, recuperación o mantenimiento de la salud, que quedo subsumida bajo el término.

Samaja, en su libro “Epistemología de la Salud”, sostiene que los fenómenos de la salud, o como él los denomina, “hechos de salud-enfermedad-atención”, no pueden ser abordados desde el punto de vista positivista, entendidos como hechos dados, como efecto, como sustancia, como algo observable, por el contrario pretende que sean considerados como hechos que conllevan una intención valorativa de lo que es deseable o no (ser y deber ser) logrando aproximarse más a los presupuestos de las ciencias sociales y alejándose de los de las ciencias naturales. Esta consideración reviste especial interés en el caso de ciertas disciplinas y especialidades médicas del campo de la salud que se hallan doblemente determinadas a las que nos referiremos como “ciencias híbridas”.

Que los hechos de salud sean valores implica enfrentarnos a una construcción lingüística, una imputación por la cual un sujeto o grupo de sujetos (sociedad, grupos de interés, comunidades científicas, comunidad lega) se representan la salud de una manera y en un determinado contexto sociocultural. Tal es el caso de la OMS que como organismo mundial brinda una definición congruente con esta idea.

De esta manera la lógica ampliada o dialéctica, se presenta como alternativa a las perspectivas hegemónicas y como una condición de posibilidad de las ciencias de la salud.

A continuación, describiré conceptos centrales de la epistemología ampliada que permitirán posteriormente comprender la evolución del concepto de salud y del ser humano, así como la concepción que de estos tiene la Terapia Ocupacional, y las influencias que en las prácticas clínicas, desarrollos teóricos y evolución de la disciplina produjeron.

Conceptos de la epistemología ampliada:

1.2.1 Historia formativa:

Las sociedades como el ser son sistemas complejos, sensibles al contexto, dotados de carácter dinámico, que les permite mantenerse estables reproduciéndose a sí mismos, del mismo modo que le permite reaccionar ante las tensiones motivando acciones de transformación con la finalidad de mantenerse estable, adaptarse y sobrevivir. La vida humana es una articulación de procesos históricos y sociales, en los que la resolución exitosa de las tensiones genera nuevos estratos de diversos niveles de integración dando lugar, a lo que Samaja denomino, realidad estratificada o estructuras jerárquicas y funcionales. Estas estructuras o totalidades, se constituyen a lo largo de su historia en estratos de mayor nivel jerárquico, y se regulan de arriba hacia abajo, es decir están doblemente determinadas (facultadas como subordinante de las partes y como subordinadas al todo). En ese sentido Lorenz sostiene que “si bien es cierto que todo el hombre no está en el animal, sí es cierto que todo el animal está en el hombre”, y agrega en analogía (...) “que si bien toda la sociabilidad humana no está en la familia; toda la familia está en la sociabilidad humana” (como se cita en Samaja, 2004, p.90); aplicándose esta lógica a cualquier otra estructura ulterior.

Así las sociedades se transformaron (de la comunidad a la sociedad estatal y de esta a la sociedad civil) al igual que el ser (del ser biológico, al ser comunal y de este al ser civil), por ejemplo: el ser biológico en el que se limitaban sus conductas a su corporeidad orgánica, deviene ahora en un ser social y civil constituido por relaciones de derecho y reconocimiento de normas. En este ejemplo se observa también la evolución de la concepción de sujeto y de las prácticas de salud correspondientes, de modo que las primeras fueron dirigidas al cuerpo siguiendo su evolución a las condiciones de vida que afectan los estados de salud y finalmente al proceso de salud-enfermedad-atención en un sujeto de derecho, regulado por normas que reconoce y reproduce en su contexto.

Para comprender la complejidad de este postulado y de estos fenómenos, Samaja recurre al concepto de “Aufhebung”²³ hegeliano por el cual las estructuras

²³ Aufhebung es una palabra alemana con varios significados aparentemente contradictorios, entre ellos “levantar”, “abolir”, “preservar”, “trascender”, o “sublimar”. En filosofía, *aufheben* es

jerárquicas dotadas de historia se suprimen, conservan y superan a un nuevo estrato de mayor nivel.

1.2.2 Ontología del ser:

La ontología es la ciencia que reflexiona acerca de lo que hay en el mundo y sus consecuentes presupuestos. Podríamos preguntar ¿qué es la salud? y retomar el concepto de la OMS (1948): “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, y según la OPS como “un estado diferencial de los individuos en relación con el medio que los rodea”.

Del mismo modo la CIF (2001) asume como estado de salud favorable a la posibilidad de que un individuo con capacidades diferentes, pueda encontrar un equilibrio entre su discapacidad y el desarrollo de actividades logrando una adaptación al medio en el que vive.

A partir de estas definiciones se puede observar como el aspecto biológico ha sido suprimido, conservado y superado al considerar otros aspectos y factores que afectan la calidad de vida y el estado de salud, pudiendo afirmar la imposibilidad de reducir a unidad la multiplicidad. También se comprueba que ha sucedido un verdadero salto ontológico provocando un cambio de nivel de integración, ya que el estado de salud es ahora comprendido como una totalidad orgánica. La transición de un ámbito de sentido a otro no se da por conversión sino por un salto permanente en el proceso formativo que se actualiza tan espontáneamente que apenas reparamos en ello, esta naturalización nos impide advertir la modularidad de las relaciones sociales y los diferentes ámbitos de subjetividad que advienen en las interfaces de las dinámicas estructuras jerárquicas. Para no recaer en la inmediatez es necesario de-construir estos hechos recurriendo a la lógica dialéctica que da cuenta el modo en que se reorganizan las estructuras a través de ligaduras funcionales entre los estratos de menor a mayor nivel de integración.

utilizado por Hegel para explicar lo que sucede cuando una tesis y una antítesis interactúan, sobre todo a través del término “sublimar”. Se aplica a la conquista de nuevos estratos jerárquicos del ser a través del proceso de supresión-conservación-integración.

En ese sentido una totalidad existe gracias al cumplimiento de las acciones prescriptas a sus partes por las reglas, de manera que la regulación acaece como reacción global al contexto y no como causalidad lineal directa. Estas son las condiciones de posibilidad de las totalidades, para tal fin se necesitan dos instancias: percepción de la diferencia y corrección de la diferencia (función a-perceptiva y función ejecutivo-regulativa) es lo que implica la categoría de comunidad de Kant como superación de la causalidad y sustancialidad (como se cita en Samaja, 2004, p.206). La ausencia de una supresión total supone la no admisión de conceptos absolutos perdiendo su imperio la categoría de sustancia/materia (la salud como hecho-efecto) para ser contrapuesta por la categoría de función y luego de causalidad reciproca o totalidad orgánica (estado de salud).

En conclusión, la salud son las formas con que la sociedad resuelve las exigencias que le plantea su supervivencia como totalidad, por tanto, reproduce la norma, la regla, lo que debería ser la noción de salud en una época determinada. Por ejemplo: el modo en que se ha considerado la enfermedad mental y las prácticas instituidas para su abordaje como fueron la hoguera, la trepanación de cráneo, el aislamiento, el encadenamiento, el tratamiento moral, la lobotomía, la terapia psicofarmacología y el tratamiento psicosocial.

1.2.3 Semiótica y Reproducción:

Existe un principio semiótico que dice: “Todo hecho de significación, la salud en tanto valor, implica una regla y una comunidad que le da validez” (p.152). Los procesos semióticos ponen de relieve relaciones de significación, imputación, convención, un deber ser.

Como dijimos las totalidades emergentes se estabilizan por procesos comunicacionales, es decir semióticos o representacionales, a través de la acción que realiza una subestructura respecto de una estructura con cierto valor de utilidad (como puede ser un criterio de normalidad). Los sujetos admiten los valores como lo bello, lo bueno y lo justo por consecuencia de la reproducción de las totalidades sociales que invisten semánticamente a sus miembros, para ello

desarrollan la capacidad comunicacional básica: la sensibilidad al contexto, de modo que su accionar será conforme a lo esperado por este.

El significado es la reproducción de lo que se ha establecido como buena solución, lo valioso, la discursividad esperada, lo que debe ser, sin embargo, hay conflictos que atentan contra la estabilidad y que para resolverse debe renegociar significados, como sucede por ejemplo ante un cambio de paradigma como lo es al interior de una disciplina, ya que una norma solo es eficaz si para cada parte es reconocida como válida. La norma o regla es el término medio entre el todo y las partes, y es justamente en el límite donde adviene la tensión, el desgarramiento de la existencia entre el ser y el deber ser que implica efectuar una resignificación para disminuir la tensión entre lo que resulta eficaz para la subestructura y valido para la estructura. En la interfaz la parte siente totalizarse y la totalidad particularizarse, como sostuvo Nicholas Humphrey (1995): “todo lo que resulta valioso para el sujeto tiene lugar en los bordes” (como se cita en Samaja, 2004, p.155), por tanto, el sentido se produce en el encuentro de unos niveles con otros, en consecuencia, la subjetividad es el lugar de la lectura de los límites, el ser complejo es un incesante proceso de narración que da cuenta de la imposibilidad de seguir tesis absolutistas.

Pierce consideraba que más que hechos hay funciones (formas de relaciones entre las entidades), aunque tampoco bastaba con admitir su complejidad, sino que había que examinarlos científicamente, volverlos de derecho. Introduce la categoría de representación (lo que a Kant es la categoría de comunidad) y la denomina como “totalidad representacional”, esta le permite completar las condiciones de posibilidad de la realidad como objeto de conocimiento, contraponiéndose a la concepción newtoniana de la realidad en la cual era impensable una síntesis de las cosas, sujetos, reglas y para la cual solo puede conocerse los hechos como hechos atómicos, entidades sustanciales, quedando los valores y subjetividades por fuera del mundo de los objetos científicos o del mundo tractatus, para esa concepción tradicionalista los sujetos equivalen a las cosas. Por lo tanto, para que haya salud (reproducción de un valor para una sociedad dada), debe haber una relación entre lo que es y lo que debería ser, sensible al contexto normativo, al cumplimiento o no de las reglas, un sujeto que perciba la norma y se aperciba de su incumplimiento.

Samaja (2004) menciona que una totalidad para mantenerse debe reproducirse, para tal fin se incorpora una ley: todo orden autónomo implica procesos de reproducción de sí mismo como condición de estabilidad. (p.61). Desde la hominización al presente el ser humano alcanza un desarrollo de autonomía plena respecto del medio externo, aunque sensible a este. Hablar de libertad es sinónimo de fenómenos autonormalizados, característica propia del ser social (entendido como la coexistencia de individuos productores de sistemas de normas y representaciones legitimadas), implica la conciencia y la autoconciencia, es decir el reconocimiento de la dimensión jurídica o relaciones de derecho que corona las dimensiones biológicas, psicológicas, económicas y sociales. El mundo biológico no incluye mediaciones representacionales objetivables lingüísticamente, el mundo de la cultura sí, y lo hace a través del mecanismo de comunicación de normas, las diferencias entre lo normal y lo patológico, entre el ser y el deber ser, sin esta capacidad de representación no hay cultura.

Por tanto, cabe decir que los procesos humanos se organizan y estabilizan como conductas lingüísticas, mediante mecanismo de enunciación y reconocimiento de facultades y obligaciones. La representación es tomar conciencia de una necesidad y predeterminarse conforme a los fines propios. En la medida que la humanidad conquistó el mundo de la autoconciencia, la cultura también contrapuso la vida del espíritu a la vida del cuerpo, en un inicio las prácticas no fueron en función de la mejoría del cuerpo biológico sino de los procesos sociales (la vida biológica y la ciencia son creación de la burguesía).

Para la epistemología clásica afirmar que las representaciones son convenciones, hechos-narraciones, juicios subjetivos, quitaría el estatuto epistemológico a las ciencias de la salud y quedarían negadas como tal, ya que para la ciencia positiva los entes naturales o hechos simplemente son, no existe posibilidad de distinción entre normal/ anormal porque no pretenden ningún fin o valor, solo acontecen según leyes físicas a- históricas. La epistemología crítica viene a admitir lo fundadora niega: una continuidad entre el orden de lo natural y de lo cultural (ciencias positivas vs ciencias sociales). Así menciona Samaja (2004) que desde Pierce y su semiótica, Saussure y su semiología, Lorenz y su teoría del caos determinístico y Prigogine y las leyes de la termodinámica se reconoce que la naturaleza (p.53), lejos está de ser aquel amontonamiento de entes sin historia

imaginado por Newton (como demuestra la biología molecular y los estudios sobre la herencia), son fenómenos alejados del supuesto equilibrios y poseedores de una propiedad esencial de la materia: adaptarse a condiciones externas que le permite percibir diferencias y reorganizarse. Existen nociones de orden (anentropía) y desorden (entropía) en todos los niveles de integración que, gracias a sus ligaduras funcionales, producto de la historia constructiva, serían sus condiciones de posibilidad a la estabilidad de niveles superiores o jerarquías estructurales dinámicas, cerradas en cuantos ciclos, pero abiertas en cuanto al medio.

La reconstrucción de la ciencia implica dialectizar las relaciones de los diversos campos conceptuales y repertorios categoriales de las disciplinas que integran las ciencias de la salud. Habermas, uno de los exponentes de la Teoría crítica de la corriente de la escuela de Frankfurt, distingue en estas ciencias reconstructivas, la posibilidad de una ciencia social, crítica de una realidad estructurada simbólicamente, que además siga un curso científico y pueda ser comprobada experimentalmente.

Capítulo 2: Concepto de Salud y Ciencias de la Salud

2.1 Evolución conceptual de la noción salud

A lo largo de la historia se desarrollaron múltiples definiciones de los conceptos salud y enfermedad, las distintas elaboraciones se han ido transformando acorde a los momentos históricos y han sido reproducidas en ellos como construcciones socioculturales de valor. Entender la salud como un constructo de valor implica comprender, primero que los modelos de salud-enfermedad-atención son una construcción que traduce el orden o regulación social deseado en una sociedad, cultura y grupo determinado, que actúa como mediador simbólico para reproducir formas de comportamiento validas (normas sociales); y en segundo término permite efectuar una valoración sobre una norma establecida que determina que es saludable y que no lo es, un estado “anormal” o patología es la confirmación de la norma valorada negativamente e implica acciones intencionales a contrarrestar la

alteración del orden representado, mientras que lo “normal” se relaciona a la preservación del “tipo” que se debe reproducir.

Las normas éticas o regulaciones socio- genéticas dirigen y sancionan, por ello el individuo tiene que hacerse miembro de la red para poder informarse, enunciar y comunicar estos códigos, dependiendo de la toma de conciencia o su capacidad de apercepción.

El concepto evoluciona al igual que lo hizo el hombre con su pensamiento y organización estratigráfica, de modo que en la antigüedad se concebiría a la salud desde una concepción mágica-mística como castigo divino vinculada a la voluntad de los dioses, tal como se conservan en la actualidad subsistiendo estas creencias para algunos grupos culturales, especialmente al considerar la enfermedad mental como “un daño espiritual”. Posteriormente, Hipócrates consideró que la enfermedad era una manifestación de la vida del organismo y no una expresión de la voluntad de espíritus malignos. Este precursor reconoció la influencia del medio externo en la conformación de la salud y la enfermedad, así como la importancia de las características individuales.

En la Edad Media, debido a hechos históricos como las cruzadas, la dominación religiosa y la enseñanza escolástica, se revalorizaron las concepciones místicas-divinas de la salud y la enfermedad. Para esta época en el mundo árabe, Avicena, registró un gran cúmulo de conocimientos basados en estudios e investigaciones en los que reconoció la importancia de factores protectores de la salud tales como: hábitos de alimentación, recreación, trabajo, descanso y factores climáticos.

Posteriormente en la época del Renacimiento se rescataron las postulaciones de Hipócrates y de Avicena con lo cual se resignificaron las antiguas proposiciones de incipiente carácter científico.

comprender y explicar la complejidad de los problemas de salud, especialmente en materia de promoción, prevención y rehabilitación, de modo que surgieron propuestas teóricas que apostaron a la comprensión del proceso salud – enfermedad desde modelos multicausales (Morales Calatayud, 1999). En sintonía a estos modelos, surge a principios del Siglo XX el modelo epidemiológico (Leavell y Clark, 1965), que reconoce tres elementos: el agente, el huésped y el medio ambiente. Incluir la presencia del medio ambiente como posible causante de un estado mórbido reconoce una gran variedad de factores. Sin embargo, la propuesta siguió muy apegada a los agentes biológicos y físicos sin revalorizar el verdadero papel activo del huésped.

Otro modelo que surgió en el Siglo XX fue el de Campo de Salud (Lalonde, 1988) que identificó cuatro elementos: el medio ambiente, la biología humana, los estilos de vida y el sistema organizado de atención de la salud.

Un intento de sistematizar el análisis del surgimiento de las diferentes concepciones de salud – enfermedad fue elaborado por San Martín (1984), quien propone pensar dos grandes periodos históricos:

- En la primera mitad del siglo XX, surge la definición de la OMS (1946) que marca un avance respecto a la versión clásica de la salud como la ausencia de enfermedad, invalidez o “el silencio de los órganos” (Leriche, 1937).

- En la segunda mitad del Siglo XX, comienzan a surgir las concepciones de salud-enfermedad vinculadas a la idea de proceso y dinamismo a diferencia de la propuesta por OMS de carácter utópico (“estado de completo bienestar”).

René Dubos (1956) incorpora la influencia del medio ambiente al proponerla como un estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en el mismo. Milton Terris (1975) la define como el estado físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones y enfermedades. Salleras Sanmartí (1985) agrega la importancia del contexto al definir la salud como el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y su colectividad. Morales Calatayud (1999) la define como “proceso dinámico y variable de equilibrio y desequilibrio entre el organismo humano y su ambiente total, haciéndose resaltar entonces la influencia de las relaciones humanas, económicas y sociales”. Es claro el avance entre la noción de “estado” estático y reducido a la ausencia de

enfermedad con una visión puramente curativa del mismo, a la idea de “proceso” para caracterizar una noción de salud y enfermedad de carácter dinámica, multicausal, con una visión tendiente a la prevención y el mantenimiento dependiente del sujeto y de su entorno.

Si la salud es concebida actualmente como un hecho multideterminando y por ello posible de ser tratado como un fenómeno complejo, de lo que da cuenta el desarrollo de sub-especializaciones y abordajes interdisciplinarios, cabe preguntarse ¿Qué la hizo posible?, ¿Cuál fue el salto ontológico que permitió el pasaje de un nivel a otro de mayor jerarquía? para encontrar estas respuestas es importante dar un vistazo al desarrollo de este constructo en la historia interna de las ciencias de la salud.

2.2 Ciencias de la salud: definición y surgimiento

Se tomarán dos definiciones de “ciencias de la salud” elaboradas en distintos momentos:

“Las Ciencias de la salud son aquellos saberes teóricos y prácticos adoptados en la historia para la preservación de la salud de los seres humanos sanos y la recuperación de los enfermos”. Lain Entralgo (1961).

“Las ciencias de la salud son el conjunto de disciplinas dedicadas a la adquisición de conocimientos para su aplicación en la promoción de la salud biopsicosocial y espiritual de los individuos”, (Maciel, 2014).

A partir del concepto de salud anteriormente tratado, diremos que ambas definiciones recalcan la importancia de la prevención de enfermedades, así como la promoción de la salud y el bienestar, y no solo de la curación o recuperación de una enfermedad. Por otro lado, puede observarse la evolución en la segunda definición al considerar el concepto de salud como estado “bio-psico-social” e incluso “espiritual”, abonando la idea de la estructuración jerárquica donde el nivel que distingue la salud de la enfermedad, como es el caso de la primera definición, queda suprimido, conservado y superado por otro nivel de mayor integración que incluye la escala macrosocial.

La transformación del ser humano como objeto de estudio de las ciencias de la salud, posibilitó el surgimiento durante el siglo XIX de estos nuevos saberes agrupados bajo dicho término. Así el objeto pasó de considerarse un ente

susceptible al humor de las divinidades bajo la concepción teológica, a ser un ente biológico gobernado por mecanismo internos como lo supuso la antigua teoría de los cuatro humores y la moderna teoría mecanicista; para finalmente posicionarse en la actualidad como un sistema complejo con historia o sistema complejo adaptativo, el cual tiene principios que responde a un orden constitutivo-regulativo como son: la sensibilidad al contexto, la autonomía relativa, la coordinación y el ordenamiento jerárquico, la constitución epigenética sobre sus estratos anteriores. Es decir, antes de ser un ser social tuvo que ser un ser biótico. Esta amplitud dada por la complejidad del objeto y del concepto de salud, es la que permite la convivencia de múltiples disciplinas bajo un mismo término, las cuales determinarán que aspecto del ser circunscribirán como objeto de estudio, que saberes y que practicas específicas manejan, así como que alcances y límites presentan. Entender a las ciencias de la salud como “sistema” más que como “conjunto” permitirá alcanzar la finalidad del concepto actual de salud porque implicaría la interacción de todas sus partes (disciplinas de salud) hacia el mismo fin (la salud como bienestar psico-bio-social), dando lugar incluso a la interdisciplina. Es posible obtener esta sinergia si todas las disciplinas consideran que la naturaleza del ser viviente es autoregularse para sobrevivir y reproducirse a sí mismo en sus estados y ciclos (homeostasis y homeoresis) y en sus componentes (autopoiesis) en una constante acomodación al medio que determinara su adaptación y estabilización; y si cada una de ellas cumple su exclusiva función a tal fin, por ejemplo: un individuo con un trastorno psiquiátrico grave y agudo puede poner en riesgo su vida sino recupera un estado de homeostasis con terapéutica psicofarmacológica (estrato biológico -somático), y el mismo una vez estabilizado puede quedar excluido sino recupera un estado de homeostasis social con terapéutica psicosocial y sociocomunitaria (estrato social-simbólico).

Para ilustrar las condiciones de posibilidad de los desarrollos en el concepto de salud, el objeto de estudio y el surgimiento de las ciencias de la salud como campo multidisciplinario, se toman los aportes de Samaja sobre la construcción epigenética del conocimiento, la historia de la ciencia, la historia epigenética de Terapia Ocupacional de Liliana Sbriller, los modos de fijar creencias de Pierce y la teoría del desarrollo cognocitivo de Piaget. (Ver Anexo 2). Así mismo se ilustrará mediante la epistemología ampliada, un breve recorrido histórico de los

cambios en la cosmovisión de la salud, el valor de la ocupación y el surgimiento de las ciencias de la salud.

- Prehistoria: 2.000.000 A.C – 3500 A.C

Según la definición clásica este período comprende desde la aparición de los primeros homínidos (antecesores del Homo sapiens) hasta el inicio de la escritura (comprobada por los hallazgos de los primeros documentos escritos en el Oriente Próximo hacia el 3300 a. C). En estas comunidades primitivas se constata la presencia de un líder espiritual quien, bajo influencia divina, curaba a los heridos por la caza y ayudaba a manipular el ánimo para esa actividad.

La actividad como hecho cotidiano que provoca una relación transformadora entre el hombre y su entorno con el fin de subsistir, adaptarse y sobrevivir, constituyen desde un punto de vista antropológico, los primeros antecedentes de la ocupación humana. El hombre se apropia del mundo y se transforma a sí mismo, pasando de ser recolector y nómada a agricultor y sedentario. Como también la elaboración de la vestimenta y la construcción de herramientas.

Hacia finales de esta era, las formas sedentarias neolíticas²⁴, comienzan a agruparse en hordas o comunidades, produciéndose la interfaz que propicia el pasaje a una entidad de mayor jerarquía, así como el pasaje del pensamiento mágico (aunque suprimido continua conservado) a uno más pre-operatorio, especialmente en las civilizaciones de Oriente), el uso de un empirismo primitivo y concreto permitió producir hallazgos en anatomía, salud pública, hábitos profilácticos, dietéticos y regulación del tiempo entre actividad/ descanso; la emergencia de los protohospitales, y de la figura del “médico” empírico, además del curandero.

- Edad Antigua: 3500 A.C- 476 D.C

Se inicia con la aparición de la escritura y el nacimiento de las primeras civilizaciones hasta la caída del Imperio Romano de occidente a manos de los barbaros en el año 476.

²⁴ Esta era se divide en la edad de piedra (paleolítico inferior, medio y superior; mesolítico; y neolítico) y en la edad de los metales (edad del cobre, del bronce y del hierro).

La producción de herramientas más elaboradas, y medios de transporte modifican las costumbres, el pensamiento y las posibilidades que ofrece el conocimiento.

La escritura permitió analizar los documentos hallados de las grandes civilizaciones de esta edad, y a través de ella se ha podido conocerse la concepción de la salud y enfermedad, así como las técnicas médicas empleadas. Las primeras civilizaciones humanas basaron su práctica médica en dos concepciones:

- una sobrenatural de la enfermedad entendida como castigo divino, se empleaban técnicas adivinatorias basadas en el estudio del vuelo de las aves, la posición de los astros o del hígado de algunos animales, y tratamientos/rituales de sanación a través de exorcismos, plegarias y ofrendas.

- un empirismo primitivo, donde comienzan los hallazgos de anatomía mediante la disección de animales, el método de la observación clínica, profilaxis higiénico-dietéticas, primeras clasificaciones, teorías y especializaciones. Es de destacar el arsenal herborístico recogido en varias tablillas, así como el uso de algunos minerales y sustancias de origen animal.

El pasaje de un pensamiento mágico a uno preoperatorio permitió preguntarse sobre la causalidad de las cosas desde una perspectiva que comienza a tomar distancia de la teología, la interfaz se ve representada por el intento de considerar el concepto salud- enfermedad como un equilibrio de mecanismos naturales del cuerpo y no a estar solamente determinado como castigo o influencia divina. El avance cognitivo se ve reflejado en el inicio de la escritura que permite pensar el traslado de un nivel sensorio motor a un nivel pre-operatorio en términos de Piaget²⁵, de un pensamiento mágico a uno más operatorio dando lugar a un cambio en el modo de conocer el mundo desde el método de la intuición al de la autoridad respectivamente (como evidencian el paso de los mitos y rituales sanadores de los líderes espirituales a la producción de los códigos, clasificaciones y escuelas). El ser humano logra dominar la naturaleza avanzando hacia un nivel más organizado para efectivizar la reproducción de su especie y su supervivencia dando lugar a estructuras como las comunidades y el inicio de la sociedad que le permite satisfacer estas necesidades. Los avances más notables se deben a la observación rigurosa que mejora el examen clínico, el registro clínico, los

²⁵ Los aportes del psicólogo, biólogo y epistemólogo suizo Jean Piaget conocidos como la Teoría del aprendizaje, del desarrollo de la inteligencia o desarrollo cognitivo se enmarcan en el paradigma constructivista.

hallazgos en anatomía, las técnicas de autopsia, la clasificación y el uso de terminología propia de las ciencias médicas, así como los son las recomendaciones terapéuticas en cuanto a las actividades y hábitos. Por el momento la medicina social queda circunscripta a los avances en materia de salud pública y profilaxis o al cuidado de enfermos y desamparados a cargo de las entidades religiosas. Esta especie de caridad constituye un antecedente de las ciencias de la salud consideradas híbridas como la enfermería, la psicología y la T.O como ocurrió más prolíferamente en la modernidad con el avance del cristianismo y la burguesía.

- Edad Media: del siglo V al XV

Fue un largo período de mil años que finaliza con la caída del Imperio Romano de Oriente o imperio Bizantino, cuando los turcos otomanos lograron apoderarse en 1453 de la capital del imperio, Constantinopla. También se considera su culminación en el año 1492 con el descubrimiento de América.

La diferencia de esta era con el mundo antiguo está dado por un componente organizativo que no existía con anterioridad: la sociedad feudal y la división de clases. Se produce un estancamiento en el conocimiento que responde a la importancia creciente del cristianismo en la vida política y social, una institución reacia al concepto helénico de ciencia natural y más proclive a una visión determinista (teocentrista), impidió el avance de los importantes pasos que la línea greco-romana demostró en torno al modo de conocer el mundo y la incipiente medicina.

En materia de bibliografía se había perdido el acceso a los tratados científicos de la antigüedad clásica (en griego), manteniéndose sólo las compilaciones resumidas y hasta desvirtuadas, por las sucesivas traducciones que los romanos habían hecho al latín. Se destaca durante la Alta Edad Media, el surgimiento de las universidades²⁶, la primera fue la de Bolonia y la primera escuela médica medieval fue la “Escuela Médica Salernitana”, fundada en el siglo IX en un monasterio, es considerada una protouniversidad a la que originalmente se le dio el nombre de Collegium Hippocraticum. Posteriormente se

²⁶ La palabra universidad se deriva de la palabra latina universitas (corporación o gremio de maestros o estudiantes).

crean las universidades de Paris, Oxford y Cambridge coincidiendo con la Revolución del siglo XII²⁷ donde se reaviva el interés por la investigación de la naturaleza.

En Europa se dio lugar al desarrollo de hospicios desde el siglo XIII, probablemente a partir de la influencia de la relectura del Derecho Romano y del problema que planteaba la tutela jurídica de los dementes. Estas incursiones solo se hallan en el estadio de una protopsiquiatría ya que, en esta época ceñida por el oscurantismo, aún se consideraba a la enfermedad mental como una posesión demoniaca.

El siglo XIII representa un momento fundamental en la historia de la medicina por la innovación que se introduce en el método y por su apuesta a la profilaxis, abriendo así el camino al método empírico y a la cultura de la prevención, entendiendo la naturaleza como un sistema coherente de leyes que podrían ser explicadas por la razón.

Hacia la culminación de este siglo y pese a la incipiente salud pública poco podía hacerse contra las enfermedades epidémicas que acabaron expandiéndose por medio mundo (la peste negra, la lepra, la tuberculosis, la sífilis, la sarna, el carbunco, el tifus). Se le confiere el carácter de demostración de la crisis del sistema feudal, por el gran crecimiento demográfico, la paulatina caída de la productividad, cosechas de malos rendimientos, hambrunas y malnutrición que abono el camino a un sistema inmunitario debilitado propicio para el desarrollo de la peste negra en 1348.

Puede observarse especialmente a partir del siglo XII permanecen suprimidos, aunque conservados, los aportes de pensadores antiguos como Aristóteles e Hipócrates los cuales no encontraron las condiciones necesarias para continuar desarrollándose. Entre los avances se identifican las primeras escuelas, universidades y hospicios en ámbitos rurales, así como los desarrollos tecnológicos de los cuales resaltan la invención del grabado, la pólvora, la lente,

²⁷ La revolución o el Renacimiento del siglo XII se refiere a una serie de cambios económicos, sociales, políticos, ideológicos y culturales que afrontó Europa durante dicho siglo, originado por el ascenso de la burguesía en las incipientes ciudades, cuestionando el orden feudal. Produjo una revitalización intelectual de Europa que marcaron los logros de la Edad Media final y de los inicios de la Edad Moderna, como lo fueron el humanismo, el Renacimiento y la revolución científica.

la mejora de los relojes, el astrolabio o brújula y los barcos. Esos dos últimos hechos hicieron posible la futura Era de los Descubrimientos.

- Edad Moderna: (del siglo XV al Siglo XVIII).

Comprende desde el año 1453 D.C, con la expansión de los viajes transoceánicos que posibilitaron el descubrimiento de América, al año 1789 con el inicio de la Revolución francesa.

El Renacimiento (siglo XV al XVI) supone una vuelta a los valores de la cultura grecolatina, posibilitada por el desarrollo de la burguesía, como nueva clase social impulsora de los ideales renacentistas, la transformación de la iglesia y la reforma protestante, la decadencia de la teología escolástica, la expansión del comercio por los viajes transoceánicos. Estas transformaciones posibilitaron la consolidación de estados nacionales y monarquías absolutas que pondrán fin al feudalismo. La tradición era la propuesta de Aristóteles, pero durante el surgimiento del Renacimiento, especialmente con el movimiento Iluminista, la tradición se torna neoplatónica, para que luego con la etapa de la Ilustración vire hacia una concepción anatomista-mecanicista.

El pasaje de un nivel a otro está representado por Nicolás Copérnico quien siembra las bases para la ruptura definitiva con la cosmovisión del geocentrismo y el teocentrismo medieval. A partir de su teoría heliocéntrica del sistema solar, cuestiono los dos grandes sistemas geoestáticos vigentes desde ya hacia trece siglos: por un lado, el sistema geocéntrico aristotélico, y por otro el desafortunado sistema Ptolemaico repleto de epiciclos, deferente y ecuantes que mucho se alejaba de la unidad y armonía sistemática pretendida en la época. Entrado el siglo XVII Kepler perfecciona esta teoría proponiendo trayectorias elípticas, una incipiente idea de la gravedad que destierra la idea del “primer motor inmóvil” aristotélico. Los hallazgos de Galileo Galilei refutan la teoría aristotélica sobre la perfección e inmovilidad del mundo supralunar. Ya por el siglo XVIII Isaac Newton con su teoría de la gravedad y luego Albert Einstein con su teoría de la relatividad terminan con miles de años de especulaciones sobre el movimiento de los planetas y las fuerzas que los movilizan y mantienen.

Esta nueva visión del universo vigente durante los siglos XVII, XVIII y XIX, abre paso al paradigma mecanicista, las ciencias naturales comienzan a desarrollarse fuertemente desestimando la racionalidad o la mera especulación del intelecto humano. En relación al método de conocimiento se presentaron dos posturas contrapuestas: Francis Bacon (1561-1622), introdujo la teoría empírica del conocimiento y el inductivismo; en contraposición surge el método racionalista de René Descartes (1596 - 1650) que promovió la preeminencia de la razón y una lógica deductiva.

Ya en el siglo XVIII David Hume propone una solución escéptica al inductivismo, afirmando que siempre hay un momento de suposición en la formulación de causas o teorías derivadas de la experiencia, porque subyace el “hábito” como principio de la naturaleza humana o “costumbre” del entendimiento.

Las propuestas de Bacon alcanzan a todas las disciplinas científicas. La misma dio lugar a que sea la época de los grandes anatomistas, en materia del modo de concebir la enfermedad se continúa con la observación clínica dando lugar a la semiología (la descripción de los síntomas como método diagnóstico).

En relación a las instituciones eran ya en el XV controladas por el estado hasta las leyes de reforma de la beneficencia promulgadas por el constitucionalismo moderno del siglo XIX. El asilo para los locos se consideraron fundaciones civiles y religiosas para la tutela de dementes sin ninguna implicación terapéutica. El Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia (1425) en Zaragoza a cargo del padre Murillo, fue donde se describieron por primera vez los tratamientos a través de labores, modalidad muy influyente para el posterior tratamiento moral.

Durante el siglo XVII ciertos precursores de la neurología, comienzan a describir las estructuras anatómicas del cráneo y el cerebro correlacionándolas con sus funciones e intentando generar un nuevo conocimiento del comportamiento humano. En este contexto surgen las primeras propuestas terapéuticas para el fortalecimiento del sistema nervioso, aunque muy poco científicas (ingesta de jabón, limaduras de hierro, vinagre, ayuno, sofocación en pilones de agua).

Durante el siglo XVIII o siglo de las luces, llamado así por su finalidad en disipar las tinieblas de la humanidad mediante las luces de la razón, surge especialmente

en Francia e Inglaterra un movimiento cultural e intelectual denominado “Ilustración”, en la que se afianza la concepción orgánico-natural de la enfermedad mental. La figura más importante para el desarrollo de la psiquiatría fue Philippe Pinel (1745-1826), nombrado en plena Revolución francesa, director médico del Asilo de La Bicêtre y, posteriormente, en 1795, de La Salpêtrière. En ellos empezó los estudios sistemáticos de la locura a partir de las historias clínicas, clasificó las enfermedades mentales o vesanías en cuatro tipos: manía, melancolía, idiocia y demencia utilizadas por los posteriores alienistas por más de veinte años. Además, explico la etiología dada por causas físicas, la herencia, influencias ambientales, y causas morales como las pasiones y los excesos. Pero el hecho más relevante fue el de haber cambiado la actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales al liberarlos de las cadenas y ofrecerles un tratamiento moral. Se consagró así la Segunda Revolución Psiquiátrica. Uno de sus más notables discípulos y sucesor en La Salpêtrière fue Etienne Esquirol (1782-1840), quien empleo por primera vez el término “alucinación”, y consiguió promulgar una ley en 1838 que obligaba a la administración francesa a disponer de un asilo para dementes en cada departamento del país.

En esta época hubo un intento de aproximación a una concepción biológica de la salud coincidente con el paradigma empírico y mecanista de las ciencias naturales. Comenzó a pensarse la enfermedad mental como una alteración de mecanismos naturales y no una posesión demoníaca, sin embargo, esta última persistía. No hubo muchos hallazgos en neurología, pero si en las observaciones clínicas de la conducta de los enfermos mentales alejada de una moral esperable, se escribieron tratados, clasificaciones y términos que aun perduran. La presencia de asilos junto con los primeros albergues en monasterios donde convivían ancianos, enfermos crónicos, enfermos mentales e indigentes, fijan una de las bases para el posterior desarrollo de las ciencias sociales.

- Edad Contemporánea: (del siglo XVIII a la actualidad).

Su inicio está marcado por una serie de revoluciones en Europa provocando el cambio paulatino del poder de los monarcas a los gobiernos parlamentarios.

La revolución francesa, como movimiento social, político, económico y militar, trajo como consecuencia el derrumbe de la monarquía absolutista y el establecimiento de un gobierno republicano democrático.

La existencia de la sociedad civil, a partir del siglo XIX, diferenciada del Estado es considerada, por Habermas, como un prerrequisito para la democracia, dado que sin ella no habría Estado legítimo.

La revolución industrial favoreció el desarrollo de descubrimientos técnicos, apuntados desde la etapa de ilustración, se dice que el siglo XIX fue el siglo de la medicina "científica" (de índole empírica y sometida al método científico), en contraposición a la medicina "artesanal" ejercida hasta ese momento. Un representante de la ruptura definitiva con el anterior paradigma fueron los médicos Ignaz Semmelweis, Luis Pasteur y Joseph Lister estudiando las prácticas de asepsia y antisepsia, consiguiendo así disminuir drásticamente las tasas de mortalidad tras las operaciones, principal obstáculo para el definitivo despegue de la cirugía; junto con el descubrimiento en 1848 del éter como método anestésico. A finales del siglo Luis Pasteur, Robert Koch y Joseph Lister demostrarán inequívocamente la naturaleza etiológica de los procesos infecciosos mediante la teoría microbiana. El golpe definitivo a las enfermedades infecciosas lo dará Alexander Fleming a comienzos del siglo XX con el descubrimiento del primer antibiótico: la penicilina. La lista de médicos insignes se hace interminable y las especializaciones se consagran. Wilhelm Röntgen consiguió producir los Rayos X y Henri Becquerel, Pierre Curie y Marie Curie descubrieron la radioactividad, que originaría la medicina nuclear. Gracias a los trabajos sobre grupos sanguíneos desarrollados por Karl Landsteiner se destacan logros a posteriori como la transfusión sanguínea. Nace la genética molecular y se desarrollan aplicaciones de la física en diferentes áreas de la medicina como el uso del láser, el microscopio electrónico, el ultrasonido, la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética.

Los siglos XIX y XX fueron profundamente positivistas, pero comienzan a constituirse nuevos saberes extraídos de las instituciones de encierro resultantes del capitalismo (asilos, cárceles, fábricas), dando lugar al surgimiento de las ciencias sociales y en especial las ciencias de la salud, como es el caso de la psicología, cuyos aportes iniciales provienen de la neurología. Ejemplos de ello

son las teorías de corte interpretativo alejadas del paradigma positivista que promovió la Tercera Revolución Psiquiátrica, como la psicoanalítica de Freud (1856-1939) y la anatomía patológica de Kraepelin (1856-1926). En la década del sesenta, surge en Inglaterra la llamada antipsiquiatría, un representante de este movimiento es el italiano Franco Basaglia (1924) promoviendo el movimiento de desmanicomialización. La cuarta revolución psiquiátrica está determinada por los avances en psicofarmacología, en principio la síntesis de la clorpromazina en el año 1952 como anti psicótico para el tratamiento de la esquizofrenia. Sin embargo, se descubre previamente en el año 1912 el fenobarbital como barbitúrico.

A principios de siglo XX se formularon dos teorías revolucionarias: la teoría de la relatividad de Einstein y la mecánica cuántica de Heisenberg. El principio de incertidumbre de la teoría cuántica, por el cual toda magnitud física medible está sometida a fluctuaciones aleatorias inherentes a la naturaleza de los fenómenos físicos en la escala atómica, introduce la teoría del caos donde los sistemas pueden ser excitados por perturbaciones pequeñísimas y reaccionar con cambios impredecibles. Maturana y Varela caracterizan los sistemas autopoieticos como un sistema cerrado, autónomo y autoregulado en los que se preservan constantemente en su identidad al autoreproducirse en sus componentes; y a su vez están abiertos a su medio porque intercambian materia y energía también de manera constante. Su supervivencia depende de la capacidad que tiene cada sistema de reaccionar, amoldarse y compensar los estímulos disruptivos que inciden desde el medio interno o externo. En este contexto se desarrollan los modelos de salud y enfermedad propuestos por la Organización Mundial de la Salud, que incorporan las esferas psicológica y social a la biológica, como determinantes de la salud de las personas. Estos aportes crean una nueva perspectiva del universo y de su relación con el hombre que dan un punto final al mecanicismo newtoniano y a la idea de la determinación. Las ciencias de la salud, a excepción de la medicina tradicional, son de aparición tardía como lo demuestra la psiquiatría.

2.3 Epistemología y metodología en las Ciencias de la Salud.

La historia de la ciencia es la disciplina que estudia el desarrollo temporal de los conocimientos científicos y tecnológicos de las sociedades humanas, así como el impacto que han tenido sobre los elementos de la sociedad: la cultura, la economía, la política, la ideología, la religión, etc.

Pero el conocimiento científico presenta rasgos distintivos²⁸ respecto de otros tipos de conocimientos (como necesidad de derecho de un hecho a un cuerpo teórico, hipótesis o presunciones respecto a las regularidades, contrastación de la presunción a la luz de los hechos en ciertas condiciones de experiencia, reconocimiento y reproducción de los hechos, así como disposición a la revisión crítica). Bunge, en “La investigación científica” (1967), enuncia estos criterios implícitos en el método científico, sosteniendo la ausencia de estos rasgos en el conocimiento ordinario o no científico. Para dicho autor, las reglas del método de investigación serían: formular el problema con precisión, proponer conjeturas audaces, definidas y fundamentadas evitando las suposiciones, someter las hipótesis a contrastaciones empíricas y racionales hasta agotarla, inferir la conclusión y preguntarse por qué la respuesta al problema es esta y no otra. Sin embargo, en 1969 reelabora su postura, a través de “la cosa rara del quinto informe de Pentòs,” asumiendo la dificultad de establecer los rasgos definitorios entre estos aparentes diferentes tipos de conocimientos, ya que los límites entre lo ordinario y lo científico no son tan claros, nítidos o sencillos. La verificación, según Bunge, es el requisito de validez del conocimiento, pero la verificación no es sinónimo de verdad, sino correspondencia y coherencia con los resultados empíricos y las modelizaciones²⁹ racionales. Por tanto, los dos elementos que dan validez a las conclusiones de la investigación serían la elección de un método coherente con la realidad a estudiar y la consistencia entre empíria y teoría que explique el nuevo conocimiento resultante de la realidad estudiada. De modo que

²⁸ Claro y preciso, objetivo, explicativo y predictivo, provisorio, controlable, metódico y sistemático, viable, crítico y analítico, lógicamente consistente, unificado, fecundo.

²⁹ La propuesta reestructurista propone a la modelización del objeto previa al inicio del proceso de investigación científica, entendida como una analogía que permite vincular la teoría con el mundo. Está comprometida en el contexto de descubrimiento y se la vincula a las condiciones de posibilidad para generar conocimiento científico.

la calidad de un trabajo de investigación reside definitivamente en el contenido del problema que enfrenta, su diseño y su método. La investigación científica definida como el procedimiento normatizado para producir conocimiento científico y a su vez el método científico como medio para llevar a cabo la investigación científica, es definido como un procedimiento regular, explícito y repetible o como un conjunto de pautas para plantear problemas y probar posibles respuestas (hipótesis).

Dentro de la historia de la ciencia el desarrollo de la metodología de la investigación, como medio para producir conocimiento científico, no ha sido sencillo, el método científico ha sido objeto de debate a lo largo de la historia de la ciencia. Si bien su origen puede situarse en la modernidad, como el intento sistemático de someter forzosamente la inestabilidad del estado de las cosas a una regularidad comprensible, mensurable y previsible, sus indicios se sitúan en la antigüedad a partir del concepto de orden jurídico, normas o reglas, posteriormente extrapolado a la ciencia valorando los beneficios que otorgan los sistemas ordenados, que responden a leyes y por tanto aceptados como válidos, necesarios e indiscutibles, llegando a imponerse como un ideal, universal, absoluto y poderoso. Pero la metodología reconstructiva sostiene que todos los tipos de conocimientos (enactivo, mítico-narrativo, formalizado y operatorio) correspondientes a formas de organización social y vital (sociedades bióticas, gentilicias, políticas, civiles), tienen como rasgo común utilizar un método para fijar creencias y preservarse en sus fines, (según Pierce: método de la intuición, autoridad, reflexión, científico). Por tanto, si bien presentan diferencias en cuanto a sus rasgos, paradigmas y alcances no los considera opuestos sino suprimidos, aunque no definitivamente, sino coexistentes en un nuevo nivel de integración.

En concordancia con Bunge y en un intento de saldar la “deuda” entre la ciencia y el conocimiento ordinario, Samaja propone en su tesis la necesidad de examinar la naturaleza del conocimiento científico considerando desde una epistemología ampliada, contextualizada, que considera la historia formativa o epigénesis del método científico. En ella asocia cada método para fijar creencias a los escenarios que han brindado las condiciones de posibilidad, resultando en una ampliación de la propuesta pierciana. Sostiene en su tesis que cada método es, además de un proceder cognitivo, un modo real de existencia, puesto que son funcionales a la

conservación y autorregulación de su vida. Cada realidad para existir implica un cierto tipo de procedimiento cognitivo (la condición para la supervivencia humana es el instinto, la intuición y la inmediatez basada en los sentidos y la experiencia; la condición para la convivencia comunal es la comunicación, las costumbres, las tradiciones y los rituales; la condición para la vida en el Estado laico es la participación del individuo público en sistemas de deliberación, representatividad y leyes; la condición para la vida en la sociedad civil es el bien común y el bien privado, la democracia y la representatividad popular). Además, cada modo de existir real implica diferentes tipos de sujetos que no son reales o plenos, sino que su existencia depende de esos métodos que emplean para fijar creencias. En base a ello se puede admitir que, si el método es la condición entre un sistema y la realidad, el método científico es la condición entre un investigador y la realidad a estudiar.

Si se considerase que el método de la ciencia, tiene sus orígenes con la aparición del pensamiento del hombre en la modernidad, determinado por un cambio total de cosmovisión del teocentrismo hacia el antropocentrismo, lo que posibilitó un nuevo modo de pensar, conocer y producir saberes; es el motivo por el que en esta época el método científico logra su máximo desarrollo bajo los dos métodos inferenciales (inducción y deducción). Cabe señalar que ya en la antigüedad, Aristóteles había elaborado el silogismo como forma de razonamiento deductivo que consta de dos proposiciones como premisas y otra como conclusión.

A comienzos del siglo XVII surgen posiciones encontradas con el racionalismo de Descartes y el empirismo de Bacon, para que luego, durante la época contemporánea, se concluya relativizando el método por la imposibilidad de verificar la verdad de las hipótesis, resaltando por el contrario la posibilidad de verificar su falsedad. La crítica principal de esta época radica en las limitaciones de la razón para conocer otras dimensiones de la realidad, así como la pretensión de objetividad y la inevitabilidad de la influencia que a priori tienen los modelos en el sujeto cognoscente. Al mismo tiempo se postula la existencia de paradigmas que generan momentos de ciencia vigente, aunque nunca absolutamente verdadera como lo propuso Kuhn.

A tal efecto surgen posturas dialécticas que incorporan un tercer elemento o terceridad para solucionar este dualismo. Claramente la epistemología ampliada se inscribe en esta tercer postura y Kant es uno de sus primeros representantes, argumentando que la experiencia será completamente subjetiva sino es subsumida a la razón, y que usar la razón sin aplicarla a la experiencia, conlleva inevitablemente a una suerte de ilusiones teóricas. Sostiene que la categoría de substancia (autonomía) se define en términos de sus relaciones con sus antítesis (dependencia o autonomía suprimida y conservada) que dan lugar a una síntesis (superación en nuevos patrones de acción para el logro de sus determinaciones). Es decir que algunos rasgos, en la historia de la ciencia, han sido suprimidos, conservados e integrados para formar parte de una nueva totalidad resignificada o entidad constitutiva producto de esa síntesis, este proceso sucede en todas las nuevas entidades emergentes.

Si se circunscribe esta lógica al campo de las ciencias de la salud, podríamos comenzar presentando la división clásica de la ciencia a partir del carácter de su objeto de estudio, ya sean objetos reales o formas sin contenido, y resultando en ciencias fácticas por un lado (dentro de las que se incluyen las ciencias naturales y de aparición más tardía las ciencias sociales); y ciencias formales por el otro. A lo largo de la historia de la ciencia los exitosos aportes de las ciencias formales (especialmente la matemática) y de las ciencias fácticas, tanto naturales (en especial la física, la química y la astronomía) como biológicas (la fisiopatología), permitieron el establecimiento de cánones sobre la legitimización del conocimiento científico. Son ejemplos de ello la teoría heliocéntrica de Copérnico y Galileo, las leyes de la dinámica de Newton y el advenimiento del laboratorio con Koch, Lister, Pasteur, que transformó de modo radical la etiología de las enfermedades infecciosas y el fuerte impacto que produjeron sobre la cosmovisión y la población general. La ruptura de la fuerte tradición basada en un ser supremo y perfecto, posibilitó el avance de la ciencia, especialmente las naturales, en la que se incluiría la medicina.

Así el método de las ciencias naturales se consagra como el parámetro de la época moderna, en consecuencia, lo que no se ajustara a dichos parámetros sería considerado conocimiento metafísico y por tanto carente de validez. La ciencia natural se caracteriza por el método inductivo, basado en largas series de observaciones y experimentos, que suministran un criterio de demarcación entre

ciencia y pseudociencia o especulación metafísica. De este modo surgió el término positivismo, utilizado por primera vez por el filósofo y matemático francés del siglo XIX, Auguste Comte, para referirse al enfoque basado en la experiencia y el conocimiento empírico de los fenómenos naturales; quien sostenía que “el carácter fundamental de la filosofía positiva consiste en considerar todos los fenómenos como sujetos a leyes naturales invariables, cuyo descubrimiento preciso y la posterior reducción al menor número posible constituyen la finalidad de nuestros esfuerzos”. A principios del siglo XX un grupo de positivistas lógicos entre los que se encontraban Ludwig Wittgenstein y los filósofos Bertrand Russell y George Edward Moore, rechazaron las ideas positivistas tradicionales que creían en la experiencia personal como base del verdadero conocimiento y resaltaron la importancia de la comprobación científica. El positivismo intentó reducir la realidad social, a los principios de la realidad natural, así como otros han intentado reducir las ciencias fácticas a las formales, la cual se asumió como el paradigma de la ciencia, por su exactitud, formalización y axiomatización o posibilidad de establecer leyes objetivas.

Siguiendo este paradigma, hasta mediados del siglo XIX la investigación científica se consideraba independiente a la aplicación técnica, al contexto, a la historia, a las relaciones de poder, a las subjetividades, a la lucha de clases, etc. En sus inicios, por el siglo XIX, las ciencias sociales pretendieron seguir el método de las ciencias naturales para ganar legitimidad, dado su gran reconocimiento y auge, pero lo que consiguieron fue reducir esta nueva realidad.

Un crítico de esta etapa fue Michael Foucault, quien ubica al hombre en aquel momento histórico como objeto de sujeción al ejercicio del micropoder del estado que operaba, en su forma más dura, en las denominadas instituciones secuestro (prisiones, correccionales, asilos psiquiátricos, fábricas), y en sus formas blandas de vigilancia y control (como abolición del deseo, cuerpo y fuerza de trabajo, supresión del tiempo de ocio por tiempo de trabajo, técnicas para favorecer el consumo, etc); formas que lograron fijar a los sujetos por completo al aparato de producción y apropiarse de su cuerpo, tiempo y saberes. Así se gestaron nuevos dominios de conocimiento a partir de la observación, registro y clasificación de comportamientos, con Kraepelin y Bleuler se conforma una de las ramas más tardías de la medicina moderna: la psiquiatría, la que posteriormente a través de

Jaspers incorpora las influencias de la fenomenología y el existencialismo, y con Watson el conductismo.

Por otro lado, la revolución industrial generó circunstancias sociales y económicas que impulsaron de nuevo a las ciencias médicas y la conformación de nuevos saberes relacionados a la epidemiología y a las condiciones ambientales, ya que ocasionó fenómenos migratorios de grandes masas poblacionales, que produjeron hacinamiento en las ciudades bajo condiciones insalubres y proliferación de enfermedades infecciosas (especialmente la tuberculosis).

Como las ciencias sociales se caracterizan por el carácter dinámico y contingencial de su objeto de estudio, así como la gran implicancia del investigador, se ha dicho que no sería posible hacer ciencia de lo social o que solo son ciencias incipientes, por el solo hecho de denotar dicha filiación, ya que la mutación que las prácticas sociales encierran en su naturaleza y la interpretación que se realiza sobre estos hechos tornan imposible su objetividad. Sin embargo, la postura crítica asume que justamente estas mutaciones denotan algún tipo de racionalidad ya que representan estructuras regulares en un periodo dado (a modo de patrones de estabilidad) que permiten la permanencia y reproducción de ese tipo de organización social, proyectadas en estructuras intelectivas. En esa línea Kant advirtió la implicación subjetiva en la construcción de la objetividad, ya que es ese sujeto cognoscente, producto de una historia formativa, quien sale al encuentro del objeto, a partir de primeras aproximaciones o experiencias vividas (o a priori perceptivo sensoriales) que lo predispone a la acción. Posteriormente estas aproximaciones conforman esquemas de acción (o a priori intelectivos) resultados de una historia práctico- objetiva que permiten el uso de sistemas categoriales para organizar la experiencia vivida y recrearla. Las estructuras intelectivas representan las construcciones de sentido en las que se circunscribe el fenómeno social en un momento histórico dado, así como las modelizaciones que utiliza el investigador, dando cuenta de la inevitabilidad del contexto e historia formativa en la producción del conocimiento científico y la evidencia de su carácter relativo que abre camino a la nueva epistemología y metodología científica.

Popper propuso el falsacionismo como aproximación a la verdad mediante el método hipotético-deductivo, partiendo de una hipótesis a contrastar, de la que se deducen lógicamente una o varias predicciones que se confrontan con la experiencia o resultados de los estudios emprendidos para su contrastación. Si las predicciones concuerdan con los resultados del estudio, se decide que la hipótesis queda provisionalmente corroborada, de lo contrario la teoría queda falsada, aunque también provisionalmente.

De este modo la ciencia deja de ser determinista y se hace probabilística, consciente de sus propios límites, pudiendo una teoría llegar a ser falsable, o siguiendo a Khun (1962), llegar al difícil punto de derribar todo un paradigma y provocar una revolución científica. Esta distinción es posible por el aporte de la sociología de la ciencia, disciplina que estudia las condiciones sociales bajo las que se produce el conocimiento científico incluyendo, en la perspectiva ampliada, la inevitable influencia del observador frente a la pretendida objetividad del modo de idear, obtener y analizar los datos, así como la presencia de las condiciones socio históricas del momento en el que se investiga.

En contraposición al falsacionismo de Popper se encuentra la propuesta de Lakatos sobre el “falsacionismo sofisticado” por el cual los enunciados observacionales utilizados para contrastar enunciados teóricos, presentan una base empírica producto de un acuerdo convencional, es decir que no son puros ni pueden estar incontaminados de teoría, además requieren de modelos y contextos en los cuales ser interpretados. La perspectiva crítica afirma que las hipótesis o supuestos asumidos se derivan de teorías o modelos, mientras Popper sostenía que la hipótesis o las nociones del objeto se dan a priori (racionalistas) o a posteriori (empiristas), además este punto no responde a una lógica del descubrimiento, por tanto su propuesta se focalizaba en el contexto de justificación, si bien esta concepción es la que más se ajusta a la eficacia predictiva de la hipótesis no deja de ser una versión restringida de la ciencia. Samaja en su teoría de la construcción del dato científico, considera a este último como algo que se construye y no se da a priori, compartiendo las posturas de Lakatos. De esta manera se generaron cambios en el modo de concebir a la ciencia, su objeto de estudio, sus métodos y su pretensión de verdad absoluta.

Las ciencias sociales, a diferencia de las ciencias duras o naturales, se manejan con una pluralidad metodológica necesaria al abordaje de la complejidad de sus

objetos de estudio, en forma transdisciplinaria e interdisciplinaria y en un contexto histórico que define su identidad. Lejos de los determinismos, las ciencias sociales, establecen regularidades probables desde lo interpretable, lo cualitativo y lo relativo a través de la hermenéutica como uno de sus métodos propios. El lenguaje es la herramienta por excelencia de este método, lo que antes debía formalizarse para explicarse ahora se interpreta de una manera sistematizada para que resulte lo más objetivo posible, sin embargo, dado que lo que se interpreta son también interpretaciones, nunca podría negarse la influencia necesaria del punto de vista del intérprete.

En ese sentido la epistemología ampliada postula que lo previo al inicio del proceso de investigación científica no son las teorías o los datos sino los modelos. La modelización o analogía de base, como sostiene Samaja, es crucial y actúa en todas las instancias del proceso, operando implícita y explícitamente (para definir hipótesis sustantivas, estrategias empíricas, seleccionar indicadores, analizar e interpretar información), advirtiendo que cada fase requiere adherir y estar validada por referencia a un tipo de modelización. La verdad, bajo la perspectiva crítica, es solo una representación una relación entre significante y significado, que el intérprete hace, construyendo un sentido de nuevo orden. Al ampliar la mirada hacia la epistemología contextualizada se propone derrumbar los reduccionismos y absolutismos de la corriente técnico-analítica y superar la sumisión a las convenciones sociales incorporadas como verdades definitivas, subyacentes al código lingüístico o a las prácticas sociales impuestas como universales.

Esta propuesta metodológica guarda una íntima relación con el saber-poder, no pudiendo ser concebido como desinteresado de sus consecuencias, ya que la ilusión de la ciencia descontextualizada no es más que eso, por el contrario, existen condiciones internas y externas bajo las que se produce conocimiento que deben ser tenidas en cuenta. Actualmente el imperio de la tecnociencia y la influencia ejercida por los dispositivos de poder político, producen mayores obstáculos en la valoración de investigaciones de carácter social, como son la competitividad, la inmediatez, los costos de su aplicabilidad, la relación costo-beneficio y la riesgosity de revelar prácticas coercitivas, en el contexto de la historia interna y externa de la ciencia resulta oportuno interrogarse: ¿Cómo surge

la Terapia Ocupacional en la historia de la ciencia?, ¿Cómo se inserta la Terapia Ocupacional teniendo en cuenta las características del contexto de la ciencia?, ¿Qué elementos han quedado suprimidos, conservados y resignificados?, ¿Qué problemáticas actuales al interior y al exterior de la disciplina se detectan?, ¿Qué nivel en la jerarquía epigenética del conocimiento ha alcanzado?.

2.4 Dilemas epistemológicos de las Ciencias de la Salud

Aclarada previamente la distinción entre ciencias formales y factuales, las ciencias de la salud se incluyen en esta última categoría, recordando que, dentro de dicho grupo, a su vez, se incluyen tanto las ciencias naturales como las sociales. A modo de ejemplos las disciplinas de la salud que se incluyen en estas subcategorías son la medicina, la fonoaudiología y la kinesiología por un lado y la TO, psicología y psicopedagogía. Pero esta división no debe sostenerse a ultranza ya que demuestra el fracaso de la reflexión epistemológica. A tal efecto Juan Samaja sostiene que dicha fragmentación se debe al “fracaso en supuestos ontológicos” que conducen a encerronas conceptuales o aporías, y se pregunta ¿cómo lograr que todos los conocimientos sobre un mismo asunto “la salud” se organicen como momentos de un mismo saber arquitectónico?

No se pretende que todas las disciplinas que conforman las ciencias de la salud respondan al mismo paradigma, ya que como se ha dicho, cada una posee su especificidad sobre el objeto de estudio y modelos para abordarlo; por tanto, lo que se espera de cada una de ellas es coherencia entre su objeto de estudio y su modelo teórico, evitando así confundir las funciones propias de su rol profesional. Y yendo aún más lejos, en lo que atañe al subtítulo de este capítulo, pareciera que no todas las disciplinas del campo de la salud respondieran a la epistemología ampliada, incluso en el interior de algunas disciplinas hay modelos que parecieran no corresponderse siquiera con el paradigma disciplinar que las avala, llegando a producir una grieta inadvertible que producen efectos sobre la identidad profesional.

Como se expondrá en los siguientes capítulos, cada disciplina que conforma el grupo de las ciencias de la salud posee un paradigma que define su identidad y modelos que garantizan sus saberes y prácticas específicos, sin embargo por

definición al grupo al que pertenecen, quedan unificadas por una finalidad común: garantizar el bienestar bio-psico-social, para la cual cada una hará su aporte en la medida en que sea requerido y ateniéndose a su especificidad, alcances y limitaciones sobre cada uno de dichos dominios de la salud y relacionados a ella. Si bien las ciencias de la salud tienen como objeto de estudio común al ser humano, ese ser que responde a la historia formativa (diferentes estratos constitutivos), cada disciplina se focalizara sobre determinado aspecto de su integración a la luz de alguna pauta que “debería ser” realizada, fin o bien alcanzado.

El problema surge cuando se pretende regular un sistema suprimiendo estratos, en el intento de establecer acuerdos objetivos comunes para todas las ciencias de la salud, como es la pretensión de que todas las ciencias de la salud respondan al modelo positivista lo cual para algunas disciplinas implicaría un reduccionismo que amenaza a la estabilidad de toda la estructura. La medicina es la disciplina emblemática de la salud, pero se afianza como ciencia en la medida que se incluye dentro del positivismo pues su objeto de estudio debe ser contrastable empíricamente rechazando nociones metafísicas que no respondan al método científico. Todas las ciencias de salud aspiran a tener validez científica (la perspectiva positivista de validación formula lo que es determinismo natural e indeterminismo cultural o tesis aprioristas al no poder ser estas contrastables ni reproducibles); algunas disciplinas del campo se ajustan a los cánones de la ciencia positiva mientras otras pretenden también objetivar lo que debería ser (finalidades/valores) es decir las practicas centradas en un individuo considerado sujeto activo, protagonista y no objeto (sujeto pasivo-paciente) , en las que el trabajo con su subjetividad es crucial, pues son las formas de apercepción que se hallan en las interfaces, en las vivencias que vehiculizan las normas o conciencia de lo colectivo, el lugar del sujeto capaz de modificar su estado de salud, tal como se define la finalidad de la Terapia Ocupacional “apoyar la salud y la participación en la vida a través del compromiso con la ocupación”.

Al ser la TO una ciencia híbrida, ¿Que percepción posee el TO sobre este dilema?, ¿Está definido su paradigma, su rol, sus prácticas, sus modelos específicos y su finalidad común?

Según Giddens (1995), la solución al problema del abordaje epistemológico de las ciencias de la salud, radica en tres alternativas ontológicas en confrontación:

- La salud como ciencia natural: considerada como un hecho dado y observable, mientras las restantes interpretaciones son descartadas. Wilson.
- La salud como ciencia social: no como un hecho natural sino resultante de las relaciones sociales o valoraciones subjetivas sobre situaciones de poder, considerando por ende la salud como un valor, no como una cosa ni un hecho (habrá tantas medicinas como intereses subjetivos). Bourdieu.
- Deconstrucción de discursos y rótulos (efectos de verdad de enunciados que construyen una realidad simbólica). Derrida.

Para Bruno Latour (1991) estas tres ontologías son “repertorios categoriales para hablar de nuestro mundo”: naturalización, socialización y deconstrucción. Las ciencias de la salud presentan estas tres variantes contrapuestas de manera paradigmática que claman una posible síntesis que permita hablar de la salud como un hecho coherente, la existencia de un modelo en el que estos tres repertorios queden suprimidos pero conservados y superados porque en los fenómenos de salud interactúan hechos naturales, relaciones de poder y construcciones discursivas. De hecho, Latour llama “híbridos” a cuadros como el SIDA y las psicosis (como se cita en Samaja, 2009, p.35); pues tienen que ver con componentes orgánicos, físico químicos, pero también con oportunidades y apoyos, con valoraciones de malestar o bienestar que dan cuenta de la existencia de una reciprocidad en el concepto de salud: “salud como el bien orgánico” y “el bien es la salud del mundo social”. Propone un cuadro de las ciencias de la salud con categorías o nociones nucleares a todas estas ciencias: salud o normalidad, enfermedad o anormalidad, terapéutica o curación y prevención. Un mismo campo de prácticas que adquieren diversas formas según la configuración social, no importa la distancia conceptual y representacional (sesgo teórico-práctico) entre un psicoanalista y un epidemiólogo, porque todos comparten un núcleo de significantes y significados que los integran en el campo de la salud, ese núcleo es suponer la salud como un bien (valor) , la enfermedad como negación de un estado deseable y la búsqueda activa de la curación y la prevención ya que la curación comporta un esfuerzo que es preferible evitar.

Es cierto que sin los conceptos de normal y patológico, las prácticas médicas serían incomprensibles, es importante determinar el valor que arroja por ejemplo determinada variable (glucemia= 70-110 mg/dl, volición = hipobulia, hiperbulia, abulia); los marcos conceptuales y las clasificaciones internacionales utilizan parámetros de normalidad para valorar un estado de salud (DSM V, CIF, MOHO, etc) y orientan la elección para la intervención más acertada (pauta terapéutica de medicación, interpretaciones psicoterapéuticas, actividades terapéuticas). También hay valoraciones que consideran estratos de mayor nivel organizacional como lo son las políticas públicas de salud, los recursos del sistema de salud público, la accesibilidad, etc.

Aunque en la práctica disciplinar prevalezca el abordaje de un aspecto más que otro, la adecuada y pronta detección de valores negativos tanto en el estrato biológico como en la dificultad para acceder a recursos propicios, constituye una excelente estrategia de prevención de estados no saludables con su consecuente derivación al especialista pertinente. Esta acción coordinada de las partes supera el debate epistemológico recuperando el concepto de salud, ya que esta capacidad de detección (equivalente a la apercepción), depende de factores individuales del profesional de la salud como lo son su vocación, su experiencia y su competencia ¿Será la interdisciplina la ligadura funcional que procura la estabilidad de las ciencias de la salud como totalidad? ¿Una epistemología compartida y una identidad profesional definida en pos del bien común de la salud como valor, serían los requisitos necesarios para que esta advenga? ¿Qué lugar ocupan las instituciones y los profesionales en la consecución de este fin?

En esa línea Canguilhem (1943) establece en su tesis de doctorado de medicina titulada “Lo normal y lo patológico”, un núcleo común en el juicio de valor, por cercanía o desaparición del mismo, el médico habla de hechos y en realidad el estado de salud no es indiferente a sus condiciones de posibilidad: hay juicios de existencia pero también hay juicios de valor entonces se asume una doble perspectiva del objeto, cuestiones del ser (hecho) y del deber ser (valor) que constituye un punto central para el examen de sus fundamentos epistemológicos. La salud como valor reproducido por una sociedad y como bien común perseguido por todos sus individuos, es el fundamento común que unifica la diversidad de sus perspectivas.

Capítulo 3: Contribuciones de la epistemología ampliada a la Terapia Ocupacional.

Se intentará comprender, desde la lógica propuesta por la metodología ampliada, el contexto de surgimiento, desarrollo y estado actual de la Terapia Ocupacional, en el marco de la historia de la ciencia, el surgimiento de las ciencias sociales y el desarrollo de las ciencias de la salud. Para ello se analizará la secuencia epigenética recurriendo a los conceptos anteriormente desarrollados por Samaja; los métodos para fijar creencias de Pierce; los antecedentes de la Terapia Ocupacional a través de los aportes de la tesis de Da Rocha Medeiros (2008) “Terapia Ocupacional: un enfoque epistemológico y social”, así como los libros de Sbriller (1997) “Introducción a Terapia Ocupacional: marcos conceptuales” y Kielhofner (2006) “Fundamentos conceptuales de Terapia Ocupacional”. (Ver Anexo 3).

3.1 Acerca de la epigénesis de la Terapia Ocupacional

La epigenesis es el proceso de desarrollo de un individuo particular que incluye los mecanismos que le permiten producir modificaciones sobre ciertos aspectos de su estructura interna o externa como consecuencia de la interacción con su entorno inmediato, dando como resultado la diferenciación y complejización de su estructura.

Este concepto se halla por un lado en concordancia con el enfoque adoptado por la epistemología ampliada y por otro se contrapone al “preformismo”, según el cual el organismo preexiste ya de forma completa. Fue utilizado por Jean Piaget en su teoría sobre el desarrollo epigenético del conocimiento o la inteligencia al cual recurriremos.

Tanto Sbriller (1997) como da Rocha Medeiros (2008) adoptan la lógica dialéctica para dar cuenta del proceso histórico de la TO, tornándose imprescindible adoptar una reflexión crítica de la disciplina, en relación a sus orígenes, su recorrido y su devenir, a su objeto de estudio, a la ocupación y a las representaciones imperantes del concepto salud. En su evolución la TO ha adoptado los paradigmas vigentes

de los diferentes momentos históricos: humanista, positivista y materialismo histórico que influyeron en sus concepciones y prácticas.

Lejos de una linealidad entre unos y otros existieron rupturas y crisis que propiciaron el pasaje hacia nuevas formas. Como se mencionó en los capítulos precedentes, la estabilidad y supervivencia de la totalidad depende de la resolución de dicha crisis a través de la síntesis de sus elementos en una nueva organización. Samaja describió las totalidades funcionales como estructuras jerárquicas resultado de una historia formativa que responden al concepto de *aufhebung*. Este enfoque es aplicable a cualquier sistema complejo y ejemplos de ello son los puntos desarrollados en esta tesis: como el sujeto, el concepto de salud, las ciencias de la salud y la Terapia Ocupacional. Estas totalidades son entidades complejas que se constituyen históricamente de abajo hacia arriba pero se regulan de arriba hacia abajo, y solo se advierten en la interfaz de su doble determinación; de modo el sujeto adviene por estar facultado como subordinante, parte o bien y como subordinado al todo; el estado de salud se altera cuando alguno de sus aspectos se desestabiliza en relación al todo; la crisis de identidad profesional de la TO surge ante la tensión entre una visión filosófica teórica compartida y una práctica no coherente con ella o bien por un conflicto entre visiones contrapuestas.

En tanto totalidad funcional cabe preguntarse por la historia formativa de la TO, ¿Qué condiciones de posibilidad la moldearon, es decir que hechos históricos y paradigmas la regularon?, ¿Cuáles fueron sus partes-componentes, es decir que disciplinas la constituyeron?, ¿Cuál es su nivel de estructura actual, es decir que grado de organización han logrado sus conocimientos?

Según Pierce existe una génesis escalonada o jerárquica del método que va desde el método de la tenacidad/intuición, al método de la autoridad/tradición, de este al método de la reflexión/metafísico y por ultimo al método científico/ eficacia; esta propuesta fue ampliada por Samaja en la dialéctica del método asociando cada uno de ellos a un escenarios o contextos como condición de posibilidad sobre las que pudieron desarrollarse. En cada uno de ellos podemos observar cómo se fue gestando la Terapia Ocupacional y como intenta posicionarse en el último escalón (Ver Anexo 3).

En consecuencia, a dicha historia, las concepciones de salud-enfermedad-atención han variado y se han impuesto como modelos categoriales de interpretación de una sociedad y cultura de un determinado periodo histórico, de modo que los constructos lingüísticos y las ideologías consagradas para perpetuar los colectivos de humanos, han generado disciplinas que perduraron por ser funcionales a tal fin, aunque en constate dinamismo.

Los saberes son entendidos como conocimientos definidos por la función que cumplen siendo, para el caso de las ciencias de la salud, la función de autorregulación de los procesos vitales. Por dicha función los saberes se representan y reproducen a través del mecanismo comunicacional (lenguaje científico-técnico), de modo que la medicina continúa siendo en el imaginario social de muchas culturas, la solución a todas las enfermedades. Pero las nuevas formas de organización societal suscitaron nuevos sujetos, saberes y métodos de validación (de los primeros principios y causas últimas de la filosofía a la legitimación científico positivista o método de la eficacia según Pierce), posibilitando el surgimiento del campo de las ciencias de la salud.

Analizando dicha epigenesis se da lugar a pensar varias cuestiones, es el caso de las prácticas de salud de la antigüedad y el Medioevo relacionadas al pensamiento mágico/religioso que continúan vigentes, en algunas culturas, grupos o en momentos críticos vitales (curas sanadores, rituales de sanación, remedios caseros de la abuela, curanderos, etc). Del mismo modo cabe preguntarse ¿Cuánto hemos avanzado en la concepción de la ocupación desde el siglo XVIII a la actualidad?, ¿Se podría decir que la T.O actualmente no ha superado la visión de catalogar una actividad como “terapéutica”, como lo podría hacer cualquier individuo, por el simple hecho de resultar placentera o recreativa?, en caso negativo ¿está el T.O capacitado para explicar la relación entre ocupación y salud mediante conceptos teóricos? ¿Bajo qué modelo se justifican esas relaciones?

Si bien la T.O ha llegado a constituirse como carrera universitaria, con federación mundial, asociaciones, revistas científicas y expansión de sus campos de aplicación en los últimos noventa años (educación, comunidad, trabajo, justicia), pareciera no resultar claro el nuevo nivel de integración en el que se posiciona a pesar de las enunciadas consagraciones ¿Ha logrado la disciplina constituir una identidad profesional solvente a pesar de estas orientaciones? ¿Refleja la producción de conocimiento científico este proceso o se produce conocimiento

que permanece desordenado? Siendo el razonamiento clínico un indicador de competencia que conlleva el uso de las teorías propias del tercer paradigma ¿Responderán estas brechas a diferencias internacionales que pueden constatarse comparando la magnitud y contenido de la publicación científica europea, anglosajona y latinoamericana? o ¿El desgarramiento percibido se explica por el área de ejercicio profesional que responden a paradigmas distintos?

Las ideologías marcan una forma de representación social sobre determinados hechos, como lo fueron el caso del pre-paradigma y del segundo paradigma lo que se espera, el “deber ser” de un sujeto que ve afectado su estado de salud, dando cuenta de una visión positivista de la norma aplicada a todos y a la que todos deben adaptarse, siguiendo un principio de normalización que lejos está de los principios revolucionarios: libertad, igualdad, fraternidad y más cercanos a sus correspondientes opuestos actuales: exclusión, normalización, discriminación.

El análisis del contexto de surgimiento de la Terapia Ocupacional ubica sus albores durante el siglo XIX, en pleno estallido de las ciencias sociales, siendo las condiciones de posibilidad aquellos nuevos sujetos demandantes de nuevas prácticas para el fenómeno salud-enfermedad-atención, como consecuencia principal de un contexto socioeconómico delineado por la revolución industrial, en el que el trabajo, como valor productivo, era altamentepreciado. La emergencia de la disciplina, marcada por las secuelas invalidantes ocasionadas por la posguerra, por las epidemias, por la enfermedad mental, permiten pensar que su surgimiento fue inicialmente en respuesta a la necesidad de reinsertar a los que quedan por fuera de la norma, pero es importante reparar en qué grado ha sido posible efectivizar esta finalidad en medio de los valores capitalistas y por tanto resaltar la influencia de las condiciones del contexto socioeconómico, entendidas como oportunidades y recursos brindados por el estado y las instituciones para la consecución de este objetivo, así como el impacto que estos resultados han producido en la consolidación de la disciplina por los cuales puede inadvertidamente disminuir o aumentar la brecha entre abordar partes-componentes o abordar el todo.

La concepción del ser humano y de la salud en la actualidad supera a la positivista y se acerca a lo particular del padecer humano rescatando la modalidad del acto intencional, subjetivo, dirigido por una finalidad, al servicio del dominio de la

naturaleza o del mundo social para satisfacer necesidades (a diferencia del animal que se encuentra más dominado por la naturaleza y actúa instintivamente). Desde el comienzo de su historia el hombre agrega a la fabricación de objetos un excedente no funcional, en un intento de satisfacer una necesidad de autorrealización, reconocimiento ante sí y ante otros de su cualidad de ser humano, reflejando la aparición de la subjetividad a través de lo simbólico. Cuando dicho desarrollo se interrumpe por la aparición de una enfermedad, el ciclo adaptativo se reestablece a través de terapéuticas pertinentes para cada elemento constitutivo del concepto de salud actual (bio-psico-social), enmarcado dentro del principio del respeto a la diversidad.

De modo que, si el objeto de estudio de las disciplinas de la salud es el ser humano, sobre el que cada una focaliza en determinados dominios, la especificidad de la TO es considerar la faceta ocupacional y el estudio de la relación entre el fenómeno de la ocupación humana, como dominio relacionado con la salud, y su influencia en la restitución del estado de salud; con el fin último de prevenir o atenuar consecuencias que lo ubiquen en una situación de desventaja respecto al contexto. De manera que nada indica una dirección hacia las partes sino por el contrario, la mirada desde el inicio y hasta el final del proceso terapéutico, debe estar orientada a una totalidad funcional. Para ello se exige un examen ontológico desde sus partes componentes (subsistemas volitivos, habituación y desempeño) al todo (roles ocupacionales contextualizados), en función de su estabilización, adaptación y supervivencia al contexto en el cual se inscribe, a través del desempeño de ocupaciones. Cabe pensar si esta concepción holística es la asumida por los terapeutas ocupacionales y en consecuencia presente como condicionante de todo el proceso de Terapia Ocupacional, para ello se apreciará el modelo al cual adscriben los profesionales de la disciplina ya que responden a paradigmas distintos, los cuales a su vez representan los diversos momentos de la historia epigenética de la Terapia Ocupacional.

Este punto es tratado por Da Rocha Madeiros (2008), coincidiendo con Juan Samaja (2004), al sostener una concepción de salud en T.O de tipo holística, marcando la imposibilidad de reducir su abordaje a una sola dimensión, al estar el individuo doblemente constituido, es ser biológico y social, es cuerpo y mente, tratándose de un nuevo ser, ahora consciente, dotado de lenguaje y simbolismos. Por lo cual sería importante dilucidar a través de las intervenciones de los

terapeutas ocupacionales ¿cuáles son las concepciones que manejan del sujeto, del proceso salud-enfermedad-atención y de las representaciones que imprime la sociedad?

Bajo este interrogante pareciera existir un acuerdo en la comunidad de T.O respecto al objeto de estudio (ser ocupacional y comportamiento ocupacional) y al concepto de salud, de modo que las construcciones teóricas que ofrece el tercer paradigma representan dichas concepciones, han sido lo suficientemente abarcativas y explicativas para todas las áreas de desempeño profesional y constituyen los últimos avances en conocimiento científico. Sin embargo, persiste en la práctica el conflicto respecto a cómo abordar al ser ocupacional, a cómo respetar el concepto de salud y a cómo implementar el concepto de ocupación, generando en consecuencia la persistencia de **la brecha reflejada en varias dicotomías**. En esta línea Da Rocha Madeiros sostiene que el problema surge ante la falta de acuerdo entre los diferentes modelos correlacionados a las diferentes poblaciones o campos que aborda la disciplina: trastornos del neurodesarrollo, trastornos psiquiátricos y mentales, trastornos físicos y neurológicos, trastornos sensoriales, trastornos laborales, trabajo en la comunidad. De hecho, las líneas más imperantes son la psicosocial y la del neurodesarrollo, reapareciendo así la dicotomía entre ciencias sociales- ciencias naturales, donde la primera olvida las condiciones de posibilidad biológicas (funciones y estructuras subyacentes) y la segunda la subjetividad implicada en el proceso de salud- enfermedad (representaciones sociales, entornos, vínculos, valores, creencias).

Lo mismo sucede con la ocupación, concepto central de la disciplina, producto del hombre y productora de subjetividades además de ser un instrumento para conocer las condiciones históricas que le dan origen y revelar las representaciones de una época.

Nelson (1996) sostenía que la ocupación es un término ambiguo, en concordancia con la falta de coherencia y acuerdo teórico que se presenta (como se cita en Da Rocha Madeiros, 2008). Si bien el concepto de ocupación evolucionó históricamente desde la antigüedad al tratamiento moral, y para 1917 el impacto de las ocupaciones en el ser humano fue declarado como enfoque de la profesión; para ese entonces ocupación era sinónimo de trabajo (y en el imaginario social lo continúa siendo); llegando a ser entendida como ejercicio para recuperar la capacidad funcional y por tanto las técnicas, a modo de actividades terapéuticas,

se aplicaban al entrenamiento de las diferentes funciones cognitivas, sociales y afectivas (como la estimulación cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales y la conducta asertiva). Sin embargo, Da Rocha Madeiros (2008) enfatiza que estas concepciones reducen la práctica clínica, en sintonía Larson, Wood y Clark sostiene que “la ocupación son las actividades que comprometen nuestra experiencia vital y pueden ser nombradas en la cultura” (como se cita en Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional, 2008). Como fenómeno estudiado por la sociología y la psicología desde el momento que se constata la naturaleza ocupacional (tendencia innata por ser activo) para ser efectivo en el ambiente y satisfacer necesidades, los desarrollos posteriores han detectado estructuras invariables cuyas formas dependen de la cultura, de modo que, de las tres áreas tradicionales identificadas desde el pre-paradigma (trabajo/productividad, descanso/ocio y tiempo libre, mantenimiento personal/autocuidado), se han logrado sistematizar y jerarquizar ocho áreas ocupacionales propuestas por el Marco de trabajo de la AOTA (tercera edición, 2008) y sus correspondencias con estadios y necesidades vitales. Así los significados de la ocupación, determinados por la cultura y el comportamiento ocupacional, se irán adquiriendo a través de la socialización, de las conductas de exploración, comportamiento y logro. La interface entre comportamiento ocupacional y sociedad es el desempeño ocupacional a través de los roles esperados a la edad, sexo y estatus de salud, será allí donde se hará presente el sujeto con su modo singular de acción.

Para que la ocupación ligada a un rol reconocido en un contexto particular tenga carácter de terapéutica, es decir como fenómeno que influye en la salud de la persona, debe reunir requisitos. Según los fundadores eran importantes los elementos como la motivación, el entorno y la graduación de la actividad. Larson, Wood y Clark sostienen como requisitos que sea intencional, consiente, repetitiva, con un inicio y un fin, significativas, idiosincráticas y utilizadas como medio para satisfacer necesidades (como se cita en Romero Ayuso, 2010, p.61). Kielhofner (2004) resaltara la importancia de la motivación intrínseca, la elección consciente y que sea propositiva, como lo remarcará también Hammell (2004). Se desarrollan bajo el tercer paradigma, conceptos como el de “identidad ocupacional” que demuestra la configuración de ocupaciones que desempeña un individuo, dando cuenta del modo singular de elección y capacidad de satisfacer sus necesidades

vitales, ya que tras la pérdida de autonomía se producen alteraciones en la identidad ocupacional que el T.O debe abordar. Resulta conveniente aclarar que el objetivo de la T.O se consensua con el paciente en tanto las expectativas se correspondan a su realidad, es decir, que esta participación activa por un lado lo implique, genere conciencia de sus derechos, obligaciones y competencias necesarias (acuerdo entre el mundo interno y el mundo externo, emergencia del yo entre el ello y el superyó, síntesis entre lo dado, lo imposible y lo posible). Esta cuestión respecto a la incorporación de la subjetividad en la valoración de los estados de salud abre un aspecto filosófico y ético (especialmente en patologías donde el juicio se halla alterado).

Por su naturaleza híbrida y por la dificultad que representa el logro de su finalidad es probable que fluctué de un paradigma a otro, en el que se extravía la visión y pierde fortaleza su identidad, por lo que resulta imperante desarrollar evidencia a través de la investigación aplicada, hallar coherencia entre los modelos y las practicas, así como entre las prácticas y la finalidad de la TO. La inscripción al modelo multicausal resulta una exigencia y a la vez un indicador de identidad profesional, a comparación de otras disciplinas que adscriben a modelos contrarios como ser:

- desde la medicina, se regula el medio interno para poder sobrevivir y/o adaptarse (excepto los especialistas en epidemiología y psiquiatría dinámica que consideran el medio externo).
- desde la kinesiólogía se restablece la función sensorio-perceptiva y motora.
- desde la psicología se resignifica su mundo interno o aparato psíquico para promover el bienestar de la persona en su existencia.
- desde la TO se incrementa el compromiso para participar en ocupaciones acordes a la edad y condición de salud con la finalidad de llevar una vida satisfactoria en su entorno, y/o se realizan modificaciones en el mismo, se orienta y/o se gestionan recursos.

Como se mencionó y ejemplifico, dentro de las ciencias de salud aún persisten ambos modelos que responden a paradigmas distintos en relación al recorte que del objeto de estudio se realice, a partir de lo expuesto se puede indagar en el caso particular de la TO, cuya naturaleza híbrida pareciera sostener a la disciplina en permanente desgarró: ¿Se comparte la visión y finalidad de la disciplina hacia el

logro del compromiso por la ocupación y la participación en ocupaciones? El TO en la actualidad ¿adhiera al concepto multicausal de salud? ¿Existe coherencia entre la concepción de salud asumida y sus intervenciones? ¿Adscribe a un modelo teórico que refleje esta perspectiva?

3.2 Terapia Ocupacional como ciencia híbrida: Problemas actuales y posibles soluciones.

Se considera a la Terapia Ocupacional, como una disciplina perteneciente al campo de las ciencias de la salud, cuya historia formativa está demostrada en sus antecedentes más remotos, los cuales coinciden con los principios filosóficos de la TO³⁰; con sus precursores relacionados al tratamiento moral y a las prácticas de caridad destinadas a los excluidos sociales (discapacitados, ancianos, enfermos mentales y crónicos); así como con las líneas pioneras emergentes de la asistencia a los heridos de la posguerra y a los perjudicados por la epidemia de poliomielitis. En sus orígenes la TO demostraba su incipiente naturaleza híbrida de la mano del pre-paradigma a la elaboración de los fundamentos filosóficos que constituyeron el primer paradigma, el cual le permitió una inicial y definida consolidación de saberes propios, sin embargo, la primacía del paradigma positivista freno este empuje produciendo una fragmentación que persiste hasta la actualidad.

Las definiciones de la OMS apoyan esta cualidad al definir la Terapia Ocupacional como “el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficits invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social”. Bajo estas observaciones se podría admitir que pocas disciplinas del campo de la salud persiguen este fin, es decir, partir desde un

³⁰ La tendencia a la supervivencia presente durante la prehistoria da cuenta de la necesidad de adaptación al entorno y dominio del mismo, esta tendencia innata es uno de los supuestos filosóficos de la TO enunciado por la National Society for the promotion of Occupational Therapy (NSPOT, 1917 y 1922) y posteriormente por la American Occupational Therapy Association (AOTA, 1979 y 2011), donde se resalta la naturaleza activa del hombre, motivado intrínsecamente para ser efectivo en su entorno, a través de actividades propositivas. Así como el proceso de adaptación continua propio de la existencia humana que supone un cambio de función para promover la supervivencia y la actualización personal.

estado de salud hacia el logro del máximo desempeño posible pretendido para su edad, sexo, status de salud y contexto al que pertenece, utilizando como medio de intervención la ocupación terapéutica, que instantáneamente le imprime un carácter práctico a la disciplina.

Como se tratará más adelante, este fin fue desdibujándose al adoptar la disciplina el paradigma newtoniano positivista para lograr su supervivencia, ocasionando la primera crisis paradigmática. Sin embargo la revolución científica de segunda mitad del siglo XX, marcada por la aparición de los sistemas complejos adaptativos³¹, permitió redefinir sus supuestos mediante el desarrollo de nuevos modelos teóricos que evidencian un intento de resolución de la tensión o fractura que ocasiono la última crisis de identidad. Este hecho da cuenta de la complejidad de su objeto de estudio y su resistencia a ser abordado bajo modelos reduccionistas dando paso al paradigma contemporáneo.

A lo largo de su existencia la disciplina ha adoptado concepciones, paradigmas, modelos y conocimientos de las ciencias médicas (neurología, traumatología, ortopedia, anatomía y fisiología, fisioterapia) y de las ciencias sociales (psicología, sociología, psiquiatría dinámica), pero esta naturaleza que la sustenta, a la vez la escinde. Actualmente se advierte una TO polarizada, con intervenciones, modelos y desarrollos teóricos de corte biomédico, producción escasa de conocimiento científico y una débil tradición propia de conceptos sistematizados, a excepción de los desarrollos promovidos desde el tercer paradigma, que constituye la posibilidad de redefinirse y adaptarse. En ese sentido cabe recordar que la epistemología ampliada propone dos mecanismos básicos de adaptación: sobrevivir y reproducirse, esta tesis adscribe a este postulado. Como es evidente la TO ha logrado sobrevivir, pero ¿Cómo se ha reproducido desde ese entonces?, ¿Tiene los TO una concepción holística de su objeto de estudio, del concepto de salud, y de la finalidad de su disciplina o continua concibiendo al ser

³¹ Teoría general de los sistemas de L. von Bertalanffy (1910-1972), Introducción a la epistemología genética de J Piaget (1896-1982), Espíritu y naturaleza de Bateson (1904-1980), Cibernética de Wiener (1894-1964), El fenómeno Humano de T de Chardin (1881-1955), La otra cara del espejo de Lorenz (1903-1989), Auto organización en los sistemas de no equilibrio (Prigogine (1917),etc, además de la física relativista y cuántica, las matemáticas no lineales, la teoría de los sistemas disipativos en termodinámica, la teoría de redes neurales en neurociencias, la inteligencia artificial y la semiótica.

desgarrado en sus partes componentes, desintegrado del contexto, respondiendo a una lógica mecanicista, sin posibilidad de síntesis? ¿A qué paradigma responden los modelos que adoptan los TO en su práctica clínica?

La naturaleza híbrida da cuenta de una doble constitución, en cuyos límites se produce el advenimiento de la tensión que clama por una síntesis. Negar o subestimar este hecho implica un estancamiento para la disciplina, una fragmentación y una profunda crisis en la identidad profesional que no permite reproducir una visión unificada. Posicionarse en la interfaz, donde se percibe la conciencia de sí y de las reglas compartidas, posibilita reflexionar sobre estos conflictos e intentar una solución superadora de la crisis en la que la TO se encuentra inmersa, de modo que la ligadura funcional que favorezca este salto será el advenimiento de una nueva etapa de consolidación para la TO. La historia muestra como la disciplina tuvo que adaptarse a la concepción positivista en un intento de supervivencia, pero también como tras la crisis de identidad profesional ha surgido el tercer paradigma que responde prolijamente a la lógica dialéctica en su intento de soldar la grieta. Esta lógica presenta dos ideas:

-El “perseverar en el origen”: implica el retorno al origen o al estado de equilibrio que funda la noción de ciclo. La unidad originaria es indeterminada y tiende al Dasein³² o estado determinado complejo, el punto es la alteración o cambio, de allí la reproducción en tanto supervivencia. Ahora bien ¿Puede retornarse a lo mismo o lo mismo es tan solo repetición?, esta lógica advierte que nunca se vuelve exactamente al mismo punto. El concepto de *Aufhebung*, permite comprender que se bien se retorna al mismo tipo (por ejemplo, el descanso nocturno), no se regresa a la misma ocurrencia (cualidad del descanso). En la historia de la TO se retorna a sus fundamentos conceptuales pero enriquecidos por los desarrollos posteriores (técnicas, tecnologías, teorías, etc).

³² El concepto de Dasein o 'ser-ahí' es uno de los términos más importantes de la obra del filósofo alemán Martin Heidegger. Lo utiliza para indicar el modo de existir propio del ser humano, de poder ser, en un sentido pragmático de estar haciendo algo ahí. Una entidad es lo que es, lo que está siendo pragmáticamente, en un contexto de encaje práctico, en un contexto de intencionalidad. El conocimiento teórico es un ajuste con el mundo que lo rodea.

-La “determinación compleja” es resultante de una historia o identidad narrativa. Una conducta es el homólogo de un lexema³³ en el mundo lingüístico, esta acción puede manifestarse en el área del cuerpo, de la mente, del contexto o en todas ellas como lo es en el ser ocupacional.

En esta línea la TO, entendida como totalidad que tiende a preservarse, requerirá seguir un patrón reproductivo con dos atributos esenciales:

- Validez, donde el predominio está marcado por el todo, representado por un paradigma que incluya en su visión las concepciones del sujeto, la salud, la ocupación, el entorno y sus interacciones para comprender el fenómeno ocupacional.

- Eficacia, donde el predominio está marcado por las partes, representadas por el compromiso, ética y desempeño profesional de los terapeutas ocupacionales. Las creencias individuales de un colectivo (comunidad de terapeutas ocupacionales) se explican por la función que cumplen en la estructura superior (profesionales de la salud) a un fin al cual sirve y del cual forma parte (salud de la población). Si las partes actúan como colectivo estructuradas y no meramente conjuntadas, es decir organizado hacia un mismo fin, puede construir entes más complejos que tienden a estabilizarse con mayor eficacia ya que reproducen la misma norma. Este hecho en el caso de la TO estaría facilitado por la adherencia a un mismo paradigma que resolvería los dilemas presentes en la identidad ocupacional del terapeuta ocupacional.

Las bases filosóficas entendida como la visión que adopta cualquier disciplina y por consiguiente cada uno de sus profesionales, proceden de su base histórica. Sostiene Turner:

Cualquier profesión requiere de una base filosófica sólida que sirva de referencia para que los profesionales que la integran evalúen y juzguen su práctica, su investigación y su teoría. Sin esa base pueden resultar

³³ El lexema es la parte fundamental de una palabra que contiene un significado referencial a la totalidad.

vulnerables a presiones y modas, además de ser susceptibles a seguir una evolución errónea” (como se cita en Rubio Ortega y otros, 2014, p.3).

No es extraño implementar intervenciones guiadas por la intuición, por el ensayo-error o incluso por la experiencia, pero en definitiva poco sustentadas por una teoría que justifique dicha elección por sus efectos terapéuticos. La falta de mediación teórica nos posiciona en un saber-hacer no muy diferente al de un lego con un poco de sentido común y otro tanto de tendencia a la acción, basta con detenerse a pensar ¿con qué frecuencia los usuarios, familiares, y personal de las instituciones donde se desempeña el TO se dirigen con términos como “seño”, “profe”, “doctor”, “laborterapeuta”, “psicoterapeuta”, “operador terapéutico”, “acompañante terapéutico”?, ¿a qué se debe la falta de uso simplemente de las siglas “T.O” en lugar de las anteriores expresiones?, ¿existe relación entre el uso preciso de la nominación y la identidad profesional entendida como la reproducción de rasgos aceptados y compartidos por toda la comunidad científica de TO y su posterior reconocimiento en otros ámbitos?. El uso poco preciso del término puede deberse a la edad de la disciplina respecto de otras profesiones del ámbito de la salud, al mayor reconocimiento dado a las intervenciones identificadas con el modelo médico, al ámbito de ejercicio profesional, a la cantidad de TO respecto de otras disciplinas insertas en el campo de la salud, a la explicación de la intervención que realiza el propio profesional para sí y para otros. Respecto a este último motivo se puede pensar si el TO encuentra más convincente efectuar y justificar sus intervenciones desde el modelo biomédico, ejercitando los componentes de desempeño más que las áreas y roles ocupacionales, verdaderos indicadores de una adaptación satisfactoria al entorno, o si depende del conocimiento, uso y manejo de modelos propios de la disciplina. Para que un sentido se reproduzca es necesario apelar a un lenguaje común, en el caso de la disciplina ese lenguaje corresponde al uso de terminología uniforme, marcos de trabajo y modelos teóricos reflejados en la elaboración de registros como informes de evaluación, evolución, epicrisis, aportes en reuniones de equipo, supervisión de casos, grupos de estudio y otras instancias que posibilitaran poner en práctica y reflexión los conocimientos y destrezas utilizados en la práctica, así como comunicar las intervenciones codificadas bajo reglas aceptadas, representadas y reproducidas dentro de una comunidad científica y no

ajena a ella. Es importante advertir que toda acción está calificada por un contexto que consagra o condena. Siguiendo esta línea y recordando que con la escritura se da nacimiento a la historia humana (H.C Lain Entralgo, 1961), la producción de conocimiento científico, a los 90 años de creación de la Terapia Ocupacional, continua siendo escasa, ubicándose en los últimos lugares Latinoamérica ¿A qué se debe este déficit en caso de que no quede justificado por la edad de la disciplina en cada región del mundo?

Por ello es imprescindible reflexionar sobre la situación actual de la TO en relación a las transformaciones ocurridas en cada uno de los momentos históricos que acompañaron su desarrollo epigenético e identificar los momentos de tensión, los intentos de adaptación y el modo de reorganización alcanzado para poder responder ¿Por qué tambalea la identidad profesional al punto de no ser reconocida a pesar de su casi siglo de desarrollo?

Capítulo 4: Paradigmas de la Terapia Ocupacional e Identidad profesional

4.1 Paradigmas de la Terapia Ocupacional, momentos de crisis y resolución.

Pre – paradigma: (Siglos XVIII-XIX)

Durante el siglo XVIII, el pensamiento moderno, surgido a partir del renacimiento, marca una nueva forma de concebir al ser humano, por el lugar privilegiado que ocupa la razón sobre los determinismos sobrenaturales, de modo que las perturbaciones de la mente se transformaron en enfermedades. La etapa Humanista rompe con la concepción medieval de la enfermedad como poseimiento demoníaco y sus prácticas consecuentes (exorcismos, inanición, aislamiento, contención física, purgas, vagabundeo).

Se instaura el tratamiento moral inicialmente en Italia, en Inglaterra con Tuke y posteriormente en Francia con Pinel en la época de la Revolución de la cual fue partícipe. Luego se extendió con Tood a EEUU. Este tratamiento generó una fuerte influencia en etapas posteriores, pues concretizaba los ideales de la burguesía (igualdad, libertad y fraternidad).

El escenario socio económico en Francia e Inglaterra tras la Guerra de los siete años produce cambios en las estructuras económicas de estos países que favorecieron la instauración del tratamiento moral como resultado del reclamo al encierro injustificado, emblema de la revolución francesa, en oposición al poder despótico de la monarquía, simbolizado en la destrucción de La Bastilla (prisión).

En Francia se decreta en 1790, la creación de instituciones especializadas para el tratamiento de la enfermedad mental, sin embargo, los marginales no pasan a ser abordados desde sus necesidades y posibilidades de reinserción social. Locos, mendigos y criminales, eran entendidos como efecto de la separación del hombre con el orden y de las buenas costumbres sociales.

Pinel toma el cargo de director de La Bicetre en 1793 y luego en 1795 de La Salpêtrière, hecho que por primera vez constituye la incorporación del criterio médico en instituciones de estas características. Constituyó un riguroso método de observación y análisis para el estudio sistemático de los fenómenos de la enfermedad mental, permitiendo establecer una de las primeras clasificaciones de enfermedades mentales (o vesanías) en el “*Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*” (1801), basada en los principios clasificatorios de las ciencias naturales y la impronta conceptual de Locke y Condillac. Su obra y la de sus seguidores, permitió que la psiquiatría sustituyera la especulación por la observación empírica. Describió las alteraciones de las funciones psíquicas (memoria, atención, juicio y pensamiento) y dividió a las enfermedades (melancolías, manías con y sin delirio, demencia e idiotez). Además pensaba que la etiología de la locura podría darse por la vulnerabilidad hereditaria, deficiencias en la educación y descontrol de las pasiones, y por tanto podrían ser el resultado de una combinación de factores hereditarios y experiencia de vida, lo que nos acerca a una concepción más biopsicosocial de la enfermedad, aunque lejana aun de la concepción contemporánea. Por otro lado, en el campo institucional, consideró posible la recuperación de algunos alienados recurriendo a la parte de su razón que no estuviese perturbada, promoviendo la humanización del trato al alienado eliminando, como primera medida, su encadenamiento a las paredes, así como la supresión de las sangrías y otros procedimientos que no servían más que para debilitar a los enfermos, por el contrario se brindaba, como método de curación, palabras de estímulo, la

ejercitación de un razonamiento hábil y la organización del tiempo con actividades de trabajo, recreación y descanso.

Por su parte Inglaterra promulgo una ley por la que se generan las condiciones de la beneficencia privada y los seguros. Tuke funda en 1796 el Retiro de York.

En EEUU las ideas de los cuáqueros sirven de referencia y Rush, considerado padre de la psiquiatría norteamericana, inaugura en 1756 el “Pennsylvania Hospital for the insane”, este tipo de instituciones públicas y privadas, proliferaron por EEUU a principios del siglo XIX y se crea la figura de superintendente médico. Mas tardíamente en 1895, Rush Dunton, considerado fundador de la TO, forma parte del equipo médico del Sheppard Asylum.

Pero estos hospitales no presentan aun un enfoque humanitario, jurídico y científico, sino que demuestran las condiciones políticas, sociales, económicas e ideológicas de la época, siendo la estructuración del tiempo en torno al trabajo, como elemento disciplinario el pilar del tratamiento moral. El trabajo es el valor opuesto a la actividad delirante que fomenta la regulación del tiempo, el comportamiento, los hábitos morales adecuados y el sometimiento a las reglas institucionales. Como sostiene Moruno Miralles (2015) no había indicios “de un plan individualizado basado en una evaluación que contemplase las peculiaridades del sujeto tratado, sino que suponía, muy al contrario, un régimen común para todos los residentes de las instituciones” (p.54).

Si bien se constata un antecedente de la actividad en el campo de la salud, ya no a cargo de celadores, aun no constituye un medio terapéutico o de tratamiento, de hecho, algunas técnicas terapéuticas medievales continuaban practicándose (como la inmersión, la ducha fría, la cura de hambre o la dependencia a un hombre que, por sus cualidades físicas y morales, ejerciera sobre el alienado un poder para cambiar el círculo vicioso de sus ideas).

Michel Foucault es el gran crítico de este periodo en relación a las técnicas probadas empíricamente a los pacientes, como el orden, el control de los cuerpos y del tiempo, incentivando determinados hábitos e inhibiendo conductas, lo que implica un modo sutil de represión. El alienista es la figura de poder, las cadenas dejan su lugar a un sujetamiento moral cuyo objetivo terapéutico era el retorno de

las pasiones a un equilibrio natural, al modo hipocrático, suprimirlas o subsumirlas al dominio de la razón.

A mediados del siglo XIX surgen eventos que darán paso a una nueva configuración social, tras las consecuencias de la crisis económica de la posguerra civil norteamericana y el flujo de inmigrantes. Se abre paso a los movimientos a favor de un trato más humanitario de los grupos marginales (convictos, discapacitados, mendigos, enfermos crónicos), dentro de los que recibe especial mención el dirigido por Dorothea Dix; incluyéndose esta población a los asilos estatales provocando un fenómeno de masificación y congestión, cambio en la tipología, reducción en la financiación que marco un cuadro insostenible concluyendo en el declive del tratamiento moral. Así también marcaron el cambio los avances médicos en relación al estudio etiológico de la enfermedad mental y el inicio del darwinismo social que erosiono el compromiso social con su premisa “la supervivencia del más apto”, provocando la desaparición paulatina de estas instituciones e instaurando nuevas modalidades.

Con la Revolución Industrial se generó un nuevo modo de producción social valorizando el trabajo, la ocupación es entendida en esta época como sinónimo de trabajo y se instaura como filosofía, desarrollándose y ajustándose al discurso económico capitalista. La aptitud para el trabajo era indicador de productividad para la sociedad, la práctica psiquiátrica asimila este valor, considerando la fuerza productiva potencial de su población. Así surgen las industrias intrahospitalarias como forma de autoabastecimiento y terapia de los internos, si bien ya no se los confinaba al encierro, la práctica se transforma en mano de obra barata ahorrándole al Estado los costos de su asistencia. “Si el trabajo, es el remedio más adecuado para la exaltación de las pasiones, es porque las fija a una actividad socialmente valorada y en esa matriz tiende a vaciarse la noción moderna de adaptación a la realidad" (Vezzetti, 1983).

Primer Paradigma: (principios del siglo XX a 1940)

Este paradigma es conocido como “Paradigma de la Ocupación”, en el se recuperan y desarrollan los principios del tratamiento moral para influir en la

adaptación y recuperación. La bibliografía de las primeras cuatro décadas muestra un alto grado de consenso acerca de lo que para Kielhofner son los elementos de un paradigma: los conocimientos centrales, punto de vista focal y valores; que permitió su constitución como tal. Los máximos referentes del mismo hicieron sus aportes en EEUU, tal es el caso de Adolf Meyer, Eleonor Clark Slagle, Rush Dunton, Susan Tracy, Kidner y William George Barton. Además, se hace presente la corriente filosófica conocida como Pragmatismo que coloca a la acción humana en una posición privilegiada, influyendo sobre los pioneros de la T.O a través de sus postulados: la creencia es el establecimiento de un hábito, la validez de un concepto depende de la incidencia sobre el quehacer diario, las relaciones entre la idea y la acción generan significados. Dewey como referente de esta corriente en el ámbito educativo, sostenía que el aprendizaje se produce a través de la acción y que el conocimiento es válido en tanto sea útil para resolver problemas diarios y ayudar al ser humano a adaptarse al entorno.

Tras las denuncias realizadas por los movimientos anteriores y el declive de las instituciones, surge un periodo de reforma hospitalaria en la que se destaca la creación de The National Committee for Mental Hygiene (NCMH) en 1909 por Beer. En ella colaboro el médico neurólogo y psiquiatra suizo Adolph Meyer, reinterpretando los principios y las prácticas del tratamiento moral tendientes a la reinserción sociolaboral y al mantenimiento de la salud de los enfermos mentales. Meyer creó la primera escuela y teorización de la ocupación. Su concepción sobre el hombre y el proceso de salud era la siguiente: “el hombre como organismo que se mantiene y se equilibra en un mundo de realidad teniendo función activa” (...) “el uso que hacemos de nosotros mismos da marca final a cada uno de nuestros órganos”, (como se cita en Kielhofner, 2006, p.32). Se observan supuestos como:

- a) la naturaleza activa y ocupacional del ser humano
- b) la ocupación como organizador natural del comportamiento humano y agente motivador.
- c) la irrupción de la enfermedad como alteración de la condición de la naturaleza humana por mantenerse ocupado provocando alteraciones físicas (pérdida de fuerza y tonicidad muscular, etc), cognitivas (pensamientos mórbidos y viciosos, disfunción cognitiva), sociales (aislamiento) y volitivas (desmotivación).

d) el logro del equilibrio se logra a través de la ocupación por lo que podría ser utilizada terapéuticamente.

Eleonore Clarke Slage era una trabajadora social inspirada en el trabajo a través de la ocupación. En 1912 fue directora de “The Henry B. Favill School Occupation” y del departamento de Terapia Ocupacional en el Hospital Johns Hopkins bajo las órdenes de Meyer, y también fue presidente de la Sociedad Nacional para la promoción de la TO. Su aporte se muestra en la creación de la Asociación de profesionales y en sus esfuerzos para la acreditación de los T.O, ya que para aquel momento no era aún una profesión reconocida.

Susan Elizabeth Tracy, enfermera y administradora de la escuela de capacitación de enfermeras del Adams Nervine Asylum, dictó los primeros cursos de ocupaciones considerados como la primera capacitación sistemática en terapia ocupacional. También publicó el primer libro estadounidense de T.O “Studies in invalid occupation”. Detectó un mayor compromiso en el proceso de recuperación a partir de la identificación de los intereses y el significado para los pacientes, así como la dignidad puesta en juego, revelando un punto central de la ocupación, que es la motivación. Realizó aportes para la graduación de actividades.

Influenciado por el trabajo de esta enfermera, el médico norteamericano William Rush Dunton crea un Programa de ocupación y recreo en un asilo de Baltimore, acuña el término “Terapia Ocupacional” y funda en 1917 la National Society for the Promotion of Occupational Therapy (NSPOT), lo que posteriormente sería la AOTA. En 1918 publica uno de sus artículos titulado “Los principios de la T.O”, en ese momento las prácticas eran ejercidas por enfermeras.

Durante este siglo el proceso de industrialización generó mayor marginalidad, pobreza, flujo migratorio y accidentes industriales que tendrían su influencia en el ámbito sanitario. Surgen en oposición a dicho proceso movimientos sociales, que son originariamente de Inglaterra, como las sociedades de artes y oficios en las que Barton se interesa; y el movimiento de los establecimientos y casas de acomodación de fuerte influencia para la T.O y conservando en actualidad su impronta en el aspecto pragmático de la disciplina. Herbert James Hall, médico clínico, propició el desarrollo de las bases de la T.O, relacionadas especialmente al uso terapéutico de la actividad, como el abordaje terapéutico para enfermos

mentales a través de las artes y oficios, ya que estas ofrecían el nivel correcto de estimulación física (habilidades motoras), mental (habilidades cognitivas) y social evitando el aislamiento (habilidades sociales), el desánimo (subsistema volitivo), promoviendo la instalación de un patrón de actividad saludable evitando el ocio (subsistema de habituación). Además, utilizo la estrategia de trabajo escalonado para evitar la frustración y el aburrimiento (elementos del ambiente). En 1904, junto a la artesana Jessie Luther, crearon un sanatorio al que llamaron “Handcraft Shops” (talleres de trabajos manuales) en el que proponían la utilización del trabajo con fines terapéuticos. Publico en 1915 el libro “The work of our hands” y organizo en 1918 el Boston School of OT (en el que 22 años después se graduaría Mary Reilly). En 1921 fue elegido presidente de la NSPOT y fue durante su mandato que cambió el nombre a AOTA (American Occupational Therapy Association).

Posteriormente el estallido de la primera guerra mundial, tras la fundación de la National society for the Promotion of Occupational Therapy (NSPOT) en 1917, provoca una nueva reconfiguración. Los fundadores se implican activamente durante el periodo bélico formando a profesionales ya que la NSPOT provee dos mil ayudantes a la contienda. Se establece así una alianza entre la T.O y la medicina rehabilitativa, una nueva tipología (traumatismos, amputaciones, ceguera, trastornos por estrés postraumático, depresiones, etc) y una concepción del uso de la ocupación como medio para restablecer la función de los componentes involucrados en la actividad laboral y el automantenimiento, dando lugar al entrenamiento en el uso de prótesis y ayudas técnicas, así como la adaptación de puestos laborales.

Durante la 1º Guerra mundial en Canadá, un grupo de enfermeros y asistentes sociales se ocupan de los heridos de guerra, lo que produjo la graduación de más de 1500 “auxiliares de reconstrucción” entre las que participaban mujeres civiles. En dicho país, tras el surgimiento del Movimiento de Rehabilitación (1942-1960), la T.O toma un perfil más específico relacionado a este concepto presuponiendo la rehabilitación como su filosofía, instaurándose un modelo humanista cuyo éxito se debió a una estrategia política para el abordaje de los secueles de guerra.

Durante la 2º Guerra Mundial se desarrolló la TO en Inglaterra. Para la británica Evelyn Mac Donald la prolífera emergencia de la asistencia a los heridos de

guerra y el ingreso de la mujer en el campo de la salud fueron los determinantes del nacimiento de la T.O.

Este siglo continuo concibiendo y estructurando el tratamiento moral, posteriormente sistematizado en 1927 por el inglés Hermann Simon en su libro “Terapéutica activa en el sanatorio psiquiátrico” con el que la “ergoterapia” adquiriría estructura técnica y racionalmente valida. Sin embargo, fue criticada por su insuficiente elaboración conceptual y sus críticas relacionadas a seguir el principio de normalización que los primeros modelos de rehabilitación sostenían y que luego evolucionaron al principio concebido por los modelos basados en la diferencia. Por estos antecedentes no es extraño en la actualidad la asociación, que profesionales de la salud y la población general, hacen entre la T.O y la “laborterapia”.

Se destaca en este paradigma no ya la función de la ocupación de modo coercitiva sino una función educativa vinculada al desarrollo de la capacidad productiva y el desarrollo de hábitos durante el tratamiento individualizado, enmarcada en el principio por el cual la implicación subjetiva del individuo en la realización de una actividad significativa genera un efecto activador, rescatando de este modo su potencial terapéutico.

Se resalta el énfasis puesto en el método reflejando la influencia proveniente de la formación que en ciencias médicas tenían sus pioneros y los aspectos motivacionales, siendo el mayor avance conceptual en este paradigma, a diferencia del pre paradigma, al implicar activamente a la persona en su proceso de recuperación a través de la selección de actividades a partir de sus intereses y significaciones, ya no es una mera asignación de las mismas. Por otro lado, en ambos paradigmas se observa el abordaje del ser humano, siendo en este último más profundizado, resaltando el compromiso y la dignidad de la persona y la importancia de ocupar el tiempo con un patrón de hábitos saludables alternando momentos de actividad y descanso.

De modo que comienzan a visualizarse los elementos que conforman un paradigma: la naturaleza de la ocupación, los valores y los principios básicos; así como el énfasis puesto en el sujeto y la motivación. También se amplían los ámbitos de ejercicio profesional.

En relación a la formación académica de TO surge en 1920 la homologación de programas en EEUU y Canadá, pero la asociación presidida en ese entonces por Kidner no incluye los aportes de Slage y Dunton, reflejando un alejamiento de los supuestos fundamentales de la disciplina y por ende una base conceptual propia de la TO. En Europa la formación es más tardía, concretándose especialmente en Inglaterra hacia 1930 y en Escocia, mientras que las asociaciones de profesionales se constituyen en dichos países hacia 1938 y 1932 respectivamente.

La depresión económica de 1930 y el estallido de la segunda guerra mundial en 1939, junto a los avances en psicología, psiquiatría y medicina de la rehabilitación marcaron un nuevo escenario para la TO a partir de la década del cuarenta, momento en que sucede la primera crisis paradigmática de la TO.

Primera crisis de la Terapia Ocupacional

Para aquel entonces los importantes hallazgos en medicina produjeron que esta se ubique como ciencia hegemónica, de modo que se pretendía que todas las ciencias de la salud respondieran al método científico propio de las ciencias naturales. Desde la perspectiva de un análisis político-social esta hegemonía da cuenta de los juegos de poder que el estado delega para que se establezcan los patrones de normatividad en función de sus intereses y necesidades de control.

Esta epistemología predominante sometió fenómenos complejos (como lo es el comportamiento ocupacional) a la reducción en sus partes-componentes. En consecuencia, la incipiente T.O se adaptó a dicho momento y se propuso comprender la función y la disfunción en términos de los mecanismos que la subyacen (anatomofisiológicos, neurológicos e intrapsíquicos), generando teorías que se circunscribieron a la dimensión biológica relegando por completo la complejidad del fenómeno ocupacional y su finalidad como se advierten en los modelos teóricos desarrollados bajo este paradigma.

Esta etapa de crisis constituye, en términos de Samaja, una interfaz, que para la TO tuvo sus ventajas y desventajas, por un lado le permitió avanzar en la comprensión de los mecanismos subyacentes al funcionamiento ocupacional,

aunque por otro suprimió los fundamentos del primer paradigma sin lograr conservarlos e integrarlos en las nuevas teorías, reduciendo la concepción de hombre a la de ser biológico y olvidando la dimensión psicosocial.

Si bien pudo conservarse, adaptarse a las exigencias impuestas por la comunidad científica, y sobrevivir como ciencia de la salud, no logro reorganizarse en una nueva estructura funcional. El costo fue una enorme crisis de identidad que persiste hasta la actualidad, evidenciada por la escasa publicación científica, la desarticulación entre teoría y práctica (en contraposición con otras disciplinas de la salud que avanzaron mucho en estos términos por tener un modelo propio que les otorga identidad como la kinesiología, psicopedagogía, psicología, fonoaudiología, etc); por libros y artículos científicos de la última década que representan la necesidad de rescatar los orígenes de la T.O para resignificarla.

Segundo paradigma: “Paradigma Mecanista” (1940-1970)

La revolución postindustrial, caracterizada por una explosión del conocimiento científico, consagro en el campo de las ciencias de la salud la división del trabajo, entendida como “especialidades”, quedando subordinadas a la ciencia médica. Tal alianza se ve reflejada en 1950, año en el que la TO se une a las asociaciones médicas en norteamérica.

Se añaden otros factores además de las secuelas de guerra, como ser el crecimiento de la expectativa de vida y las consecuentes enfermedades crónicas, así como la discapacidad infantil a causa de la epidemia de poliomielitis, que propiciaron el impulso entre 1940 y 1950 de la T.O junto a la medicina rehabilitadora.

Para fines de la década del sesenta, la identidad profesional cambio de manera importante dados los avances teóricos (neurofisiología, bioquímica, farmacología, biomecánica) y tecnológicos que acompañaron a la época. En el ámbito de la salud mental la aparición de los neurolépticos en la década del cincuenta fue un gran hallazgo para la psiquiatría, y la instauración de la corriente psicoanalítica también influencio en el desarrollo de la T.O hacia los años sesenta representada en los textos de Fidler y Fidler.

Este nuevo enfoque llamado mecanicista, concibió al hombre como una máquina compuesta por componentes, cuyo funcionamiento depende de la integridad de sus partes. Hace énfasis en las alteraciones de los mecanismos internos del individuo (aparato psíquico, sistema nervioso central, sistema musculoesquelético), reduciendo la complejidad a la mera suma de las partes. De modo que la T.O consagra la actividad terapéutica como medio para la restauración de dichas funciones y estructuras, en consonancia entre la década de 1960 y 1970 surge el análisis de la actividad. Según Mosey (1986) la práctica clínica dominante en esas décadas se caracterizó por un “abordaje sintomático” (como se cita en Moruno Miralles, 2002, p. 41).

Los supuestos manejados eran:

- a) Las causas de disfunción son lesiones congénitas o adquiridas durante el desarrollo
- b) La capacidad de desempeño depende de la integridad de los sistemas nervioso central, intrapsíquico y musculoesquelético. Esta concepción dará nacimiento al análisis ocupacional.
- c) Restaurar el desempeño a través de actividades para mejorar funciones, adaptar equipos, tareas, entornos para compensar limitaciones permanentes. Surgen las técnicas compensatorias y las ayudas técnicas.

Se presentan tres enfoques: Neurodesarrollo (Ayres, 1972), Neuromuscular (Bobath, 1964) y Psicodinámico (Llorens, 1960, Wes, 1959, Azima, 1959, Fidler, 1958). Vemos como se generaron teorías a partir de conceptos de otras disciplinas pero que no logran rescatar los fundamentos del primer paradigma, renunciando al inminente enfoque psicosocial del pre y primer paradigma para centrarse en los componentes. Se percibe una identidad profesional desorientada dentro de las ventajas y desventajas de este paradigma, en busca de un mediador que facilite el reencuentro con los fundamentos conceptuales y la síntesis de estos elementos para el desarrollo de nuevos aportes.

Surgen tres concepciones de la actividad:

- 1) La actividad como ejercicio medible para restablecer la función perdida.
- 2) La actividad como productividad para obtener resultados de mayor calidad y en un tiempo menor del que llevaría usando sus propios recursos.

Ambas concepciones enfatizan el producto final y no el proceso subjetivo en la ejecución, apoyado en los valores post industriales de mitad del siglo XX caracterizado por la valoración creciente del conocimiento, que hace del mismo un factor de producción: controlar los cuerpos y el tiempo al ritmo de trabajo, ajustarse a un comportamiento socialmente aceptable y productivo. Esos eran los supuestos de las prácticas para la recuperación de enfermos crónicos mentales y físicos, así como el modo de alcanzar el estatus científico.

- 3) La actividad como expresión fue conceptualizada entre las décadas del 50' y 60' por el matrimonio Fidler en EE UU y por los Azima en Canadá, en el marco del surgimiento del psicoanálisis en los países del norte. Centrado en el aspecto psicodinámico de la acción, privilegiando no el proceso (ejercicio) ni el producto (productividad) sino el productor (subjetividad), las relaciones de sentido, de objeto y representación simbólica. En consecuencia, los análisis de la actividad incluyeron posteriormente los componentes intra e interpersonales (Fortain, 1985).

Las ventajas en relación al cuerpo teórico de conocimientos externos son inconfundibles, así como la metodología para la evaluación, diagnóstico e intervención cuantificable. Sin embargo, la disciplina se vio encarecida en relación a la incorporación de los conceptos fundamentales y el desarrollo de conocimiento ligado a la especificidad de la práctica, sometiéndose por el contrario a marcos de referencia más potentes correspondientes a otras áreas de conocimiento (biomédico y psicoanalítico).

A finales de los años sesenta surgió la necesidad de definir su objeto de estudio y circunscribir la especificidad de su quehacer unificando estos preceptos para todos los ámbitos de ejercicio profesional, a favor de una identidad profesional más firme. Para ello se definieron los dominios y se formularon modelos teóricos y de práctica bajo el trabajo enmarcado por la AOTA, las investigaciones desarrolladas por Mary Reilly que promovieron el desarrollo de la Terminología Uniforme y el Modelo del comportamiento ocupacional dando inicio al tercer paradigma.

Segunda crisis de la Terapia Ocupacional

A pesar de los avances teóricos y técnicos, hubo estancamientos respecto a los fundamentos del primer paradigma, especialmente los relacionados a la naturaleza ocupacional del ser humano, el enfoque psicosocial y la concepción holística que se vio reemplazada por una de índole reduccionista. La alianza con la medicina tuvo consecuencias positivas como el conocimiento de los mecanismos internos subyacentes a la ocupación y negativas como la distancia con los principios subyacentes de la TO sin lograr integrarlos en un nuevo corpus teórico propio de su especificidad.

Este distanciamiento evidencio una brecha importante entre la teoría y la práctica que provoco el desarrollo de una identidad profesional débil caracterizada por la confusión de roles y el poco reconocimiento de la disciplina a pesar de haberse adherido al paradigma imperante.

Se comienza a criticar la lógica reduccionista por crear una versión pasiva y mecánica del comportamiento humano (Von Bertalanffy, 1968), al punto de ser insuficiente para explicar la dimensión ocupacional (naturaleza activa del ser humano en términos de adaptación al medio para lograr sobrevivir y la naturaleza ocupacional en términos de los medios para lograrlo y llevar una vida significativa como finalidad).

No se trata de juzgar o criticar a las ciencias médicas ya que su influencia es innegable, en efecto se propone considerarla como condición de posibilidad para la T.O y un momento de constitución de su naturaleza híbrida por la que, como sucede con determinadas especializaciones de la medicina, existen interfaces, límites difusos donde la dualidad queda en evidencia, borrando los absolutismos y a la espera de una síntesis. Por ejemplo: la psiquiatría dinámica toma elementos de la psicología, la psicología toma elementos de la filosofía, la psicopedagogía toma elementos de la psicología del desarrollo y del psicoanálisis, la Terapia Ocupacional toma elementos de la medicina, la sociología y la psicología, pero cada una de ellas debe integrar y resignificar estos elementos a un modelo teórico y de referencia propio.

En ese sentido, Mary Reilly (1962) describe esta sensación de crisis compartida entre los colegas como “una creciente situación de confusión” y dirá “el amplio y

enorme abismo que existe entre la complejidad de la enfermedad y la sencillez de nuestra herramienta de tratamiento es, y siempre será, el orgullo y la angustia de nuestra profesión” (como se cita en Sanz Valer y Sierra Canals, 2010, p.5). De modo que cuestiona la posición de la T.O y su devenir, identificando la necesidad de devolver la ocupación al lugar central en la teoría y en la práctica. Sigue la línea de Meyer recuperando los conceptos fundamentales de motivación, historia vital y entorno, que, junto a las teorías de otras disciplinas, logra sintetizar en un aporte original para explicar la formación del comportamiento ocupacional, describiendo sus etapas del desarrollo (exploración, competencia, logro), y dando lugar a intervenciones más acertadas. En su libro “Play as exploratory learning” (1974) destaca la influencia de los roles ocupacionales esperados a la edad y sexo en la organización del comportamiento ocupacional y su relación con la jerarquización de las áreas ocupacionales. Crea el Modelo del comportamiento ocupacional demostrando científicamente la necesidad vital del hombre por mantenerse ocupado y controlar el ambiente, así como la alteración de esta necesidad genera estados de disfunción o patológicos.

Esta autora, es la que finalmente logra que la TO de un salto ontológico ubicándose en un nivel de mayor jerarquía de integración respecto a sus formaciones anteriores. No solo se aplica con claridad el concepto de “Aufhebung” al suprimir y conservar el segundo paradigma, redefinir los fundamentos conceptuales del primero e integrar ambos dando lugar a este nuevo paradigma, sino que podríamos establecer incluso una relación analógica con su propia teoría: entre el primer paradigma con la exploración, el segundo con la competencia y el tercero con el logro.

Tercer paradigma: (1960-actualidad).

A este paradigma se lo conoce como “Paradigma del comportamiento ocupacional”. Ante la necesidad de organizar los conocimientos de la TO y formalizar su estructura se rescataron los aportes del libro de Adolf Meyer (1922) “The Philosophy of Occupational Therapy”, como el primer paso por establecer los principios básicos de la TO. La ocupación recuperada por Reilly requirió ser redefinida, investigada y sistematizada para hacerla definible y defendible. Alrededor de los 80’ surgen las ciencias de la ocupación (Yerxa, Clark, Zemble)

en un intento de consagrarse como ciencia básica y explicar la naturaleza de la ocupación analizando la forma, significado y función.

La disciplina, ahora más centrada en la ocupación, se fortaleció con el auge de la teoría de los sistemas. Esta teoría constituyó la base para el estudio del fenómeno ocupacional al considerar al ser humano como un sistema abierto, complejo y dinámico en el que ningún componente por separado puede hacerlo funcionar si no se halla integrado al todo. A partir de esta teoría, Gary Kielhofner propuso el Modelo de la ocupación humana con cuatro ediciones: en la primera de 1980 introduce una jerarquía entre subsistemas, en la segunda de 1985 incorpora el ambiente, en la tercera de 1995 concluye la jerarquía en tres subsistemas e incorpora un carácter dinámico, siendo en la cuarta edición del año 2002 en la que incorpora los componentes de desempeño y la noción de cuerpo vivido. Los supuestos son:

- a) La naturaleza ocupacional de los seres humanos entendida como necesidad de mantenerse ocupado para subsistir y satisfacer otras necesidades; y como impulso a explorar y dominar el ambiente.
- b) La ocupación es un dominio específico del comportamiento humano a través del cual los individuos crean circunstancias para su existencia y la significan, revelando una narrativa y direccionando su historia.
- c) La participación activa permite comprometer al individuo en su proceso de recuperación ya que el significado que los individuos le otorgan a la ocupación determinará la efectividad de la terapia. Por tanto, la práctica es centrada en la ocupación y en el cliente.
- d) La finalidad de la intervención es resolver los problemas de limitación en la participación de ocupaciones y evitar consecuencias invalidantes.

Según Roger (1982) las limitaciones se traducen como experiencias negativas y reducción en la calidad de vida, incapacidad y desadaptación, de modo que la mirada va más allá del deterioro considerando el impacto en la vida ocupacional. Por su parte Trombly (1993) sostiene que las limitaciones en la capacidad son insuficientes para comprender la naturaleza de los problemas ocupacionales y hay que analizar el entorno, la configuración de hábitos y patrones de desempeño ocupacional, así como las ocupaciones necesarias y deseadas por las personas.

Karen Diasio Serret analiza a la T.O desde la propuesta de Russel Ackoff, quien sostiene que un perfil de la T.O fue dado desde el renacimiento a la revolución industrial y un segundo desde la revolución intelectual a la revolución postindustrial o era de los sistemas, en el que el movimiento funcionalista, opuesto al mecanicista, pone énfasis en las totalidades y las síntesis (como se cita en Da Rocha Madeiros, 2008, p.61).

Si bien la producción ha ido en aumento desde la década del setenta, coincidiendo con el desarrollo del tercer paradigma, estos nuevos conocimientos han resultado demasiado abundantes por lo que requieren ser organizados en estructuras conceptuales e integrados en modelos de índole explicativa que facilite el abordaje de fenómenos complejos en la práctica clínica. En ese sentido las propuestas de Kielhofner (1980) y Moruno Miralles (2002) son similares, el primero ofrece una posible organización y jerarquización de los conocimientos existentes y un modelo teórico explicativo, el segundo “pretende elaborar un modelo de la tarea de diagnóstico ocupacional que sirva de herramienta para analizar la estructura del conocimiento y el procedimiento subyacente al proceso de evaluación ocupacional, como aspecto esencial de la práctica clínica” (p.3).

4.2 Historia de la Terapia Ocupacional en Argentina

A nivel mundial (especialmente en Europa y América del norte), la Terapia Ocupacional presenta, como principal antecedente el tratamiento de rehabilitación brindado a un porcentaje de los sobrevivientes de la primera y segunda guerra mundial con traumatismos físicos y psíquicos, así como secuelas invalidantes y la necesidad de reinserción sociolaboral de los mismos.

En Argentina, a principios del siglo XIX, en épocas de revolución, el Hospital General de Hombres, fue un depósito de alienados. Cosme Argerich y luego su alumno Diego Alcorta, adoptan las doctrinas del tratamiento moral. Posteriormente Lucio Melendez se hace cargo de la dirección del Hospicio de las Mercedes e impulsa una organización laboral del hospicio. Comienza a publicar sus primeros casos en la Revista Médico Quirúrgica. Se crea en 1854, a un año de la sanción de la Constitución nacional, el Hospital Braulio Moyano durante la

presidencia de Urquiza. En 1857 se destina un presupuesto a los hospitales monovalentes y se incorporan talleres terapéuticos. Uriarte y Cabred iniciaron la laborterapia o praxiterapia, ejecutadas en aquel entonces por las damas de beneficencia. Este último fue el iniciador del sistema psiquiátrico de puertas abiertas inspirado en experiencias inglesas que tienden a dar al establecimiento el aspecto de un pueblo, que alcanza su consagración con la inauguración de la Colonia Nacional de Alienados “Open Door” en 1889.

En 1956, la creación de la Comisión nacional del lisiado tras la epidemia de poliomielitis propicio la formación de personal técnico en rehabilitación con el apoyo de profesionales británicos. La T.O inglesa Betty Hollings realizó un programa de formación de seis meses surgiendo los primeros ayudantes de T.O. Un año después la Asociación contra la lucha de la parálisis infantil contrató a Ruby Kroom de California y en 1958 la OMS envió a Helen Dahlstron en calidad de asesora. En 1959 un equipo de terapistas ocupacionales británicas fue contratado por el gobierno argentino para organizar la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (ENTO) en la ciudad de Bs As, la cual fue reconocida por la WFOT en 1962.

El Plan de Salud Mental creado por el Dr. Mauricio Goldemberg a fines de los sesenta instauro un nuevo campo para las T.O en el tratamiento de agudos, ya que promovió la creación de equipos interdisciplinarios de salud mental en hospitales generales donde se incluyeron a los Terapistas Ocupacionales hasta la actualidad. Por la misma época se crearon Servicios de Terapia Ocupacional en hospitales monovalentes como el Htal. José T. Borda, Htal. Braulio Moyano, Htal. Infante juvenil Carolina Tobar García pertenecientes al Ministerio de salud de la Nación. Desde finales de esa década hasta la caída del gobierno democrático en 1976 se produjeron grandes avances: se organizaron jornadas del campo psiquiátrico (1966) y del campo físico (1967); se observa la inclusión del campo de salud mental marcada por el ingreso de las ciencias sociales y el psicoanálisis en Argentina. Desde 1972 a 1985 se produjo una falta de producción teórica dada las condiciones sociales del gobierno de turno a pesar del retorno de la democracia.

En la década del ochenta y noventa se incorporaron terapistas ocupacionales a planta permanente en Servicios de Psicopatología de hospitales polivalentes del Gobierno de la Ciudad y de la Provincia. Por su parte la primera residencia interdisciplinaria en Salud Mental (RISAM) que incluía a la profesión se creó en

el ámbito de la Ciudad de Bs As alrededor de la década del ochenta a partir del Plan Nacional de Salud Mental diseñado por el Dr. Goldemberg. La residencia de Terapia Ocupacional se creó en 1997 en la Ciudad de Bs As con el propósito de formar profesionales en Hospitales Generales de Agudos. En 1985 la Universidad Nacional de la Rioja organiza el I Congreso argentino de T.O. En 1995 se realiza el IV Congreso argentino y III Simposio Latinoamericano de T.O en Santa Fé. Esta época de intercambio de conocimiento científico marco las líneas de investigación de corte empirista, la creación de nuevas casas de estudio y la formación a través del sistema de residencias. Actualmente existen dieciséis (16) universidades que ofertan la carrera de T.O (de las cuales ocho son privadas), nueve (9) Asociaciones de Profesionales, tres (3) Colegios de Terapistas Ocupacionales y sistemas de residencias (Ver Anexo 4).

Capítulo 5: La identidad Profesional del Terapeuta Ocupacional

5.1 Sobre la Identidad Profesional

Como uno del representante del tercer paradigma se considera a Kielhofner (2006) quien en su libro, “Fundamentos conceptuales de Terapia Ocupacional”, define la identidad profesional a partir de las características reconocibles de un persona o grupo, como lo es compartir una visión uniforme y exclusiva de la naturaleza de su trabajo (perspectiva, valores, objetivos, problemas, métodos y competencias), para presentarse ante otros como un tipo particular de profesional.

La tesis central de su libro es que la identidad y la competencia son el sello de un grupo de profesionales, y que ambas se derivan de los fundamentos o bases conceptuales compartidos en la disciplina, conformados por las creencias, los supuestos, los valores, las teorías, los hallazgos de investigación y el “know how” o experiencia clínica. El conocimiento y uso de las bases conceptuales dan cuenta de cómo el T.O traduce su identidad y cuan competente es. Sin embargo, sostiene que “lamentablemente no siempre se integran en un todo coherente” (p.4), repercutiendo en efecto negativamente sobre la identidad y competencia profesional. Alude a la falta de ordenamiento de las bases teóricas que devienen en una desarticulación teórico-práctica, en instancias más graves, el mal uso o

falta de uso de los mismos. Sostiene que “los terapeutas ocupacionales se atienen a la experiencia y al sentido común”... “los conceptos a veces no guían la práctica, y está a veces está por debajo de lo que indicarían la teoría y la investigación” (p.7). Supone que los problemas reales de naturaleza compleja superan a la teoría, para ello propone una reorganización de las bases conceptuales y sugiere, en concordancia con lo anteriormente expuesto, una instancia de dialogo entre la teoría y la práctica, para el avance de la disciplina. Estas instancias estarían marcadas por la enseñanza, la discusión, la toma de decisiones clínicas, la escritura y la investigación, las cuales favorecen el aprendizaje, apropiación, uso y desarrollo de los fundamentos conceptuales. En ese sentido Moruno Miralles (2011) sostiene que “un conocimiento profundo de la matriz conceptual de una disciplina mejora su ordenación y contribuye a la elucidación del quehacer profesional, a la mejora de su identidad y al desarrollo de la metodología que permite trasladar las ideas y conceptos”.

Propone un ordenamiento de los fundamentos conceptuales es en tres capas concéntricas: Núcleo, Modelos conceptuales de la práctica y conocimiento relacionado. Se enfatizará sobre las dos primeras capas por ser las que otorgan identidad y competencia profesional.

1) Núcleo: incluye al Paradigma como el elemento más estable. Es la visión compartida acerca de la naturaleza y propósito para un colectivo de profesionales que define y otorga identidad a sus miembros.

El Paradigma supone tres elementos: conceptos teóricos centrales; punto de vista focal y valores.

A su vez los conceptos teóricos centrales se dividen en tres puntos:

a) Principios de la naturaleza ocupacional:

-La naturaleza ocupacional del ser humano le permite satisfacer necesidades vitales. Siguiendo la jerarquía de necesidades humanas de Maslow: necesidades fisiológicas relacionadas a la supervivencia, las necesidades de seguridad, de pertenencia, de estima y de autorrealización.

-La ocupación como aspecto del bienestar humano y por tanto ligado a la salud.

-La ocupación como nexo para la interacción del ser humano con su entorno.

b) Disfunción en el desempeño ocupacional como problema central y exclusivo de la TO, suponiendo que la ocupación es un aspecto de la salud, su privación imposibilita el desarrollo satisfactorio de la persona amenazando su integridad.

c) La ocupación como agente terapéutico (promoviendo el compromiso hacia ella, así como la adaptación de la ocupación o del entorno donde se desarrolle).

El punto de vista focal corresponde a la visión holística del ser (como sistema complejo abierto) y del concepto de salud, como se trabajó en capítulos precedentes.

Los valores suponen la práctica centrada en el cliente (rescatando el compromiso hacia la ocupación, su autodeterminación, el ejercicio de derechos y obligaciones); la participación activa; la calidad de vida y la máxima autonomía posible.

2) La segunda capa concéntrica está formada por los modelos. Estos son los elementos más variables, proporcionan conceptos teóricos para explicar algún aspecto del fenómeno, tecnología para su aplicación, y comprobación empírica a través de la investigación aplicada que verifica o no sus aportes. Kielhofner (1986) define al modelo teórico como “un instrumento destinado a facilitar el razonamiento clínico y la resolución de problemas”. El modelo es entendido como la articulación entre la teoría y la práctica necesaria para el fortalecimiento de la identidad y competencia profesional.

En esa línea Pellegrini sostiene que los modelos de práctica pueden evolucionar a modelos teóricos, por tanto, un modelo teórico deberá necesariamente generar un modelo de práctica.

Para identificar los modelos teóricos vigentes en Terapia Ocupacional, Polonio López y Noya Arnaiz (2001), realizan en el Capítulo 6 del libro “Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional”, una distinción en este elemento, definiendo a los marcos de referencia como “el sistema de teorías procedentes de diferentes áreas de conocimiento que constituyen los fundamentos científicos de la práctica de T.O” (...) “Es un conocimiento teórico que no proporciona

herramientas prácticas para la intervención”. (p.66). Así mismo citan la distinción de Hagerdon para quien los marcos de referencia se dividen en:

- Marcos primarios de referencia: conjunto de teorías que sirven para orientar, dar coherencia y significado a las intervenciones de TO. Presentando dos tipos: el fisiológico y el psicológico.

- Marcos de referencia aplicados: versión del conocimiento externo que ha sido adaptado para poder ser aplicada a la práctica de TO. Enuncian dentro del enfoque fisiológico al Biomecánico; el Perceptivo-cognitivo; el del Neurodesarrollo: incluyendo al control motor (Bobath), del movimiento (Brunnstorm), facilitación neuromuscular propioceptiva (Kabat), estimulación sensorial (Boot), integración sensorial (Ayres). Por su parte dentro del enfoque psicosocial se encuentran el marco analítico; el humanista; el conductual; el cognitivo-conductual: incluyendo la terapia racional emotiva, la terapia cognitiva de Beck, el entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum.

Por otro lado, las autoras, mencionan que los modelos de la TO se configuran a partir de teorías propias de la profesión otorgando unidad e identidad. Presentan el Modelo de la Ocupación Humana (MOHO, 1980); el Modelo de desempeño ocupacional de la AOTA (1994); el Modelo Canadiense de desempeño ocupacional (CMOP, 1982); el Modelo de funcionamiento ocupacional de Trombly (1995); Modelo de discapacidad cognitiva de Allen (1992); Modelo de las Actividades de Salud de Cynkin y Robinson (1980).

Por su parte Kielhofner (2004) presenta siete modelos (Ver Anexo 5), pertenecientes al paradigma contemporáneo (p.218), pero sostiene que, si bien todos los modelos se construyen por analogías tomando constructos de otros campos disciplinarios o interdisciplinarios, es importante que las formulaciones teóricas estén orientadas hacia la comprensión y abordaje de fenómenos exclusivos de la TO. Como se ha comentado previamente un modelo teórico de la practica debe poder explicar algún aspecto del fenómeno, brindar tecnología para su aplicación y poseer suficiente comprobación empírica, en este sentido entre los modelos que brindan explicaciones teóricas de las relaciones entre los fenómenos y no solo se limitan a describir conceptos o taxonomías, se destacan cinco modelos conceptuales de la práctica de Terapia Ocupacional:

- Modelos descriptivos y explicativos: Biomecánico; integración sensorial; cognitivo perceptual; control motor; MOHO.
- Modelos descriptivos: cognitivo y canadiense.

Los únicos que se enfocan en la ocupación, en el desempeño de los roles ocupacionales, en los factores subjetivos como la autodeterminación y motivación en la elección, organización y desempeño de ocupaciones, es decir en los elementos que conforman los conceptos teóricos centrales de un paradigma, en este caso del comportamiento ocupacional o paradigma contemporáneo, son el MOHO y el CMOT; el resto se focaliza en los componentes (motor, sensoperceptivo, cognitivo) y en las modificaciones ambientales. Además, el MOHO es el que ha desarrollado una teoría más coherente y enmarcada en el fenómeno ocupacional, la propuesta de tecnologías para su aplicación e investigación exclusiva sobre evaluaciones y utilidad en la práctica.

Dirá Kielhofner (2004) “por esta razón a menudo se utilizan los dos modelos más amplios en combinación con modelos que se centran en los deterioros experimentados por el cliente o grupo de clientes” (p .220). El MOHO se clasifica como un modelo explicativo, que a diferencia de los modelos de corte descriptivos “proporcionan una comprensión importante de la naturaleza y el funcionamiento de los fenómenos” (p.221), así como posibilita el manejo sistemático y la predicción del mismo, y no una mera descripción de creencias y valores. Por otro lado, resalta que “es importante que las formulaciones teóricas ofrecidas por los modelos de la TO estén enmarcadas para tratar perspectivas exclusivas de la TO” (p.222).

Considerando que el MOHO posee no solo un carácter descriptivo sino explicativo a diferencia del CMOT, y es el que posee mayor evidencia de estudios aplicados, resultaría ser un indicador de identidad y competencia profesional si existiera conocimiento, manejo y uso del mismo.

Giannini ³⁴ presenta trece modelos (Tabla 6-1, pp.78) sobre el desarrollo ocupacional según los diferentes modelos de Terapia Ocupacional:

³⁴ Giannini, R. Fundamentos del desarrollo evolutivo y ocupacional de la persona con trastorno mental. En Sanchez; Polonio; Pellegrini. *Terapia Ocupacional en Salud Mental*. (2012).

Fundamentos filosóficos de la ocupación en la salud mental (Meyer, 1922); Modelo del comportamiento Ocupacional (Reilly, 1960); Modelo de la Recapitulación de la Ontogénesis (Mosey, 1966); Modelo de la integración sensorial (Ayres, 1968); MOHO (Kielhofner, 1980); Modelo de la discapacidad cognitiva (Allen, 1982); Modelo de la adaptación ocupacional (Schkade y Schultz, 1992); Modelo de la ecología del desempeño humano (Dum Brown Mc Guigan, 1994); CMOP (CAOT y MSNBS, 1997); Modelo de adaptación a través de la ocupación (Reed y Sanderson, 1999); Modelo del funcionamiento ocupacional (Trombly, 2002); Modelo Kawa (Iwama, 2006); Modelo persona-ambiente-ocupación (Stewart, Letts, Law, Acheson, Strong, Rigby, 2006). (Ver Anexo 5).

Moruno Miralles (2002) realiza un análisis de los modelos desarrollados durante la década de 1910 a 1999 siguiendo la propuesta de Reed y Sanderson (1999)³⁵, destacando que la mayoría fueron producidos en EEUU y permitiendo constatar la escasez de producción hasta 1960 (ocho modelos), el paulatino incremento de allí hasta 1970 (seis modelos) y el disparo ocurrido hasta 1980 (dieciocho modelos); manteniéndose esta tendencia desde 1990 a 1999 (dieciséis modelos). Es a partir del 90´ donde comienzan a examinarse las estrategias y habilidades del TO implicadas en el proceso clínico, ofreciendo en palabras de Moruno Miralles (2002) “una alternativa a la tradicional elaboración de modelos” (p.49).

En ellos se constata el consenso respecto a los criterios que permiten circunscribir el campo teórico y la práctica de la TO, delimitando el dominio de la disciplina alrededor de los siguientes conceptos: áreas ocupacionales, componentes de desempeño, contextos de desempeño, noción de desempeño ocupacional. Pero en contrapartida la enorme profusión de información, la variedad de conceptos similares representados en terminologías diferentes han solo generado mayor confusión pues estos no se han interpretado en modelos de la práctica de naturaleza explicativa sino puramente descriptivos-prescriptivos , lo cual representa serias limitaciones en la articulación teórico-práctica en todos los ámbitos (académicos, clínicos y científicos), pues compromete el desarrollo de las competencias necesarias en estudiantes y profesionales.

³⁵ Se puede apreciar la propuesta de Reed y Sanderson ampliada por el autor en la Tabla A1.1, Anexo 1 de su tesis doctoral “Razonamiento clínico en Terapia Ocupacional: un análisis del procedimiento diagnóstico”.

De manera similar a Kielhofner, Moruno Miralles (2009) destaca la importancia de modelos de T.O que incluyan explicaciones del modo en que los TOs aplican el conocimiento para identificar, comprender y resolver los problemas complejos en los que se circunscribe su práctica (p.4). Por otro lado, se requiere de una estructura conceptual que posibilite adquirir, relacionar e interpretar la información, siendo el procedimiento para arribar a un diagnóstico ocupacional está representado por la evaluación ocupacional.

De modo que un modelo teórico de la práctica de T.O de corte descriptivo-explicativo que adscriba al tercer paradigma, así como el proceso de evaluación conforman las condiciones de posibilidad para el desarrollo de la T.O.

3) El último elemento de las bases conceptuales se ubica en la capa externa formada por el conocimiento relacionado (distinto al conocimiento propio y exclusivo), que complementan los modelos. No contribuyen a la identidad profesional y por tanto no se lo reconoce como un componente de la competencia del TO hasta tanto no sean incorporados a un modelo de práctica. Entre ellos se encuentran los conocimientos pertenecientes al modelo biomédico, los relacionados a los estudios sobre discapacidad y los provenientes de las teorías psicodinámicas.

Para cerrar este apartado cabe interrogarse ¿Ha logrado la TO profundizar hacia el centro y el núcleo o aun continúa circulando por la capa externa?, de ser así sería imprescindible rescatar el valor de nuestras prácticas a la luz de las teorías propias.

5.2 Características actuales de la identidad profesional.

Esta tesis de maestría intenta dar respuesta a varios interrogantes relacionados al conocimiento de la disciplina y el que los profesionales que la ejercen poseen sobre ella. Una de las preguntas de esta investigación formulada al inicio fue ¿Cuál es la razón del escaso conocimiento que se tiene de la Terapia Ocupacional en la población en general y para otras disciplinas?

Se han arrojado respuestas tentativas, entre ellas la relacionada a la edad que la disciplina tiene en la Argentina, reconociéndose el año 1959 como el surgimiento

de la formación formal, cumpliendo en este país 58 años de trayectoria, (recordando que el surgimiento en EE. UU fue en el año 1916 en el estado Columbia y la primera homologación de programas de estudio en Canadá cuatro años posteriores).

En el viejo continente surge en Inglaterra y Escocia hacia el año 1930, mientras que en España lo hace más tardíamente en 1961. Para 1998 y 1999 se firman las declaraciones de Sorbona y Bolonia respectivamente, que destacan un sistema comparable de titulaciones en Europa (ya que algunas universidades impartían la enseñanza de la Terapia Ocupacional como diplomatura y otras como carrera de grado), surge en ese último año el Proyecto Tuning. El 15 de marzo de 1917 es considerada una fecha histórica para la Terapia Ocupacional, por la creación de la Sociedad Nacional para la Promoción de la Terapia Ocupacional (posteriormente AOTA), siendo este año la conmemoración de los 100 años de trayectoria.

Otra respuesta posible sería pensar que el motivo de tan escaso conocimiento acerca de la TO se ubicaba en el interior de la disciplina, a modo personal el encuentro del graduado con una sensación de confusión de roles disciplinares, la necesidad casi desesperada por sistematizar una anamnesis completa y una valoración ocupacional efectiva, la dificultad por justificar teóricamente los objetivos e intervenciones, por intentar un proceso terapéutico coherente y por afianzar el uso de terminología propia de la profesión reflejada en registros de evolución en historias clínicas e informes, son algunas de las situaciones más comunes y reiteradas de la práctica profesional clínica cotidiana, y son las causas que, de no ser resueltas, van constituyendo una identidad profesional poco solvente para el mismo profesional, para el resto de los profesionales de la salud, para el paciente y para la población general.

Por ambos motivos ubicados tanto en el exterior como en el interior de la disciplina, se comparte la creencia que afirma que el avance disciplinar y la consecuente mejoría en la identidad profesional está directamente relacionada con el desarrollo del conocimiento científico. Este desarrollo depende del compromiso profesional y de las instituciones académico científicas a las que pertenece. Actualmente existen en Argentina dieciséis (16) Universidades que ofertan la carrera, doce (12) Asociaciones de profesionales y tres (3) Colegios a lo largo de todo el territorio nacional (Ver Anexo 4).

A través de la lectura crítica de artículos y libros³⁶ de habla hispana se constata que los problemas en la identidad profesional continúan vigentes, hecho que produce una directa identificación y un gran entusiasmo por sumar un aporte. Estas fuentes coinciden en que la segunda crisis de identidad profesional, previa a la década del sesenta, fue consecuencia de la inscripción de la TO al segundo paradigma, el cual proclamaba como modelo propio de las ciencias de la salud, el biomédico, dice Kielhofner (2006) “cada terapeuta experimento esta confusión de identidad de forma individual como una incomodidad y una frustración por su incapacidad de explicar (a sí mismo y mucho más a los demás) que era la terapia ocupacional”. (p.265).

Si en definitiva la razón de tal escaso conocimiento se ubica al interior de la disciplina, es decir en los diferentes actores que conforman la comunidad científica de T.O, diríamos que la falta de conocimiento es el resultado de la escasa producción científica, formación académica y reflexión clínica por parte de cada uno de los actores que impiden el avance de la disciplina más allá de la edad que tenga en la región o el país estudiado. Un claro ejemplo de ello es la revitalización de la investigación en España donde la aparición de la T.O fue tan solo unos pocos años posteriores que en Argentina. Si bien en el capítulo previo se ha identificado que la segunda crisis de T.O produjo una identidad profesional híbrida y fragmentada, el surgimiento del tercer paradigma en palabras de Kielhofner viene a “sellar” la grieta fortaleciendo la identidad y la competencia profesional al recuperar los fundamentos conceptuales del primer paradigma e integrarlos con los avances científicos del segundo y los desarrollos de las teorías propias de T.O iniciadas con Mary Reilly. ¿Se inscribe la producción científica en este paradigma? Como puede constatare en la revista argentina de T.O, la revisión de las publicaciones de artículos, reseñas bibliográficas, conferencias y entrevistas, dan cuenta de las temáticas relacionadas en su mayoría con:

³⁶ Sánchez, Polonio, Pellegrini. (2012). “Terapia Ocupacional en salud mental”. (pp.113). Kielhofner, G. (2006). “Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional”. Talavera Valverde, M.A. (2007). El quehacer vacío. La identidad profesional al alcance de la mano. Talavera Valverde, MA. (2008). Identidad Profesional en Terapia Ocupacional, entre otros citados en la bibliografía.

- Los valores de la T.O (derechos, igualdad de oportunidades, calidad de vida, dignidad) y sobre la naturaleza ocupacional (adaptación del entorno, desempeño de roles, subjetividad).

- Los modelos utilizados (marco de referencia psicosocial, marco de referencia ecológico, modelo canadiense, ciencias de la ocupación, paradigma de la Complejidad de Edgar Morin)

- Nuevos términos como “terapias ocupacionales”, “terapia ocupacional social”, “ecología ocupacional”, “justicia ocupacional”

- Nuevos ámbitos de actuación (situación de catástrofes, riesgos del trabajo, comunidades vulnerables)

- Escasez de producción científica en estos nuevos ámbitos. Falta de difusión de la TO por parte de los mismos TO. Investigación en la región.

- Reflexión sobre las prácticas clínicas, sobre las prácticas comprometidas con procesos socio-históricos, y con condiciones socio-económicas.

- La necesidad de supervisión, de profundización sobre aspectos teóricos y prácticos y de la interdisciplina dada la complejidad del ser ocupacional

- Posicionamiento ético.

- Estudios realizados a estudiantes y familiares.

Muchas de las temáticas están relacionadas con los elementos del tercer paradigma, con la complejidad del ser ocupacional y con la importancia de la reflexión y producción de conocimiento y su articulación teórico-práctica; sin embargo, en relación a la utilización de modelos y al surgimiento de nuevos ámbitos y términos podría pensarse en la amplificación de conocimiento a riesgo de no favorecer la identidad profesional en caso de no reordenarse bajo un mismo paradigma.

El paradigma contemporáneo se ubicó como una suerte de solución frente a la pérdida de los fundamentos originales que le dan sentido e identidad. De modo que a cincuenta y tres (53) años del surgimiento de este avance (tomando como referencia a la Teoría de Mary Reilly sobre el comportamiento ocupacional de

1962), cabe preguntarse ¿Logró en la actualidad la T.O argentina acceder a ese nuevo nivel de integración o la crisis de identidad aún persiste? Ciertamente esta respuesta depende del conocimiento, uso y manejo de los modelos teóricos de la práctica que respondan al tercer paradigma, ya que ambos elementos (paradigma y modelos) representan los fundamentos o bases conceptuales de la T.O (conceptos teóricos centrales propios de la disciplina, supuestos y principios de la naturaleza ocupacional, valores, punto de vista focal o visión uniforme y exclusiva de la T.O, teorías, hallazgos de investigación y evidencia). Los modelos determinan el grado de competencia del T.O y promueven el fortalecimiento de la identidad profesional. Por ello es importante relevar el conocimiento en los distintos actores: clínicos, académicos y científicos (terapistas ocupacionales, estudiantes avanzados, docentes e investigadores), tratando de identificar el conocimiento, utilización y manejo de los modelos propios de la T.O.

De modo que la segunda capa de las bases conceptuales resulta crucial para esta tesis, justamente su ubicación en la interfaz donde adviene el sujeto (en este caso el terapeuta ocupacional con una crisis de identidad profesional), allí entre el núcleo (paradigma e identidad) y los conocimientos externos de la disciplina, se sitúan los modelos como una suerte de sintetizador capaz de disminuir las brechas identificadas (entre la teoría y la práctica; el reduccionismo y el holismo; el enfoque biomédico y el enfoque psicosocial, el paradigma mecanicista y el paradigma del comportamiento ocupacional).

Kielhofner explica cómo se intensificó aun más la grieta al proponer una ciencia básica de la ocupación que la distinguiría de la ciencia aplicada o T.O, en ese contexto surgió la Ciencia de la ocupación con la expectativa de ser una ciencia básica, igualmente a lo que Mosey criticaba, sin reparar en su aplicabilidad y efectividad. Mosey (1992), sostenía que la T.O se limita a la aplicación del conocimiento adquirido provenientes de otras teorías (del desarrollo neurológico, relaciones objetales, etc), pero que la aplicación sin la reformulación teórica apropiada al fenómeno ocupacional, constituye una simple exportación y no un modelo validado. En torno a esta cuestión dice Sbriller (1997) que la T.O debe concebirse como una “ciencia aplicada cuyos aspectos filosóficos y conceptualizaciones teóricas están sustentados por diferentes ciencias básicas” (p.18).

El MOHO como propuesta se enmarca en la epistemología ampliada resultando en efecto una alternativa que supera a la mera “racionalidad técnica” (Schon, 1998), comulgando más con la idea de la retroalimentación o “bucle retroactivo” (Morin, 1999), donde la teoría se nutre de la práctica y viceversa.

La perspectiva alternativa pretende rescatar este punto, siendo este la condición de posibilidad para generar conocimiento científico válido, no pudiendo ser puramente práctico (conocimiento ordinario), ni teórico (conocimiento no aplicable).

En el ámbito clínico y en la enseñanza académica, este punto está posibilitado por la competencia del razonamiento clínico en cada profesional y estudiante avanzado pues permite articular la teoría con la práctica, en tanto se trate de modelos teóricos propios de la disciplina, a través del ejercicio de realizar un proceso terapéutico, efectuar registros, presentaciones en congresos o reuniones, escritura de artículos científicos, lectura crítica y formación continua. Por su parte los actores institucionales como las universidades, el sistema de residencia, los colegios y las asociaciones cumplirán sus funciones en torno a este objetivo a través de la actividad científico académica que intenta no solo articular la teoría con la práctica sino realizar comprobaciones empíricas, reflexionar y debatir sobre la identidad actual del T.O argentino, y promover el avance científico de la disciplina.

Justamente la persistente brecha encontrada entre la teoría y la práctica es la evidencia del insuficiente modo en el que el conocimiento de T.O se desarrolla y organiza. La disciplina tiene un origen netamente pragmático germinado durante el pre paradigma, los primeros intentos de teorización fueron rápidamente interceptados por el desarrollo de conceptos cimentados en otros paradigmas que provocaron una brecha entre un núcleo débil y un contenido de conocimiento relacionado diverso, amplio y poco unificado. En consecuencia, el rol profesional modelado fue de carácter técnico y desarticulado de aquellos primeros fundamentos. Por ello la necesidad de sintetizar un cuerpo unificado que aporte coherencia, más allá del área de ejercicio profesional, y que genere una identidad profesional solvente.

Kielhofner y Burke (1980) constituyen la síntesis alentando, mediante sus desarrollos científicos, a reflexionar críticamente sobre el paradigma que se focaliza sobre la naturaleza ocupacional del ser humano, idea ya concebida por Meyer (1922) y Reilly (1969), esto implica una conceptualización nueva de un fenómeno conocido.

Pat Nuse Clark (1979) no ha perdido vigencia, pues sostiene que la explosión de conocimiento y tecnología que sustenta a la TO resulto abrumadora, carente de organización y dirección. De modo que otras disciplinas del campo de la salud han logrado avanzar, mientras la TO ha sido incapaz de definir claramente su rol, función, bases teóricas y actividad investigativa, ¿Será que la entrada definitiva al tercer paradigma es resistida o poco promovida, lo cual evidencia la falta de desarrollo científico de la TO en Argentina? Lo significativo en la historia de la ciencia no es solo el descubrimiento sino también el reordenamiento de lo que ya existe, el conocimiento de una disciplina no tiene un orden explícito, pero es importante ordenarlo para aportar coherencia. La T.O se encuentra en este punto, donde es necesario reflexionar, reordenar e integrar los elementos para obtener un paradigma sólido y consensuado por todos los integrantes de la comunidad disciplinar, en torno a los conceptos básicos o esenciales a partir del cual compartir una visión, principios y métodos propios.

Retomando a Burke y Kielhofner se centraron en la teoría de Khun sobre los cambios de paradigmas, y sostuvieron que la T.O rompe con el modelo biomédico puesto que sus supuestos atomistas y mecanicistas resultaron insuficientes para abarcar los fenómenos relacionados con las consecuencias de la enfermedad, los cuales requieren facilitar la adaptación del sujeto a su contexto. De modo que sus prácticas y métodos (técnicas, fármacos, estudios) encuentran límite en este aspecto del comportamiento humano más relacionado al ser social que al ser biológico. Al igual que Mary Reilly, se inspiraron en Ludwing von Bertalanffy autor de la “Teoría General de los sistemas” (1968) de corte claramente dinamista. En 1983 el Modelo de la Ocupación Humana constituye un nuevo paradigma que posibilita esta anhelada coherencia, uso y guía del razonamiento clínico y promueve la investigación. En 1988 el modelo llega a Latinoamérica siendo defendido en Brasil. En el tercer paradigma, queda clara la concepción del hombre como sistema abierto, dinámico y complejo, en interacción con el medio a través del desempeño de roles ocupacionales esperados a su edad, sexo y condición.

Aquí hay puntos de similitud con la epistemología ampliada que considera a las estructuras como un sistema abierto al medio y cerrado en sus ciclos, así como con el concepto de reproducción para perpetuarse en su identidad y sobrevivir y las interfaces a modo de emergencia de las subjetividades y las crisis que funcionan a modo de oportunidad para reelaborar la totalidad. El principio de naturaleza dinámica de todo comportamiento humano, entendido como sistema, reflejaría la interacción de factores genéticos, biológicos y de desarrollo que se modifican en relación al medio (tal como lo definen las series complementarias de Freud y las nuevas concepciones de la salud), pero al efectuar un recorte sobre el comportamiento ocupacional, diremos que la terapia a través de la ocupación, suprime los supuestos biologicistas (genética, neurofisiología, anatomía) y psicodinámicos pero los conserva en un modelo propio dando lugar a una nueva organización que comprende los fenómenos de desadaptación ocupacional como posibilidad de estar en el mundo.

Siguiendo a Kielhofner, su modelo y análisis del tercer paradigma, coinciden ampliamente con los propuestos por Samaja al describir el concepto de salud-enfermedad-atención, por el valor que la salud asume para una sociedad determinada y consecuentemente los modos de representación de lo normal-anormal. Si bien la TO se consagro como disciplina académico científica, actualmente, en las sociedades posmodernas, el valor principal se rige por el capitalismo y las tecnologías, que provocan de por sí sus correspondientes brechas sociales y tecnológicas, incluso en materia de acceso al derecho de la salud como lo son los escasos recursos para la rehabilitación psicosocial de personas con capacidades diferentes, de modo que su alcance no se reduce al abordaje de las estructuras y funciones o a comprometer a la persona en sus ocupaciones, sino también a gestionar los recursos necesarios para garantizar la participación y la adaptación de la persona a su entorno, siendo el ámbito de intervención de la T.O sobre estos tres elementos (persona-ambiente-ocupación).

En resumen es importante reparar sobre las dicotomías expresadas, por ejemplo: medio-fin en relación al uso de la ocupación terapéutica, siendo esta siempre un medio seleccionado propositivamente por el T.O, el cual debe estar consensuado con la persona y debe responder al interés que esta manifiesta lo cual la hace al

mismo tiempo significativa, el fin del proceso terapéutico siempre está presente por ser compartido por la visión que supone el paradigma de la ocupación, superando de esta manera la consideración de la ocupación sin el fin último de facilitar el compromiso, desempeño y participación ocupacional y utilizada meramente como un medio/ejercicio para restablecer una función.

Esta fragmentación podría evidenciar la supuesta carencia de un tronco común de conocimientos propios de la T.O que garantice la finalidad de la disciplina, en este caso demostrada por el uso o no de los modelos inscriptos bajo el tercer paradigma, lo que resultaría en un proceso poco coherente, intervenciones pobremente fundamentadas, objetivos de tratamiento no acordes a la especificidad de la disciplina, un servicio de baja calidad que en suma resienten el reconocimiento de la profesión y el rol profesional. Una posible síntesis de las instancias dicotómicas, que se conservan en respuesta a la naturaleza híbrida de la disciplina, está dada por los supuestos que el paradigma contemporáneo asume: por un lado “la participación activa” del sujeto en el saber-hacer y su hacer-ser derribando la concepción de paciente/objeto en tanto espera pasivamente la intervención de otro dueño del supuesto saber. Así mismo, la inclusión del “entorno”, donde las modificaciones graduales de sus elementos (grupos, tareas, arousal, barreras) permitan la integración plena del sujeto respetando sus capacidades y derechos siendo esta la máxima finalidad de la TO.

5.3 Propuestas para mejorar la Identidad profesional

De acuerdo a lo expuesto y siempre focalizando esta problemática en Argentina, por más que el material científico de España sugiera una situación similar, esta tesis resalta la persistencia, aún implícita, del conflicto relacionado con la crisis de identidad profesional. Su reversión estaría garantizada por la incorporación del tercer paradigma en la formación de grado y en la formación continua a través de cursos, congresos, especializaciones, grupos de estudio, supervisiones, talleres extracurriculares, sistema de residencias, lectura crítica y producción científica, cuyos actores principales son las universidades, las asociaciones y los profesionales.

En relación a la actividad académica, los planes de estudio de la formación de grado ofrecen teorías y prácticas relacionadas con distintos campos de ejercicio profesional, pero ¿ofrece una base teórica propia, común a los distintos campos, que posibilite la articulación entre teoría y práctica para el logro de intervenciones exitosas?

Como graduada y supervisora de prácticas pre-profesionales es de mi conocimiento que en los planes de estudio la falta de articulación teórico-práctica continua siendo una dificultad, especialmente en las cátedras “ocupaciones terapéuticas” (lo que en el ejercicio profesional equivaldría ni más ni menos que a las intervenciones terapéuticas), que motivo la modificación en los planes de estudios llamándose ahora “desempeño ocupacional”. Por otro lado, las prácticas pre-profesionales constituyen el momento para concretar estos conocimientos bajo la supervisión de un T.O experto, pero ¿Cuál es el grado de conocimiento, manejo y uso del T.O que se supone sea experto?

Por su parte la formación de posgrado no presenta una oferta amplia, solo las posibilidades de especializaciones, maestrías y doctorados para disciplinas afines a la salud o interdisciplinarias. Dentro de las ofertas específicas a las áreas de ejercicio profesional se constatan la especialización en T.O comunitaria, la especialización en pediatría y el sistema de residencias de diversos cortes como por ejemplo las residencias en salud mental del gobierno de la ciudad de Bs As y RISAM y otras residencias de perfil general (ver Anexo 4). Resulta alarmante la ausencia de formación continua destinada al estudio y análisis de los modelos del tercer paradigma.

En relación a la actividad científica, la Federación Mundial de Terapistas Ocupacionales mediante el documento “Position Statement of Research” (2006), reconoce la investigación como elemento crucial para el desarrollo y sustentabilidad de la profesión. Cabe destacar que la producción académico científica está representada por las actividades de docencia e investigación de las universidades, las Asociaciones Profesionales y los profesionales particulares e instituciones donde se desempeñan quienes, alentados por las incumbencias profesionales, colaboran con esta misión. Pellegrini desarrollo una investigación en 2013-2014. “Estado del Arte de la Investigación de Terapia Ocupacional en

Universidades Argentinas”, en la que intenta conocer el estado actual de la investigación en las carreras de T.O de las universidades argentinas, las áreas más estudiadas, los medios de difusión y financiación; y propone la creación de una red de colaboradores interuniversitarios, a fin de compartir los avances de las investigaciones y facilitar el desarrollo de grupos de investigadores de Terapia Ocupacional que estén interesados en explorar con colaboración mutua temas de investigación que faciliten el desarrollo profesional de Terapia Ocupacional en Argentina.

Es evidente que la T.O se encuentra en un momento de transición, de hecho, la primera revista científica en Argentina es del año 2015, instancia que deben aprovecharse al máximo pues permiten el intercambio, difusión y desarrollo de la teoría, la práctica, su articulación, el reordenamiento de supuestos y la generación de nuevos conceptos.

El origen híbrido de la T.O marca un paso distinto al de las disciplinas de la salud enmarcadas dentro de modelos fuertes, como puede ser el biomédico y el psicodinámico, por lo que resulta un desafío incorporar, a través del aprendizaje, a los modelos de la disciplina y a los elementos del tercer paradigma, que, junto al uso del razonamiento clínico como sintetizador de los mismos, posibilitarían el desarrollo de una identidad profesional solvente.

En este punto es importante destacar las funciones del aprendizaje según Piaget, donde la asimilación de nueva información y la acomodación de la misma, tarea implica una organización y coordinación de los esquemas para dar respuesta a las demandas, permiten que la estructura de conocimiento se vaya jerarquizando.

Partiendo de la suposición que todos los miembros de la comunidad científica adscriben al paradigma contemporáneo, bajo el cual se desarrollaron los siete modelos propuestos por Kielhofner, resulta imprescindible verificar si los profesionales utilizan frecuentemente modelos conceptuales en la práctica y “¿de qué modo utilizan los terapeutas estos modelos en la práctica” (pp.266). Si bien el paradigma contemporáneo posibilita redefinir la naturaleza y propósito de la disciplina se requiere el desarrollo de la competencia necesaria para afianzar estos supuestos.

Kielhofner (2004) define la competencia profesional como la capacidad para identificar problemas complejos, comprenderlos y manejarlos. Para pensar y

actuar de manera competente es necesario que se utilicen modelos de la disciplina. La correspondencia de la teoría con una situación real y la traducción de esta a un problema es un proceso complejo que requiere entrenamiento. Por ello dentro de las competencias merece una mención particular el razonamiento clínico, por ser un indicador de competencia profesional, ligado a la articulación entre la teoría y la práctica, así como para la gestión y resolución de casos siguiendo la estructura invariante del método científico que se ampliara en el siguiente capítulo.

Capítulo 6: La importancia del Razonamiento clínico en el fortalecimiento de la Identidad profesional

En este capítulo se propondrá al razonamiento clínico como indicador de competencia y dominio profesional, ya que se ubica, respondiendo a la lógica dialéctica, como nexo entre la teoría y la práctica, revelando en la interfaz, al objeto, el método y la finalidad de la disciplina o, en ausencia de su utilización, las contradicciones emergentes. Dicha competencia se halla presente a lo largo de todo el proceso clínico como lo es la modelización en el proceso de investigación científica, por tanto, se realizará una analogía entre las etapas invariantes del proceso clínico y las etapas invariantes del proceso de investigación científica.

6.1 Razonamiento clínico como proceso: definiciones y tipos.

Se comenzará definiendo los términos que componen este concepto, siendo el razonamiento el punto de separación entre el instinto y el pensamiento, de modo que si el instinto es la reacción de cualquier ser vivo, la capacidad de razonar permite, en principio, diferenciar a la especie animal de la especie humana, por tanto, razonar alude a la capacidad de pensar ordenadamente, lo cual implica secuenciar las ideas lógicamente para arribar a una conclusión.

Así el razonamiento es, en sentido amplio, la facultad que permite establecer una relación entre ideas o conceptos distintos para obtener conclusiones o formar un

juicio, o dicho de otro modo, para justificar una respuesta, en relación a un hecho que genere un problema, mediante argumentos o razones.

Cabe efectuar en este punto una distinción entre tipos de razonamientos:

-El razonamiento argumentativo como expresión lingüística de un razonamiento, que no sigue las reglas del método científico. Es utilizado por legos o personas no expertas en una disciplina.

-El razonamiento lógico o causal como el proceso de obtener una conclusión a partir de un conjunto de premisas. El juicio inferido es llamado conclusión. A pesar de que las inferencias se realicen conforme a reglas lógicas, lo que se obtiene como conclusión será simplemente un juicio de posibilidad.

El valor de la inferencia es que permite extraer de conocimientos ya establecidos, otro conocimiento que se encuentra implícito en las premisas o que resulte posible de acuerdo a ellas, de modo que las premisas son las condiciones de la inferencia siendo que la conclusión pueda no ser una consecuencia lógica de las premisas y aún así dar lugar a un razonamiento. Esto es porque las inferencias pueden ser de tipo deductiva, inductiva o analógica, y en consecuencia los razonamientos pueden ser:

- Válidos o correctos, también llamados estrictamente lógicos, cuando la inferencia sigue las reglas de la lógica deductiva, de modo que el razonamiento es válido cuando la verdad de las premisas implica necesariamente la verdad de la conclusión.

-No válidos o incorrectos, también llamados falacias, cuando la inferencia sigue las reglas de la lógica inductiva, de modo que del razonamiento se obtienen conjeturas lo que no implica necesariamente la verdad de la conclusión, y esta sólo puede considerarse probable. En un razonamiento inductivo válido es posible afirmar las premisas y negar la conclusión sin contradecirse.

Las ciencias de la salud utilizan, para la identificación de alteraciones en el estado de salud, la lógica deductiva ya que los razonamientos parten de premisas válidas

(fundamentos o conceptos de una teoría o modelo) para arribar a un juicio probable o conclusión diagnóstica, apoyada en otros métodos como la observación clínica, la entrevista, instrumentos de evaluación, etc. Sin embargo, a veces pueden utilizarse los otros tipos de inferencias, especialmente en el contexto de descubrimiento. ¿Podríamos afirmar entonces que el razonamiento clínico es un razonamiento de tipo lógico cuya finalidad es resolver un problema?

El uso del razonamiento clínico en el proceso de salud-enfermedad-atención opera como nexo entre la teoría (premisas) y la elección de intervenciones terapéuticas adecuadas, justificadas y basadas en el diagnóstico presuntivo (conclusión) del problema de salud.

En el campo de la medicina algunos autores definen al razonamiento clínico como “el proceso cognitivo necesario para evaluar y manejar el problema médico de un paciente” (Barrows, 2000), o bien “el proceso por el cual los médicos encausan su pensamiento hacia un diagnóstico probable” (Villarreal Salinas, 2014). “El razonamiento clínico es el conjunto de procesos mentales mediante los cuales el médico plantea un diagnóstico y decide los planes de manejo y pronóstico en un caso particular” (Norman, 2000).

En el campo de la TO se define al razonamiento clínico como un proceso cognitivo multifacético utilizado por los terapeutas ocupacionales para planificar, dirigir, realizar y reflexionar acerca de los servicios de sus clientes” (Schell, 1998). “El razonamiento clínico es el proceso utilizado por los profesionales para planificar, dirigir, realizar y reflexionar sobre la asistencia de la persona” (Boyt Schell y col., 2008). Fleming (1991) definió al razonamiento clínico como “un proceso lógico que corre paralelo al método científico”.

Moruno Miralles y Talavera Valverde (2012) y Cantero se basan en las propuestas de Rassafiani y Schell para definir al razonamiento clínico como “el proceso cognitivo básico que emplean los profesionales de la disciplina para evaluar, planificar, dirigir e implementar la intervención, así como la reflexión sobre la totalidad del proceso de atención prestado”. (pp. 321).

Otro elemento que se agrega a esta definición es considerarlo como el proceso cognitivo único de cada TO resultado de su formación, conocimientos y experiencia. En este sentido, según Labrador (2001) el razonamiento clínico “es

un proceso implícito que requiere de experiencia y competencia”. Por su parte Zurelis Santana (2008) lo definió como resultante 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 terapeutas ocupacionales a la toma de decisión.

Por otro lado, menciona que aunque pudiera parecer que hay poco en común entre terapeutas ocupacionales con áreas de atención diferentes, todos cuentan con la capacidad de combinar los distintos componentes del proceso terapéutico y que el perfeccionamiento de esta capacidad se desarrolla individualmente a través de un proceso longitudinal por mantenerse en el ejercicio de la práctica profesional y por la experiencia adquirida en un área de atención específica. Para ello resulta indispensable, usar el Marco de Trabajo para la Terapia Ocupacional, así como mantener registros sistemáticos, estructurados y con un lenguaje uniforme propio de la disciplina.

En síntesis, podríamos asumir que el razonamiento clínico se define como el proceso cognitivo de base lógica llevado a cabo de manera implícita por los profesionales de la salud que poseen experiencia y competencia, cuya finalidad es conocer el estado de salud del paciente/cliente/usuario, efectuando un diagnóstico probable y decidiendo la mejor estrategia terapéutica a seguir basada en los marcos, teorías y evidencia validadas por la comunidad científica.

Unsworth (2005) considera al razonamiento clínico como:

La principal estrategia para la toma de decisiones en la práctica cotidiana, permitiendo integrar el saber hacer (know- how) y el deber hacer establecido por los MRT y los modelos de práctica para buscar, interpretar información y generar la mejor opción de intervención. (Como se cita en Moruno Miralles y Talavera Valverde, 2012, p. 321).

Dentro de sus beneficios destaca el poder describir y explicar nuestra intervención, incrementar la excelencia profesional, mejorar la calidad del servicio, la enseñanza de la disciplina a estudiantes y principiantes. A su vez los autores (2012) sostienen en las conclusiones del capítulo dedicado al razonamiento clínico que:

Dado que el razonamiento clínico del TO se caracteriza por su complejidad y dinamismo, es necesario facilitar el proceso de maduración del razonamiento profesional con formación continua, supervisión y reflexión, ya que su uso promueve una práctica sólida que apoya a la competencia profesional (p. 331).

Varias investigaciones sobre el razonamiento clínico en T.O³⁷ determinaron la utilización simultáneamente de diversos tipos de razonamiento a lo largo de todo el proceso terapéutico que se solapan en la práctica. Los primeros en aportar conocimiento sobre esta temática son los de Rogers (1989) y posteriormente de Fleming (1991), en ocasión del “Special Issue” de la AOTA, consagrado cinco años posteriores con la publicación del libro “Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice”. Estos primeros autores identificaron dos formas de razonamiento en T.O:

- Razonamiento diagnóstico, relacionado con la detección de problemas. (Rogers & Holmes, 1991).
- Razonamiento operativo, en el que se deciden los procedimientos para revertir la situación (Fleming, 1991).

Estos tipos se fueron ampliando y actualmente la bibliografía ofrece cuatro modalidades de razonamiento utilizados simultáneamente en TO:

³⁷ Cabe aclarar que si bien el razonamiento clínico proviene de los desarrollos realizados por la medicina y psicología cognitiva, muchos profesionales que no se desempeñan en ámbitos clínicos rehúsan a utilizarlo, de modo que Kielhofner propuso el término “razonamiento profesional” pero tampoco resultó del todo aceptado y utilizado, ya que muchos profesionales no ejercen en áreas prácticas. Sin dudas estas terminologías aluden a la misma conceptualización, así Schell y Schell (2007), ampliaron el término en la publicación “Clinical and professional reasoning in occupational therapy”.

-Razonamiento diagnóstico: Consiste en la detección y definición del problema a través del uso del método científico.

-Razonamiento operativo: Consiste en la toma de decisiones para la resolución del problema a través de las intervenciones ocupacionales.

-Razonamiento pragmático: Consiste en la identificación y consideración de los factores prácticos y contextuales que afectan la intervención, como ser las condiciones temporales, espaciales, económicas, las demandas institucionales, etc.

-Razonamiento ético: relacionado a lo que debe hacerse teniendo en cuenta los aspectos morales, éticos y la garantía de derechos de las personas.

A su vez Fleming y Mattingly (1994) sostuvieron que el razonamiento clínico de los TO se organiza en tres pistas, “three-track mind” o estrategias de pensamiento que se alternan:

-Razonamiento procesal, requiere de conocimientos teóricos y experiencia acumulada para almacenar y recuperar guiones o “scripts” (Paterson y Summerfield-Mann 2006), en la identificación de causas y posibles soluciones a los problemas de desempeño. Utilizado en medicina y en la etapa de evaluación para identificar aspectos clínicos, organizar y recuperar categorías.

-Razonamiento interactivo, requiere de habilidades de verbal y no verbal, y de empatía pues resalta la experiencia que los problemas de desempeño ocupacional ocasionan para la persona logrando una mayor implicación en el proceso terapéutico. Identifica aspectos más subjetivos permitiendo individualizar la información y la intervención, Ej. la experiencia de la discapacidad.

-Razonamiento condicional, es la combinación de las formas de razonamiento adoptando un modo flexible de responder a las circunstancias y condiciones cambiantes, así como predecir cambios en la persona, interpretando su condición global. Contempla tres variantes: a) la condición global de la situación de salud de la persona incluyendo sus problemas de desempeño objetivo, su experiencia respecto a ellos y su entorno inmediato, b) el modo en el que puede modificarse la situación actual de salud, c) un razonamiento narrativo relacionado a la construcción de una posible imagen compartida que suponga un cambio positivo

en el desempeño ocupacional, resaltando la narrativa de vida (hitos, patrón de reacción al cambio, preferencias e inquietudes), como medio para lograrlo.

Moruno Miralles, Talavera Valverde y Cantero Garlito (2009) resaltan en su artículo las revisiones críticas y las nuevas elaboraciones a estas propuestas iniciales y clásicas de Mattingly y Fleming (1994), dentro de ellas se destaca la propuesta de Schell y Cervero (1993) sobre el “razonamiento pragmático” que contempla los aspectos vinculados al encuadre de la práctica a diferencia de los otros tipos de razonamiento centrados en las características del usuario, dentro de ellos se consideran aspectos físicos, institucionales, temporales y económicos que influyen en las intervenciones, por ejemplo el tiempo de estadía del usuario, la disponibilidad de recursos sociales y económicos, la demanda institucional acerca de la atención individual o grupal). Otra crítica es la formulada por Roberts (1996) en torno a la distinción entre el razonamiento procesal, interactivo y condicional, sosteniendo que hay una confusión entre proceso y contenido, dado que los diversos contenidos no implican un proceso de razonamiento diferente al descrito en la literatura sobre resolución de problemas. Por su parte Ward (2003) y Unsworth (2005) postulan que los terapeutas utilizan los diferentes modos de razonamiento durante las etapas del proceso terapéutico como ser al establecer la relación terapéutica y al momento de la evaluación inicial dado que el T.O debe contemplar una multiplicidad de aspectos de índole objetiva y subjetiva. Según Mulligan (2006) durante todo el proceso de tratamiento se utilizan el razonamiento clínico, especialmente de tipo narrativo, con la finalidad de identificar problemas, comprender la historia de vida, patrones y estilos de desempeño, factores contextuales, intereses y valores. Moruno Miralles y Talavera Valverde (2012) sostienen que todas las dimensiones del razonamiento clínico se utilizan en distintos momentos del proceso terapéutico y su uso no solo depende de la experiencia sino de la concepción del sujeto, la salud y la finalidad de la disciplina que posea el T.O (p.324).

El razonamiento clínico desde la primera etapa del proceso terapéutico: la evaluación inicial

La terapia ocupacional comparte con otras disciplinas de las ciencias de la salud el procedimiento de evaluación y diagnóstico como elemento nuclear alrededor del

cual se organiza la práctica clínica. La evaluación ocupacional es el proceso de identificar, delimitar, describir y explicar el déficit ocupacional idiosincrásico de un individuo desde una perspectiva multicausal, a través de la adquisición de información relevante de forma circular, sistemática y exhaustiva.

Su objetivo es explorar la naturaleza y condición del estatus ocupacional actual de un individuo en comparación con otro patrón de referencia (como puede ser un parámetro que contemple la edad, sexo y condición actual de salud o un estatus ocupacional pre-morbido). Entre los factores que influyen en este proceso se ubican las características del TO, las características del cliente, los recursos institucionales y el modelo teórico.

Como se ha definido en párrafos anteriores, la evaluación ocupacional presenta características:

- Es sistemática: para lo que resulta imprescindible la utilización de marcos de referencia teóricos y del razonamiento diagnóstico ya que a partir de ellos se decide qué y cómo se debe evaluar. Como refieren Moruno Miralles y Talavera Valverde (2012) existen dos enfoques en la secuencia de evaluación propuestos por Trombly (p. 95-96):

El enfoque abajo-arriba, “bottom up approach” o centrado en los componentes funcionales: prima la exploración de las estructuras y funciones corporales necesarias para el desempeño, pero se desvanece la implicación del sujeto en el proceso desde la etapa de evaluación, dificultando la congruencia entre las metas del paciente y las del profesional.

El enfoque arriba-abajo, “top down approach” o centrado en el desempeño ocupacional: es la propuesta que salva las dificultades enunciadas por la secuencia anterior, comenzando por los roles y actividades, hasta los patrones y destrezas de desempeño. Es el más celebrado por los autores de T.O pues refleja los principios y presupuestos de la disciplina frente a los enfoques más mecanicistas. El “Environement first” de Christiansen y Baum como tercera alternativa a las anteriores propuestas para aquellos enfoques donde los factores contextuales son determinantes.

Por su parte Gutman considera que todas las modalidades pueden combinarse dependiendo de las características del ámbito de trabajo, el caso y el T.O.

- Es exhaustiva: aborda todos los aspectos del desempeño ocupacional (roles, áreas, entornos y contextos, características del cliente, patrones de ejecución, destrezas para la ejecución, demandas de la actividad).

- Es singular: lo que hace, la forma y el sentido particular para una persona. Por ejemplo: un juego estereotipado con fines de autoplacer.

- Es circular: la evaluación es continua (inicial-seguimiento-final) y cíclica (reevaluaciones).

Además, debe considerar los tres principios que guían la práctica contemporánea de TO (la práctica centrada en el cliente, la práctica centrada en la evidencia y la práctica centrada en la ocupación).

El proceso de evaluación se desarrolla en tres etapas: evaluación ocupacional inicial, evaluación continuada (su función es recolectar información a lo largo de todo el proceso para ajustar hipótesis e intervenciones); y finalmente la valoración (tanto del desempeño profesional, de la calidad de las intervenciones y de la evolución ocupacional de la persona).

Pellegrini (2004) y otros autores, ubican el éxito de la terapia en la etapa de evaluación inicial y sus tres fases:

- Derivación: constituye el primer contacto a través de la nota o informe de derivación en la que suele constar los datos de filiación del paciente y el diagnóstico médico, lo cual permite tener una primera y amplia visualización. Esta etapa podría compararse con el método de la intuición de Pierce y la etapa de idealización del proceso investigación científica. Se evalúa la pertinencia de la derivación profesional y/o la demanda de la persona. En caso de que sea admisible es importante instalar la demanda propia.

- Screening o cribado: se realiza una evaluación rápida y global de las áreas, los patrones, destrezas, contextos de desempeño, el estatus pre mórbido y las expectativas. Es decir, teniendo en cuenta la modalidad arriba-abajo y environnement para construir un esbozo del Perfil ocupacional, determinando la necesidad de un abordaje por TO y/o una derivación a otro profesional (trabajo

social, psiquiatría, psicología, abogacía, kinesiología, nutrición, profesores de educación física, docentes, etc). Esta etapa podría compararse con el método de la autoridad de Pierce y con la etapa de conceptualización del proceso de investigación científica.

-Evaluación comprensiva: se relacionan las dimensiones del desempeño enunciadas previamente y determinadas por el Marco de trabajo como aspectos, para enunciar explicaciones tentativas o hipótesis que circunscriban los problemas de desempeño ocupacional y sus posibles soluciones. Esta etapa podría compararse con el método de la reflexión y la ciencia de Pierce, así como con la etapa de operacionalización del proceso de investigación científica.

Esta autora sostiene que es imprescindible el uso del razonamiento clínico a lo largo de todo el proceso terapéutico, pero que es de suma importancia para la selección y aplicación de herramientas de evaluación de TO, ya que esta etapa del proceso garantiza la recolección de información relevante al objetivo para un tratamiento eficiente, de calidad, responsable y exitoso.

Al focalizar en la etapa de evaluación denota la importancia de llevar, desde el principio del proceso, un razonamiento lógico y metódico, basado en un modelo teórico sólido y coherente con la naturaleza de la disciplina. Por tanto, el razonamiento clínico resulta una competencia necesaria del TO.

Para ello el T.O debe poseer habilidades clínicas a fin de efectuar la evaluación (observación clínica, entrevista y elaboración de historia clínica). Bárbara Hempill menciona que realizar una entrevista requiere de destrezas que se desarrollan solo con la experiencia. De tal modo, en relación a la observación clínica, se requiere además de objetividad, seleccionar los aspectos a observar organizados en categorías para obtener un perfil ocupacional (como por ejemplo los aspectos posopográficos, las habilidades de desempeño), pudiendo valerse de instrumentos como la guía de observación, el COTE o el desarrollo de esta destreza profesional a través de la experiencia. Tal es el caso de Rodríguez Lage (2013) quien fundamenta que la evaluación ocupacional, es la base de todo el proceso terapéutico.

Por su parte Moruno Miralles y Talavera Valverde (2012) refieren que:

(...) los postulados y presupuestos inherentes a la disciplina se ponen en juego durante el proceso de evaluación ocupacional. En otras palabras, las variables que exploramos y el proceso para realizar la evaluación evidencian distintas formas de entender al ser humano y el valor terapéutico de la ocupación. (p. 94).

La etapa inicial se considera la más relevante por ser clave en la recolección de información y uso del razonamiento clínico, presenta fases establecidas por la adquisición de información, generación de hipótesis, interpretación de indicios, evaluación de hipótesis y arribo a un diagnóstico ocupacional, poniendo en juego destrezas de razonamiento diagnóstico cuya finalidad es recabar información relevante y pertinente, validarla, organizarla y registrarla. De modo que el razonamiento clínico se halla presente en todo el proceso de recogida de información de la evaluación ocupacional inicial, brindando una estructura y orden, y constituyendo un punto de inflexión entre esta etapa y la futura intervención.

Para estos autores, basados en los aportes de Rogers y Holmes, el tipo de razonamiento clínico utilizado durante la etapa de evaluación ocupacional inicial es el razonamiento de tipo diagnóstico entendido como el proceso de inferencia que utiliza el TO para enjuiciar y definir un problema, arribar a una hipótesis y guiar las intervenciones. Enjuiciar implica pensar anticipadamente con categorías y elaborar una primera imagen clínica, es decir darle estructura al problema. Definir el problema conlleva cuatro fases: adquisición de indicios, generación temprana de hipótesis, interpretación de nuevos indicios y evaluación de hipótesis para arribar a un diagnóstico ocupacional, ligado a la evaluación comprensiva.

El estudio del razonamiento clínico surge en la década del 60' con la medicina y en el 90' en las disciplinas de la salud. Los documentos más reconocidos en medicina son Elstein y Bordage (1974) y Elstein, Shulman y Sprafka (1978). Es entendido como el procesamiento de datos para arribar a un diagnóstico.

Moruno Miralles y Talavera Valverde (2012) refieren que los trabajos de Elstein, Schulman y Sprafka proponen un modelo teórico que permite describir y esclarecer el procedimiento del razonamiento diagnóstico entendido como un

proceso de generación y validación de hipótesis y definen cuatro etapas (p.319-320):

- 1) Adquisición de indicios: Recolección de datos relevantes y selectivos según marco teórico.
- 2) Generación de Hipótesis: tempranas tentativas que relacionen las alteraciones del desempeño ocupacional con los siguientes factores:
 - a) características del cliente. Subsistema volitivo.
 - b) patrón de desempeño. Subsistema de habituación.
 - c) destrezas de ejecución. Subsistema de desempeño.
 - d) entornos y contextos.
- 3) Interpretación de indicios: evidencias que confirmen o refuten las hipótesis.
- 4) Evaluación de hipótesis: asociación con categorías diagnósticas almacenadas en la memoria a largo plazo que confirma las hipótesis.

Rogers y Holmes (1991) coinciden con las etapas de Elstein, Schulman y Sprafka, adoptan la teoría del procesamiento de información y de la resolución de problemas de los trabajos de Elstein et al.

Todo diagnóstico requiere de una serie de categorías que aportan el esquema para interpretar cada condición, pero en ese sentido los autores sostienen que, si bien los TO están familiarizados con el proceso de evaluación, fracasan en la utilización de la información obtenida al no poder construir un esquema diagnóstico propio de la TO que dé cuenta de la causalidad multidimensional de los problemas de desempeño ocupacional. Por ello elaboran un “esquema conceptual” (Rogers y Holms, 1991), considerado por Moruno Miralles (2002) y Talavera Valverde (2015) en sus respectivas tesis de doctorado y libros, constituido por cuatro componentes:

1. Componente descriptivo: determinación de actividades en las que se presenta un desempeño ocupacional alterado. Representa la fase conceptual. Se produce la identificación de alteraciones o problemas de desempeño ocupacional en tres niveles:

Nivel uno: limitación en la actividad o restricciones en la participación (es decir los problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales por presentarse una discordancia entre su estatus y las expectativas del rol y contexto al que pertenece); Nivel 2: áreas de ocupación; Nivel 3: actividades correspondientes al área ocupacional. En su totalidad marcan el estatus o condición ocupacional del sujeto.

Cabe resaltar el análisis en niveles como lo realiza Samaja³⁸ en su teoría del dato científico, así como los parámetros que los autores toman de la CIF la cual, como se mencionó, promueve una concepción holística del concepto de salud, siendo la ocupación un dominio relacionada a la misma.

2. Componente explicativo: formulación de hipótesis para explicar la causa de los problemas de desempeño ocupacional alterado. Considera los aspectos del Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional y los modelos de referencia teóricos. Está compuesto por cuatro niveles: funciones y estructuras corporales, destrezas de desempeño³⁹, patrones de desempeño, entornos y contextos. Representa la interface.

Como puede observarse en estos dos componentes se aborda la totalidad de aspectos del dominio de la Terapia Ocupacional propuestos por el Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional (entornos y contextos de ejecución, áreas ocupacionales, características del cliente, patrones y destrezas de desempeño ocupacional).

³⁸ Juan Samaja propone en su tesis sobre el “sistema de matrices del dato científico”, varios niveles donde el indicador como condición de posibilidad para la obtención del dato, se construye a la vez que permite el movimiento entre niveles superiores e inferiores (en el caso de la TO: contexto de desempeño, área de desempeño y componentes de desempeño), mediante la dimensión de la variable que se establece con el fin de generar conocimiento respecto a la unidad de análisis del nivel de anclaje (persona con problemas de desempeño ocupacional). El razonamiento clínico diagnóstico es el que permite la valoración en todos los niveles pero integrándolos a una totalidad.

³⁹ En relación a la diferencia entre funciones y estructuras corporales- y las destrezas de desempeño el Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional (2008, pp22), determina que mientras las primeras reflejan las capacidades que residen dentro del cuerpo las segundas son demostradas por el cliente en la acción y detrás de cada una de ellas subyacen muchas funciones y estructuras corporales. De modo que las destrezas se refieren a habilidades que incluyen: destrezas motoras y praxis, destrezas sensoriales –perceptuales, destrezas de regulación emocional, destrezas cognitivas, destrezas de comunicación y sociales.

3. Indicios: a modo de indicadores o evidencias que corroboren las hipótesis acerca del desempeño ocupacional alterado. Representa la fase operacional.
4. información diagnóstica adicional: como ser pronóstico, etiología, incidencia, evolución, comorbilidad, relacionadas al desempeño ocupacional alterado.

Tal y como lo definen Rogers & Holmes en la AJOT (1991), el razonamiento diagnóstico en terapia ocupacional permite el establecimiento de relaciones entre las alteraciones del desempeño ocupacional de las actividades en las distintas áreas ocupacionales y las condiciones hipotéticas subyacentes a tales alteraciones. El diagnóstico ocupacional es el resultado final del proceso de evaluación inicial y del “esquema conceptual”. Permite clarificar y ordenar los resultados de la evaluación utilizando el razonamiento clínico de tipo diagnóstico. El concepto de diagnóstico ocupacional también se deriva de los trabajos de Joan Rogers y colaboradores y es definido como el proceso que permite describir y clasificar los problemas de desempeño ocupacional de un individuo. Moruno Miralles y Talavera Valverde (2012) mencionan a estos autores quienes diferencian el diagnóstico médico del diagnóstico ocupacional:

Si bien los TO están familiarizados con el proceso de evaluación, fracasan en la utilización de la información obtenida al no ser capaces de construir un esquema diagnóstico que contribuya a la aprehensión de la multicausalidad inherente al desempeño ocupacional. (p. 326).

La definición de diagnóstico según el diccionario de la Real Academia Española es el arte o actividad de reconocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos.

Una definición etimológica es la derivación del término griego “diagnosis” que significa distinción, y su raíz “día” (a través de) y “gnosis” (conocimiento).

En principio el proceso de evaluación debe ser concordante con las directrices del Marco de Trabajo. Moruno Miralles y Talavera Valverde (2012) aclaran que resulta imprescindible conocer en profundidad tres documentos técnicos: CIF, Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional y la Guía de razonamiento clínico de Rogers y Holms (p. 329).

Lo esencial es recolectar datos pertinentes y efectuar relaciones entre lo que se considera el consenso disciplinar: en que ocupaciones participa y en cuales presenta limitaciones y restricciones, que modalidad adquiere el desempeño, que capacidades utiliza para desempeñarlas y que disfunciones presenta, que apoyos y barreras se identifican y por último que elementos volitivos se implican en el desempeño ocupacional.

Posteriormente podrá inferirse qué tipo de paradigma y preferencia de modelo teórico utilizan los TO, al constatarse que evalúan (áreas desempeño ocupacional y/o destrezas de ejecución, entornos, hábitos, rutinas y motivación); y como establecen relaciones de causalidad entre todas las dimensiones del desempeño ocupacional, analizando e interpretando los resultados y definiendo las intervenciones terapéuticas.

Por otro lado, como se observa, esta estructura presenta similitudes con las fases del proceso de investigación científica, de modo que un indicador de utilización del razonamiento diagnóstico estaría evidenciado por la organización de la información siguiendo estas fases: identificación del problema, generación de hipótesis diagnóstica, verificación de hipótesis a través de selección o diseño de instrumentos, diagnóstico ocupacional a modo de análisis e interpretación de datos, posterior registro y plan de intervención en reflejo a lo que serían las conclusiones o espacio de discusión.

La definición de evaluación ocupacional inicial que Moruno Miralles (2003) plasma en el libro “Terapia Ocupacional: teoría y técnicas” es una de las más citadas en publicaciones científicas, siendo incluso la encontrada en la tesis de doctorado de Talavera Valverde. La define como el “proceso sistemático de adquisición de información a través de la cual interpretamos la naturaleza, condición y evolución de la faceta ocupacional o estatus ocupacional del sujeto evaluado” (p.203). La misma se inicia con una entrevista semi estructurada basada mínimamente en las áreas del Marco de Trabajo, por ser un instrumento fundamental para la práctica de la terapia ocupacional pues es reconocido por la AOTA, WFOT, es de uso internacional y brinda una terminología y base uniforme, permitiendo establecer las variables a evaluar. Sin dudas el

razonamiento clínico se encuentra de manera subyacente en este proceso de adquisición de información y diagnóstico.

Lucía Ares Senra (2012) propone el uso del Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional de la AOTA, la CIF, la propuesta de evaluación ocupacional inicial de Moruno Miralles y las recomendaciones de Rogers & Holmes (1991), para el proceso de evaluación ocupacional. Advierte que, aunque el modo de recolección y la intervención varíen en cuanto al profesional, el registro de información debe ser uniforme para todos los TO. La evaluación implica compartir la finalidad de la TO: promover el máximo nivel de compromiso y participación posible acorde a la edad, sexo y condición, lo que implica asumir el Marco de Trabajo para la práctica de T.O: dominio y proceso y los modelos inscriptos en el tercer paradigma para construir consensuadamente una identidad profesional sólida.

Cabe destacar que el proceso de evaluación individualizada actualmente no es desarrollado a menudo debido a las exigencias del ámbito de inserción laboral, dice Schwartzberg al respecto “el tratamiento individual es un lujo” (en Blesedell Crepeau; Boyt Schell y Cohn, 2008, p.174), es real que esta falta de oportunidad en la práctica clínica diaria de llevar a cabo un proceso de evaluación individualizado impida el desarrollo del razonamiento clínico.

En las publicaciones detectadas se reconoce al razonamiento clínico en T.O como el elemento crucial del proceso y especialmente, en relación a las decisiones tomadas en la etapa de evaluación ocupacional (EO), como medio de obtención de información relevante, precisa y necesaria sobre el desempeño ocupacional de la persona y no información de otra índole. Siguiendo el modelo propuesto por Moruno Miralles y Talavera Valverde (2013) la E.O consta de varias fases, pero dentro de la fase inicial se destacan: la identificación de problemas ocupacionales utilizando fuentes indirectas (como historias clínicas, evaluaciones) y/o fuentes directas (como entrevistas y observación clínica basado en las áreas de desempeño ocupacional siguiendo el Marco de Trabajo). Esta evaluación concluye con el diagnóstico ocupacional. No se detectan modificaciones en los resultados siguiendo el orden de iniciar con fuentes indirectas y luego directas o a la inversa, pero si en cuanto al razonamiento clínico del profesional al momento de procesar e interpretar la información recogida y las diferencias entre el principiante y el

experto, siendo este último capaz de captar la subjetividad del paciente e incorporar información contextual (uso de razonamiento condicional y pragmático), interpretando los datos obtenidos a la luz de un modelo y de su experiencia, demostrando la capacidad de interrelacionar las áreas, los contextos y los componentes de ejecución en el diagnóstico ocupacional.

Como se dejó entrever en líneas anteriores también constituye evidencia del uso del razonamiento clínico el mantener registros sistemáticos durante todo el proceso utilizando un lenguaje y estructura que respete la matriz del Marco de Trabajo. Polonio López (2003) hace referencia a que la Terminología Uniforme proporciona una estructura que influye positivamente en la comunicación, la comprobación de la calidad de las intervenciones y la investigación en terapia ocupacional. (p. 319).

Por su parte Talavera Valverde (2015) sostiene en su tesis que los grandes obstáculos detectados desde la formación son: la tendencia a crear patrones de reconocimiento en lugar de generar patrones de comprensión con las consecuentes dificultades que ello ocasiona en el desarrollo del razonamiento clínico, por adoptar una visión reduccionista explicada por consecuencias de una patología médica en lugar de identificar las causas de los problemas de desempeño; y en no poder establecer un diagnóstico ocupacional rescatando la especificidad de nuestra práctica. Dirá:

Así la desidia, el desconocimiento, la falta de ética y moral en el proceso de trabajo de la terapia ocupacional, genera que el razonamiento clínico se difumine y se acabe realizando un trabajo en cadena, más típico de un procedimiento carente de sentido que de una acción consentida (p.87).

El razonamiento clínico suele ser un proceso implícito, que requiere ser expuesto para ser comprendido y analizado. Se identifican, a partir de las definiciones, tres características:

- 1) La idea de proceso, de índole cognitivo, lógico, multifacético que se corresponde con el método científico, dando cuenta de sus respectivas presencias a lo largo de todo el proceso de intervención de TO y de todo el proceso de investigación científica, al establecer una analogía entre las fases que componen

sus estructuras invariantes y la similitud entre el razonamiento clínico y las modelizaciones.

2) La etapa de evaluación ocupacional inicial como instancia crucial para el éxito del tratamiento, primer momento en que se pone en juego el uso del razonamiento clínico como organizador de los aspectos a evaluar, selección de instrumentos y categorización de la información.

3) El dominio personal en relación a poseer conocimiento suficiente y propio de la disciplina, el manejo del mismo y la experiencia. Su utilización requiere de habilidades generales, específicas y expertas con la finalidad de resolver un estado de disfunción ocupacional a través de la evaluación, diagnóstico y tratamiento De modo que el razonamiento clínico varía de novatos a expertos.

Respetar la estructura del proceso y el uso del conocimiento propio de la disciplina son considerados elementos invariantes del razonamiento clínico. Es decir, la aplicación desde la instancia de evaluación ocupacional inicial, así como mínimamente el uso del Marco de Trabajo de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso (AOTA, 2008) y de modelos inscriptos en el tercer paradigma, son considerados elementos determinantes en su desarrollo e implementación exitosa, de modo que serán estudiados en esta tesis, por considerarlos una condición de posibilidad. Se espera por tanto que ellos sean compartidos más allá del área de ejercicio profesional, ya que poseer una estructura de pensamiento lógico que respete las fases del proceso científico y terapéutico no basta si no se corresponde con los fundamentos del tercer paradigma, como por ejemplo el hecho de evaluar aisladamente componentes de desempeño perdiendo la finalidad de la T.O. Estos elementos constitutivos del razonamiento clínico deben ser fomentados desde las etapas formativas como competencias primordiales del T.O ya que permitirán el desarrollo disciplinar y la identidad profesional.

6.2 Razonamiento clínico como competencia profesional.

La competencia profesional no presenta un concepto univoco que la defina, ya que este término tiene múltiples acepciones, siendo la más difundida la relacionada a la capacidad, la competitividad y la incumbencia. Una de las conceptualizaciones más aceptadas es la concepción de “competencia como relación holística o

integrada”, bajo la cual toda competencia se plantea como un complejo estructurado de atributos generales requeridos (conocimientos, habilidades, actitudes y valores) para interpretar y resolver situaciones específicas.

Los autores Gormaz Bardavid y Brailovsky (2012) consideran la definición que de esta competencia clínica realiza Ronald M. Epstein (2007):

(...) el uso habitual y juicioso de la comunicación, el conocimiento, las habilidades técnicas, el razonamiento clínico, las emociones, los valores y la capacidad de reflexión en la práctica diaria que es realizada para el beneficio de los individuos y a las comunidades que el médico sirve (p.178).

Jacques Tardif (2006) sostiene que la competencia está representada también por la capacidad de resolver problemas ambiguos e indefinidos, la tolerancia a la incertidumbre y por la capacidad de tomar decisiones aun disponiendo de información limitada, ya que existe una proporción importante de casos clínicos mal definidos en los cuales no está disponible toda la información necesaria para resolver el problema en cuestión.

Una característica del razonamiento clínico es que posee un componente “contenido dependiente” lo que significa que el razonamiento clínico no es generalizable a toda situación clínica (Elstein, 2009).

David McClelland (1973), sostiene que la competencia está integrada por destrezas, habilidades cognitivas, operativas, organizativas, estratégicas y orientadas a la resolución de problemas, y que son resultado del proceso de educación formal, perfeccionamiento y experiencia práctica. De modo que el desempeño profesional exitoso está relacionado con las competencias personales y con los conocimientos.

Un profesional puede acreditar el ser competente a partir de los conocimientos teóricos que posee, pero ante una situación real no ser capaz de demostrar el saber hacer o ser criterioso. De modo que poseer un conocimiento cabal de una especialidad tampoco es suficiente para ser competente, varios autores han postulado que esta competencia está relacionada con la capacidad del profesional para organizar sus conocimientos, lo cual se halla en sintonía con la propuesta de Kielhofner en relación a la necesidad de ordenamiento de las bases conceptuales.

Esta capacidad junto a la experiencia y las actitudes del profesional permiten tomar las mejores decisiones para diagnosticar y resolver problemas específicos de la disciplina. En ese sentido el razonamiento clínico funciona como sintetizador de todos los atributos de la competencia profesional.

Es preciso poseer conocimiento, pero relevante al fenómeno, y poder aplicarlo a situaciones o problemas clínicos. Por ello, además de los conocimientos, están las habilidades que, según Hull, se dividen en: habilidades para aplicar el conocimiento, para adquirir información (evaluaciones y pruebas), para sintetizar la información clínica (formular, probar hipótesis y resolver problemas), habilidades técnicas para desarrollar e implementar planes de manejo (diagnóstico, tratamiento, educación del paciente, interconsulta, seguimiento).

La American Board of Internal Medicine agrega las habilidades interpersonales (capacidad de establecer adecuadas relaciones terapéuticas, de trabajo en equipo y gestiones).

Por último, la competencia también requiere de las características personales del profesional (valores, responsabilidad, flexibilidad, ética y actitud comprometida).

En ese sentido González Maura (2006) la define como:

Una configuración psicológica compleja que integra en su estructura y funcionamiento formaciones motivacionales, cognitivas y recursos personales lógicos que se manifiestan en la calidad de la actuación profesional del sujeto, y que garantizan un desempeño profesional responsable y eficiente. (...) Un profesional es competente no solo porque manifieste conductas que expresen la existencia de conocimientos y habilidades que le permiten resolver adecuadamente los problemas profesionales, sino también, porque siente y reflexiona acerca de la necesidad y el compromiso de actuar en correspondencia con sus conocimientos, habilidades, motivos y valores, con ética, flexibilidad, dedicación y perseverancia, en la solución de los problemas que de él demanda la práctica profesional. (como se cita en Pradolini, 2012, p.103).

Tradicionalmente el termino razonamiento clínico surge de las ciencias médicas, como lo hacen notar los aportes de Rogers y Fleming, entre otras de las primeras

aproximaciones al uso de esta competencia en los terapeutas ocupacionales en el marco del “Special Issue: Clinical reasoning” (AJOT, 1991). Siendo un constructo poco definido, incluso por la comunidad médica en general, y sin que en los programas curriculares de la formación de grado y cursos de especialización se incluyan los conceptos vigentes sobre este tema obtenido de diversas corrientes de investigación. Por ello resulta importante discutir en el proceso formativo los conceptos actuales sobre esta temática y los hallazgos de investigación, para comprender los factores que intervienen en la adquisición y desarrollo del razonamiento clínico, así como los modos para poder evaluarlo.

Los investigadores en educación médica y ramas afines han establecido que el razonamiento clínico debe ser una competencia profesional, ya que no es suficiente para la práctica médica efectiva que se identifiquen los síntomas y signos de un paciente de manera sistemática y exhaustiva. Ser un clínico competente incluye diversas subcompetencias tales como tener habilidades reflexivas (conocimiento de sus propios límites, capacidad de resolver problemas, autonomía, capacidad cognitiva, ética y profesionalismo); habilidades organizacionales (como el trabajo en equipo y las capacidades comunicacionales) y habilidades técnicas (como capacidad de realizar procedimientos específicos). Sin embargo, la competencia central consiste en el razonamiento clínico que posibilita la toma de decisiones que conducen a la resolución del problema en cuestión. La importancia crucial de esta competencia se debe a que es la guía durante todo el proceso: el diagnóstico, el estudio de casos clínicos, la conducta terapéutica y la elaboración del pronóstico de un paciente. Para Foster, citado por Zurelis Santana (2008) en su artículo “Del razonamiento clínico a la práctica de la Terapia Ocupacional Basada en la evidencia”, el razonamiento clínico guía las decisiones sobre la forma de recoger, clasificar y analizar los datos para posteriormente, seleccionar los objetivos y métodos de tratamientos. Por tanto, un médico clínicamente competente, es un profesional que se destaca por la utilización de esta competencia catalogada por varios autores como “central”, “crucial”, “guía” llamada razonamiento clínico. Zurelis Santana (2008) también realiza una distinción entre las competencias y cita en su artículo a Polonio López (2003), sosteniendo que la capacidad de dirigir un proceso terapéutico exitoso depende de las destrezas generales, específicas y expertas alcanzadas por cada terapeuta ocupacional.

- 1) Habilidades generales: utilizadas por todos los profesionales de la salud.

Entre ellas se encuentran las habilidades de observación de aspectos posopográficos de la persona y factores de su entorno. Selección de instrumentos y organización de la información. Registro sistemático, claro, conciso, periódico y adecuado a la terminología profesional. Identificación y solución de problemas a través de la descripción y análisis de la naturaleza del problema, formulación de estrategias, anticipación de consecuencias, intervención, reevaluación. Cuidado del paciente preservación de derechos, seguridad, dignidad, procedimientos éticos. Comunicación y alianza terapéutica. Supervisión del trabajo. Formación continua e investigación.

- 2) Habilidades específicas: cada disciplina las utiliza de un modo particular.

Valoración ⁴⁰ y evaluación. Intervención terapéutica la cual requiere de habilidades técnicas, destrezas, creatividad, flexibilidad, conocimientos externos y específicos de la T.O.

Dentro de estas habilidades merece una mención especial la gestión del caso, ya que es la clave de la efectividad de la terapia pues implica el uso del razonamiento clínico durante sus estadios: organización de la información basada en la evidencia, establecimiento de objetivos y diseño de programa. Es decir que el razonamiento clínico guía las decisiones que se toman desde la recolección de datos, su análisis, su traducción en objetivos prioritarios y métodos de tratamiento. Polonio López (2003) lo define como la habilidad para expresar razones teóricas como fundamento de decisiones clínicas. Pero es más que eso. Incorpora el conocimiento tácito y las maneras habituales de ver y hacer las cosas y analiza a las personas, basándose en una competencia que procede de la experiencia” (p.141). Es decir, implica considerar conocimientos teóricos, prácticos y experienciales; así como centrarse en la persona (subjetividad), su entorno (apoyos y barreras) y en su desempeño ocupacional (potencialidades). Una vez más se da cuenta de la importancia de esta competencia en la etapa de evaluación.

⁴⁰ La valoración comprende la selección de los aspectos a valorar, los métodos y la objetividad.

3) Habilidades expertas: son las especializadas de cada disciplina.

El análisis y adaptación de la actividad permite identificar las demandas requeridas, cotejarlas con las capacidades del cliente, detectar problemas de ejecución, seleccionar la actividad siguiendo criterios de propósito y significación, adaptar algunos de sus componentes para mejorar el desempeño. Así mismo incluye el análisis y adaptación del entorno (natural, físico y sociocultural); y agregaría las características del cliente por lo que la creencia central de la T.O estaría orientada a la interacción dinámica de estos tres elementos: persona-ocupación-entorno tal como lo propone el Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional.

Por tanto, el profesional debe poseer una serie de habilidades que le permitirán conducir un proceso terapéutico exitoso conforme a estándares de competencia predeterminados.

El Proyecto Tuning⁴¹ distingue entre resultados del aprendizaje y competencias. Las competencias las desarrolla el estudiante, no se aprenden directamente de los profesores, porque exceden a los conocimientos que debe lograr al finalizar sus estudios (expectativas de logro) refiriéndose, por el contrario, a una construcción más amplia de conocimientos, destrezas, habilidades y capacidades. Por lo tanto, el objetivo de los programas educativos es promoverlas. Las competencias pueden ser genéricas (comunes con otras disciplinas) o específicas a la disciplina. Las competencias según Proyecto Tunning son definidas como “una combinación dinámica de atributos, en relación con conocimientos, habilidades, actitudes y

⁴¹ El proyecto Tunning (término que significa “armonizar”), surgió en el año 1999, como respuesta de las universidades europeas a la Declaración de Bolonia del mismo año. Los ministros europeos de Educación Superior fijaron la meta de contar con un Área Europea de Educación Superior con titulaciones compatibles y comparables para el año 2010 con el propósito de lograr convergencias en el diseño y desarrollo curricular, sin pretender lograr uniformidad, pero sí asegurar la obtención de títulos que posibiliten continuar estudios y ejercer en toda la Unión Europea. Las premisas ideológicas del Proyecto Tunnig europeo fueron transferidas y plasmadas en el Proyecto Tunning América Latina en el que participaron 19 países y acordaron 27 competencias genéricas en cuatro grandes líneas de trabajo. Sin embargo, entre las carreras seleccionadas, no fue incluida Terapia Ocupacional, esto evidencia con claridad su falta de participación en la región y su deuda con el crecimiento de la carrera.

responsabilidades que describen los resultados de aprendizaje de un programa educativo” (p.474).

Para establecer las habilidades del TO es necesario que existan dominios y competencias profesionales definidos, mediante los cuales puedan establecerse estándares mínimos⁴² a los que la práctica profesional deba adecuarse. El mantenimiento de estándares profesionales es una responsabilidad de la formación de grado y de los profesionales.

Carmen Forn de Zita, delegada ante la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT), manifiesta a través del documento aprobado por el Consejo en Eslovenia titulado “Competencias de los Terapeutas Ocupacionales en el Nivel Inicial del Ejercicio Profesional” (2008), el pronunciamiento que realiza la Federación ante el tema educativo. En él, se sugieren 35 competencias específicas del Terapeuta Ocupacional europeo, desarrolladas por las organizaciones europeas de Terapia Ocupacional en el contexto del Proyecto Tuning. Este documento se suma a las Normas Mínimas Revisadas para la Formación de Terapeutas Ocupacionales del año 2002, y son considerados guías para orientar las metas de los programas educativos.

El objetivo es que los docentes generen conciencia sobre la necesidad de lograr resultados de aprendizaje estrechamente relacionados con las competencias genéricas y específicas requeridas para la práctica de la Terapia Ocupacional.

Las 35 competencias específicas del Terapeuta Ocupacional europeo se refieren al desempeño de la práctica, las que se adquieren o desarrollan a lo largo de las diversas etapas de la vida profesional y de los tres ciclos de formación (licenciatura, maestría y doctorado).

⁴² En esta línea las primeras definiciones son las Mosey (1986), quien propone una lista de dominios de conocimiento de la TO: entorno, ciclo vital, ejecuciones ocupacionales y componentes de desempeño. Luego la WFOT (1990) afirma la intención de definir los conocimientos, habilidades y aptitudes que conforman la estructura de la profesión. Por su parte la AOTA (1993) realiza un listado de las competencias esperadas del TO que figuran en el Apéndice F del libro de Willard and Spackman 8° ed., de modo que el nivel de competencia mínima aceptable obtenida del programa de grado era clasificado en: valoración, planificación, intervención, documentación, gestión del servicio, investigación, competencia profesional, promoción de la profesión y aspectos éticos. Ya en la 9°ed., la clasificación se modifica en principiantes, intermedias y expertas. Hagerdon divide las habilidades necesarias para la práctica de TO en genéricas y primarias. El Apéndice V del libro de Polonio López; Durante Molina; Noya Arnaiz “Conceptos fundamentales de la Terapia Ocupacional” ofrece el listado de estándares y competencias establecidos por la AOTA.

Terapia Ocupacional fue la primera disciplina, entre todas las que forman parte del Proyecto Tuning, en publicar las competencias específicas del profesional y los descriptores de niveles de ciclo para la Licenciatura, la Maestría y el Doctorado en Terapia Ocupacional. En relación a este último punto hay muchas oportunidades para que los Terapeutas Ocupacionales europeos cursen maestrías en otras disciplinas relacionadas, pero las maestrías específicas de la disciplina son ofrecidas por pocos países, fundamentalmente Inglaterra, Suecia y Escandinavia, es decir que una gran mayoría de Terapeutas Ocupacionales europeos carecen de oportunidades de formación en Terapia Ocupacional más allá del nivel de licenciatura. Como consecuencia de esta situación, muy pocos profesionales se han involucrado en investigación, que es el punto fuerte de las maestrías y sumamente necesaria para demostrar la efectividad de las intervenciones de Terapia Ocupacional. Por ello las organizaciones europeas de Terapia Ocupacional consideran que los retos que enfrentan en el siglo XXI son lograr implementar los tres ciclos de formación, asegurar la calidad mediante la revisión por pares, y reconocer los títulos de Terapia Ocupacional en toda Europa.

El COTEC (Council of Occupational Therapists for the European countries, 1986) y la ENOTHE (European Network of Occupational Therapy in Higher Education, 1995), identificaron 6 áreas que reúnen las 35 competencias específicas para describir la Terapia Ocupacional: Conocimientos, Proceso, Relaciones, Autonomía, Investigación y Gestión):

Conocimientos de Terapia Ocupacional: Hace alusión al manejo de los fundamentos conceptuales, a los conocimientos propios y externos, así como a la reflexión e investigación.

1. Explicar los conceptos teóricos que sientan las bases de la Terapia Ocupacional, específicamente la naturaleza ocupacional de los seres humanos y su desempeño ocupacional.
2. Explicar la relación entre el desempeño ocupacional, la salud y el bienestar.
3. Sintetizar y aplicar conocimientos relevantes de las ciencias biológicas, médicas, humanas, psicológicas, sociales, tecnológicas y ocupacionales, junto con las teorías acerca de la ocupación y la participación.

4. Analizar las complejidades de aplicar teorías y hallazgos de investigación relacionados con la ocupación, en el contexto de una sociedad en proceso de cambio.
5. Involucrarse en el debate racional y razonado en relación a la ocupación y la terapia ocupacional.

Proceso de Terapia Ocupacional y razonamiento profesional: hace alusión al uso de marcos de referencia, enfoques, modelos y teorías apropiadas, al razonamiento clínico, así como al tipo de intervención y a la terapia ocupacional basada en la evidencia (TOBE).

6. Trabajar en colaboración con individuos y grupos, usando la ocupación en la prevención, el tratamiento y la re/habilitación, a fin de promover la participación, la salud y el bienestar.
7. Seleccionar, modificar y aplicar teorías apropiadas, modelos de práctica y métodos para satisfacer las necesidades ocupacionales y de salud de individuos/poblaciones.
8. Usar el razonamiento clínico profesional y ético en forma efectiva en todas las etapas del proceso de terapia ocupacional.
9. Utilizar el potencial terapéutico de la ocupación a través del uso de la actividad y del análisis y síntesis ocupacional.
10. Adaptar y aplicar el proceso de terapia ocupacional en estrecha colaboración con individuos/poblaciones
11. Trabajar para facilitar ambientes accesibles y adaptables, y promover la justicia ocupacional.
12. Colaborar con las comunidades para promover y desarrollar la salud y el bienestar de sus miembros mediante su participación en la ocupación
13. Buscar activamente, evaluar críticamente y aplicar una gama de información y de evidencia para asegurar que la práctica de la terapia ocupacional sea actualizada y relevante al usuario.
14. Valorar críticamente la práctica de la terapia ocupacional para asegurar que se centre sobre la ocupación y el desempeño ocupacional.

Relaciones y alianzas profesionales:

15. Trabajar según los principios de la práctica centrada en el usuario

16. Construir una relación/colaboración terapéutica como base del proceso de terapia ocupacional
17. Establecer y mantener relaciones de colaboración, consultar y asesorarse con usuarios, cuidadores, miembros del equipo y otros interesados en posibilitar la ocupación y la participación, en una amplia gama de ambientes
18. Colaborar con los usuarios para abogar por el derecho de que sus necesidades ocupacionales sean satisfechas
19. Apreciar y respetar la diversidad, las diferencias individuales, las creencias culturales, las costumbres y su influencia sobre la ocupación y la participación

Autonomía profesional y capacidad de explicar el razonamiento y las acciones:

20. Preparar, mantener y revisar la documentación sobre el proceso de terapia ocupacional.
21. Cumplir con las políticas y procedimientos locales/regionales/nacionales/europeos, normas profesionales y reglamentos del empleador.
22. Demostrar aprendizaje continuo de por vida para mejorar la terapia ocupacional.
23. Practicar de manera ética, respetando a los usuarios y tomando en cuenta los códigos profesionales de comportamiento para terapeutas ocupacionales.
24. Demostrar seguridad en el manejo de sí mismo, auto-conocimiento y conocimiento de sus propias limitaciones como terapeuta ocupacional.

Investigación y desarrollo de la Terapia Ocupacional/Ciencia de la Ocupación:

25. Identificar la necesidad de investigar sobre asuntos relacionados con la ocupación, la terapia ocupacional y/o la ciencia ocupacional y formular preguntas de investigación relevantes.
26. Buscar en forma independiente, examinar con espíritu crítico y sintetizar la literatura científica y otra información importante para la terapia ocupacional.
27. Entender, seleccionar y defender diseños y métodos apropiados para la investigación sobre la ocupación y la terapia ocupacional, tomando en cuenta los aspectos éticos.
28. Interpretar, analizar, sintetizar y criticar los hallazgos de investigación relevantes para la terapia ocupacional.

29. Desarrollar nuevos conocimientos de la ocupación y de la práctica de la terapia ocupacional, especialmente en relación a retos de salud y sociales, emergentes y/o locales.

30. Difundir los hallazgos de investigación entre las personas interesadas.

Gestión y promoción de la Terapia Ocupacional:

31. Determinar y priorizar los servicios de terapia ocupacional

32. Entender y aplicar los principios de gerencia en los servicios de terapia ocupacional, incluyendo costo-beneficio, la administración de los recursos y equipos, y el establecimiento de protocolos de terapia ocupacional.

33. Involucrarse en un proceso continuo de evaluación y mejora de la calidad de los servicios de terapia ocupacional, incorporando a los usuarios cuando sea apropiado, y comunicar los resultados a los demás interesados relevantes.

34. Adoptar un rol proactivo en el desarrollo, la mejora y la promoción de la terapia ocupacional

35. Considerar los desarrollos e influenciar las políticas de salud y atención social, la sociedad y la legislación, que afecten a los servicios de Terapia Ocupacional a nivel internacional, nacional y local

El proceso de consulta sobre estas competencias que ENOTHE y COTEC llevaron a cabo en los países europeos con la colaboración de la Universidad de Deusto (España), mostró la prioridad asignada, tanto por profesionales dedicados a la práctica como por educadores y estudiantes a los siguientes puntos: a) la aplicación del proceso de Terapia Ocupacional; b) posibilitar o facilitar el involucrarse en la ocupación c) la práctica ética y centrada en el usuario d) señalan las dificultades para denominar y definir adecuadamente los conceptos centrales de la profesión e) la barrera del idioma por la que hay gran escasez de libros y revistas sobre la profesión escritos en castellano, lo cual genera dificultad para realizar revisiones bibliográficas con la amplitud deseada.

Estos hallazgos coinciden ampliamente con los propuestos en esta tesis al momento de lograr una TO cuya práctica responda a modelos propios para lograr una identidad profesional definida y consolidada, a través del uso del razonamiento clínico a lo largo de todo el proceso de TO. Específicamente una disciplina centrada en el entorno, en el usuario y en la ocupación que da cuenta de

su concepción holística y no reduccionista, así como revela su naturaleza híbrida y su orientación a la faceta exclusiva del ser humano a la cual debe dirigir su finalidad: “apoyar la salud y la participación en la vida a través del compromiso en la ocupación “Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional, (AOTA). En síntesis, se rescata la importancia del conocimiento y manejo de las bases fundamentales y la lectura crítica y desarrollo de conocimiento científico a nivel nacional. En este último ítem se destaca la gran iniciativa que España ha tenido tras estos resultados y la posibilidad que abre en América Latina en materia de acceso a la lectura científica y por supuesto el estímulo al desarrollo regional.

Pradolini (2012), sostiene que hay competencias vacantes en la formación, que son requeridas en la etapa inicial del ejercicio profesional. El relevamiento de las competencias demandadas y su evaluación son importantes para la definición de los perfiles profesionales. Así, la educación superior debe estar atenta a las demandas del mercado de trabajo y a las necesidades de desarrollo tecnológico productivo de las sociedades, asumiendo las instituciones universitarias el rol de productoras de conocimientos y formadoras de profesionales. Los formadores deben preguntarse si se han producido cambios paradigmáticos en el desarrollo de las disciplinas y cómo es el contexto en el cual se desempeñan sus profesionales.

Las características relacionadas al desarrollo académico y profesional compartidas a nivel nacional y latinoamericano son: la identificación de áreas fuertes dentro del plan de estudios (áreas biomédicas, psicosocial y de prácticas profesionales) y áreas débiles (ocupaciones terapéuticas, la vinculación de la formación con los requerimientos de los distintos ámbitos de trabajo, la actualización de la planta docente y los contenidos de las asignaturas). En correspondencia a las debilidades se pregunta ¿Cuán aplicables son los conocimientos en el ejercicio profesional?, ¿Qué competencias han aprendido los egresados? En relación a esta última pregunta los resultados de dicho estudio fueron:

- respecto a las competencias de conocimiento en TO refieren la necesidad de conocimiento teórico específico de la disciplina y también de otras ciencias relacionadas que favorezcan un pensamiento complejo en interacción con el contexto de vida de las personas abordadas.

- en relación a las competencias del proceso y razonamiento clínico del TO es requerida y valorada en todas las áreas de ejercicio profesional que componen este estudio.

-en cuanto a las competencias del área de relaciones y alianza profesional se destaca la importancia de una valoración socio-antropológica del reconocimiento del otro con sus potencialidades y el uso de las relaciones interpersonales como estrategia terapéutica.

-respecto a las competencias de investigación fueron mencionadas como demanda laboral solo por una egresada.

-las competencias del área de gestión y promoción de la TO, se visualiza como una competencia con dificultades o en proceso de adquisición.

-respecto a las competencias sobre la autonomía profesional, se identifican tensiones por mantener los valores y principios de la TO, la propia identidad profesional y la posibilidad de ejercicio de las incumbencias. Las dificultades mencionadas en el área de competencias de autonomía profesional guardan relación con algunas de las debilidades y vacancias reconocidas de la formación recibida:

a) insuficiente formación sobre los fundamentos teóricos y epistemológicos de la TO.

b) falta de formación para enfrentar la búsqueda y mantenimiento del trabajo (empleo - autoempleo).

c) insuficiente ofertas de postgrados por parte de la UNL e inexistente en relación a la especialización disciplinar ⁴³. La necesidad de formación continua, especializaciones en el campo de práctica, fueron referidas por doce de diecinueve entrevistadas.

Si se compara las apreciaciones de los graduados del grupo UNL con el grupo europeo, coinciden con dos competencias menos importantes: habilidades de investigación, habilidad para trabajar en un contexto internacional. Si se compara el grupo estudiado y al grupo de graduados latinoamericanos, existe coincidencia en tres competencias consideradas menos importantes: habilidad para trabajar en contextos internacionales, compromiso en la preservación del medio ambiente y

⁴³ Gómez Lillioy e Imperatore Blanche refieren en 2010, en cuanto a la obtención de títulos de posgrados, que en Chile esta posibilidad se incrementó en la década 1990–1999. Se reconoce el importante desarrollo de la TO en Latinoamérica y el lento conocimiento público de la profesión.

capacidad de comunicación en un segundo idioma. La ausencia de interés en la investigación resulta desalentadora ya que resulta la clave para el crecimiento de la disciplina, sin embargo, estos resultados son los arrojados por estudiantes, para quienes lo primordial a lograr para el nivel inicial de profesionalización, es el conocimiento y manejo de las teorías y modelos propios de la disciplina, así como la articulación con conocimientos externos a lo largo del proceso de T.O.

En el estudio de González Morales y López Martín (2013) basado en el proyecto Tunning, en relación a competencias especializadas que un graduado en TO debe tener para trabajar en el campo de la salud mental, se les solicitó que seleccionen y jerarquicen, de las cincuenta y seis (56) competencias recogidas en el Libro Blanco de la T.O, las cinco competencias más desempeñadas. El 100% opinó que las cinco competencias más desempeñadas son:

- capacidad de articular la teoría y la práctica.
- capacidad de aplicar las AVD cualquiera sea el área de desempeño profesional.
- capacidad para trabajar según normas éticas y legales.
- capacidad para facilitar el funcionamiento ocupacional.
- capacidad para utilizar el razonamiento clínico revisando el tratamiento.

Diferencias en el continuum de formación académico-profesional:

Regresando a la idea del razonamiento clínico como articulador entre el conocimiento y la práctica utilizado en esta tesis como la clave para el desarrollo de la identidad ocupacional, varias investigaciones realizadas sobre el razonamiento clínico durante las últimas cuatro décadas, y por científicos de diversas disciplinas con perspectivas variadas como son la sociología, la psicología cognitiva, la psicología clínica y la educación médica; han efectuado comparaciones entre grupos de clínicos expertos y novatos. En ellas se demostró que los primeros recuerdan información específicamente relevante para el proceso diagnóstico, sin embargo, retienen menos información que la que recuerdan los novatos, probablemente se deba a que las estrategias utilizadas son diferentes. Las competencias en el experto se logran cuando los conocimientos pertinentes (biomédicos, clínicos y experienciales) se organizan en redes cognitivas que son utilizadas para hacer diagnósticos y decidir conductas de

manera no analítica, siendo luego corroboradas mediante el método hipotético deductivo o analítico.

Moruno Miralles, Talavera, Valverde y Cantero Garlito (2009) manifiestan que el razonamiento clínico es jerárquico, por tanto, evoluciona desde los estudiantes y profesionales novatos de un razonamiento procedimental e interactivo al razonamiento condicional, siendo necesario el facilitar ese proceso de transición por parte de los docentes universitarios y de la supervisión de la práctica clínica tal como lo consideraban McCannon, Robertson, Caldwell, Juwah y Elfessi (2004).

Se han propuesto tres modelos actuales que explican el razonamiento clínico:

- El modelo analítico es el tradicional. Supone un análisis de la relación entre los síntomas y signos y las enfermedades subyacentes, utilizando el pensamiento hipotético-deductivo. Esta estrategia es más utilizada por novatos.

- El modelo no-analítico se apoya en la experiencia del profesional que permite diagnosticar a partir del “reconocimiento de patrones”. Esta forma de razonamiento es automática y rápida lo cual la sujeta a un riesgo mayor de error. Es una estrategia más utilizada por expertos.

- El modelo combinado sostiene que ambas formas de pensamiento no son excluyentes y es probable que ocurran durante la práctica clínica contribuyendo a la representación mental del caso presentado, a las hipótesis generadas y a la toma de decisiones terapéuticas. Sin embargo, el procesamiento analítico juega un papel predominante en la comprobación de la hipótesis. Esta estrategia es mayormente utilizada por expertos.

Como el razonamiento clínico es un proceso cognitivo cuyo dominio es adquirido a través de la formación y la experiencia, es importante resaltar que, así como los T.O novatos necesitan seguir explícitamente el proceso de T.O (propuesto por Hagedorn y Trombly y citado por Moruno), para alcanzar la etapa de logro; aquellos T.O con mayor experiencia desarrollan esta competencia y la utilizan implícitamente durante el proceso de T.O.

Moruno Miralles y Talavera Valverde (2012) toman los aportes de Sánchez y Romero en relación a la pericia y experiencia profesional, quienes proponen cinco etapas de evolución del razonamiento clínico: principiante (mas teórico y rígido), iniciado avanzado (menos de un año de experiencia), competente (más de tres años), hábil (más de cinco años) y experto (más rápido, flexible y holístico), (p.324-325).

Además, el uso del razonamiento clínico está estrechamente relacionado con el concepto de práctica basada en la evidencia (PBE) y el de medicina basada en la evidencia (MBE) definida por David Sackett en 1996 como “el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible, en la toma de decisiones sobre la atención a los pacientes considerados en su individualidad. Dicha evidencia proviene de la certeza que proporcionan las pruebas científicas obtenidas a través de la investigación actual que cumple con pautas de calidad metodológica”.

Otra definición es la identificada en el artículo de Moreno Rodríguez; Sanjurjo Castela; Talavera Valverde titulado “Terapia ocupacional e identidad profesional: el reto de las publicaciones científicas” publicado en TOG (2008, p.166) y en la Revista Asturiana de T.O (2009, p.18):

Es la integración en la maestría clínica del terapeuta ocupacional del uso consciente, directo y juicioso de la mejor evidencia científica disponible para la toma de decisiones clínicas en la atención al paciente individual, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta.

Es importante resaltar en estas definiciones la relevancia de los términos: “uso” “consciente”, “juicioso”, “toma de decisiones”, “individualidad”, porque nos invita a acercarnos a la necesidad de un hacer crítico, reflexivo, sustentado en conocimientos y evidencias científicas, y por lo tanto alejado de la intuición, del desconocimiento y del ensayo- error. Estos imprimen responsabilidad y exigencia que los profesionales no deben desconsiderar, más aún cuando el servicio brindado está dirigido a un individuo singular lo que implica cuestiones éticas. En esa línea Rumbo, J; Arantón, L; García, N (2005) explican que el propósito de

la Terapia Ocupacional Basada en la Evidencia (TOBE) es desarrollar una práctica en la cual las actuaciones se basen en el análisis de los resultados provenientes de la investigación (evidencia externa) combinados con la experiencia profesional (evidencia interna) que intente paliar la variabilidad en la práctica profesional y que nos llevara a crear rigor científico, mantener actualizado el conocimiento, optimizar la gestión de recursos y fomentar la formación continua.

El término “razonamiento clínico” en el ámbito educativo y profesional del campo de la medicina, es empleado y evaluado como competencia considerándola la médula de la práctica, ya que en él confluyen el saber y el saber- hacer, que en termino generales podrían corresponderse con la racionalidad y la experiencia, estrategias metodológicas que deberían ser dominadas por los expertos.

Como se ha tratado el razonamiento clínico es la piedra angular del proceso diagnóstico, al igual que el método científico lo es al proceso de investigación científica. En ambos procesos se requiere de una hipótesis diagnóstica conformada con los datos obtenidos en la evaluación, relacionados con la experiencia y medios diagnósticos que acrediten validez, así como modelos bajo los cuales se interpreten los hechos. El éxito de este proceso depende de la adquisición y manejo de los conocimientos teórico-prácticos, de la revisión crítica y de la discusión diagnóstica en caso de que sea oportuna.

En ese sentido se destaca principalmente el uso del razonamiento clínico en la etapa de evaluación al momento de seleccionar información relevante y específica de la disciplina, seleccionando un modelo de práctica específico de la disciplina, en la misma posición en la que se ubican los modelos en la fase sincrética o conceptualizadora de la investigación científica de la que se espera surja una hipótesis. Lo mismo ocurre en etapas posteriores al someter a reevaluación los resultados de la práctica clínica para constatar su eficacia terapéutica, del mismo modo que el análisis de datos debe demostrar coherencia con sus anteriores fases, así como los resultados de una investigación científica se someten a revisión y discusión.

La discusión diagnóstica es un término utilizado en medicina que se utiliza en las etapas de formación, su objetivo es desarrollar razonamiento clínico necesario para integrar la información objetiva y subjetiva relevada de la evaluación y los

estudios con los conocimientos teóricos para arribar a un juicio diagnóstico y efectuar la toma de decisiones para diagramar la intervención terapéutica. En síntesis, la discusión diagnóstica es un diálogo entre teoría y empírea.

Como estrategia educativa existe consenso al señalar que, lo más importante, es involucrar a los estudiantes en la solución de la mayor cantidad posible de problemas clínicos, organizados didácticamente y su posterior transferencia a situaciones nuevas. El resultado del estudio llevado adelante por Rodríguez López, Valdés de la Rosa, García Barrios, Casas Rodríguez (2013) determino:

- Que las deficiencias en la discusión diagnóstica muchas veces son determinadas por dificultades en los pasos precedentes del método clínico relacionados con una obtención inexacta de datos, lo que determina la importancia de una evaluación adecuada y estructurada.
- Que las mayores dificultades se centran en asumir un juicio diagnóstico, una vez concluida la recolección de la información, lo cual se halla más relacionado al manejo teórico.
- Que se evidencian fallas metodológicas que garantice la discusión diagnóstica.
- Que las discusiones diagnósticas no se sistematizan y por tanto no presentan uniformidad en la presentación.
- Que existe escasa evaluación a los estudiantes en relación a esta tarea.
- Que los docentes carecen de la suficiente preparación pedagógica sobre el proceso de adquisición de las habilidades de razonamiento y por tanto desconocen cómo enseñar y orientar dicho proceso.

El desarrollo y uso del razonamiento clínico es la clave del éxito para el dominio del TO sobre el proceso terapéutico y sus consecuencias sobre la identidad profesional. Resulta crucial la enseñanza explícita y la practica metódica desde la formación de grado, llevando esta instancia per-se la necesidad de conocimiento, uso y manejo de modelos propios y conocimientos externos adecuadamente articulados; así como la actitud reflexiva y la apertura a la discusión mediante la supervisión, grupos de estudio, cursos, reuniones de equipo, elaboración de registros, lectura crítica y producción de conocimiento científico.

Castejón Oliva cita en su artículo al trabajo de Ericsson y Smith (1991) quienes determinan que es necesario un largo periodo de tiempo para tener una amplia

experiencia en un dominio, alrededor de diez años de una práctica continuada y sistemática, una práctica que Ericsson denomina “deliberada” por ser constante y dirigida durante un largo tiempo. Varios estudios demuestran que los psicoterapeutas con grados universitarios superiores y décadas de experiencia no son confiablemente más exitosos en su tratamiento que los terapeutas novatos con sólo tres meses de entrenamiento, ya que la experticia parece disminuir cuanto más se mantenga el profesional alejado del entrenamiento o la actualización. Reyes Paulino (2013) menciona en su artículo otros estudios (Ericsson 2006; Ericsson & Smith, 1991), que han establecido que un experto no se puede medir exclusivamente por sus años de experiencia, a menos que dicha experticia haya sido adquirida como resultado de una práctica continua realizada de manera deliberada, intencional y crítica. Por el contrario cita estudios que comparan a novatos con expertos, en una gran variedad de disciplinas y áreas de conocimiento, como por ejemplo, Física (Dufresne et al., 1992), Enfermería (Lamond & Farnell, 1998), Literatura (Zeitz , 1994), Diseño Instruccional (Ge, Chen, & Davis, 2005); confirman que estos últimos poseen la capacidad de utilizar una red exhaustiva que integra conocimientos y experiencias (Dreyfus & Dreyfus, 1980), siendo el acceso automático a esta estructura altamente organizada de conocimiento lo que definitivamente diferencia a los expertos de los novatos cuando se trata de resolver problemas complejos.

Las competencias que poseen los expertos para resolver problemas complejos han servido de base para la concepción de modelos de desarrollo de la experticia humana, la autora menciona al modelo de desarrollo de habilidades propuesto por los hermanos Dreyfus (1980) que ha sido utilizado exitosamente en diversas áreas como educación y salud específicamente en la formación de profesores (Smith, 2001), y en la práctica de la enfermería (Benner, 2004). Este modelo está compuesto por cinco etapas que describen el nivel de evolución en conocimientos teóricos y prácticos, así como las competencias alcanzadas por el estudiante o aprendiz hasta llegar a hacerse experto.

1. Novato: Posee un nivel mínimo de conocimientos teóricos conocido como "Know-What", el cual aún está desconectado de la práctica diaria y por lo cual requiere de constante supervisión. En esta etapa el novato tiende a seguir de manera estricta las reglas y los planes que se le han enseñado.

2. Principiante: comienza a desarrollar conocimiento práctico o "Know-How" sobre aspectos principales de la práctica profesional, pero todavía requiere de supervisión para llevar a cabo toda la tarea por lo que puede proveer soluciones parciales a problemas complejos.

3. Competente: en esta etapa puede resolver la mayoría de las tareas usando su propio juicio y llegar a resolver situaciones complejas a través de un proceso deliberado de análisis y planificación por poseer ambos tipos de conocimientos.

4. Proficiente: la persona posee un nivel más profundo de comprensión en la disciplina y la práctica profesional, maneja problemas complejos de manera holística y demuestra mayor seguridad a la hora de tomar decisiones de manera independiente, siendo capaz de supervisar a otros.

5. Experto: demuestra una gran profundidad de conocimiento tácito, es capaz de asumir responsabilidad y crear sus propias interpretaciones y soluciones a problemas de forma holística o sistémica, pudiendo cambiar rápidamente de un modo de pensamiento intuitivo a analítico y viceversa.

Las estrategias derivadas de la teoría socio-cognitiva del aprendizaje han sido empleadas exitosamente en el diseño de intervenciones para promover el aprendizaje y apoyo al desempeño, entre ellas se destacan: la práctica deliberada, la supervisión y la actitud reflexiva.

Dentro de los criterios para la selección de expertos se seleccionaron los más básicos y de sencilla medición:

- Grado de Formación académica alcanzado.
- Experiencia de trabajo de al menos 4 años en el área específica.
- Conocimientos acerca de la disciplina.
- Capacidad de expresarse y escribir documentos.
- Predisposición a la investigación y la actitud crítica.
- Capacidad de análisis y síntesis de información compleja en evaluaciones y revisiones estructuradas
- Actualización y formación continua.

Por lo anteriormente expuesto queda claro que no existe consenso sobre la definición de la experticia y que la evaluación del profesional experto es difícil, sin embargo hay acuerdo en que los últimos dos criterios resultan de suma importancia para determinar la experticia, ya que puntualizan la diferencia entre la capacidad del experto frente al novato por relevar, analizar y sintetizar información compleja utilizando redes cognitivas que organizan el conocimiento teórico-práctico, pero que requieren de permanente estímulo a través de la formación continua, la lectura crítica y la actitud reflexiva del profesional, yendo en la línea de la propuesta de esta tesis.

Cañadas Pérez y Gómez Martínez (2012) refieren que los docentes a cargo de proyectos educativos deben tomar conciencia de las necesidades de lograr resultados de aprendizaje relacionados a las competencias genéricas y específicas requeridas para la práctica de la T.O. (p. 474). La práctica profesional, entre otras funciones, garantiza la coherencia entre la teoría y la práctica, de forma que se comporta como el mecanismo que avala el continuum entre estos dos aspectos esenciales de la formación académica y profesional. (p.477). Fischler, Zabalza, Mocina y Tejeda señalan que la práctica es considerada como el periodo más relevante por los estudiantes, pero denuncian su escasa formalización. (p.478). Según Bunk el proceso de aprendizaje de competencias puede realizarse siguiendo ciertas estrategias: (p. 479)

- establecer rutinas de trabajo ligadas a un proceso (etapas del proceso terapéutico)
- valorar las capacidades, actividades y entornos de desempeño ocupacional de los clientes (aspectos a evaluar)
- profundizar en conocimientos teóricos aplicados a la resolución de problemas (articulación teórico- práctica)
- diseñar y desarrollar un programa (intervenciones)
- interactuar con el cliente (implicación y relación terapéutica).

6.3 Razonamiento clínico e Identidad profesional

Talavera Valverde (2010) se pregunta en relación a la identidad profesional del TO ¿Qué es lo que somos, de dónde venimos y que queremos ser?, para dar respuesta a estos interrogantes apela a tres hipótesis:

En la primera recupera la esencia de la disciplina, citando a Kielhofner al sostener que la identidad profesional depende de un mismo paradigma compartido por los miembros de una profesión. Este otorga una visión compartida, que en el caso del tercer paradigma es la ocupación y su influencia sobre el estado de salud, al mismo tiempo que rescata los fundamentos elaborados por los pioneros del primer paradigma. Los conceptos teóricos centrales son uno de los elementos del paradigma que influyen sobre la identidad profesional, al distinguirla de otras disciplinas e identificarla al interior de la nuestra. A diferencia de las ciencias médicas y psicológicas, la TO no interviene en el cuerpo a través de técnicas y fármacos, ni sobre la psiquis a través de la palabra, sino que nuestra intervención se basa en proporcionar oportunidades de desempeño ocupacional en un contexto y condición de salud particular.

La segunda hipótesis se centra en la importancia del uso juicioso y reflexivo de los elementos del paradigma y los modelos propios de la disciplina. Para este autor esta competencia se centra en el uso del razonamiento clínico plasmado en registros clínicos (como historias clínicas, informes, ateneos) y en documentos científicos (como disertaciones, publicaciones y otros espacios de difusión del conocimiento).

Si los TOs conocen y manejan dichos elementos y reflexionan sobre su quehacer (relación entre ocupación y concepto de salud, efectos de la ocupación en los estados de salud a partir de intervenciones ocupacionales, etc.) “¿Por qué nuestra identidad profesional se sigue tambaleando?” (...), ¿cómo es posible que los terapeutas hagan terapia ocupacional si no son capaces de definirla?” (Talavera Valverde, 2010, p.35-37), ¿por qué aun la T.O es poco reconocida en la población general y para otras disciplinas?

Estos interrogantes dan lugar a la tercera hipótesis, la cual coincide con las consideraciones mencionadas en el Capítulo 5 de esta tesis sobre la identidad profesional. Talavera Valverde (2010) halló, tras la búsqueda bibliográfica, que en los últimos siete años se presenta una gran incertidumbre respecto a que somos, no así de lo que hacemos. Propone al razonamiento clínico como base para la comprensión del proceso terapéutico en el que se sintetizan todos los elementos de

las bases fundamentales organizadas por Kielhofner (2006), basándose también en la evidencia empírica y científica de las intervenciones y sus efectos.

Por ello concluye que desde las etapas formativas el estudiante va conformando su rol, su identidad profesional, a la imagen y contenidos transmitidos en las materias y en las prácticas pre-profesionales, luego en la formación de posgrado y en su práctica profesional ira adquiriendo mayor competencia y promoviendo una identidad fuerte. Pero es imprescindible identificar que estrategias y recursos existen para ello en cada una de las instancias formativas (grado-posgrado-investigación), tal como se mencionó en el apartado precedente.

Talavera Valverde (2010) sostiene que, en España, la investigación, es la asignatura pendiente evidenciada por el estancamiento teórico que no es lícito que suceda para los responsables de esta profesión (asociaciones, universidades, colegios, profesionales). Agrega “no podemos obviar que nuestra ciencia surge de lo que somos en el hacer, somos lo que hacemos y nuestra implicación con la disciplina es la base que nos mueve” (p. 37), marcando una paradoja donde la intervención es una actividad y sin embargo (o a causa de ello) no hay reflexión sobre la calidad y efectividad de ese hacer.

Morrison Jara (2013), compara en su artículo a la T.O con un árbol, señalando las diversas ramas como un área de ejercicio profesional, pero la necesidad de respetar un eje troncal correspondiente a los fundamentos epistemológicos⁴⁴ que urgen por ser explicitados, reflexionados e integrados en la formación y en la práctica.

Breines en 1986 publicó un libro basado en la participación de educadores y profesionales clínicos de T.O en el que se invitó a reflexionar sobre los fines constituyentes de la disciplina y señala la dificultad “histórica” para argumentar sus intervenciones, así como la utilización del método científico imperante para validarlas por sobre la finalidad de la T.O que no ha favorecido a dar cuenta del impacto real de la disciplina. Sostiene que si hubiese existido continuidad en los escritos con los primeros fundadores no habrían existido tantos cuestionamientos, lo cierto es que el segundo paradigma no favoreció a la disciplina en sus aspectos

⁴⁴ Cuando hablamos de enunciados epistemológicos nos referimos a aquellos enunciados científicos y reflexivos adoptados por una comunidad científica, por ejemplo: el postulado sobre la naturaleza ocupacional del ser humano de Ann Wilcock.

fundamentales y contribuyo a la carencia en la enseñanza de estos preceptos en la formación de grado sin situar a la ocupación como eje central de la disciplina, haciendo, por el contrario, mayor hincapié en una enseñanza fragmentada correspondiente a cada área de ejercicio profesional en desmedro de un eje troncal y reduciendo la complejidad a componentes del desempeño. En consecuencia, el costo fue una identidad profesional desmembrada, débil y supedita a lineamientos médicos.

Tres años más tarde de la publicación del libro de Breines abre, en la Universidad de California, el programa doctoral en Ciencias de la Ocupación que propone el estudio sistemático de las ocupaciones en su forma, función y significado. Sin embargo, fue punto de debate pues desarrollar una ciencia básica aun sin tener bases filosóficas desarrolladas hizo que esta intención de las ciencias de la ocupación quedara trunca al intentar establecer leyes, quedando aun sin resanar la fractura de volver a los orígenes, recurriendo a la epistemología de la T.O como se propone en esta tesis.

Adolf Meyer, precursor del primer paradigma, publico en 1922 el libro “La Filosofía de la TO” en el que describe como la disciplina observa el mundo, sus métodos, prácticas y fines (la ocupación como parte del bienestar y calidad de vida) evidenciando la relación entre ocupación y salud, así como revelando desde sus inicios los fundamentos de su existencia y su quehacer. Estos preceptos epistemológicos fundacionales son solventes, sin embargo, su base teórica fue débilmente explicitada, aunque latente, lo que permitió su supervivencia.

De modo que reflexionar sobre los fundamentos filosóficos y promover un ordenamiento del conocimiento en TO es de relevancia para el desarrollo de la identidad profesional, para las prácticas clínicas y para el desarrollo de la evidencia. Esta reflexión debe ser continua a lo largo de todo el proceso de formación, desde el uso del razonamiento clínico y la PBE en la práctica diaria, la lectura crítica y la publicación científica basadas en el tercer paradigma al rescate de la historia de la profesión y el desarrollo de conocimiento, postulando como primordial a la competencia del razonamiento clínico. McCannon et al. (2004) han reconocido a esta competencia como un elemento crucial y fundamental del proceso de intervención y pieza clave para generar la competencia clínico. Del mismo modo Erhardt y Meade (2005) resaltan la eficacia del razonamiento clínico

considerándolo un componente esencial entre las profesiones de la salud. (Como se cita en Moruno Miralles, Talavera Valverde y Cantero Garlito, 2009).

De modo que se postula como el elemento clave y necesario para resolver este dilema. De hecho, para el autor esta competencia sirve justamente para “articular la teoría con la práctica y viceversa”. Este es el punto crucial ya que de no ser tomado en cuenta como premisa ética para el quehacer profesional tendrá consecuencias en la prestación de servicios, en el prestigio, valor y reconocimiento de la disciplina.

El desarrollo de una disciplina y el de su identidad profesional evolucionan necesariamente de forma paralela, de modo que el desarrollo de la T.O dependerá de la capacidad de la disciplina y sus profesionales para generar el cuerpo epistemológico de la misma y establecer auténticos soportes teóricos. Desde las universidades se debe destacar el papel de los fundamentos filosóficos y de los modelos, de modo que los profesores resultan ser un factor de aprendizaje vicario. Por otro lado, los graduados deben participar como oyentes o productores en congresos, jornadas, publicaciones, así como formar el hábito de sistematizar su experiencia clínica. El aprendizaje previo realizado es la base desde donde partir, pero el desarrollo y reflexión de lo que hacemos será lo que modele nuestra identidad.

En España existe consenso entre los editores y directores de la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional, del Spanish Journal of Occupational Therapy (SPJOT), de la Revista Electrónica de Terapia Ocupacional 1(REITO), de la Revista Terapia Ocupacional Galicia (TOG) y de la Revista Informativa de la Asociación Profesional Española de Terapia Ocupacional (APETO), sobre la relevancia del artículo científico como el elemento básico de la comunicación y transmisión científica por su inmediatez, actualidad y periodicidad que permite alcanzar un grado de impacto en la comunidad científica, lo cual le otorga una importante ventaja frente a las monografías; y por el reconocimiento que supone al ser sometido a un proceso de evaluación por comités de expertos en el proceso de revisión, selección y corrección antes de ser publicado.

La PBE entendida como la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado del paciente, incluye la lectura crítica de artículos científicos. Sanz de la Garza (2005)

sostiene que la lectura crítica es el proceso de valorar e interpretar la evidencia considerando su validez, relevancia y resultados en el trabajo individual.

La PBE en TO representa un reto para la profesión por definir no sólo que se está haciendo sino demostrar si es efectivo. De modo que las publicaciones españolas han logrado un consenso para el desarrollo de la disciplina mediante propuestas para las publicaciones científicas que denotan el uso del razonamiento clínico, especialmente el caso de los profesionales que conforman TOG quienes se comprometieron en el número seis de la revista lograr el objetivo de incluirla en el grupo de revistas de consulta obligada a partir de los aportes concretos sobre la teoría y la práctica de nuestra disciplina.

Dentro de las propuestas consensuadas en la comunidad científica española de TO encontramos:

- Normalización y consenso a través protocolos de actuación para dar coherencia interna y uniformar los procesos de cualquier área dentro del desempeño profesional.

- Calidad al efectuar evaluaciones críticas de artículos científicos, a fin de facilitar el desarrollo de posteriores líneas de trabajo que doten a la profesión de estructuras sólidas de evidencia científica.

- Accesibilidad a las bases de datos en las cuales queden recogidos la totalidad de los artículos de las diferentes publicaciones

- Facilitación para localizar las mejores evidencias y la lectura crítica de artículos que permitan conseguir la utilización consciente, explícita y juiciosa en la toma de decisiones sobre la elección de la intervención más efectiva. De hecho, al menos dos conocidas revistas (CJOT y BJOT) ya han dedicado un número completo para abordar en extensión la práctica basada en la evidencia especialmente en campos como el entrenamiento de habilidades en sujetos con trastornos mentales severos, abordaje centrado en el cliente en Terapia Ocupacional, programas de actividades estructuradas versus programas estándar en unidades de hospitalización psiquiátrica y prevención de caídas en ancianos.

- Fomento de materias referentes a la investigación y elaboración de documentación científica en los planes de estudio grado y postgrado.

- Motivación y compromiso profesional por mantenerse actualizado de las tendencias y conocimientos ya que permitirán afrontar los cambios y garantizar la existencia de un compromiso con la excelencia del servicio prestado.

Talavera Valverde, Moruno Miralles y Cantero Garlito (2008), sostuvieron que el facilitar el desarrollo del razonamiento clínico permite asentar una práctica sólida que apoye la identidad profesional. A tal fin proponen crear en TOG un espacio de publicación de casos clínicos con la finalidad de:

- Reflexionar sobre las condiciones de los encuadres e instituciones en que desarrollamos nuestro trabajo (sus posibilidades y restricciones), así como facilitar la discusión sobre las relaciones entre la base conceptual y la práctica clínica (las funciones y limitaciones de nuestros marcos de referencia teóricos y modelos de práctica).

- Promocionar la utilización del razonamiento clínico desde el proceso de derivación y evaluación ocupacional inicial describiendo las variables exploradas y las herramientas específicas utilizadas, así como arribar a un diagnóstico ocupacional donde se identifiquen las principales alteraciones en el desempeño en las áreas de ocupación y su causa hipotética.

- Generar estructuras para ordenar la información recogida para facilitar el procesamiento lógico de la información y proporcionar estrategias de decisión en las intervenciones y seguimiento de los usuarios, en definitiva establecer pautas de razonamiento clínico en Terapia Ocupacional bajo un solo marco conceptual ya que sugiere el empleo del documento Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (AOTA, 2002) y la estructura delineada por Rogers y Holm (1991) respecto al diagnóstico ocupacional.

Esta propuesta evidencia la necesidad de cohesión y coherencia entre todos los terapeutas ocupacionales.

Miguel Ángel Talavera Valverde (2013) sostiene que la clave para el desarrollo de la disciplina es el razonamiento clínico o profesional, crítico y ordenado. Menciona que, a pesar de los avances en los últimos años en el desarrollo del cuerpo teórico de la disciplina, se continúa percibiendo un desajuste entre la teoría y la práctica. Como factores de tal desajuste nombra:

- 1) La formación práctica centrada en cuerpos teóricos de otra disciplina que genera una confusión del rol profesional.

- 2) La ausencia de un pensamiento estructurado, ordenado y metodológicamente adecuado para poder planificar las intervenciones (razonamiento clínico).
- 3) La carencia de un pensamiento crítico sobre nuestra realidad reflejada en las escasas publicaciones sobre este tema.

La TOG propone abiertamente reflexionar sobre la aplicación de los fundamentos en la práctica y a la TOBE como modo de validar las intervenciones y promover el desarrollo de la disciplina a partir de su eje troncal.

Como propuestas menciona la importancia de generar capacitación para ordenar y pensar lógicamente lo valioso que sucede en lo cotidiano (característica de nuestra práctica) y para desarrollar competencia en el profesional al momento de elaborar sus procedimientos. Asimismo, resalta la importancia de involucrarse en la lectura y producción de artículos científicos a través de la esquematización bajo líneas de trabajo como las propuestas en la sección de TOG destinada a la finalidad de generar un pensamiento crítico y estratégico, vinculado al razonamiento clínico y a la articulación teórico-práctica.

Capítulo 7: Evaluación del razonamiento clínico

7.1 Estudios e instrumentos de evaluación.

Para Moruno Miralles, Talavera Valverde y Cantero Garlito (2009) el estudio del razonamiento clínico constituye una aproximación válida para tratar de conocer y describir las estrategias y habilidades que se desarrollan durante la intervención, los conocimientos implicados en el proceso y los factores que existen entre conocimientos y acción, la finalidad no solo es optimizar la calidad de la intervención, sino también desarrollar y mejorar la competencia profesional, así como mejorar la enseñanza de la disciplina.

El estudio de revisión publicado en la revista Docencia Universitaria (REDU, 2012) se realizó para determinar el estado del arte sobre el tema de razonamiento clínico y su evaluación en la carrera de Medicina. En esa línea y en relación directa con la producción de conocimiento científico de la temática propia de la profesión, existe la tesis doctoral de Talavera Valverde (2015) “Estudio del

razonamiento clínico en estudiantes de terapia ocupacional” la cual resalta la importancia de fomentar y evaluar esta competencia durante el desarrollo profesional.

Según Epstein (2007) hay tres razones para evaluarlo:

- Estimular el desarrollo de las capacidades del estudiante y su motivación.
- Brindar protección al paciente.
- Proveer una base confiable de selección de los candidatos e incrementar la investigación basada en la evidencia.

Fleming explico que gran parte del conocimiento en T.O reside en el conocimiento práctico, poco discutido y descripto, pero ello este conocimiento tácito requiere ser explicitado. El razonamiento clínico implica dominar la teoría, para evitar decisiones injustificadas e intervenciones ineficaces, así como combinarlo con la propia experiencia. Este proceso requiere del manejo de mucha información compleja, que se facilita en el profesional experto, por el uso de representaciones o esquemas que permiten categorizar y detectar diferencias a partir de indicios, reconocimiento de patrones, identificación, explicación y resolución del problema.

Cabe destacar la importancia de la teoría del “Illness Scripts” (de ahora en más: IS) o guiones de enfermedad, estos son estructuras de conocimientos que se activan inconscientemente y en bloque lo que permite generar una hipótesis diagnóstica en muy poco tiempo (para los expertos) y sin mayor esfuerzo (no analítico). Estudios concluyeron que la experiencia en la resolución de casos clínicos previos reduce la preeminencia de los conocimientos abstractos. La selección del IS se realiza en base al reconocimiento de patrones (pattern cognition) a partir de la comparación de ciertos elementos claves del problema clínico con los IS almacenados en la memoria, de modo que la información relevante se activa.

Como la experticia se construye, los IS se empiezan a formar tempranamente en el desarrollo del conocimiento del estudiante. Al comienzo, los IS contienen sólo conocimiento “abstracto”, pero rápidamente se van enriqueciendo a través del conocimiento clínico que permite una mayor elaboración de la información, de modo que el estudiante posee conocimientos “dispersos”, logrando activar listas de diagnósticos a partir de síntomas y signos, pero sin mayor integración. Luego

el conocimiento se torna más “elaborado” ya que los signos activan los conocimientos pertinentes al caso y siendo capaz de reinterpretar el conjunto, por último, el conocimiento “compilado” reorganizado en IS permite solucionar los problemas clínicos.

En resumen, podríamos decir que el razonamiento clínico consiste en el uso de uno o más IS para la solución del problema clínico, pero una característica que impide su evaluación objetiva es que son idiosincráticos, es decir que el modo de organización de estos conocimientos es una construcción personal que realiza cada profesional.

En relación a los instrumentos, la teoría de los IS es la base conceptual del Test de Concordancia de Script (TCS). Pero dada la complejidad del proceso de razonamiento, que más que una habilidad mental, intrínseca y permanente, se relaciona con el modo de organizar mentalmente el conocimiento (Norman, 2005) y su utilización, resulta difícil lograr que un instrumento lo mida exclusivamente. Por lo tanto, se consideró que el desafío que representa la valoración del razonamiento clínico es diseñar instrumentos que consideren varios elementos tales como los conocimientos teóricos, la capacidad reflexiva y la capacidad de resolución de problemas clínicos.

Algunos de los métodos desarrollados para medirlo de la forma menos “contaminada” son:

1) Pruebas orales:

- Método “thinkaloud” el examinado va relatando el proceso mental que está siguiendo durante la resolución de un caso clínico (Norman, 2005; Boshuizen& Schmidt, 1992)
- Método “stimulated recall”, se trata de un análisis post hoc. Una vez resuelto el caso clínico se le solicita al examinado recordar y relatar cómo razonó mientras lo resolvía (Norman, 2005; Boshuizen& Schmidt, 1992).

2) Pruebas escritas:

-Test de Concordancia de Script (TCS) es uno de los instrumentos más nuevos desarrollados para evaluar el razonamiento clínico. Consta de un examen escrito cuyo objetivo principal es evaluar la organización del conocimiento en redes cognitivas, en vez de evaluar el conocimiento aislado. Posteriormente se realiza una comparación de las decisiones clínicas de los examinados con las de un grupo de expertos.

Por su parte la investigación educativa presenta dos grandes tendencias o perspectivas de investigación: la empírico - analítica y la hermenéutica. Esta última ofrece un marco teórico adecuado para elaborar explicaciones coherentes acerca de cómo se van desarrollando los aprendizajes complejos, como es el saber actuar (Schön, 1983) del médico. Según Bowen (2006) el médico competente en razonamiento clínico es capaz de:

1. Recoger la historia clínica.
2. Seleccionar información relevante
3. Representar el problema
4. Generar una hipótesis
5. Buscar y seleccionar conocimientos compilados pertinentes
6. Contrastar estos conocimientos compilados con los nuevos datos
7. Realizar un diagnóstico
8. Decidir una conducta terapéutica.

La evaluación de la calidad del razonamiento clínico podría realizarse con el formato de examen lo más similar posible a una situación clínica real y tener en cuenta sólo las invariantes esenciales del razonamiento clínico. Las fases invariantes han sido señaladas por Feinstein, Kassirer y Gorry (1978) y vemos como se corresponden a las fases del método científico:

- 1) Generación de hipótesis: requiere arribar a un diagnóstico, por patrones en los expertos, a partir de la información aportada en el interrogatorio y el contexto.
- 2) Refinamiento de hipótesis: requiere recolectar datos e interpretarlos a partir de tres estrategias: probabilística, causal (la más útil y científica), determinística.
- 3) Verificación: el diagnóstico debe incluir todos o el mayor número de hallazgos en el paciente, así como aplicar el criterio de falsación, es decir considerar hipótesis alternativas que pudieran explicar también el cuadro del paciente.

El educando debe conocer y ser capaz de exponer estas fases más allá de la especificidad del área de desempeño o especialidad.

Baño (2011) hace mención a Groothoff y su equipo, quienes diseñaron un instrumento para evaluar la adquisición de esta competencia nombrado “MaTcH” (Measuring Analytical Thinking in Clinical Health Care). Ha sido empleado como

evaluación de dicho proceso en forma confiable y eficiente, aunque desarrollada originalmente en la década de 1920, es una de las herramientas más utilizadas a nivel mundial para medir razonamiento crítico en educación, pues resuelve algunos de los puntos débiles de las de evaluaciones anteriores, especialmente el llevar a inducir a los evaluados la respuesta correcta, por tanto este instrumento mide el razonamiento hacia atrás “backward reasoning” e incluye distractores.

7.2 Indicadores del razonamiento clínico

Según Epstein (2007), la competencia clínica es un constructo que no es accesible ni cuantificable de manera directa, ya que se demuestra en la acción (como se cita en Gormaz Bardavid y Brailovsky, 2012). Además de su carácter tácito otro factor que dificulta su valoración es el modo personal de organizar y utilizar el conocimiento. Pero hay elementos invariantes como ser el dominio esperado en relación a poseer y manejar conocimiento suficiente y propio de la disciplina, así como el desarrollo de la experiencia. De modo que el razonamiento clínico varía no solo de manera personal sino también de novatos a expertos.

Otra característica importante de la competencia clínica resaltada por Epstein (2007), es que se puede adquirir y desarrollar a través de la práctica médica y de la reflexión intencionada sobre la experiencia a esto se lo denomina experticia⁴⁵. Su utilización requiere de habilidades generales, específicas y expertas con la finalidad de resolver un estado de disfunción ocupacional a través de la evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Según (Brailovsky, 2001), dadas estas características que denotan su complejidad, resulta necesario para poder evaluarla, explicitar sus componentes, definiendo indicadores y llegar a inferir el nivel de desarrollo de la competencia en cuestión (como se cita en Gormaz Bardavid y Brailovsky, 2012). Para este autor los posibles indicadores de experticia son:

⁴⁵ La palabra “experticia” no se encuentra en el Diccionario de la Real Academia Española, sin embargo, en dicho estudio se utilizó el término como traducción del inglés “expertise” utilizado en el área de la Educación en España.

-Años de práctica médica, aunque es una medida muy subjetiva y poco confiable (Brailovsky & Allen, 2011).

-Precisión diagnóstica (Chiniara, 2009).

-Contenido del conocimiento, aunque se han constatado mejores resultados en residentes por sobre expertos, explicado por el “efecto intermedio” donde el residente por la etapa de formación en la que se halla, posee una adquisición acelerada de conocimiento (Schmidt & Rikers, 2007).

-Organización de los conocimientos. En psicología cognitiva se define un script (guión) como una estructura de conocimientos organizados específicamente para ciertos eventos, permitiendo comprender y anticipar acontecimientos esperables (Nendaz, Charlin, Leblanc et al, 2005; Mandler, 1984).

En síntesis, el razonamiento clínico es una competencia que se desarrolla a lo largo de la formación profesional (contenido de conocimiento y experiencia) y presenta características distintivas en cada una de las etapas, requiriendo ser explicitada en una primera instancia. Está guiado por la lógica del modelo combinado e íntimamente relacionado al modo personal de organización de conocimiento. En este punto dependerá del dominio personal que el profesional posea sobre los mismos y la experiencia en aplicarlo a la práctica. La presencia de su uso se evidencia a lo largo de todas las etapas del proceso terapéutico, especialmente en la etapa de evaluación ocupacional inicial y en la elaboración de una posible hipótesis diagnóstica fundamentada en un modelo teórico, el cual debe conocerse y manejarse con excelencia. También es puesto en juego mediante la habilidad del TO para interpretar los datos obtenidos, demostrando coherencia con el modelo seleccionado; así como al momento de elaborar intervenciones terapéuticas e implementar técnicas y estrategias congruentes con el proceso y con los fundamentos conceptuales del tercer paradigma.

En correspondencia con el método científico, el uso del razonamiento clínico permite superar el método intuitivo propuesto por Pierce (aún utilizado en la disciplina lo que genera una débil identidad profesional), dando paso al uso del método científico, donde las etapas del proceso clínico de TO podrían homologarse con las etapas del proceso de investigación científica. Ambos procesos presentan puntos coincidentes al encontrarnos en primera instancia con un problema (problema de salud), que debe ser comprendido a la luz de un

modelo teórico para poder ser conceptualizado y representado en una hipótesis (hipótesis diagnóstica). En esta conceptualización se utilizan evaluaciones del desempeño ocupacional coherentes con el modelo (como ser entrevistas, observaciones, evaluaciones estandarizadas o adaptadas o la combinación de varios de estos métodos). En una segunda etapa se elaboran hipótesis de trabajo, que equivaldría al plan de tratamiento con objetivos terapéuticos mensurables a modo de variables de la hipótesis e intervenciones terapéuticas a modo de indicadores cuyos resultados, tras ser analizados e interpretados con el modelo teórico seleccionado, comprobaran (solución del problema) pasando a ser considerados evidencia; o se refutaran (persistencia del problema) la hipótesis central.

En relación a la tarea de registro y documentación Labrador Toribio, Talavera Valverde y Bartolomé Domínguez (2012) enuncian que:

La documentación es una parte integral de la calidad de las intervenciones del T.O, los estándares de la práctica profesional se evidencian en las labores del registro, un registro excelente no garantiza la buena intervención, pero un registro pobre supone un obstáculo para la excelencia clínica. (p.160).

También resaltan como beneficios de esta tarea la posibilidad de comunicación, la visibilidad de la profesión, la ejercitación y asimilación de terminología propia, la generación de evidencia de aquellas intervenciones exitosas y la protección legal del profesional y del cliente (decisiones, acciones y omisiones). En cuanto a los aspectos éticos y legales, la historia clínica es el documento que refleja no solo las intervenciones profesionales sino el cumplimiento de deberes profesionales como ser el brindar asistencia e informar, resultando una evidencia (p. 158).

A su vez determinan ciertas características del registro relacionadas a los:

- criterios de calidad: debe facilitar el trabajo, ser útil, poseer coherencia interna y externa (entre teoría y registro), una estructura que siga un orden lógico, prioritario y cronológico, el contenido redactado con terminología precisa, sin ambigüedades, enjuiciamientos, claridad en la gramática y la sintaxis, evitar

reiteraciones. Reconocen además que efectuar esta actividad no suple las carencias de la formación del profesional, (p.155).

- criterios de validez: relacionados a los datos a recolectar, la terminología utilizada y validada por comunidad científica (Ej: Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional más allá del tipo de registro (evolución, informe, diagnostico, intervención, proyectos y programas), (p.156).

En efecto los posibles indicadores de razonamiento clínico considerados en esta tesis serían:

- 1) Selección de un modelo teórico perteneciente al tercer paradigma, ya que permitirá unificar una visión entre todos los TO, independientemente del área en la que se desempeñen y permitirá consolidar una identidad profesional al basar sus elecciones en conocimientos propios de la disciplina. Entre ellos se destacan, por lo expuesto en esta tesis, el Marco de trabajo para la TO: dominio y competencias, propuesto por AAOT, así como el MOHO y/o el Modelo canadiense de desempeño ocupacional.
- 2) Utilización del razonamiento clínico desde la etapa de evaluación ocupacional inicial, instancia crucial para el éxito del tratamiento, garantiza el menor margen de error para el resto del proceso terapéutico. Permite elaborar una hipótesis diagnóstica que explique la problemática ocupacional del individuo.
- 3) Respetar la estructura del proceso terapéutico, como elemento invariante compartido por todas las áreas de ejercicio profesional, que se corresponde con las etapas del proceso de investigación científica con la finalidad de obtener conocimiento válido, así como explicitar sus fases invariantes que contribuyen a seguir un orden.
- 4) La finalidad de las intervenciones reflejan el paradigma en el que se inscribe el TO, así como la aplicación de conocimientos propios y/o externos a la disciplina.
- 5) Efectuar registros utilizando terminología uniforme como forma de explicitar el modo de organización del conocimiento, explicitar el proceso y reflexionar sobre la práctica diaria.
- 6) Los años de ejercicio profesional, pueden considerarse un parámetro del nivel de organización del conocimiento que se espera sea alcanzado. Sin embargo, como se mencionó, es un indicador poco confiable, pero puede ser tenido en cuenta para incluirlo en el análisis global junto al resto de los indicadores.

7) Actitud crítica, reflexiva y de compromiso con el desarrollo de la profesión representadas en el desempeño de diversas instancias como consultar la TOBE, supervisión, grupos de estudio, presentaciones clínico-científicas, posgrados).

Metodología de la investigación científica

Preguntas y problemas de investigación:

Por definición la investigación está destinada a solucionar problemas y a testear hipótesis o conjeturas derivadas de ellos, el problema de investigación de esta tesis resalta la competencia del razonamiento clínico como proceso cognitivo, de carácter implícito, complejo y dinámico, presente en todas las fases terapéuticas y que evoluciona conforme a la formación, experiencia y grado de dominio personal, pero también como nexo para el logro de una adecuada articulación teórico práctica, generando como consecuencia de su correcta aplicación un desempeño profesional más efectivo. Para ello pretende conocer la presencia de sus elementos constitutivos y el modo en que son aprendidos y aplicados por los estudiantes y terapeutas ocupacionales. Del problema se derivan las siguientes preguntas ya formuladas en su introducción:

- ¿Desarrollan los estudiantes y graduados de la carrera de Terapia Ocupacional todas las etapas que conforman el proceso terapéutico al momento de abordar el caso clínico?
- ¿Qué aspectos evalúan y que instrumentos utilizan para ello?
- ¿Cómo valoran los estudiantes y graduados de la carrera de Terapia Ocupacional la tarea de articular la teoría y la práctica en su desempeño pre- profesional y profesional respectivamente?
- ¿A qué paradigma responden los modelos, conocimientos y procedimientos terapéuticos aplicados por los estudiantes y graduados de la carrera de Terapia Ocupacional?

- ¿Cómo consideran los estudiantes y graduados de la carrera de Terapia Ocupacional la formación académica de grado y/o posgrado relacionada a los elementos que integran la competencia del razonamiento clínico?
- ¿Influyen las condiciones laborales de los ámbitos de ejercicio pre- profesional y profesional en el desarrollo y aplicación del razonamiento clínico?
- ¿Qué opinión poseen los estudiantes y graduados de la carrera de Terapia Ocupacional respecto al estado actual de la disciplina?

Resaltando las coincidencias entre los lineamientos de la epistemología ampliada en la que se enmarca este trabajo, la teoría general de los sistemas en la que se basa el MOHO, y las definiciones que sobre el problema de investigación ofrecen Bunge y Dewey (en relación a la tendencia del ser humano para enfrentar e intentar controlar una situación que lo amenaza); diremos que todo ser animado guiado por fines y necesidades, está sujeto a la posibilidad de enfrentar problemas que implican necesariamente activar la función de autorregulación para preservarse y reinstaurarse en el ciclo adaptativo. En consecuencia, el conocimiento siempre está al servicio de la regulación de la vida y el problema revela la dificultad en el logro de un fin. En relación a las preguntas planteadas previamente, las dificultades en la aplicación del proceso de razonamiento clínico que solventa las decisiones e intervenciones dirigidas a una finalidad compartida la cual se halla representada en el tercer paradigma, da cuenta de una tensión que demanda necesariamente ser resuelta para superarse y reestabilizarse en un mejor nivel científico-académico. La apelación al MOHO como modelo teórico práctico de referencia propio de la disciplina y unificado para todos los TO, así como la referencia al Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional, son considerados en esta tesis condición necesaria más allá del campo de ejercicio al que se dediquen los profesionales o en que los estudiantes realicen sus prácticas pre profesionales.

En un intento de resolución de los problemas pueden adoptarse dos dimensiones: una pragmática (relacionada a efectuar acciones necesarias para revertir la situación), y otra cognitiva (destinada al examen de los contenidos de la acción o esquemas de acción, que permita anticiparse a la situación discursivamente). Los problemas identificados centran a este estudio en la segunda dimensión de resolución de los mismos, las dificultades en la formación teórica desde la etapa

académica de grado y los inconvenientes en la articulación teórico- práctica, determinan la esencia pragmática de la disciplina configurando un perfil profesional alejado de la fundamentación teórica de sus intervenciones y por consecuencia más ligado a la aplicación concreta , casi inmediata de estas, sin justamente recurrir a un aval teórico que medie.

En ese sentido se crearon interrogantes a lo largo de esta tesis dirigidos a reflexionar sobre el grado de integración alcanzado en la TO, entendida como totalidad, considerando los diferentes métodos de conocimiento propuestos por Pierce. Algunos autores han sostenido que los profesionales utilizan la intuición en la resolución de problemas clínicos (método de la tenacidad); otros sugieren que sus prácticas si se hallan fundamentadas pero en teorías ajenas a la disciplina de fuerte base empírica y aceptación social, como son las correspondientes a los marcos de referencia biomédico y psicoanalítico (método de la autoridad); mientras que esta tesis pretende partir de la creencia que dado el nivel de formalización académico alcanzado por la disciplina en Argentina (representado por las instituciones universitarias, asociaciones, colegios y sistema de residencias), momento donde requiere integrar los métodos previos a una base conceptual propia y sólida, para de allí reconfigurarse a un nivel de mayor organización dado por prácticas justificadas en teorías formalizadas a través del uso del razonamiento clínico (método de la reflexión y método de la eficacia). Las tesis dialécticas estudian la relación entre acción-intelección, por tanto, la actividad como base del conocimiento y en tanto fenómeno central de esta disciplina, resulta ser la pauta inteligible (dada su particularidad en relación a la ocupación como un dominio relacionado a la salud, al estudio de la faceta ocupacional del ser humano a lo largo del ciclo vital y a las funciones del uso terapéutico de la ocupación en la recuperación del estado de la salud). Pero para que dicha actividad adquiera carácter terapéutico debe someterse al abordaje empírico (conocimiento formalizado) y desarrollar evidencia de su utilidad bajo un paradigma propio que la signifique (conocimiento científico y operatorio).

Siguiendo la distinción sobre los tipos de problemas que realiza Samaja, se definiría en esta tesis al problema en parte de conocimiento, surgido ante la dificultad para integrar las dimensiones anteriormente propuestas, y en parte científico ante la incongruencia cognitiva representada por la carencia en la

enseñanza de modelos teóricos propios de la disciplina y por la falta de conocimiento y entrenamiento en el desarrollo de la competencia del razonamiento clínico como articulador entre la teoría y la práctica; requiriendo en consecuencia reflexionar sobre esta situación.

Es por ello que se considera al razonamiento clínico, como competencia profesional común a todas las disciplinas del campo de las ciencias de la salud, como instancia clave para la articulación entre teoría-práctica y como proceso cognitivo por el cual se intenta comprender, explicar y resolver los problemas de desempeño ocupacional, fin último de la disciplina. Por la analogía de sus fases con las del proceso de investigación científica es propuesta esta competencia también como necesaria para el desarrollo académico, científico y clínico de la profesión en Argentina, por lo que constituye la hipótesis de esta tesis.

En relación a los criterios sustantivos y formales, considerados al formular problemas científicos, los mismos serán considerados a partir de las dificultades en el uso de esta competencia y su consecuente efecto sobre el desarrollo desempeño ocupacional y la identidad profesional; de la siguiente manera:

Criterios sustantivos:

-Pertinencia: la aplicación de la competencia del razonamiento clínico, durante todo el proceso clínico, implica la representación de la naturaleza del problema, por tanto se espera de su estudio un nuevo conocimiento para la profesión al volver explícitos los aspectos que la conforman (uso y tipo de modelos teórico-prácticos, uso y modo de llevar adelante el proceso diagnóstico y terapéutico, frecuencia y calidad del registro y documentación, diferencias entre estudiantes avanzados, novatos y expertos, condiciones y contingencias laborales).

-Relevancia: se considera su relevancia cognitiva, disciplinar y social en tanto favorecerá no solo al profesional individual, sino a todos los agentes que conforman la comunidad científica, así como al conocimiento que de la TO se brinde a la población en general y a los usuarios en particular al proveerles servicios más efectivos.

-Contrastabilidad: el estudio puede ser replicable en otros contextos, por las características de su diseño y considerando la incorporación de sugerencias y ajustes tras los resultados del mismo.

Criterios formales:

-Desagregación de componentes: se propone como posible respuesta a la constelación de preguntas y problemas planteados, la aplicación del razonamiento clínico. Para ello es necesaria la disección de sus fases- componentes de manera similar al proceso de investigación, como ser: estar enmarcado en un modelo teórico –práctico perteneciente al tercer paradigma y validado por la comunidad científica, presentar las fases invariantes del proceso (screening, representación de los problemas de desempeño ocupacional, valoración y herramientas de evaluación, formulación de hipótesis diagnóstica , elaboración del diagnóstico ocupacional, contrastación e intervención, evaluación final, registro, documentación y difusión de resultados).

-Claridad: la ambigüedad en las acepciones de determinados términos es habitual en la disciplina a causa del uso poco uniforme que del conocimiento desarrollado se realiza, o por utilizar terminología correspondiente a otras disciplinas perdiendo la especificidad de los términos y conceptos propios. Resulta evidente la necesidad de utilizar un lenguaje común representado no solo por el Marco de Trabajo para la práctica de la TO, sino por el conocimiento, manejo y uso de modelos propios de la disciplina, así como de lectura crítica de material específico de la profesión. El término “razonamiento clínico” no está exento de ello, por tanto, como se aclaró en el capítulo 6 dedicado al mismo, el razonamiento clínico proviene de los desarrollos realizados por la medicina y la psicología cognitiva, de modo que el segundo término “clínico” ha ocasionado que muchos profesionales que no se desempeñan en ámbitos clínicos rehúsen a utilizarlo. Kielhofner propuso el término razonamiento “profesional” pero tampoco resultó del todo aceptado y utilizado, ya que muchos profesionales no ejercen en áreas prácticas o institucionales. Sin dudas muchos de estos términos aluden al mismo concepto, así Schell y Schell (2007) propusieron una ampliación del mismo en su libro *“Clinical and professional reasoning in occupational therapy”*, mientras el primero se considera un término clásico definido como el proceso utilizado por

practicantes para planificar, dirigir, desarrollar y reflexionar sobre la asistencia al cliente; el segundo se considera un término emergente, cuya ampliación incluye la supervisión, administración y la perspectiva educativa relacionada a la prestación del servicio.

-Factibilidad: la viabilidad del estudio depende de la optimización realizada al momento del diseño, en el caso de esta tesis los recursos económicos y materiales resultan accesibles por la modalidad del instrumento diseñado y su implementación (encuesta formato digital y papel), así como al momento de analizar los datos con soporte de software y técnicas estadísticas. En cuanto a los recursos humanos, se considerará la voluntad y cooperación de los diferentes actores institucionales que integran la comunidad científica de TO en Argentina, al momento de la recepción, distribución y participación. Por último, el criterio temporal estimado para la entrega y reenvío del instrumento se considerará también como compromiso del recurso humano en cuestión.

En relación a la lógica adoptada en esta tesis, cabe resaltar el carácter necesario de la primacía de los modelos, por lo que las vinculaciones regulares entre hechos se afirman con carácter necesario a un cuerpo teórico o de derecho. Así la lógica transcendental o de contenidos, supera a la lógica formal y sus inferencias, por un lado, porque la inferencia inductiva pretende crear leyes mientras la deductiva parte de leyes dadas a priori. En la lógica de contenidos las leyes o la regla son categorías extraídas de contenidos ya disponibles sobre los que se realiza una propuesta novedosa vinculada al contexto de descubrimiento. En esta línea la subjetividad esta puesta en el sujeto ya que, comprender el mundo supone modelarlo en imágenes o estructuras formadas que organizan la experiencia y permiten interpelar los hechos para encontrar algo nuevo. Ocupan en esta lógica una posición fundamental las inferencias no formales abductivas y analógicas. La primera ligada al proceso cognitivo de generar clases en tanto parte de un rasgo o atributo (dificultades en la aplicación del razonamiento clínico) y lo relaciona con una sustancia o caso (terapistas ocupacionales de argentina) y de allí a la sugerencia de una regla ya existente (importancia del razonamiento clínico en el desempeño profesional y desarrollo de la disciplina que conforman las ciencias de la salud), no por conjunción sino por identificación al sustrato. La segunda inferencia se determina por el caso semejante o análogo, sin medicación de la

regla ya que ella ya está incorporada (experticia en el desempeño profesional dada por la aplicación del razonamiento clínico en los profesionales de las ciencias de la salud), el mecanismo es que a partir de percepciones icónicas- enactivas se asemejan los rasgos anómalos de un caso a otro caso familiar (dificultades en la aplicación del razonamiento clínico en terapia ocupacional - importancia de la aplicación del razonamiento clínico en medicina y psicología); esta lógica a diferencia de las tres anteriores no parte de ideas dadas a-priori, no falsea o corrobora una ley momentáneamente, ni sugiere la funcionalidad de ella; sino que da un salto más allá y propone nuevas reglas hipotéticas.

Se considerará el sistema de inferencias como necesario para la comprensión del fenómeno complejo que por objeto de estudio tiene la T.O. Se requiere por ello de un nivel de conocimiento más profundo que dé cuenta de los múltiples dominios que conforman esta totalidad, superando la simple conjunción, explicación o ampliación de conocimiento.

De allí que este proceso de investigación se inicia desde los avances sobre el tema presentados en el estado del arte de esta tesis y de los aportes de los modelos teóricos propios de la disciplina, que han sido desarrollados en el marco teórico, recibiendo especial mención los aportes del MOHO y su filiación al tercer paradigma. En la fase empírica de la investigación se alude a la inferencia de tipo hipotético-deductiva al formular la hipótesis de modo condicional y a la inducción al momento de producir y recolectar los datos que posteriormente serán analizados desde la matriz. Resulta clara la diagramación ternaria propuesta, donde la primacía se halla en los modelos (a modo de analogías de base) que transitan a lo largo de toda la investigación (al igual que lo hace en el proceso terapéutico); y no en las hipótesis ni en los datos, ya que las hipótesis reflejan la selección de atributos o regularidades presupuestas del modelo asumido al que debe mostrar coherencia durante su validación e interpretación.

Objetivos:

Objetivo Principal:

-identificar el modo de adquisición, desarrollo y aplicación de los elementos que componen el razonamiento clínico.

Objetivos Secundarios:

- develar el modo en que los estudiantes y graduados de la carrera de Terapia Ocupacional llevan adelante las fases del proceso terapéutico,
- identificar los paradigmas a los que responden los modelos, conocimientos y procedimientos terapéuticos aplicados por los estudiantes y graduados de la carrera de Terapia Ocupacional y reflexionar sobre las consecuencias que conllevan para el desempeño profesional y el desarrollo disciplinar de la Terapia Ocupacional,
- conocer las opiniones de estudiantes y graduados de la carrera de Terapia Ocupacional en relación a la formación de grado y posgrado, desempeño pre-profesional o profesional y estado actual de la disciplina,
- detectar si las condiciones laborales de los ámbitos de ejercicio pre-profesional o profesional influyen sobre el desarrollo y aplicación del razonamiento clínico.

Modalidad

Enfoque, esquema y diseño de investigación:

Para el estudio del razonamiento clínico la investigación asume un enfoque cuali-cuantitativo, por tratarse de un fenómeno complejo constituido por fases, de carácter implícito, dinámico, individual y en desarrollo a lo largo de todas las etapas de formación. En correspondencia a dicha perspectiva mixta se opta por un esquema de tipo interpretativo-descriptivo en el que se rescatan las valoraciones singulares de las unidades de análisis que dan cuenta de la adquisición, desarrollo y aplicación de esta competencia profesional en el desempeño pre-profesional o profesional, así como las opiniones sobre las condiciones laborales en las que se desarrolla la práctica profesional y sobre el estado actual de la disciplina. Por otro lado se intenta, bajo este alcance, aportar conocimiento acerca del razonamiento clínico en Terapia Ocupacional dada la relevancia que adquiere la temática a nivel mundial, la escasa producción del mismo en la región y la ausencia de investigación sobre el mismo en el país, lo que favorecerá a clarificar la problemática relacionada al desarrollo del desempeño profesional y a la identidad

profesional a nivel nacional, permitiendo incluso reflexionar sobre el estado de la misma a nivel regional.

La decisión por este enfoque resulta de los aportes bibliográficos trabajados en esta tesis y por la experiencia personal en relación a que las dificultades en la aplicación y desarrollo del razonamiento clínico, como competencia común a todos los profesionales, incide negativamente en el desempeño profesional, el avance disciplinar y en la constitución de una identidad profesional solvente por todos los elementos fundamentales que involucra dicho proceso (conocimientos, manejo y uso de modelos teórico- prácticos específicos de la disciplina, habilidades para llevar adelante el proceso de intervención, esquema conceptuales de organización e interpretación de la información, grado de experiencia, actitud crítica y reflexiva, etc).

Se describirá el comportamiento de las variables consideradas, al modo de correlaciones donde se evalúa la variación concomitante entre ellas, lo cual implica que hay una pauta de variación que se presenta en ellas como patrón semejante o como una cierta regularidad (es decir si una aumenta las otras también o si una disminuye la otra aumenta, etc). Sin embargo, que varíen de forma sistemática no significa que guarden una relación causal, pues que un fenómeno presente una pauta de comportamiento que varíe con algún otro no garantiza que uno de ellos sea la causa. Por el contrario, permitirá identificar pautas características resultantes de las combinaciones de valores entre las variables de la UA sin pretender identificar una dependencia.

En relación al diseño de investigación se cumple con el criterio principal de optimizar las condiciones de contraste, es decir captar la variabilidad y los matices de aquello que se debe describir, explicar o interpretar; eligiendo aquellas que faciliten la detección de lo que se está buscando y que permitan captar el fenómeno en la mayor variabilidad posible, lo que se tendrá en cuenta al momento de elaborar el instrumento para la recolección de datos. Para ello se considera abarcar la mayor cantidad de condiciones bajo las cuales el razonamiento clínico en los TO pueda ser aprehendido y por otro lado controlar las condiciones de contraste para garantizar la mayor sensibilidad en la captación de las variables del fenómeno evitando sesgos y distorsiones. Considerando los tres criterios que

caracterizan al diseño: cantidad de unidades de análisis, cantidad de variables y tratamiento de la temporalidad, resulta ser un diseño intensivo a muestra reducida, sin control de variables, multivariado y transversal.

La muestra es intensiva por el hecho de ser reducida en contraposición a ser extensiva entendida como poblacional, y por no saber con exactitud cuántos TO se comprometan a participar a pesar de controlar las circunstancias que podría influir en dicha participación, las cuales se enumeraran más adelante. También resulta intensiva por estar seleccionada intencionalmente tratando de recibir la participación de las dieciséis universidades distribuidas en el territorio nacional, colegios y asociaciones de profesionales; así como el cumplimiento de los criterios de inclusión para participar: estudiantes del último año de la carrera y egresados de quienes se espera un mayor grado de desarrollo de la competencia en cuestión. Por este motivo también configura una muestra representativa.

Por la cantidad de variables que determinan el fenómeno del razonamiento clínico, resulta ser un estudio multivariado sin control de variable. Para determinar las mismas, sus respectivas dimensiones y otorgar mayor validez al estudio, se tendrán en cuenta definiciones utilizadas en el campo de la salud, así como las consideradas específicamente por la Terapia Ocupacional, con la intención de desagregar sus partes-componentes. Como dicha competencia presenta dependencia respecto a las características del profesional y a las características del contexto en el que el mismo se desempeña, se incluirán estos factores intentando abarcar la mayor cantidad de condiciones sobre las que este fenómeno puede ser conocido.

Por último, se otorga un carácter transversal debido a que se estudiara el fenómeno al momento actual en que se intenta valorar la aplicación de la competencia de razonamiento clínico en los terapeutas ocupacionales.

Metodología:

Muchas de las disciplinas que integran el campo de las ciencias de la salud han recibido influencias históricas de dos paradigmas antagónicos (positivista y humanista). La Terapia Ocupacional ilustra perfectamente dicha dualidad

responsable de los conflictos actuales en torno a una identidad profesional débil y fraccionada. Sin embargo, como ciencia social ha intentado superar el reduccionismo de la ciencia moderna dando entrada a un tercer momento paradigmático de índole sistémico relacionado al estudio de los fenómenos complejos, que representa la síntesis entre los paradigmas precedentes y la unificación en torno a fundamentos y conocimientos propios de la disciplina. En consonancia con el carácter cuali-cuantitativo que se asume actualmente en el campo de las ciencias de la salud, así como con el devenir de la Terapia Ocupacional y su finalidad, se propone el método hermenéutico cuya base es el proceso interpretativo. Durante el mismo el sujeto cognoscente suspende temporalmente sus prejuicios, pero dirige su intencionalidad al entendimiento de lo compartido como esencia de lo social, permitiendo un encuentro a través del diálogo entre el intérprete y el fenómeno a estudiar. Si bien se produce en este método una espiral hermenéutica entendida como la interpretación de la interpretación o una reinterpretación continua del fenómeno, se da por finalizado dicho proceso cuando se logra trascender a una comprensión profunda o se ha develado un sentido compartido de segundo orden que responda a las preguntas de investigación, superando ampliamente la mera explicación propia de metodologías de corte reduccionista, aportando un conocimiento novedoso relacionado al contexto de descubrimiento.

En concordancia al enfoque cuali-cuantitativo, el instrumento seleccionado para la recolección de datos será la construcción de una encuesta, la misma es considerada bajo este tipo de perspectiva como una entrevista, aunque no en profundidad. Se consideraron en su selección factores de medición de validez y confiabilidad, así como criterios temporales, geográficos y económicos. La misma reviste el carácter de anónima, asume un formato semiestructurado (preguntas cerradas con opción y preguntas abiertas); y un diseño progresivo para ir incrementando la motivación hasta llegar al núcleo del fenómeno estudiado. Se adjuntará el consentimiento informado y una hoja de información donde se agradece el compromiso para con la profesión y la colaboración en el estudio.

Para el análisis y tratamiento de datos se ingresarán los resultados de las encuestas en una matriz diseñada bajo el soporte de Excel, se construirán categorías dadas las características de algunos indicadores de las variables, y se procesará la

información con herramientas de estadística descriptiva a través de medidas de posición simples acordes al esquema propuesto.

Hipótesis:

Las hipótesis de una investigación científica enuncian algún tipo de regularidad presunta en relación a un problema de investigación. Según Kant nuestro intelecto establece tres tipos de operaciones o vinculaciones para determinar regularidades y en consecuencia tres respectivos tipos de hipótesis. En relación al esquema considerado el tipo de hipótesis es de atribución o descriptiva ya que se establece una relación al atribuirle a una sustancia (terapistas ocupacionales), una propiedad (aplicación del razonamiento clínico) entre los atributos propios de una entidad o regla (desempeño profesional). Se ejemplifica tal vinculación:

1º premisa, mayor o regla: “el desempeño profesional efectivo y eficiente requiere la aplicación de la competencia profesional vinculada al razonamiento clínico común a todos los profesionales de las ciencias de la salud”.

2º premisa, menor o caso: “El terapeuta ocupacional es un profesional de las ciencias de la salud”

3º premisa, conclusión o rasgo: “El terapeuta ocupacional presenta dificultades en la aplicación de la competencia del razonamiento clínico, por tanto, presenta un desempeño profesional poco efectivo y eficiente”

Se han considerado en su formulación las características propias de las hipótesis:

-Coherencia teórica: con el problema al que intenta dar solución y con el marco teórico que será utilizado a lo largo de todo el proceso.

-Consistencia empírica: cuanto más fundamentada este con las referencias teóricas y antecedentes desarrollados en el estado del arte, mayor probabilidad tendrá de ser contrastada y validada.

-Contrastabilidad: debe evidenciar eficacia predictiva, es decir debe derivarse de una predicción. A su vez debe considerar la viabilidad de los recursos necesarios para su contrastación y estar enunciada a manera de un condicional.

Las hipótesis de trabajo o indicadores constituyen la interfaz entre las fases ideatoria y empírica del proceso de investigación, al igual que se ubica en el proceso de evaluación de TO entre las fases de screening y diagnóstico ocupacional. Las predicciones particulares formuladas derivan de la hipótesis sustancial y depende de la elección justificada sobre las variables más relevantes e indicadores contruidos, pues asumen el compromiso de la validez empírica de la investigación. Su función es especificar la naturaleza de los datos a obtener y el modo de obtenerlos, para ello se requiere la disección del asunto a estudiar en variables y dimensiones, así como la construcción de indicadores y procedimientos adecuados a ellos, es decir el pasaje de un lenguaje conceptual a un lenguaje de datos u operativo que permita la contrastación empírica.

Se determina a través de la hipótesis de trabajo, enunciada a manera de un condicional, que, si los terapistas ocupacionales presentan determinados atributos o rasgos comunes relacionados a la escasa aplicación del razonamiento clínico, entonces el desempeño profesional, el desarrollo disciplinar y la identidad profesional resultará débil.

Hipotesis sustancial:

El modo en que los estudiantes avanzados y graduados de la carrera de Terapia Ocupacional seleccionan modelos teóricos, realizan las diversas etapas del proceso terapéutico y valoran la articulación teórico-práctica, tiene incidencia en la adquisición, aplicación y desarrollo de la competencia del razonamiento clínico y su consecuente desempeño profesional.

Hipótesis de trabajo:

El modo en que los estudiantes avanzados y graduados de la carrera de Terapia Ocupacional seleccionan y manejan modelos teóricos, desarrollan las etapas de evaluación, intervención y registro; realizan la articulación teórico-práctica, valoran la formación de grado y continua; tiene incidencia en la adquisición, aplicación y desarrollo de la competencia del razonamiento clínico y su consecuente desempeño profesional y crecimiento disciplinar.

Se hace imprescindible recurrir a las definiciones que del razonamiento clínico se utilizan en Terapia Ocupacional. A modo de síntesis sobre las múltiples definiciones que se han trabajado a lo largo del Capítulo 6 y 7 se exponen las siguientes características que serán utilizadas para definir las variables y dimensiones:

1) La idea de proceso, de índole cognitivo, tácito, lógico y multifacético que se corresponde con el método científico, dando cuenta de sus respectivas presencias a lo largo de todo el proceso de intervención de TO y de todo el proceso de investigación científica, estableciendo una analogía entre las fases que componen las estructuras invariantes de cada proceso y entre el razonamiento clínico, las modelizaciones y el método científico.

2) La etapa de evaluación ocupacional inicial como instancia crucial para el éxito del tratamiento, primer momento en que se pone en juego el uso del razonamiento clínico (Rodríguez Lage, 2013); (Pellegrini, 2004). La evaluación ocupacional definida como el proceso de identificar, delimitar, describir y explicar el déficit ocupacional idiosincrásico de un individuo desde una perspectiva multicausal, a través de la adquisición de información relevante y pertinente de forma circular, sistemática y exhaustiva, efectuando relaciones entre los dominios considerados en el consenso disciplinar.

3) Dominios consensuados en la disciplina: el objetivo es explorar la naturaleza, condición y evolución del estatus ocupacional y no conocimiento de otra índole. En que ocupaciones participa y en cuales presenta limitaciones y restricciones, que modalidad adquiere el desempeño, que capacidades utiliza para desempeñarlas y que disfunciones presenta, que apoyos y barreras se identifican y por último que elementos volitivos se implican en el desempeño. Siguiendo el sistema de las matrices de datos de Juan Samaja, el razonamiento clínico como indicador y condición de posibilidad para la obtención del dato, permite el movimiento entre diferentes niveles, en el caso de la T.O estos serían: contexto de desempeño, área de desempeño y componentes de desempeño con el fin de generar conocimiento respecto a la unidad de análisis del nivel de anclaje (persona

con problemas de desempeño ocupacional). El razonamiento clínico es el que permite la valoración en todos los niveles, pero integrándolos a una totalidad.

4) Al ser el nexo entre la teoría y la práctica, resulta indispensable para decidir la mejor estrategia terapéutica a seguir basándose en el Marco de Trabajo para la Terapia Ocupacional (Polonio, 2003); (Zurelis Santana, 2008); (Moruno Miralles; Talavera Valverde, 2013; Lucía Ares Senra, 2012); así como en modelos teóricos y evidencia validadas por la comunidad científica.

5) Es un indicador de competencia y dominio profesional ligado a la constitución de una identidad profesional sólida. Revela el objeto (problemas de desempeño ocupacional), el método (derivación, hipótesis tentativas, evaluación, corroboración de hipótesis, diagnóstico ocupacional) y la finalidad de la disciplina (intervenciones terapéuticas relacionadas a mejorar la participación ocupacional) o, en ausencia de su utilización, las contradicciones emergentes

6) Depende del dominio personal en relación a poseer conocimiento suficiente y propio de la disciplina, así como el manejo del mismo y la experiencia. Su utilización requiere de habilidades generales, específicas y expertas con la finalidad de resolver un estado de disfunción ocupacional a través de la evaluación, diagnóstico y tratamiento. De modo que el razonamiento clínico varía de novatos a expertos.

7) Aunque el modo de recolección varíe en cuanto al profesional, el registro de información debe ser uniforme para todos los TO. Rogers sostiene que, si bien los TO están familiarizados con el proceso de evaluación, fracasan en la utilización de la información obtenida al no poder construir un esquema diagnóstico propio de la disciplina que dé cuenta de la causalidad multidimensional de los problemas de desempeño ocupacional. Se toma para ello la propuesta de evaluación ocupacional inicial de Moruno Miralles y del esquema conceptual (Rogers y Holms, 1991), elementos considerados por Moruno Miralles (2002) y Talavera Valverde (2015, pp.83) en sus respectivas tesis de doctorado:

a) Componente descriptivo: identificación de alteraciones o problemas de desempeño ocupacional en tres niveles: Nivel 1: limitación en la actividad o restricciones en la participación; Nivel 2: áreas de ocupación; Nivel 3: actividades correspondientes al área ocupacional. Una vez más se resalta el análisis en niveles propuesto por Samaja, así como los parámetros que los autores toman de la CIF la cual promueve una concepción holística del concepto de salud, siendo la ocupación un aspecto o dominio relacionado a la misma.

b) Componente explicativo: formulación de hipótesis para explicar la causa de los problemas de desempeño ocupacional. Está compuesto por cuatro niveles: funciones y estructuras corporales, destrezas de desempeño, patrones de desempeño, entornos y contextos.

c) Indicios: a modo de indicadores o evidencias que corroboren las hipótesis.

d) Información diagnóstica adicional: como ser pronóstico, etiología, incidencia, evolución, comorbilidad, relacionadas al problema ocupacional.

8) Dificultades en implementar el proceso de evaluación individualizada en la práctica diaria, planificación de intervenciones, etapas de reevaluación y registros de evolución por limitaciones institucionales, lo que influye en el desarrollo del razonamiento clínico por falta de entrenamiento. “El tratamiento individual es un lujo a medida que los profesionales se orientan a modelos de tratamiento grupal interdisciplinario que son más eficaces en relación al coste y capitalizan las propiedades terapéuticas de los grupos” (Marmer, 1995; Morris, Andreassi, Lichtenberg, 1994).

9) Responsabilidades profesionales como mantener una actitud crítica, reflexiva y formación continua.

Objeto de Investigación:

La muestra se halla conformada por estudiantes avanzados del último año de la carrera de Terapia Ocupacional y terapistas ocupacionales graduados de casas de altos estudios, tanto públicas como privadas, del territorio nacional.

Se consideran estudiantes avanzados y terapistas ocupacionales con diferentes niveles de experticia para obtener datos variados relacionados a la enseñanza, desarrollo y aplicación de la competencia profesional relacionada al razonamiento clínico.

De las dieciséis casas de altos estudios se seleccionaron ocho de ellas para participar siguiendo criterios geográficos, antigüedad, tipo de dependencia (pública o privada) y disposición a la participación, resultando en:

Provincia de Buenos Aires: participarán las cinco universidades existentes siendo tres pertenecientes al ámbito de Gran Buenos Aires y dos al ámbito de la Ciudad Autónoma de Bs. As: Universidad Nacional de Quilmes (UNQ, 1992), Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP, 1962), Universidad Nacional de San Martín (UNSAM, 1992), Universidad Abierta Interamericana (UAI, 1995), Universidad de Buenos Aires (UBA, 1821). De ellas una con dependencia privada (UAI).

Provincia de Santa Fé: de cuatro universidades existentes participarán dos de ellas: Universidad del Gran Rosario (UGR, 2008) y Universidad Nacional del Litoral (UNL, 1918). De ellas una con dependencia privada (UGR)

Provincia de Córdoba: de dos universidades existentes participará una de ellas: Universidad Nacional de Villa María (UNVM, 1995).

Quedan fuera del estudio las universidades de las provincias de Tucumán (UNSTA), Mendoza (UMAZA) y La Rioja (UNLaR) que ofertan la carrera.

En síntesis se podría asumir que participa la Región Pampeana ya que Entre Ríos y La Pampa no tienen universidades que oferten la carrera.

Estructura del dato y matriz de datos:

Se proponen ambas estructuras como aprioris de inteligibilidad de la fase empírica para la producción del dato científico. Partiendo de la transducción de la experiencia espontánea (presunciones correspondientes al método de la tenacidad) a una descripción científica basada en un modelo (método de la autoridad), para posteriormente efectuar una transducción de enunciados conceptuales a enunciados operacionales o empíricos. Esta última operación permite arribar a un predicado atribuido a una entidad (UA), en algún aspecto (variables) en base a algún procedimiento válido y confiable (indicador), pudiendo dicha predicación resultar afirmativa o no de una representación o relación.

La dialéctica del sistema de las matrices de datos es útil para abordar hechos complejos puesto que no existe dato aislado, sino que implica un tejido y con al menos tres niveles de análisis:

Nivel 1 o de anclaje: UA: Terapeutas Ocupacionales graduados y estudiantes avanzados.

Nivel -1: Variables: Componentes del razonamiento clínico (subunidades indicadoras que dan cuenta de las relaciones constitutivas).

Nivel +1 Contexto: Universidades públicas y privadas, Sistema de residencias y concurrencias e instituciones públicas y privadas de desempeño profesional pertenecientes a la República Argentina (supraunidades contextuales que dan cuenta de las relaciones regulativas).

La realidad estratigráfica, según Samaja, es la determinación de la construcción del dato por la relación entre los distintos niveles, la interfaz está representada por el cuarto elemento propuesto por el autor, de esta estructura cuatripartita, a saber: el indicador. Este es el procedimiento que se aplica a alguna dimensión de la variable para establecer qué valor le corresponde a la UA, se considera como la síntesis entre el estado de las cosas y los conceptos o tautologías, es decir como un “esquema de acción” por su naturaleza operativa que vincula el estado de las cosas, mediante el establecimiento de dimensiones y procedimientos, a un aspecto observable de esa UA. La selección de dimensiones relevantes indicara la validez del dato, la construcción de procedimientos que produzcan resultados independientemente de los factores externos determinara su confiabilidad.

Presenta propiedades que se tendrán en cuenta al momento de construirlo como la sensibilidad a las variaciones del fenómeno, la especificidad a la dimensión que se propone medir evitando solapamiento de otras dimensiones, la coherencia con lo que quiere medir y el costo que garantice su factibilidad.

Unidad de Análisis:

Estudiantes avanzados y graduados de las quince (16) universidades de la República Argentina.

Variables:

Las variables aluden al campo de variaciones o estados posibles que pueden asumir las UA. Las mismas deben responder a tres condiciones formales y a ciertas condiciones materiales:

- Exhaustividad: debiendo contemplar el total de estados posibles que pueda presentar una UA en una misma variable.
- Exclusividad: responde al principio de no contradicción o tercero excluido, por la que una UA no puede tener dos rasgos en la misma variable.
- Existencia: la presencia de un fundamento común o valor a partir del cual se vinculen los rasgos y se diferencien, entendiendo la variable como un sistema de clasificación que define un sistema de oposiciones sobre un eje de semejanzas.

Dentro de las condiciones materiales se refiere a la adecuación entre las variables y los valores seleccionados, y entre la sustancia o UA.

V1: Grado de experticia alcanzado

Dimensión 1.1: Años de graduado/ año de la formación de grado.

Dimensión 1.2: Máximo nivel alcanzado.

Dimensión 1.3: Universidad en la que estudia/o

Dimensión 1.4: Área de desempeño profesional.

Dimensión 1.5: Años de ejercicio profesional en el área.

Valores:

El análisis de los datos permitirá determinar el status que asume la UA como estudiante, novato o experto, el desarrollo de las destrezas esperadas a dicho rol, así como coincidencias o diferencias de acuerdo a la Universidad y/o al campo de ejercicio profesional.

V2: Proceso Terapéutico de Terapia Ocupacional.

Dimensión 2.1: Tipo de abordaje.

Dimensión 2.2: Importancia del proceso de evaluación

Dimensión 2.3: Uso de evaluaciones

Dimensión 2.4: Tipo de evaluación

Dimensión 2.5: Aspectos evaluados

Dimensión 2.6: Tipo de intervención

Dimensión 2.7: Ámbito de intervención

Dimensión 2.8: Registros de las intervenciones

Dimensión 2.9: Calidad del registro

Dimensión 2.10: Uso y Tipo de modelos de referencia

Dimensión 2.11: Grado de manejo del modelo

Dimensión 2.12: Enseñanza de modelos

Dimensión 2.13: Articulación teórico-práctica

Dimensión 2.14: Enseñanza de la articulación teórico-práctica

Dimensión 2.15: Conocimiento del diagnóstico ocupacional

Valores:

Se determinara el perfil clínico- profesional a partir de la evidencia del modo de aplicación de los diferentes componentes del razonamiento clínico, las distintas fases del proceso terapéutico, los aspectos valorados en concordancia con el Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional, el uso y tipo de evaluaciones, de marcos y modelos teóricos propios que evidencien la articulación

entre la teoría y la práctica determinando el tipo de paradigmas al que se adscribe, las intervenciones implementadas que reflejando la finalidad o no de la disciplina y el registro del proceso a modo de explicitar el proceso efectuado y las posibilidad de asumir una actitud reflexiva de la práctica. También se consideran los ámbitos en los que se enseña y desempeña el rol profesional, así como las condiciones que estos imponen a modo de facilitadores u obstaculizadores para desarrollar una práctica profesional basada en la teoría.

V3: Formación continúa

Dimensión 3.1: Lectura crítica.

Dimensión 3.2: Participación en actividades clínicas y científicas-académicas.

Dimensión 3.3: Calificación de la formación continúa.

Dimensión 3.4: Propuestas de formación continua y de posgrado.

Dimensión 3.5: Percepción del reconocimiento de la TO

Valores:

Se determinará la percepción del TO acerca de su formación de grado y continua, de su actitud crítica y reflexiva sobre el ejercicio profesional, así como la identificación de áreas de vacancia en la disciplina relacionadas o no al tema de investigación.

Instrumentos y técnicas:

En relación al enfoque cuali-cuantitativo adoptado en esta tesis se construyó una encuesta (Ver Anexo 7), en la que se han tenido en cuenta los factores de medición mencionados previamente: la validez (medida por la adecuación entre contenido de la dimensión del indicador y lo que se expresa en la variable) y la confiabilidad (medida por la pertinencia y exactitud del procedimiento, evitando sesgos y distorsiones, así como la sensibilidad de lo que se quiere medir). La encuesta es una de las técnicas más empleadas en los estudios empíricos en ciencias sociales y puede ser considerada a modo de entrevista cuantitativa. Dado el enfoque de esta investigación se le ha otorgado un formato semiestructurado, es

decir preguntas cerradas con opción y preguntas abiertas, evitando con ellas respuestas por descarte de opciones promoviendo, por el contrario, la elaboración de una respuesta propia sensible a la percepción individual. Además, el objetivo de este tipo de preguntas está ligado a la obtención de datos cualitativos de las fuentes directas (estudiantes y terapeutas ocupacionales) que integran la comunidad científica para identificar los factores que inciden en la aplicación y desarrollo de la competencia profesional en cuestión.

Así mismo se han incluido distractores para evitar distorsiones como imprecisiones y contradicciones, alterando por ejemplo las fases del proceso terapéutico de terapia ocupacional incluidas entre las dimensiones de la variable N°2 e incorporando términos empáticos que generen un clima de confianza e identificación.

Para incrementar la colaboración se ha decidido que el instrumento sea anónimo y personal, se estipuló el tiempo de resolución y se diseñó la secuencia de preguntas de manera progresiva con la finalidad de ir incrementando la motivación hasta llegar al núcleo de fenómeno estudiado. Por otro lado, se recurrió a explicitar, en la hoja de información y consentimiento informado, el compromiso para con la profesión y los agradecimientos por la colaboración en el estudio, ofreciendo una mención en la sección correspondiente y el abstract a quien lo solicite una vez defendida la tesis.

La misma se halla dirigida a las UA: estudiantes avanzados y graduados de las 16 Universidades argentinas, sistema de residencias, colegios y asociaciones, (Ver Anexo 4).

Con motivo de construir el instrumento se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

-Temporales: el encuestado puede responder la encuesta cuando disponga de tiempo ya que está en un formato accesible (digital), requiriendo de veinte minutos aproximadamente para ser completada. Se optó también por agregar la encuesta en formato papel para facilitar el proceso de recolección de datos y disminuir el tiempo de entrega por parte de los participantes. Se considerará una

falta de compromiso para con la profesión la no entrega de la encuesta en el tiempo establecido (quince días).

-Geográficos: la entrega vía mail facilita cubrir las provincias del territorio nacional en que se encuentren dispersas las universidades, sistema de residencias, asociaciones, colegios y profesionales particulares. Se considerarán una falta de compromiso para con la profesión la no entrega de la encuesta al no existir limitaciones geográficas.

-Económicos: el costo es ínfimo tanto para el investigador como para el encuestado. Se considerarán una falta de compromiso para con la profesión la no entrega de la encuesta por no revestir gasto alguno.

Recolección de datos:

Se utilizó como herramienta una encuesta diseñada para recabar datos en torno a las tres variables expuestas y sus correspondientes dimensiones. (Ver Anexo 7).

Para su potencial administración se decidió el formato virtual vía e –mail lo cual facilitara la satisfacción de los criterios económicos, temporales y geográficos. Para ello se identificaron instituciones científico académicas de Terapia Ocupacional (16 universidades, 23 residencias y concurrencias y 15 Asociaciones y Colegios (Ver Anexo4), con la finalidad de obtener una participación variada, representativa y abarcativa de la comunidad científica de TO distribuida en el territorio nacional que responda al criterio geográfico planteado y al diseño de esta tesis. Sin embargo, no se obtuvieron respuestas concretas a la solicitud de colaboración, la cual se efectuó en principio a través de contactos telefónicos y posteriormente vía e- mail (Ver Anexo 9), generando alteraciones en el criterio temporal fijado para esta tesis por lo que se decidió avanzar modificando las posibilidades de accesibilidad con la sugerencia y respaldo de quien la dirige.

En una segunda etapa, y sin discontinuar los pedidos de colaboración a las instituciones mencionadas, se optó por distribuir el instrumento mediante la lista de mailings o mails en cadena personalmente, así como contactar a terapeutas ocupacionales y enviar la encuesta en formato e- mail, mensajería vía facebook con archivo adjunto e incorporando la posibilidad en papel. Para tal fin se obtuvo

una gran colaboración de los colegas particulares y un inmenso apoyo de la Universidad Nacional de Quilmes (UNQ), donde alumnas de la práctica pre – profesional en salud mental distribuyeron principalmente las encuestas a alumnos del último año y a docentes, además de en otros ámbitos.

De las ciento treinta y siete (137) encuestas distribuidas utilizando las modalidades descriptas, se respondieron setenta y siete encuestas (77), que determina la muestra final. Por otro lado, se desestimaron las encuestas en las que los participantes no accedieron a completar el consentimiento informado ya sea colocando su nombre y/o su DNI en un total de cinco (5), siendo tres (3) estudiantes y dos (2) licenciadas.

De las de setenta y siete (77) encuestas, cincuenta y uno (51) fueron en formato papel, veinte tres (23) por e-mail y tres (3) a través de mensajería vía facebook.

Análisis y procesamiento de datos:

Se analizarán en un primer momento los datos para cada una de las UA determinadas en los niveles de estudiante y de graduado novato, competente y experto a fin de obtener un perfil pre-profesional y profesional conformado por la presencia de los elementos relacionados a la aplicación del razonamiento clínico trabajados en los capítulos precedentes. Para ello se utilizarán las herramientas de estadística descriptiva mediante medidas de posición.

Posteriormente este análisis permitirá efectuar comparaciones en los diversos niveles propuestos y detectar posibles coincidencias o diferencias; así como identificar factores contextuales de los ámbitos laborales y educativos relacionados al desempeño profesional que faciliten u obstaculicen la aplicación y el desarrollo de la competencia esperadas a cada status.

En una etapa final se tomarán dichos datos para efectuar su interpretación y desarrollar las conclusiones pertinentes en concordancia con los objetivos, el marco teórico y el estado de arte considerados en esta tesis

Para el primer análisis se ingresaron los resultados de las encuestas en una matriz diseñada bajo el soporte de Excel (Ver Anexo 6) y se construyeron categorías para

procesar la información, dadas las características de algunos indicadores de las variables. Se analizó la información con herramientas de estadística descriptiva a través de medidas de posición para cada uno de los niveles de experticia propuestos.

Construcción de categorías:

En relación a la elaboración de categorías construidas con la finalidad de facilitar el análisis de los datos, se efectuaron las siguientes:

Categoría 1: “Grado de experticia”

Para determinar el perfil del continuum novato- experto correspondiente a la Variable 1: “Grado de experticia”, se consideraron los indicadores mencionados en el Capítulo 6 (Apartado 6.2), así como la propuesta de Benner y el concepto de continuo volicional de Mary Reilly (1969) organizado en tres niveles: exploración, competencia y logro, proponiendo como resultante la siguiente clasificación:

-Novato/principiante:

Entre 1 día hasta 5 años de graduado. Grado académico de licenciatura en TO y/o residente.

Se espera en esta categoría: Referencia al Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional. Evaluación de al menos tres aspectos básicos propuestos por el Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional (contexto de desempeño, áreas ocupacionales, componentes del desempeño), implementación de instrumentos estandarizados de evaluación pertinentes a los mismos y planificación de intervenciones terapéuticas coherentes con los elementos anteriores. Registro y documentación. Formación continua.

-Competente:

Entre 5 años hasta 10 años de graduado. Grado académico de licenciatura en TO y/o especialista.

Se espera en esta categoría: Utilización y manejo moderado de los modelos específicos de la TO. Evaluación holística de aspectos propuestos por el Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional, implementación de instrumentos de estandarizados y no estandarizados de evaluación pertinentes a los mismo, planificación de intervenciones terapéuticas coherentes con los elementos anteriores. Registro y documentación Formación continua. Desempeño en un área de ejercicio profesional definida.

-Experto:

Más de 10 años de graduado. Grado académico de posgrado. Docencia, supervisión, investigación.

Se espera en esta categoría: Utilización y manejo profundo de los modelos específicos de la TO. Evaluación holística de aspectos propuestos por el Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional, implementación de instrumentos de evaluación pertinentes a los mismos y planificación de intervenciones terapéuticas coherentes con los elementos anteriores. Registro y documentación. Formación continua. Desempeño en un área de ejercicio profesional definida.

Categoría 2: “Área de desempeño profesional”

En relación a la Dimensión 1.4: “área de desempeño profesional” de la Variable 1, se ha propuesto una categorización en concordancia a la formación pretendida del sistema de residencias y concurrencias, la oferta de posgrados y la importancia de desarrollar experticia en un área de conocimiento y práctica de la TO tal como se promueve en la formación de grado a través de las practicas pre- profesionales, resultando por tanto la siguiente clasificación:

- Área Neuro-física: incluye los campos de actuación profesional en estimulación temprana, neurodesarrollo de niños y rehabilitación neurológica de adultos, rehabilitación física y traumatológica, cuidados paliativos. Abarca los ítems a, b, c, j por separado o en conjunto.

-Área Psicosocial: incluye los campos de actuación profesional en salud mental, comunidad y laboral (entendiendo estos últimos como un ámbito más del contexto

comunitario donde debe garantizarse el ejercicio pleno de derechos y obligaciones de las personas en desventaja procurando la mejor estrategia para su consecución como ser las adaptaciones ambientales, el acceso a los recursos sociosanitarios, la disminución de barreras físicas y sociales, etc.). Abarca los ítems d, e, f, j por separado o en conjunto, y el abordaje de disfunciones del desarrollo por psicopatologías.

-Área Comunidad: incluye los campos de actuación profesional destinados al abordaje de grupos o poblaciones vulnerables o personas en diferentes estadios vitales del desarrollo con potencial modificación de su estatus de salud; es decir se halla especialmente orientada al primer nivel de atención como ser tercera edad, personas en situación de calle, menores institucionalizados o a situaciones de catástrofes naturales y sociales. Abarca los ítems e, j por separado o en conjunto.

-Área Laboral: incluye los campos de actuación profesional en el área laboral destinada a la recalificación de puestos de trabajo de personas por accidentes laborales lo cual liga al TO al ámbito empresarial. Abarca los ítems f, j por separado o en conjunto.

-Área científico académica: incluye los campos de actuación profesional relacionados a la docencia, supervisión e investigación. Abarca los ítems g, h, i por separado, en conjunto o asociados con otras áreas de desempeño profesional.

-Otras áreas: abarca los ámbitos de actuación relacionados a discapacidad sensorial y personas privadas de su libertad.

En relación a las dimensiones correspondientes a la Variable 2: 2.4: “Tipo de instrumentos utilizados”, 2.5: “Aspectos evaluados” y 2.6: “Tipo de intervención” correspondientes a la Variable 2, se espera que los TO presenten congruencia entre estos elementos. En su conjunto estas dimensiones dan cuenta del modo en que se organizan los conocimientos para poder acercarse a una hipótesis diagnóstica, por tanto, la presencia del acto de evaluar, el tipo de evaluación y la cantidad de aspectos del desempeño ocupacional relevados e integrados reflejan la capacidad en el TO que resultará un indicador del razonamiento clínico. Posteriormente se manifestará su coherencia en alusión a los modelos que el profesional adopte en su quehacer.

En su conjunto estas dimensiones dan cuenta del modo en que se organizan los conocimientos para poder acercarse a una hipótesis diagnóstica, por tanto, la presencia del acto de evaluar, el tipo de evaluación y la cantidad de aspectos del desempeño ocupacional relevados e integrados reflejan la capacidad en el TO que resultará un indicador del razonamiento clínico. Posteriormente se manifestará su coherencia en alusión a los modelos que el profesional adopte en su quehacer. A fin de cotejar la coherencia entre el tipo de evaluación realizada, los aspectos evaluados, las intervenciones y el modelo adoptado, se diseñaron las siguientes categorías.

Categoría 3: “Tipo de instrumento”

Dentro de los medios de evaluación se priorizan aquellos que sean seleccionados y administrados para captar los componentes descriptivo y explicativo propuestos en el esquema conceptual de Rogers, es decir instrumentos sensibles que permitan efectuar valoraciones holísticas y relevantes del fenómeno ocupacional en todos sus niveles (roles, áreas, actividades, componentes y contextos de desempeño) y no aquellos que simplemente tiendan a reducirlo en sus partes/ componentes, relacionando el desempeño ocupacional a las disfunciones en las destrezas de ejecución y estructuras corporales o al desempeño en un área ocupacional desestimando la configuración y efecto en la persona de su rutina, sus valoraciones, intereses y creencias, sus hábitos y rutinas; así como los apoyos y limitaciones en la participación social que ejerce el entorno.

La expectativa es la utilización combinada de entrevistas estructuradas o semiestructurada, perfiles ocupacionales, valoraciones de los ambientes y entornos junto con la observación clínica y evaluaciones de áreas ocupacionales a través de la valoración de la rutina diaria y áreas específicas de desempeño ocupacional, para concluir con evaluaciones de componentes de desempeño.

-Evaluación combinada de contextos, roles, áreas y componentes de desempeño: Entrevistas estructuradas o semiestructuradas, Perfil Ocupacional, Rutinas y Roles, Observación clínica y evaluaciones de áreas y componentes de desempeño estandarizadas o no estandarizadas.

-Evaluación de áreas ocupacionales: Lawton, Barthel. FIM, AVDI, Trabajo, Juego, Educación, Intereses.

-Evaluación de componentes de desempeño ocupacional: Guía de observación, FIM, VMI, Peabody, Goniometro, dinamómetro, Perfil sensorial, perfil laboral, Test de psicomotricidad, Minimental test.

-Evaluaciones indefinidas: estandarizadas y no estandarizadas, pero sin especificar, ns/nc o bien solo observación clínica.

Categoría 4: “Aspectos evaluados”

La dimensión 2.5: “Aspectos evaluados” se categoriza siguiendo los criterios del Marco de Trabajo, la CIF, la propuesta de Rogers sobre el esquema conceptual para facilitar la organización del conocimiento y la de Samaja en relación a los niveles de anclaje asumiendo esta categoría los siguientes niveles:

-Nivel 1: Contextos, roles y rutinas de desempeño (apoyos y barreras, compromiso y participación en ocupaciones, patrones de ejecución, características del cliente referidas al subsistema volitivo).

-Nivel 2: Áreas ocupacionales y actividades (AVDB, AVDI, Sueño, Educación, Trabajo, Tiempo libre, Participación sociales; demandas de la actividad)

-Nivel 3: Componentes de desempeño (destrezas de ejecución, características del cliente referidas a las estructuras y funciones corporales).

Una clasificación similar se seguirá para la dimensión 2.6: “Tipo de intervención” según se dirija a cada uno de los aspectos que conforman los niveles propuestos:

Categoría 5: “Tipo de intervención”

-Nivel 1: Contextos, roles y rutinas de desempeño (apoyos y barreras ambientales, entrenamiento en el uso de prótesis y ayudas técnicas, orientación vocacional/ocupacional, gestión de recursos, asesoramiento familiar).

-Nivel 2: Áreas ocupacionales (AVDB, AVDI, Sueño, Educación, Trabajo, Tiempo libre, Participación social)

-Nivel 3: Componentes de desempeño (restablecimiento o compensación de las funciones y estructuras físicas, entrenamiento en habilidades sociales, estimulación cognitiva, estimulación temprana).

-Nivel 4: Actividades de docencia e investigación.

Categoría 6: “Tipo de modelos de referencia”

Para la dimensión 2.10: “Uso y tipo de modelos de referencia” se propondrá una categorización de acuerdo a los señalamientos efectuados en el apartado 5.1 “Sobre la identidad profesional” del Capítulo 5 de esta tesis, donde se rescataron los aportes de los libros “Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional” y “Conceptos fundamentales de la Terapia Ocupacional” de Kielhofner (2006) y de Polonio López; Noya Arnaiz (2001) respectivamente, a partir de la clasificación de marcos de referencia primarios, marcos de referencia aplicados, modelos teóricos descriptivos y modelos teóricos descriptivos- explicativos, se sintetiza:

-Marcos de referencia primarios: fisiológico y psicológico.

-Marcos de referencia aplicados: Biomecánico, Bobath, Neurodesarrollo, Integración sensorial (enfoque fisiológico); Terapia cognitivo conductual, Modelo DIR Floortime (enfoque psicológico).

- Modelos descriptivos: Modelo de la discapacidad cognitiva y canadiense.

-Modelos descriptivos y explicativos: Biomecánico; integración sensorial; cognitivo perceptual; control motor; MOHO.

Para Kielhofner (2006) un modelo teórico de la práctica debe poder explicar algún aspecto del fenómeno, brindar tecnología para su aplicación y poseer suficiente comprobación empírica, siendo los únicos modelos que se enfocan en los elementos que conforman los conceptos teóricos centrales del paradigma del comportamiento ocupacional o paradigma contemporáneo son el MOHO y el CMOT; el resto se focaliza en los componentes (motor, sensorio-perceptivo, cognitivo) y en las modificaciones ambientales. Así mismo destaca que el MOHO es el que ha desarrollado una teoría más coherente y enmarcada en el fenómeno ocupacional, la propuesta de tecnologías para su aplicación e investigación

exclusiva sobre evaluaciones y utilidad en la práctica. Por ello se propone la siguiente categorización que facilite el análisis de datos relacionados al uso de modelos teóricos:

-Uso principal: Utilización del MOHO de manera aislada y/o junto al Marco para la práctica de la Terapia Ocupacional.

-Uso combinado: Utilización del MOHO junto con otros modelos explicativos o marcos de referencia.

-Uso restringido: Utilización de modelos explicativos y marcos de referencia.

-Uso nulo: No se constata la utilización de ningún tipo de marco de referencia ni modelo.

Análisis de datos

Análisis según niveles de experticia

Nivel estudiante:

N= 22 estudiantes.

Análisis de la Variable 1: “Grado de experticia alcanzado”.

La dimensión 1.2: “Máximo grado académico alcanzado” demuestra que este nivel se compone por veintidós (22) estudiantes. La mayoría (20) estudia en universidades de Buenos Aires: catorce (14) en la Universidad Nacional de Quilmes (UNQ), cuatro (4) en la Universidad Nacional San Martín (UNSAM), uno (1) en la Universidad Interamericana (UAI), uno (1) en la Universidad Nacional de Mar del Plata. La minoría de los encuestados (2) realiza sus estudios en la provincia de Santa Fe: uno (1) en la Universidad Nacional del Litoral (UNL); y en la provincia de Córdoba: uno (1) en la Universidad Nacional de Villa María (UNVM), correspondiendo a los resultados de la dimensión 1.3: “Universidad en la que estudia”.

Por su parte las dimensiones 1.4: “Área de desempeño profesional” y 1.5: “Años de ejercicio profesional en el área”, no deben ser respondidas por los participantes de este nivel.

Análisis de la Variable 2: “Proceso terapéutico de Terapia Ocupacional”.

En la dimensión 2.1: “Tipo de abordaje”, once (11) estudiantes refieren que el abordaje más enseñado con frecuencia es el de tipo “individual/grupal”, mientras diez (10) mencionan el abordaje de tipo “individual” y uno (1) solamente el “grupal”.

En cuanto a la “Importancia del proceso de evaluación” de la dimensión 2.2, diecinueve (19) estudiantes responden que es “muy importante”, tres (3) “algo importante” y ninguno (0) “nada importante”. El “Uso de evaluaciones” representado por la dimensión 2.3 da como resultado que quince (15) participantes evalúan “siempre”, siete (7) “ocasionalmente” y ninguno (0) “nunca”.

Respecto al “Tipo de evaluación” contenido en la dimensión 2.4, once (11) estudiantes demuestran un tipo “indefinido”, conformado por las siguientes respuestas: evaluaciones estandarizadas; semiestructuradas; observación clínica; FIM, ACIS, AMPS, Goniómetro, Daniels y observación; FIM; MOCA y Minimental; FIM, DASH y evaluaciones del modelo biomédico; FIM y Lawton; libros y guías de análisis institucional.

Por su parte siete (7) participantes de este nivel realizan evaluaciones de tipo “combinadas” como por ejemplo observación sistemática, FIM, COTE y AMPS; observación, entrevista estandarizada y no estandarizada; observación, Pastel de la vida, intereses, roles, autoevaluación ocupacional, Barthel, Minimental, Test del Reloj y Peabody; observación directa, Pastel de la vida, guía de observación y COTE; observación, FIM, ACIS, AMPS y goniómetro; Perfil Ocupacional, AVD, intereses, roles, evaluaciones estandarizadas y no estandarizadas y evaluación del desarrollo; Perfil ocupacional; Perfil ocupacional, FIM y ACER; Entrevista informal, Barthel y FIM. Uno (1) solo evalúa “componentes” respondiendo utilizar solamente el goniómetro y tres (3) “ns/nc”.

En la dimensión 2.5: “Aspectos evaluados”, seis (6) arrojaron como resultados “ns/nc”, uno de ellos fue adjudicado a esta categoría por responder “en consultorio

y ambiente de la persona” ya que no corresponde a la pregunta efectuada en la encuesta. Diez (10) participantes evalúan solamente en un nivel, uno (1) evalúa aspectos correspondientes al Nivel 1 (desempeño ocupacional), aunque utilizo un término muy general; cinco (5) se ubican en el Nivel 2 ya que evalúan aspectos del desempeño como (AVDB, AVDI; Áreas, aspectos de la vida diaria; independencia en AVD; desempeño funcional en AVDB y AVDI); cuatro (4) en el Nivel 3 evaluando solo componentes de desempeño como rango de movimiento, habilidades cognitivas y de comunicación; relación con pares, apariencia, actitud; rango articular, sensibilidad, temperatura; atención, postura, procesamiento, resolución de problemas y participación en la actividad. El resto seis (6) estudiantes evalúan en más de un nivel correspondiéndose, uno (1) en los Niveles 1 y 2; dos (2) en los Niveles 2 y 3 evaluando AVDB, AVDI, amplitud, tono, fuerza, postura y reflejos; AVDB y habilidades cognitivas; y tres (3) en los Niveles 1 y 3.

En relación al “Tipo de intervención” de la dimensión 2.6, nueve (9) estudiantes realizan intervenciones en los niveles 2 y 3; ocho (8) en los tres niveles (principalmente el nivel 1 se encuentra determinado por intervenciones como entrenamiento en el uso de prótesis, órtesis y ayudas técnicas, luego en asesoramiento familiar y gestión de recursos). Tres (3) intervienen en el Nivel 2 y dos (2) en el Nivel 3. Las áreas ocupacionales más seleccionadas fueron para ocho (8) estudiantes AVDB, AVDI y Tiempo libre y Juego, para siete (7) la combinación AVDB y AVDI, mientras que para tres (3) solamente la intervención es en el área de AVDB, en ningún caso se seleccionaron las áreas de empleo, educación, sueño y participación social. En cuanto a los componentes más trabajados son por escasa diferencia el componente cognitivo en nueve (9) estudiantes a través de su estimulación, seguido por las habilidades sociales para ocho (8) estudiantes y en la misma proporción el restablecimiento o compensación de funciones y estructuras físicas.

La dimensión 2.7: “Ámbito de intervención” no debe ser respondida por los participantes de este nivel.

Por su parte la dimensión 2.8: “Registro de las intervenciones” da como resultados que catorce (14) estudiantes refieren efectuar registros “siempre”, siete

(7) “ocasionalmente” y uno (1) “nunca”. La “Calidad del registro” de la dimensión 2.9 arroja que para trece (13) estudiantes la calidad de su registro es “adecuada” para siete (7) “muy adecuada”, para uno (1) “algo adecuada” y uno (1) “ns/nc”. Ninguno menciona “inadecuada”.

En cuanto a las dimensiones 2.10: “Uso y tipo de modelos de referencia” y 2.11: “Grado de manejo del modelo”, siete (7) estudiantes realizan un “uso combinado” de modelos sobre los que cuatro (4) refieren poseer conocimiento y manejo “moderado” y tres (3) “superficial”. Junto al MOHO la mayoría, cinco (5) estudiantes, utilizan el canadiense y biomecánico, siendo en menor medida que dos (2) estudiantes utilizan el MOHO junto al modelo de rehabilitación e integración sensorial. Cinco (5) participantes de este nivel realizan un “uso restringido” de modelos de los que cuatro (4) refiere tener manejo “moderado” y uno (1) “superficial”, entre ellos la combinación más usual en tres (3) de los estudiantes es el modelo biomecánico y el modelo de la rehabilitación junto con el canadiense, y para dos (2) el de integración sensorial solo o combinado con Bobath; cuatro (4) estudiantes realizan un “uso principal” del MOHO siendo que tres (3) mencionan poseer un manejo “moderado” sobre el mismo y uno (1) “superficial”; dos (2) utilizan solo el marco de trabajo con manejo “moderado”; tres (3) responden no basar su práctica profesional en ninguna teoría, modelo o marco y uno (1) responde solo marco teórico que es tomado como término genérico y puntuado como ns/nc por no saber a qué se refiere.

En el caso del uso principal de modelos realizado por cuatro (4) estudiantes, si se suman a este tipo de uso los tres (3) estudiantes que basan su práctica en el Marco de Trabajo se obtendría un total de seis (7) ubicándose por tanto en el mismo nivel de frecuencia el uso de tipo principal de modelos al uso de tipo combinado.

La “Enseñanza de modelos” contenida en la dimensión 2.12, arroja que quince (15) estudiantes la considerada “poco suficiente” y siete (7) “suficiente”, mientras que ninguno responde que la enseñanza es “muy suficiente” o “insuficiente”. En cuanto a la tarea de articular los diversos conceptos de la disciplina para la planificación de la mejor intervención terapéutica representada en la dimensión 2.13, dieciocho (18) estudiantes consideran la tarea como “compleja”, cuatro (4) “nada compleja” y ninguno la considera “muy compleja”. Respecto a la

“Enseñanza de la articulación teórico- práctica”, para once (11) estudiantes es “eficiente” mientras que para los once (11) restantes es “poco eficiente”, ninguno responde “muy eficiente” o “ineficiente”.

En cuanto al “Conocimiento del diagnóstico ocupacional” representado en la dimensión 2.15, catorce (14) estudiantes refieren estar “poco habituados” con el concepto, siete (7) “muy habituados” y uno (1) “nada habituado”.

Análisis de la Variable 3: “Formación continua”.

La dimensión 3.1 de esta variable relacionada con la “Lectura crítica” arroja que diecinueve (19) estudiantes realizan lectura, entre ellos seis (6) especialmente dirigida a material de cátedra y sugerido, material de internet como revistas científicas para cuatro (4) estudiantes, libros e internet para tres (3) estudiantes, libros para dos (2) estudiantes y artículos para un (1) estudiante. Otros dos (2) responden afirmativamente pero no especifican las fuentes de lectura. Un (1) estudiante responde negativamente y dos (2) “ns/nc”.

Por su parte la dimensión 3.2: “Participación en actividades clínicas y científico académicas”, dieciséis (16) participantes de este nivel mencionan participar, principalmente trece (13) lo hacen en calidad de “oyentes” y el resto como oyente-disertante, en reuniones de equipo o no define. En cuanto a los estudiantes que refieren no participar en este tipo de actividades se encuentran en una cantidad de seis (6).

En cuanto a la “Calificación de la formación continua”, once (11) estudiantes consideran la oferta para la formación de posgrado específica de TO como “insuficiente”, ocho (8) como “suficiente”, dos (2) como “muy suficiente” y uno (1) “ns/nc”. En cuanto a las “Propuestas de formación continua y de posgrado”, son once (11) estudiantes los que sugieren formaciones en salud mental, comunidad, estimulación temprana, teoría neurocognitiva de Perfetti, residencias en provincia (específicamente en el Hospital San Martín la cual ya existe), derechos humanos, sexualidad en discapacidad, abordaje de personas privadas de la libertad, intervenciones en educación y trabajo, diseño de evaluaciones adecuadas y Terapia Ocupacional en Latinoamérica. De los restantes, nueve (9) no

sugieren formaciones de posgrado y dos (2) ns/nc de los que uno (1) responde aún no decidirse.

Para concluir el análisis de este nivel se preguntó a los estudiantes, a través de la dimensión 3.5, sobre la “Percepción del reconocimiento de la Terapia Ocupacional” para la población en general, siendo que para veinte (20) estudiantes es “poco”, para uno (1) “mucho” y para uno (1) “nulo”, ninguno respondió “regular”.

Nivel novato/ principiante:

N= 26 terapistas ocupacionales.

Análisis de la Variable 1: “Grado de experticia alcanzado”

En relación a la Dimensión 1.1: “Año de graduación”, se registran graduados desde el año 2014 al año 2017, y en cuanto a la cantidad de “Años de ejercicio profesional en el área” correspondiente a la dimensión 1.5, no superan en este grupo los 3 años de experiencia, a excepción de un profesional con 5 años de experiencia, pero recibido en 2017; y dos con 10 y 12 años respectivamente, pero graduados hace 3 y 4 años. Se aclara en este momento que para determinar cómo novato a un graduado se considera el año en el que el título ha sido obtenido y no los años de experiencia acumulada, ya que el tipo de práctica efectuada no es la misma si se poseen o no los conocimientos teóricos específicos de la disciplina.

Respecto al “Máximo grado académico alcanzado” de la dimensión 1.2 y “Universidad en la que estudio” de la dimensión 1.3, veintidós (22) graduados han alcanzado un grado máximo de Licenciatura, siendo que dieciséis (16) han sido otorgados por UNQ, tres (3) por la UNM del Plata, uno (1) de UBA, uno (1) de UNL y uno (1) del Instituto universitario del Gran Rosario. Uno (1) refiere tener título de Terapeuta Ocupacional por UNSAM; mientras tres (3) son o están realizando especialidades en Integración sensorial y estimulación temprana; Terapia Ocupacional comunitaria; y en Rehabilitación neurológica de adultos quienes se corresponden con uno, dos y tres años de graduados respectivamente de la UNQ.

Siguiendo la clasificación propuesta para la dimensión 1.4: “Área de desempeño profesional”, se observa en este nivel de graduados que trece (13) no presentan experiencia específica en un área de desempeño profesional, trabajando por el contrario en varias áreas al mismo tiempo con combinaciones como por ejemplo: área neurofísica, salud mental y comunidad; área neurofísica, salud mental, disminuidos visuales y cuidados paliativos; área neurofísica y salud mental, área neurofísica y laboral; área salud mental, comunidad y laboral; mientras los restantes trece (13) pertenecientes a este grupo se desempeñan en un área siendo en su mayoría salud mental (6), neurofísica (6) y comunidad (1), sin observarse diferencias entre los graduados con menos de un año y los que tienen entre dos y tres años de graduados. Por su parte un nueve (9) novatos realizan tareas relacionadas a la docencia e investigación, siendo tres (3) de docencia, cuatro (4) de supervisión, uno (1) de investigación y uno (1) de docencia y supervisión.

Análisis de la Variable 2: “Proceso terapéutico de Terapia Ocupacional”

Se inicia el análisis con la dimensión 2.1 “Tipo de abordaje”, el cual arroja que catorce (14) encuestados refieren realizar abordaje de tipo individual/grupal, tres (3) individual e individual/ grupal, 5 individual y 4 grupal, no se presenta una vinculación específica entre el tipo de abordaje y el área de desempeño.

Para continuar se agruparon las respuestas de las siguientes dimensiones: dimensión 2.2 “Importancia del proceso de evaluación”, dimensión 2.3: “Uso de evaluaciones”, dimensión 2.4: “Tipo de evaluación” y dimensión 2.5: “Aspectos evaluados” por hallarse relacionadas a la evaluación o primera fase del proceso terapéutico. Las mismas determinan que para veinticuatro (24) novatos es “muy importante” el proceso de evaluación, mientras que para uno (1) solo es “algo importante” y otro (1) “ns/nc”. Por su parte diecisiete (17) evalúan “siempre” y nueve (9) lo hacen “ocasionalmente”. En relación al tipo de evaluaciones utilizadas que cumplan con los criterios marcados para esta dimensión, a saber evaluación combinada del desempeño ocupacional destinada a recolectar datos relevantes de todos los aspectos del desempeño en sus tres niveles (contexto, roles, áreas, ocupaciones, patrones, destrezas de ejecución y características del cliente), se obtuvo que doce (12) de los encuestados pertenecientes a este nivel utilizaron una combinación de instrumentos estandarizados y no estandarizados

integrados por la observación clínica, entrevistas semiestructuradas, perfil ocupacional en combinación con evaluaciones de rutinas (Pastel), roles, intereses, AVD (FIM, Barthel, Lawton), AVDI, Juego y muestra de trabajo, junto a evaluaciones de componentes de desempeño como dinamómetro, goniómetro, Peabody, VMI, Minimental. De los restantes uno (1) evalúa solo componentes, otro (1) solo un área del desempeño, dos (2) ns/nc y diez (10) arrojaron un resultado indefinido (dos realizan observación, uno realiza análisis institucional, otra observación del juego, habilidades de la mano, FIM y VMI y cuatro responden que administran evaluaciones estandarizadas y no estandarizadas sin especificar cuáles).

En relación a la coherencia encontrada entre el tipo de evaluación y los aspectos del desempeño a evaluar puede observarse que solo un (1) novato marco evaluar aspectos en los tres niveles y corresponde al uso de evaluación combinada. Por su parte dos (2) evalúan aspectos del nivel 1 (aunque en términos generales desempeño ocupacional y participación); cuatro (4) se ubican en el nivel 2 comenzando a aparecer las áreas ocupacionales de educación y trabajo en tan solo tres (3) novatos. Cinco (5) se corresponden al Nivel 3; dos (2) a los niveles 1 y 2, uno (1) a los niveles 1 y 3, siete (7) a los niveles 2 y 3 y por último cuatro (4) se posicionan en el valor de ns/nc.

Respecto de las intervenciones terapéuticas planificadas correspondientes a la dimensión 2.6, trece (13) novatos seleccionan intervenciones dirigidas a los niveles 1, 2, 3 siendo en su mayoría, nueve (9), que conforman el nivel 1 solamente por el asesoramiento familiar, y en los casos restantes, cuatro (4), se combina dicha prestación del nivel uno con el entrenamiento en prótesis, ortesis y ayudas técnicas y en menor medida con la orientación vocacional/ocupacional y la evaluación ambiental. En este grupo dos (2) novatos realizan también actividades de docencia. Por su parte doce (12) novatos dirigen sus intervenciones a los niveles dos y tres, dentro de este grupo uno solo realiza también actividades de docencia e investigación. El graduado restante (1) dirige sus intervenciones a los niveles 1 y 2 siendo conformado el primer nivel por el asesoramiento familiar.

Se constata que solo tres (3) novatos realiza actividades científico- académicas, siendo dos (2) de docencia y uno (1) de docencia e investigación. La mayoría

selecciono áreas de desempeño y componentes de desempeño (25), con excepción de un novato que dirige la intervención solo a un área (laboral); lo que determina de cierta manera la articulación entre el componente descriptivo y el componente explicativo. El área de intervención más frecuente para veintitrés (23) de los encuestados es la de AVDB, luego la de tiempo libre para veintidós (22) novatos, la de AVDI para diecinueve (19) y aparece intervenciones en el área de empleo en seis (6) novatos. La combinación de áreas de intervención más frecuente es la de AVDB, AVDI, Tiempo libre y Juego para nueve (9) encuestados, luego seis (6) seleccionan combinaciones de AVDB y Tiempo Libre, así como AVDB, AVDI, Tiempo libre, juego y empleo. Dos (2) se centran en AVDB y AVDI y los cuatro (4) novatos restantes en cada una de las áreas (Empleo, AVDI y AVDI junto a tiempo libre). En relación a los componentes la mayoría dirige sus intervenciones a la estimulación cognitiva (17) y al entrenamiento de las habilidades sociales (16), luego al restablecimiento/recuperación de funciones y estructuras físicas (10) y la estimulación temprana (2). En relación a la combinación más frecuente está dada por estimulación cognitiva y habilidades sociales (6).

Respecto a la dimensión 2.7: “Ámbito de intervención”, nueve (9) novatos se desempeña en instituciones, tres (3) solamente en consultorio y seis (6) en consultorio e institución. Finalmente, los ocho (8) novatos restantes se desempeñan en comunidad, institución/comunidad, institución/escuela, domicilio/institución/comunidad, consultorio/domicilio/institución, consultorio/domicilio/institución/comunidad y consultorio/domicilio. Es decir que la mayoría se desempeña en múltiples ámbitos (14 novatos), mientras que en un solo ámbito lo realizan doce (12) novatos.

La dimensión 2.8 relacionada al registro de las intervenciones se realiza “siempre” para diecinueve (19) de los novatos, mientras que siete (7) lo realizan “ocasionalmente”, de estos últimos dos (2) se desempeñan solo en consultorio, tres (3) en consultorio e institución y dos (2) en institución pensando las condiciones formales y temporales que para el registro fija cada ámbito de actuación. A su vez la consideración de la actividad de registrar en relación a la estructura otorgada, redacción y uso de terminología propia de la disciplina correspondiente a la dimensión 2.9 es para nueve (9) de los novatos “muy adecuada”, para catorce (14) “adecuada” y para tres (3) “algo adecuada”.

Por su parte la dimensión 2.10 “Uso y tipo de modelos de referencia” y la clasificación construida para su análisis, junto a la dimensión 2.11 “Grado de manejo del modelo”, se constata que ocho (8) novatos hacen uso principal del MOHO (uno de ellos junto al Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional) con un nivel de manejo superficial para uno de ellos y moderado para los restantes. Mientras que el uso combinado es realizado por seis (6) novatos junto con al modelo de la integración sensorial, neurodesarrollo, rehabilitación, biomecánico, discapacidad cognitiva y el modelo ocupación, ambiente, persona con un manejo de los mismos superficial y moderado en iguales proporciones. Diez (10) novatos presentan una utilización restringida de modelos representada por el uso aislado o combinado de marcos y modelos como el de neurodesarrollo, Bobath, biomecánico, marco cognitivo conductual, integración sensorial, modelo social, derechos humanos, rehabilitación y modelo DIR Floortime, de los que dos (2) presentan conocimientos y manejo superficial, seis (6) manejo moderado y dos (2) profundo relacionado al modelo social de la discapacidad. Por último, dos (2) novatos registran uso nulo de modelos y marcos de referencia, aunque refieren que presentan un manejo superficial y moderado respectivamente.

En relación a la enseñanza durante la formación de grado de marcos de referencia, modelos teóricos y teorías propias de la Terapia Ocupacional representada por la dimensión 2.12: “Enseñanza de modelos”, en una escala de cuatro valores que van desde “Muy suficiente” a “Insuficiente”, diecisiete (17) novatos la considera como “Poco suficiente” mientras que para nueve (9) resulta “Suficiente”.

La dimensión 2.13 “Articulación teórico-práctica”, relacionada a la tarea de articular los aspectos y conceptos centrales del desempeño ocupacional para posteriormente continuar con la etapa de planificación del proceso terapéutico, en una escala de tres valores que van desde “Muy compleja” a “Nada compleja”, resulta para un (1) novato “muy compleja”, para veinte (20) “compleja” y para cinco (5) “nada compleja”.

Por su parte la dimensión 2.14 “Enseñanza de la articulación teórico-práctica” valora la consideración que el profesional tiene, durante la formación de grado, del modo de articular la teoría con la práctica para la óptima resolución de casos clínicos. Para ella se utilizó una escala de cuatro valores que van de “Muy

eficiente” a “Ineficiente” de la que cuatro (4) novatos la consideran “muy eficiente”, dieciocho (18) “eficiente” y cuatro (4) “poco eficiente”.

En cuanto al grado de familiarización con el concepto de “Diagnóstico ocupacional” contenido en la dimensión 2.15 “Conocimiento del diagnóstico ocupacional”, trece (13) novatos están “muy habituados”, doce (12) “poco habituados” y uno (1) “nada habituado”.

Análisis de la Variable 3: “Formación continua”

La actividad de formación continua dedicada a la lectura de material propio de la disciplina está determinada por la dimensión 3.1 “Lectura crítica” de la que uno (1) respondió ns/nc, cinco (5) no le dedican tiempo a la lectura relacionada a la formación; y la mayoría, representada por veinte (20) novatos, si realiza lectura. Dentro de este subgrupo el tipo de fuentes utilizadas son una combinación de libros y material encontrado en la web (como revistas científicas, artículos científicos, papers, publicaciones de colegas), y en menor medida aquellos que se inclinan a la lectura solamente en papel en formato libro, apuntes y bibliografía de cursos.

La participación en espacios de formación disciplinar e interdisciplinaria (supervisiones, jornadas, congresos, ateneos, reuniones de equipo), está representada por la dimensión 3.2: “Participación en actividades clínicas y científico-académicas” en los que cuatro (4) novatos refieren no participar y veintidós (22) participan en su mayoría en calidad de oyentes, luego como oyentes y disertantes.

La “calificación de la formación continua” que se incluye en la dimensión 3.3, a través de la oferta para la misma es considerada por ocho (8) novatos como “suficiente” y por los dieciocho (18) restantes como “insuficiente”. Las sugerencias sobre la misma contenidas en la dimensión 3.4: “Propuestas de formación continua y de posgrado”, están conformadas por las propuestas de quince (15) novatos, en su mayoría orientadas a un área de desempeño profesional (neurodesarrollo; neurodesarrollo- estimulación temprana-pediatría e integración sensorial; rehabilitación física-neurológica y traumatológica; salud mental; laboral) o a una combinación de las mismas (salud mental y neurodesarrollo;

rehabilitación cognitiva y adicciones; comunidad y ergonomía, salud mental-clínica y cuidados paliativos) lo que estaría satisfecho en cierta medida por la oferta existente del sistema de residencias y concurrencias (en agudos, psicofísicas y en salud mental) y especializaciones vigentes (TO en pediatría, TO comunitaria, integración sensorial, estimulación temprana y Neurodesarrollo) aunque algunas de ellas son costosas. Dentro de este grupo dos (2) novatos sugieren la formación en marcos y modelos y en la creación de colegiatura de TO respectivamente. Los diez (11) novatos restantes no realizan sugerencias, dentro de estos últimos uno (1) ns/nc y otro refiere que su respuesta negativa a la formación continua se debe a que es costosa, pero posee una especialización.

Por último, el conocimiento que de la TO tiene la población general está enmarcada en la dimensión 3.5: “Percepción del reconocimiento de la TO” y es para seis (6) novatos “regular”, para dieciocho (18) “poco” y para dos (2) nulo.

Nivel competente:

N= 9 terapistas ocupacionales.

Análisis de la Variable 1: “Grado de experticia alcanzado”

Se inicia el análisis con la dimensión 1.1: “Año de graduación”, registrándose graduados entre los años 2007 y 2011, del mismo modo sucede con los años de experiencia acumulada de la dimensión 1.5: “Años de ejercicio profesional en el área” de cinco a diez años.

En relación a la dimensión 1.2: “Máximo grado académico alcanzado” y dimensión 1.3: “Universidad en la que estudio”, se obtiene que cinco (5) graduados competentes presentan título de licenciados otorgados por la UNQ, uno (1) de residencia finalizada (RISMIC) graduado de la UNQ y tres (3) especialistas/especializandos en cuidados paliativos y discapacidad visual, terapia cognitivo conductual y en pediatría (de la UAI y los últimos dos de la UNQ respectivamente).

El “Área de desempeño profesional” correspondiente a la dimensión 1.4 determina que tres (3) graduados competentes se desempeñan en el área

neurofísica, tres (3) en múltiples áreas, uno (1) en el área psicosocial, uno (1) en el área comunitaria y uno (1) en educación especial. Cinco (5) realizan actividades relacionadas a la docencia y la investigación de los cuales cuatro (4) realizan supervisión y uno (1) supervisión, docencia e investigación.

Análisis de la Variable 2: “Proceso terapéutico de Terapia Ocupacional”

El análisis de la dimensión 2.1: “Tipo de abordaje”, arroja que seis (6) de los graduados competentes, efectúan abordaje de tipo “individual-grupal”, uno (1) individual, uno (1) individual e individual/grupal y por ultimo uno (1) individual y grupal.

Las dimensiones relacionadas al proceso de evaluación como la dimensión 2.2 “Importancia del proceso de evaluación”, dimensión 2.3: “Uso de evaluaciones”, dimensión 2.4: “Tipo de evaluación” y dimensión 2.5: “Aspectos evaluados”, arrojaron como resultados que para cinco (5) graduados es “muy importante” el proceso de evaluación, mientras para tres (3) es “algo importante”, uno (1) solamente ns/nc. En cuanto a la dimensión 2.3: “Uso de evaluaciones”, cinco (5) graduados de este nivel responden evaluar “siempre” mientras cuatro (4) lo hacen “ocasionalmente”. El tipo de evaluaciones utilizadas son en tres (3) graduados competentes las de tipo combinadas (utilizando instrumentos como la observación, perfil ocupacional, historia de vida, entrevista semiestructurada, Áreas ocupacionales, Barthel y FIM); cinco (5) realizan evaluaciones de tipo indefinidas (evaluaciones semiestructuradas, estandarizadas y observación clínica; programa de evaluación especial, FIM y Barthel); uno (1) solo evalúa componentes y ninguno áreas o ns/nc. En relación a los aspectos a evaluar tres (3) ns/nc, tres (3) los niveles 1 y 3, uno (1) el nivel 2, uno (1) el nivel 3 y uno (1) el nivel 2 y 3.

Respecto a la dimensión 2.6: “Tipo de intervención” se constata que siete (7) terapeutas ocupacionales competentes dirigen sus intervenciones hacia los tres niveles comenzando a incluirse con mayor frecuencia la orientación ocupacional y la gestión de recursos a diferencia del grupo de novatos, de modo que solamente dos (2) incluyen el asesoramiento familiar mientras que los cinco (5) restantes agregan a esta prestación la orientación ocupacional, la gestión de recursos y el entrenamiento en el uso de prótesis, órtesis y ayudas técnicas. En este nivel dos

(2) realizan también actividades de docencia. De los graduados competentes restantes, uno (1) dirige sus intervenciones a los niveles 1 y 2 incluyendo el asesoramiento familiar y la orientación ocupacional, además de actividades relacionadas a la docencia; mientras que el otro (1) dirige sus intervenciones al nivel 3 de componentes de desempeño. Ocho (8) de los nueve graduados competentes intervienen con la familia. Las áreas más trabajadas son AVDB, AVDI y Tiempo Libre seguida por la combinación de AVDB, AVDI, Tiempo Libre y empleo. Los componentes de desempeño más trabajados son estimulación cognitiva y habilidades sociales en igual proporción.

Los “ámbitos de intervención” profesional de la dimensión 2.7 no demuestran mayor inclinación, excepto levemente en dos (2) graduados que se desempeñan en consultorio y domicilio, así como otros dos (2) en institución y comunidad. Cuatro (4) en consultorio, consultorio/institución; domicilio/institución; domicilio, institución y comunidad; y consultorio, domicilio, institución y comunidad, y uno (1) solo en consultorio.

Con respecto a la dimensión 2.8: “Registro de las intervenciones” y dimensión 2.9: “Calidad del registro”, siete (7) graduados competentes responden que “siempre” registran sus intervenciones, siendo dos (2) de manera “muy adecuada” y cinco (5) de forma “adecuada” según la estructura otorgada al redacción y uso de terminología propia de la disciplina. Mientras que dos (2) lo hacen “ocasionalmente” y de manera “adecuada”.

En relación a la utilización de marcos teóricos de referencia y modelos teóricos para la práctica correspondientes a la dimensión 2.10 y al nivel de conocimiento y manejo de los mismos representado por la dimensión 2.11, se obtiene que tres (3) hacen uso principal del MOHO o MOHO con Marco de trabajo para la práctica de TO considerando un manejo “moderado” sobre los mismos. Cinco (5) realizan un uso de tipo combinado del MOHO junto a integración sensorial mayoritariamente, lúdico, neurodesarrollo, salud mental comunitaria, desempeño ocupacional, biomecánico y cognitivo conductual; el manejo de los mismos es mayoritariamente “moderado” (3) y “profundo” (2). El uso restringido está dado por el marco de la injusticia ocupacional y de las trayectorias escolares con manejo “moderado” en un (1) terapeuta ocupacional de este nivel. La enseñanza

brindada durante la formación de grado sobre estos últimos es considerada por cinco (5) graduados competentes como “poco suficiente”, mientras que para tres (3) es “insuficiente”, solo uno (1) la considera “suficiente”.

En cuanto a la dimensión 2.13 sobre la “Articulación teórico-práctica”, siete (7) graduados consideran la tarea como “compleja” y dos (2) como “nada compleja”. En cuanto a la enseñanza de esta articulación durante la formación de grado determinada por la dimensión 2.14, siete (7) graduados competentes la consideran “poco eficiente”, mientras dos (2) como “eficiente”.

Respecto al grado de familiaridad con el concepto de “diagnostico ocupacional” de la dimensión 2.15, cuatro (4) refieren estar “muy habituados” con el mismo, tres (3) “poco habituado” y dos (2) “nada habituado”.

Análisis de la Variable 3: “Formación continua”

La dimensión 3.1: “Lectura crítica”, determina que siete (7) graduados competentes realizan lectura de material recurriendo a fuentes principalmente de libros y revistas científicas de la web, y en menor medida solo web en general y cursos proporcionados por la AATO, mientras que dos (2) de los graduados no realizan lecturas.

Por su parte la dimensión 3.2: “Participación en actividades clínicas y científico-académicas”, el total de los graduados (9) refiere participar en dichos espacios mediante la modalidad principal de oyente en cuatro (4) de ellos y como oyente-disertante en dos (2), oyente, disertante y organizador en uno (1) y solo organizador en otro (1). Finalmente, un (1) profesional competente restante responde en modalidad “virtual”.

Respecto a la dimensión 3.3: “Calificación de la formación continua”, ocho (8) graduados competentes la valoran como “Insuficiente”, mientras que uno (1) la considera “Suficiente”. A su vez la dimensión 3.4: “Propuestas de formación continua y posgrado” no recibe sugerencias de un (1) graduado y si de ocho (8) graduados competentes orientadas a las áreas neurofísica (integración sensorial y autismo desde TO; cuidados paliativos), al área psicosocial (salud mental y salud mental en adultos), al área de educación, y a múltiples áreas (integración sensorial, TEA, salud mental, disfunciones físicas; empleo, rehabilitación

neurológica y tecnologías). Por otro lado, se presentaron propuestas relacionadas a la formación local y regional de la profesión y de modo general a la formación según ámbitos de desempeño profesional. Tres (3) ns/nc y dos (2) no realizan sugerencias.

En relación a la “Percepción del reconocimiento de la TO” representada por la dimensión 3.5, resulta para siete (7) graduados competentes “poca” y para los dos (2) restantes “regular” y “nula” correspondientemente.

Nivel experto:

N= 20 terapistas ocupacionales

Análisis de la Variable 1: “Grado de experticia alcanzado”

Para la dimensión 1.1: “Año de graduación” encontramos en este grupo graduados entre los años 1996 al 2007, es decir entre diez a veintiún años de graduados, correspondiéndose con años de experiencia acumulada, perteneciente a la dimensión 1.5: “Años de ejercicio profesional en el área”, de entre siete a veinte años.

En relación a las dimensiones 1.2: “Máximo grado académico alcanzado” y 1.3: “Universidad en la que estudio” se obtiene que nueve (9) graduados expertos presentan título de licenciados, siete (7) de ellos otorgados por la UNQ y dos (2) por UAI y UBA respectivamente. Un (1) T.O experto menciona título de terapeuta ocupacional de la UNL; siete (7) de especialistas/especializandos en gerontología, estimulación temprana, gestión hospitalaria, comunidad, integración sensorial y metodología de la investigación científica, todos de UNQ. Los tres (3) restantes refieren nivel de magister/ maestrando en salud pública, metodología de la investigación científica (ambos graduados de la UNQ), y uno que no define qué tipo de maestría ni universidad en la que estudio, siendo que dieciséis (16) participantes son de UNQ.

El análisis de la dimensión 1.4: “Área de desempeño profesional”, arroja que nueve (9) graduados se desempeñan en múltiples áreas; cuatro (4) en el área psicosocial; otros cuatro (4) en el área neurofísica; uno (1) en el área laboral; uno

(1) en el área comunitaria y el último (1) en el área científico-académica. Por otro lado, once realizan actividades desarrolladas a la docencia y la investigación de los que cuatro (4) realizan actividades de supervisión, tres (3) de supervisión y docencia, dos (2) de docencia, supervisión e investigación, uno (1) de docencia e investigación y uno (1) de investigación y supervisión.

Análisis de la Variable 2: “Proceso terapéutico de Terapia Ocupacional”

La dimensión 2.1: “Tipo de abordaje”, da como resultado que seis (6) de los graduados expertos efectúan abordaje de tipo “individual-grupal”, cinco (5) individual, tres (3) individual/grupal y grupal (asociado al área comunitaria y psicosocial); dos (2) individual e individual/grupal; dos (2) individual e individual/grupal y grupal (relacionado a áreas de desempeño profesional múltiples); uno (1) grupal (del área laboral) y por último uno (1) ns/nc del área científico-académica.

El análisis de las dimensiones relacionadas al proceso de evaluación demuestra que para la dimensión 2.2 “Importancia del proceso de evaluación”, resulta para dieciocho (18) graduados expertos “muy importante” el proceso de evaluación, mientras para uno (1) es “algo importante” y para otro (1) “nada importante”. Los resultados de la dimensión 2.3: “Uso de evaluaciones”, muestran que quince (15) graduados de este grupo evalúan “siempre”, tres (3) “ocasionalmente” y dos (2) “nunca”, respecto a estos últimos, ambos se dedican al área psicosocial, con máximo grado académico de especialista y máster, realizan abordaje individual/grupal e individual respectivamente, de igual modo que consideran “muy importante” y “nada importante” el proceso de evaluación administrando entrevistas autodirigidas y ns/nc en cada caso. En relación a la dimensión 2.4: “Tipo de evaluación”, doce (12) realizan evaluaciones de tipo indefinidas (como ejemplos de respuestas se obtiene: diferentes protocolos, varios, dinámicas y balance ocupacional, gestión y educación, análisis de la actividad, entrevistas, evaluaciones estandarizadas y no estandarizadas, observación clínica; Barthel y FIM); por su parte seis (6) graduados expertos utilizan evaluaciones combinadas como ser entrevistas, evaluación funcional, AVD e integración sensorial; observación clínica, entrevista, FIM y cuestionario de historia sensorial;

observación clínica, entrevista y evaluaciones estandarizadas y no estandarizadas; puesto de trabajo y capacidad funcional; roles, rutinas, intereses, áreas y capacidad funcional; uno (1) evalúa solamente áreas y otro (1) ns/nc, ninguno (0) componentes. Se detecta en varios casos la utilización del término “AVD” haciendo referencia tal vez a un modo general de referirse a todas las áreas ocupacionales, del mismo modo sucede con las dificultades para nombrar el tipo de instrumento mencionando utilizando en su lugar el aspecto a evaluar.

La dimensión 2.5: “Aspectos evaluados arrojaron como resultados que seis (6) expertos evalúan los niveles 2 y 3; cinco (5) graduados expertos evalúan los tres niveles; uno (1) evalúa los niveles 1 y 2; tres (3) solamente el nivel dos destinado a las áreas ocupacionales, cuatro (4) el nivel tres relacionado a los componentes y uno (1) ns/nc.

Por su parte de la dimensión 2.6: “Tipo de intervención”, se constata que quince (15) expertos dirigen sus intervenciones hacia los tres niveles, de ellos solamente en seis (6) el nivel 1 es asociado al asesoramiento familiar y el resto a la combinación de intervenciones del nivel uno como ser asesoramiento familiar, orientación vocacional/ocupacional y entrenamiento en el uso de prótesis, ortesis y ayudas técnicas; o asesoramiento familiar, gestión de recursos, orientación vocacional/ocupacional, análisis del puesto de trabajo. Las combinaciones en su mayoría incluyen asesoramiento familiar, orientación vocacional/ocupacional y gestión de recursos. Es también en los expertos de este grupo que cinco (5) realizan actividades de docencia e investigación. Dos (2) dirigen sus intervenciones a los niveles 1 y 2 destinados a la prevención en el ámbito laboral y a la gestión de recursos con orientación vocacional/ocupacional correspondientes a expertos que se desempeñan en ámbitos empresariales y en el ministerio de trabajo correspondientemente, uno de ellos realiza actividades de docencia. Otros dos (2) expertos intervienen en los niveles dos y tres; y por último uno (1) solamente en el nivel uno a través de la gestión del ámbito científico-académico y realizando docencia e investigación. Las áreas más trabajadas son AVDB, Tiempo Libre y luego AVDI; la combinación más efectuada es de AVDB, AVDI y Tiempo Libre. Los componentes de desempeño más trabajados son habilidades sociales (11) y estimulación cognitiva (10), luego funciones motoras (7) y estimulación temprana (5).

En relación a los “Ámbitos de intervención” profesional correspondiente a la dimensión 2.7, demuestran que diez (10) expertos se desempeña en un solo ámbito siendo que tres (3) lo hacen en consultorio, dos (2) en domicilio, dos (2) en institución y tres (3) en otros ámbitos (ministerio de trabajo; empresa y universidad; no específica). Los diez (10) restantes se desempeñan en múltiples ámbitos especialmente en domicilio e institución (3), consultorio, institución, domicilio (2), domicilio, institución, comunidad (2), en todos (2) y consultorio e institución (1).

De las dimensiones 2.8: “Registro de las intervenciones” y 2.9: “Calidad del registro”, se obtiene como resultado que quince (15) expertos refieren registrar sus intervenciones “siempre”, cuatro (4) de ellos de manera “muy adecuada”, diez (10) en forma “adecuada” y uno (1) “ns/nc”. Por otro lado, tres (3) registran de manera “ocasional”, siendo que dos (2) de manera “muy adecuada” y uno (1) “inadecuada”, en tanto uno (1) refiere que “nunca” registra, pero considera que lo hace de manera “adecuada” y otro (1) “ns/nc” si registra habitualmente sus intervenciones.

La utilización de marcos teóricos de referencia y modelos teóricos para la práctica correspondientes a la dimensión 2.10 y al nivel de conocimiento y manejo de los mismos representado por la dimensión 2.11, se obtiene que siete (7) expertos hacen uso principal del MOHO o MOHO con Marco de trabajo para la práctica de TO, siendo que seis (6) consideran un manejo “moderado” del mismo y uno (1) un manejo “profundo”. Cuatro (4) graduados realizan un uso de tipo combinado del MOHO conjuntamente a teorías del neurodesarrollo e integración sensorial o neurodesarrollo, disfunciones cognitivas, biomecánico, rehabilitación y otros; o junto con el del comportamiento ocupacional; tres (3) expertos de este grupo refiere tener conocimiento y manejo “moderado” de los mismos, mientras que uno (1) refiere poseer manejo “profundo”. En relación al uso restringido de modelos se identifican seis (6) expertos que utilizan mayoritariamente modelos de neurodesarrollo en combinación con integración sensorial y Bobath, cognitivo conductual, OTIPIM, biomecánico y canadiense; o el canadiense junto a la práctica centrada en el cliente; o el enfoque de rehabilitación psicosocial. Por su parte tres (3) expertos de este grupo refiere poseer conocimiento y manejo “profundo” de los mismos, dos (2) manejo “moderado” y uno (1) manejo

“superficial”. Los tres (3) graduados expertos restantes han arrojado una respuesta indefinida categorizada como “ns/nc” ya que no lograron especificar los modelos en los que basan su práctica con respuestas de tipo “varios”, “lineamientos varios” o no responder a la pregunta, los dos primeros refieren tener conocimiento y manejo “moderado” y “profundo” respectivamente.

En cuanto a la enseñanza brindada durante la formación de grado sobre estos últimos representada por la dimensión 2.12: “Enseñanza de modelos”, es considerada por siete (7) graduados expertos como “suficiente”, mientras que para diez (10) lo es “poco suficiente” y para tres (3) “insuficiente”. Ninguno la considera “muy eficiente”.

En cuanto a la dimensión 2.13 sobre la “Articulación teórico-práctica”, doce (12) consideran dicha tarea como “compleja”, seis (6) como “nada compleja” y dos (2) como “muy compleja”. En cuanto a la enseñanza de esta articulación durante la formación de grado determinada por la dimensión 2.14, diez (10) graduados expertos la consideran “poco eficiente”, nueve (9) “eficiente” y uno (1) “ns/nc”. Ningún experto la considera “muy eficiente” ni “ineficiente”.

Respecto al grado de familiaridad con el concepto de “diagnostico ocupacional” contenido en la dimensión 2.15, trece (13) expertos refieren estar “muy habituados” con el mismo, seis (6) “poco habituados” y uno (1) “nada habituado”.

Análisis de la Variable 3: “Formación continua”

El análisis de la dimensión 3.1: “Lectura crítica”, determina que dieciocho (18) graduados del nivel de expertos realizan lectura de material recurriendo principalmente a fuentes como libros e internet en diez (10) de ellos, mencionando revistas científicas como RECHTO, RATO, TOG y WFOT, artículos científicos y académicos, papers y trabajos de congresos; los ocho (8) restantes mencionan lectura de material internacional, internet en general, libros, y referir poco tiempo para la lectura disciplinar. Por otro lado, uno (1) responde que no realiza lectura y otro (1) “ns/nc”.

En relación a la dimensión 3.2: “Participación en actividades clínicas y científico-académicas”, dieciocho (18) graduados expertos refieren participar en espacios de formación continua principalmente bajo la modalidad de oyente, disertante,

organizador (4) y oyente-disertante (4), seguido por la participación en calidad de oyente (3) y disertante (2), no especifica (2), y en varias (2) como ser reuniones de equipo, jornadas, cursos, ateneos y supervisión. Los dos (2) restantes refieren no participar en este tipo de espacios.

Respecto a la dimensión 3.3: “Calificación de la formación continua”, doce (12) graduados expertos la consideran como “insuficiente”, seis (6) la valoran como “suficiente”, uno (1) “muy suficiente” y uno (1) “ns/nc. A su vez la dimensión 3.4: “Propuestas de formación quince (15) graduados proponen formaciones orientadas a modelos (integración sensorial y MOHO); evaluaciones propias; ámbitos de desempeño laboral; según orientación del TO; dispositivos comunitarios; privados de la libertad; adultos mayores; infancia; gerontología específica de TO; ergonomía; cuidados paliativos; investigación; maestrías y doctorados en ciencias de la ocupación. También refieren que sean accesibles en términos económicos y de distancia (semipresencial o virtual).

En cuanto a la dimensión 3.5: “Percepción del reconocimiento de la TO” en la población en general, resulta para doce (12) graduados expertos “poca”, para siete (7) “regular” y uno (1) “nula”, para ningún experto es “mucho”.

Cabe destacar en este nivel de graduados el caso de un profesional experto con grado de magister/ maestrando que considera la oferta de posgrado como “muy suficiente”, y en consecuencia “no” sugiere ninguna formación. Tampoco realiza lectura crítica, (y en contraste si presentaciones de artículos y ponencias en espacios clínico académicos), para culminar valorando el conocimiento que de la TO se posee para el público en general como “nulo”. Este caso es relevante ya que las contradicciones en las respuestas permiten pensar por un lado en las limitaciones del instrumento para obtener respuestas más claras y acabadas, mientras que por otro lado invita a reflexionar sobre las responsabilidades profesionales para con el reconocimiento y crecimiento de la profesión.

Determinación de Perfil según Nivel de experticia

Perfil estudiante:

El nivel de estudiantes conforma el 28% del total de la muestra, el 64% de los mismos estudian en la UNQ, aunque en menor medida también participaron estudiantes de la UNSAM, UNL, UNVM, UAI, UNM del Plata.

El tipo de abordaje que con mayor frecuencia es referido por el 50% de los estudiantes es el de tipo individual/grupal, mientras que el de tipo individual está representado por un 45%, en tercer término, el abordaje grupal con un 4%.

En cuanto a la importancia otorgada al proceso de evaluación resulta muy importante para el 86% y algo importante para el 14% restante. A su vez un 68% refiere que evalúan siempre, mientras un 32% lo hace ocasionalmente y ninguno nunca. Con respecto al tipo de evaluaciones el 50% de los estudiantes respondieron utilizar evaluaciones categorizadas como indefinidas y un 32% utilizan las de tipo combinada, estos últimos representan a las universidades mencionadas anteriormente excepto la UAI y la UNM del Plata. Por su parte el 13% restante ns/nc y un 5% evalúa solo componentes.

Los aspectos evaluados por la mayoría, representado por un 46%, se ubican en un solo nivel siendo más frecuente aquellos aspectos que responden al nivel dos y al nivel tres; el 27% evalúa en dos niveles siendo los más frecuentes la combinación del uno y tres y del nivel dos y tres, por su parte el restante 27% ns/nc. Cabe destacar que ningún estudiante evalúa en los tres niveles.

Un 40% dirige sus intervenciones a dos niveles (niveles 2 y 3), un 23% a un nivel, mientras un 37% de los estudiantes refiere intervenir en los tres niveles siendo que el primero está conformado por intervenciones relacionadas al entrenamiento en el uso de prótesis, órtesis y ayudas técnicas, luego en asesoramiento familiar y gestión de recursos. Las áreas ocupacionales más seleccionadas fueron AVDB, AVDI, Tiempo libre y Juego, en ningún caso se seleccionaron las áreas de empleo, educación, sueño y participación social. Los componentes más trabajados son por escasa diferencia el componente cognitivo y luego habilidades sociales y restablecimiento de las funciones y estructuras físicas.

En lo que concierne a la tarea de registro y documentación del quehacer profesional un 64% responde efectuar registros siempre, un 32% ocasionalmente

y un 4% nunca. La calidad del registro es adecuada para el 59%, muy adecuada para el 32% y algo adecuada para un 5%. El restante 5 % ns/nc.

Se identifica el uso de modelos de tipo combinado en la mayoría de los estudiantes representando un 32%, en más de la mitad la combinación del MOHO se realiza junto con el modelo canadiense y biomecánico, así mismo es que la mayoría refiere poseer manejo moderado de los mismos. Se evidencia un uso de tipo restringido en el 23% de los que la mayoría refiere poseer manejo moderado utilizando el modelo biomecánico, canadiense y de rehabilitación o el de integración sensorial solo o junto con Bobath. Por su parte el uso principal del MOHO está representado por un 27%, con manejo moderado principalmente, dentro de esta categoría el Marco de Trabajo utilizado de manera única representa el 9% del uso principal de modelos e indicando un manejo moderado, mientras otro 14% refiere no utilizar ningún modelo y el restante 4% ns/nc. En cuanto a la enseñanza de los mismo el 68% la considera poco suficiente y el 32% eficiente. Cabe señalar como los estudiantes que hacen uso principal y marco de trabajo solamente equiparan a los que realizan uso combinado de modelos.

La tarea de articular conceptos para continuar con el proceso de intervención es considerada compleja por el 82% y nada compleja para el 18%, la enseñanza de dicha articulación durante la formación de grado es para un 50% eficiente y para la otra mitad poco eficiente.

El 64% refiere estar poco habituado con el concepto de diagnóstico ocupacional, mientras que un 32% está muy habituado, solo un 4% menciona estar nada habituado.

El 86% efectúa lectura propia de la disciplina principalmente conformada por material de cátedra y luego libros e internet. Un 5% no lee y un 9% ns/nc. El 73% participa de espacios clínicos y científico académicos en su mayoría en calidad de oyente, mientras que el 27% no participa de los mismos. El 50% considera que la oferta de formación continua es insuficiente, mientras un 36% la considera suficiente, un 9% muy suficiente y un 5% ns/nc. A su vez el 50% sugiere propuestas de formación ya existente como (salud mental, comunidad, estimulación temprana, neurognición), y propuestas novedosas como derechos humanos, sexualidad en discapacidad, diseño de evaluaciones adecuadas,

educación y trabajo, TO en Latinoamérica y privados de la libertad. El 40% restante no realiza propuestas y un 10% ns/nc.

La percepción del conocimiento que de la TO tiene el público en general es para el 90% de los estudiantes poca, para un 5 % nula y para el 5% restante mucha.

Perfil Novato/Principiante:

Los integrantes de este nivel conforman el 34% del total de la muestra. Como se aclaró en el apartado precedente se determina como novato a un graduado a partir del año en el que obtuvo el título y no los años de experiencia acumulada, ya que el tipo de práctica efectuada no es la misma si se poseen o no los conocimientos teóricos específicos de la disciplina. Los mismos son graduados hasta hace 4 años y en su mayoría (85%) con un máximo de tres años de experiencia.

El 73% es graduado de la UNQ, aunque participaron otras universidades como UBA, UNM del Plata, UNSAM, UNL e Instituto Universitario del Gran Rosario. El 85% presenta como máximo grado académico alcanzado el de licenciatura, un 4% de Terapista Ocupacional y un 11% el de especialista/especializando.

En cuanto al área de ejercicio profesional se observa que un 50% se desempeña en múltiples campos simultáneamente y la otra mitad en ámbitos específicos sin hallar diferencias entre graduados menores de un año o entre dos y tres años. Los campos de ejercicio profesional más frecuentes son el psicosocial y el neurofísico. A su vez un 35% realiza tareas relacionadas a la docencia y la investigación, principalmente de docencia y supervisión.

El abordaje empleado con mayor frecuencia es el de tipo individual/ grupal para el 54% de los novatos, el individual para el 19% y el tercer lugar el grupal para un 15%, sin encontrar una vinculación entre el área de desempeño y el tipo de abordaje seleccionado. Por su parte un 12% realiza múltiples abordajes.

Respecto al proceso de evaluación es considerado por el 92% de los novatos como muy importante, para un 4% algo importante y el restante 4% ns/nc. A pesar que la mayoría cree que evaluar es muy importante, un el 65% evalúa siempre mientras un 35% lo hace ocasionalmente. El 46% utiliza evaluaciones de tipo

combinadas y un 38% las de tipo indefinida. Mientras un 4% evalúa solo áreas y otro 4% solo componentes, el restante 8% ns/nc. Los aspectos evaluados en un solo nivel responden a un 42% principalmente el nivel tres y el nivel dos apareciendo las áreas ocupacionales de trabajo y educación. El 38% de los novatos evalúa en dos niveles siendo mayoritariamente el nivel dos y tres, el 4 % evalúa en los tres niveles determinados por un solo principiante y el resto ns/nc. Las intervenciones planificadas se dirigen en un 50% a los tres niveles especialmente al asesoramiento familiar y en menor medida a la combinación de asesoramiento, orientación ocupacional y evaluación ambiental; el otro 50% orienta sus intervenciones a dos niveles siendo en su mayoría (46%) hacia los niveles dos y tres y un 4% al nivel uno y dos. Tres principiantes realizan intervenciones relacionadas a las tareas de docencia e investigación es decir un 11%. Las áreas ocupacionales más trabajadas son AVDB, AVDI, Tiempo libre y Juego (34%) o dicha combinación más empleo. En relación a los componentes la mayoría dirige sus intervenciones a la estimulación cognitiva y al entrenamiento de las habilidades sociales.

La mayoría efectúa sus prestaciones en múltiples ámbitos (54%) y luego en ámbitos únicos (46%).

En lo concerniente al registro el 73% de los principiantes refieren registrar siempre sus intervenciones, mientras un 27% lo realiza ocasionalmente, estos últimos se desempeñan en ámbitos institucionales y consultorio. La tarea de registrar en cuanto a la estructura otorgada es para el 54% adecuada, muy adecuada para un 35% y algo adecuada para un 11%.

El uso de modelos evidencia que un 32% de los principiantes hacen uso principal del MOHO con conocimiento y manejo moderado en su mayoría, mientras que un 38% realiza uso restringido de modelos (como el de integración sensorial, Bobath, Biomecanico, Neurodesarrollo, cognitivo conductual, DIR Floortime, derechos humanos y Rehabilitación), refiriendo poseer manejo y conocimiento en su mayoría moderado de los mismos y en menor medida profundo relacionados al modelo social. El uso combinado está representado por el 23% de los novatos de los que la mitad menciona poseer manejo moderado y utilizar combinaciones del MOHO con modelos de enfoque neurofísico en su mayoría. Finalmente, un 7% de

los novatos no utiliza ningún modelo en el cual basar su práctica y el porcentaje restante ns/nc. La enseñanza de los mismos es considerada por el 65% como poco suficiente y como suficiente por el 35% de los novatos restantes.

En cuanto a la tarea de articular los diversos conceptos y aspectos de la práctica de TO el 77% la considera como una tarea compleja, 19% nada compleja y un 4% muy compleja. Así mismo la enseñanza durante la formación de grado de dicha articulación resulta para el 70% de los principiantes eficiente mientras que para un 15% muy eficiente y poco eficiente respectivamente.

Un 50% de novatos refiere estar “muy habituado” con el concepto de diagnóstico ocupacional, mientras que un 46% refiere estar “poco habituado” y un 4% “nada habituado”.

En cuanto a la dedicación de tiempo para la lectura de material propio de la disciplina el 77% responde afirmativamente recurriendo en su mayoría a fuentes como libros e internet. Un 19% no realiza lectura y un 4% ns/nc. La participación en espacios de formación e intercambio es realizada por el 85% de los novatos principalmente en calidad de oyentes y luego como oyentes y disertantes. Un 15% no participa en los mismos.

La formación de posgrado ofrecida actualmente es para el 70% insuficiente y para un 30% suficiente, a su vez el 58% realiza propuestas de formación continua existente a través de cursos o del sistema de residencias y concurrencias para la cual poseen el criterio temporal de ingreso (neurodesarrollo, integración sensorial, estimulación temprana, pediatría, rehabilitación traumatológica y neurofísica, salud mental, comunidad, cuidados paliativos y adicciones). Por otro lado, las sugerencias más novedosas están relacionadas al área laboral, ergonomía, formación en marcos y modelos teóricos y sobre la colegiatura de TO suponiendo que se refiere a la de Bs As. Los que respondieron negativamente son un 38% refiriendo en algún caso ser costoso. El 4% restante de los novatos ns/nc.

En cuanto a la percepción que de la TO posee el público general, un 69% de los principiantes considera que es poca, un 23% regular y un 8% nula.

Perfil competente:

Los graduados competentes representan el 12% del total de la muestra. Se han graduado desde hace seis a diez años y presentan experiencia entre cinco y diez años. La mayoría 56% posee grado máximo académico alcanzado de licenciado en TO, 33% de especialistas y un 11% de residente en salud mental. El 89% de los participantes ha estudiado en UNQ y el resto en UAI.

El área de desempeño profesional es en el 66% específica, principalmente en el área neurofísica y en menor medida psicosocial, comunitaria y educación; el 34% restante ejerce en múltiples áreas, por su parte un 55% realiza tareas en el ámbito científico-académico especialmente como supervisores institucionales y luego en actividades de docencia, supervisión e investigación. El tipo de abordaje con mayor frecuencia realizado por el 67% es el individual/grupal, luego múltiple abordaje en un 22% y por ultimo individual en un 11%, sin hallar una vinculación con el área de ejercicio profesional.

En cuanto al proceso de evaluación es considerado muy importante por el 55%, algo importante por el 34% y un 11% ns/nc; a su vez el 55% de los graduados competentes evalúa siempre, un 45% lo hace ocasionalmente un 11% ns/c. De los que evalúan ocasionalmente el 89% se desempeñan en ámbitos múltiples y un 11% solamente en consultorio. En relación al tipo de evaluación el 56% efectúa evaluaciones indefinidas, 33% combinadas y 11% de componentes. Los aspectos evaluados son en dos niveles para el 45%, en un nivel para el 22% y ns/n representado por el 33%, ningún TO competente menciona evaluar los tres niveles. La mayoría (78%) orienta sus intervenciones a los tres niveles conformados por asesoramiento familiar, orientación ocupacional y gestión de recursos, un 11% a dos niveles y el 11% restante al nivel tres de componentes. Un 33% desempeña tareas de docencia dentro de las intervenciones. Se mantiene la tendencia por intervenciones en áreas ocupacionales múltiples incluida el empleo y la combinación de componentes cognitivo y habilidades social como la más frecuentemente trabajada.

Las actividades de registro son realizadas siempre por el 78% de los TO competentes y de manera mayoritariamente adecuada, al igual que para el 22% restante que registra ocasionalmente su práctica profesional. Un 78% de los TOs

competentes considera que su forma de registrar es adecuada mientras el 22% restante muy adecuada.

Respecto a los modelos consultados se observa que el 56% hace uso combinado del MOHO especialmente en conjunto con el enfoque de integración sensorial y luego con el biomecánico, cognitivo conductual lúdico, neurodesarrollo, desempeño ocupacional y líneas de salud mental y del trabajo en comunidad, los TO competentes de este tipo de uso poseen conocimiento y manejo moderado profundo de los mismos. Por su parte el uso principal está representado por el 33% con uso moderado y un 11% hace uso restringido de modelos mencionando conceptos como el de trayectorias escolares e injusticia ocupacional con manejo moderado. Un 78% refiere tener manejo moderado de modelos y un 22% profundo, se constata que ningún TO menciona ya tener manejo y conocimiento superficial de los mismos. En relación a la enseñanza de los modelos durante la formación de grado el 55% la considera poco suficiente un 33% suficiente y un 22% nada suficiente.

La tarea de articular conceptos de la disciplina para continuar con el proceso terapéutico es considerada por el 78% de los TO competentes como una tarea compleja mientras que para un 22% resulta nada compleja, la enseñanza de dicha articulación es, en los mismos porcentajes, considerada poco eficiente y eficiente.

En cuanto a cuanto conocimiento del concepto de diagnóstico ocupacional posee, el 45% menciona estar muy habituado, el 33% poco habituado y un 22% nada habituado. Un 78% de los TO competentes efectúa lectura de material de la disciplina especialmente libros y revistas web, un 22% refiere no dedicar tiempo a la lectura crítica. Respecto a la participación en espacios de formación continua el 100% participa en calidad de oyente o como oyente, disertante y/u organizador. La oferta de formación continua es considerada como insuficiente para el 89% de los TO de este nivel y suficiente para el 11% restante, las propuestas de formación son o no referidas en los mismos porcentajes respectivamente y se hallan relacionadas a cursos ya existentes como integración sensorial, cuidados paliativos, trastornos del espectro autista, salud mental, disfunciones físicas, rehabilitación neurológica. Las sugerencias más novedosas se orientan al abordaje

en estos campos desde la especificidad de la TO, educación, empleo, tecnologías, formación local y regional del TO.

Por último, el 78% considera que el público general posee poco conocimiento de la TO, mientras un 11% respectivamente considera que es regular o nulo. En este nivel de experticia profesional resalta el caso de un licenciado con diez años de graduado, que no realiza lectura crítica y participa solamente como oyente en espacios de formación continua y promoción disciplinar, cuya percepción del reconocimiento que el público general tiene de la TO es “nulo”, lo que invita a pensar en el compromiso con la profesión a favor de su crecimiento y reconocimiento.

Perfil experto:

Los graduados expertos representan el 26% de la muestra total. Poseen entre diez a veintidós años de haber obtenido su título, y cuentan con experiencia profesional entre siete a veinte años. El mayor grado académico alcanzado es para el 45% de licenciatura en Terapia Ocupacional, el 35% es especialista (en gerontología, estimulación temprana, integración sensorial, comunidad, metodología de la investigación científica y gestión hospitalaria), y 15% posee título o se encuentra realizando una maestría (metodología de la investigación científica y salud pública). Un 5% tiene título de grado de terapeuta ocupacional. La universidad en que se han graduado el 80% de los participantes que integran este perfil es la UNQ, recibiendo la colaboración de la UNL, UBA y UAI.

El área de ejercicio profesionales es para el 55% de los expertos específica (preponderantemente en los ámbitos psicosocial y neurofísico), el 45% restante se desempeña en múltiples áreas. El 55% desarrolla tareas de docencia e investigación, principalmente de supervisión, luego de docencia y supervisión, docencia, supervisión e investigación y de docencia e investigación. Respecto al tipo de abordaje el 30% refiere efectuar abordaje de tipo individual/grupal, 25% solo individual, 5% solo grupal y el resto (35%) combinaciones de abordajes. El restante 5% ns/nc.

Respecto al proceso de evaluación es para el 90% muy importante y para un 5% algo importante y nada importante respectivamente. A su vez un 75% de los expertos evalúa siempre, mientras un 15% lo hace ocasionalmente y un 10% nunca. El 60% de los expertos realizan evaluaciones de tipo indefinidas, un 30% combinadas y un 5% respectivamente evalúa solo áreas o ns/nc.

En cuanto a los aspectos a evaluar el 35% lo hace en un solo nivel (principalmente nivel tres y luego nivel dos), otro 35% evalúa en dos niveles de los que un 30% en los niveles dos y tres, un 5% en los niveles uno y dos. Un 25% evalúa en los tres niveles y un 5% ns/nc.

En cuanto al tipo de intervenciones el 75% dirige sus intervenciones a los tres niveles a través del asesoramiento familiar, la orientación vocacional-ocupacional, el entrenamiento en prótesis, ortesis y ayudas técnicas, la gestión de recursos y la evaluación de puesto de trabajo; un 20% orienta sus intervenciones a dos niveles (uno y dos o dos y tres) y un 5% a un nivel. El 30% realiza actividades de docencia e investigación y un 5% solo de docencia.

En cuanto al ámbito de intervención un 50% se desempeña en un solo ámbito (apareciendo en la opción de otros el ministerio de trabajo, empresas y universidades); el restante 50% en múltiples ámbitos.

Un 75% refiere efectuar siempre el registro de sus intervenciones mayoritariamente de calidad adecuada, mientras un 15% lo registra ocasionalmente, aunque valora esta tarea mayoritariamente como muy adecuada; por su parte un 5% nunca registra y ns/nc respectivamente. Un 30% considera que su forma de registrar es muy adecuada, un 55% adecuada, un 5% nada adecuada y un 10% ns/nc.

El 35% de los expertos realiza un uso principal del MOHO del cual refieren poseer manejo y conocimiento moderado del mismo, un 30% realiza uso restringido de modelos sobre los que refieren tener manejo y conocimiento profundo en su mayoría, mientras un 20% posee un uso combinado de modelos con manejo frecuentemente moderado; por su parte un 15% ns/nc. En relación a la enseñanza de los mismos durante la formación de grado el 50% la considera poco suficiente, el 35% suficiente y un 15% insuficiente.

La tarea de articular los conceptos teóricos para efectuar intervenciones y estrategias en la práctica terapéutica es compleja para el 60% de los expertos, nada compleja para un 30% y muy compleja para un 10%, su enseñanza durante la formación de grado resulta poco eficiente para el 50%, eficiente para el 45% y un 5% ns/nc.

En cuanto al grado de conocimiento del concepto de diagnóstico ocupacional un 65% refiere estar muy habituado con el mismo, un 30% poco habituado y un 5% nada habituado.

Un 90% de los expertos dedica tiempo a la lectura de material propio de la disciplina principalmente a través de fuentes como libros e internet, un 5% no realiza lectura y otro 5% ns/nc. Así mismo un 90% participa en actividades clínico y científico-académicas mayoritariamente como oyente, disertante y organizador. Un 10% no participa de estos espacios.

Por su parte un 60% de los TO expertos considera la oferta de formación continua como insuficiente, un 30% suficiente y un 5% muy suficiente y ns/nc respectivamente. En cuanto a las propuestas de formación un 75% realiza sugerencias ya existentes (investigación, cuidados paliativos, adultos mayores e infancia), dentro de las propuestas más novedosas se hallan las relacionadas al abordaje de una población o de un área de ejercicio profesional desde la especificidad de la TO, área laboral, privados de la libertad, evaluaciones propias, modelos, dispositivos comunitarios, ergonomía, máster y doctorados en ciencias de la ocupación. A su vez sugieren que las ofertas sean accesibles en términos de distancia y económicas. Un 10% no sugiere y un 15% ns/nc.

Finalmente, la percepción que de la TO posee el público general es para el 60% de los expertos poca, regular para un 35% y nula para el 5% restante.

Comparación de perfiles

Para continuar el análisis de los datos obtenidos que permitan conocer el estado del desarrollo del razonamiento clínico como competencia crucial del TO, se propone realizar una segunda instancia de análisis comparativo y combinado de

los diversos grados de experticia propuestos y de la totalidad de la muestra obtenida.

La distribución del total de encuestados N=77 resulta gráficamente de la siguiente manera:

Gráfico 1: Nivel de experticia

Se decide no realizar interpretaciones de los resultados relacionadas a las casas de altos estudios que han participado de la muestra, las cuales responden a la dimensión 1.3: “Universidad en la que estudio/a”, perteneciente a la Variable 1, ya que el sesgo representado por la UNQ resulta evidente en todos los niveles de experticia propuestos, representando el 74% del total de la muestra (57/77).

En cuanto a la dimensión 1.2: “Máximo grado académico alcanzado” para los tres niveles de experticia (novato, competente y experto), puede observarse que en todos ellos el grado máximo más frecuentemente alcanzado es el de licenciado en TO, siendo que en los primeros cinco años no se constata principiantes formando parte del sistema de residencias y concurrencias, que si aparece en el nivel siguiente como residencia finalizada. También se identifica el incremento de los TO que realizan especializaciones a medida que se eleva la jerarquía, incluso detectando solo en el nivel experto la formación de posgrado a través de las maestrías.

Grafico 2: Máximo grado académico alcanzado

En relación a la dimensión 1.4: “Área de desempeño profesional”, no se constatan diferencias sustanciales entre un área específica o ejercer simultáneamente en múltiples áreas, evidenciándose una leve inclinación a desempeñarse en áreas específicas a partir del nivel competente, es decir que a medida que se jerarquiza el grado de experticia se incrementa la especificidad en una sola área de ejercicio profesional. Sin embargo, no se observan diferencias significativas en cuanto al ejercicio en un área específica y el uso especial de algún tipo de modelos.

A su vez las áreas de ejercicio profesional más frecuentes son la psicosocial y la neurofísica.

Grafico 3: Uso de modelos según área de desempeño laboral

También se observa un notorio incremento de los TO que realizan actividades de docencia e investigación a medida que se jerarquiza el grado de experticia, en el nivel competente especialmente como supervisores institucionales y luego en actividades de docencia e investigación, mientras que sucede a la inversa en el nivel experto.

Grafico 4: áreas de desempeño profesional

Grafico 5: Tipo de abordaje

Puede observarse en la Dimensión 2.1: “Tipo de Abordaje” de la Variable 2: “Proceso terapéutico de Terapia Ocupacional”, como aparecen la multiplicidad de los mismos en los niveles de experticia más alto, sin embargo la preponderancia del abordaje de tipo individual/grupal en todos los niveles; excepto en el nivel experto donde se incrementa levemente el abordaje múltiple, invitando a pensar si las tareas de evaluación, planificación y registro del proceso terapéutico son más pasibles de ser realizadas bajo las demandas de este tipo de abordaje, así como las que imponen los ámbitos de desempeño laboral. Ya lo enunciaba Schwartzberg (2005) en relación a que el tratamiento individual es un lujo en un contexto en el que las demandas por abordajes grupales disminuyen los costos y capitalización las propiedades terapéuticas de los grupos (p. 174). Considerando a los profesionales graduados que realizan solamente abordaje individual el mismo resulta más frecuente en el ámbito de desempeño profesional de consultorio y luego en institución y en domicilio.

Se ha señalado a lo largo del desarrollo de esta tesis la importancia que ocupa la etapa de evaluación inicial, es por ello que las dimensiones relacionadas con ella permiten observar que en todos los niveles es considerada para la mayoría como una etapa “muy importante” y que “siempre” se implementa, se observan algunas diferencias significativas, especialmente al momento de evaluar “siempre” u “ocasionalmente”. Es de advertir en el nivel de TO competente como asciende la

valoración de la dimensión 2.2: “Importancia del proceso de evaluación” a “algo importante” en comparación con los demás niveles de experticia. Cabe aclarar que en esta dimensión el 100% se completa en los niveles de novato y competente, por respuestas del tipo “ns/nc” en un 4% y un 11% respectivamente; mientras que en el nivel de experto el 5% restante arroja como respuesta “nada importante”. Otra situación llamativa se corresponde con la dimensión 2.3: “Uso de evaluaciones” en la que, si bien la mayoría considera evaluar “siempre”, una proporción importante considera hacerlo “ocasionalmente”, observándose en forma más notable también en el nivel competente, y de manera alarmante con respuestas de “nunca” en el nivel experto. En este sentido para el nivel de estudiantes las respuestas como “algo importante” (14%) y “ocasionalmente” (32%), no deberían presentarse porque reflejan lo que durante las etapas formativas se está incorporando como crucial del proceso terapéutico de TO.

Grafico 6: Uso de evaluaciones

Realizando un análisis más riguroso se detecta que los novatos que efectúan “ocasionalmente” evaluaciones (35%) se desempeñan en ámbitos institucionales o en consultorio o bien en la combinación de institución y consultorio, donde efectúan abordaje de tipo individual/grupal en su mayoría. Por su parte los TO competentes que evalúan “ocasionalmente” (45%) se desempeñan en ámbitos

múltiples (dos o más como ser: consultorio/domicilio, domicilio/institución, institución/comunidad, todos), y en su mayoría realizan también abordaje de tipo individual/grupal. Respecto a los expertos que evalúan “ocasionalmente” (15%) se desempeñan en ámbitos institucional o ministerial, realizando abordaje individual, individual e individual/grupal y grupal, cabe señalar como estos ámbitos de ejercicio profesional demandan, por lo general, la tarea de registro a través de informes evolutivos en historias clínicas por ejemplo, la participación en reuniones de equipo y el desarrollo de un plan de intervención que de no ser precedido por la etapa de evaluación se aleja de ser una prestación eficaz y terapéutica. Cabría preguntar acerca de las contingencias que influyen sobre las posibilidades de la labor profesional cotidiana en los diferentes ámbitos, relacionadas por ejemplo con la disponibilidad de tiempo para dedicar a las tareas mencionadas. En todo caso es responsabilidad del TO poder evaluar y organizar su prestación profesional acercándose lo máximo posible a un criterio de calidad.

El 10% de los expertos que respondieron no evaluar “nunca” presentan grados máximos académicos de magister/maestrando y especialista, dedicados al desempeño profesional en un área específica (psicosocial), en la que realizan abordaje individual o individual/grupal, desempeñándose en múltiples ámbitos, efectuando registros “siempre” pero quienes a su vez consideran “nada importante” y “muy importante” el proceso de evaluación inicial, realizando entrevista autodeterminada o “ns/nc” que instrumento utiliza respectivamente, evaluando aspectos del nivel uno y dos o los tres niveles, y efectuando intervenciones en tres niveles. Poseen uso “restringido” y “combinado” de modelos, conocimiento y manejo moderado de los mismos, consideran la tarea de articular los conceptos como “nada compleja” y “compleja”, no dedican y si dedican tiempo a la lectura, participan en espacios de formación continua en calidad de oyente y disertante, no presentan propuestas de formación y consideran el conocimiento que de la TO posee el público general como “nulo” o “poco”, invitando a reflexionar sobre el compromiso que con el desarrollo de la disciplina se tiene.

Respecto al tipo de evaluación se aclaró previamente que, en concordancia con el esquema conceptual de Rogers, se priorizan aquellos instrumentos capaces de relevar datos de los componentes descriptivo y explicativo propuestos en él, que

permitan efectuar valoraciones holísticas y relevantes del fenómeno ocupacional en sus tres niveles (contextos y roles, áreas y actividades, y componentes de desempeño). Lo esperable es la utilización combinada de entrevistas, perfiles ocupacionales, valoraciones de los ambientes y entornos junto con la observación clínica y evaluaciones de áreas ocupacionales a través de la evaluación de la rutina diaria y áreas específicas de desempeño ocupacional, para concluir con evaluaciones de componentes de desempeño, sean estos instrumentos estandarizados o no.

En este sentido se identificó la utilización, en todos los niveles de experticia, de evaluaciones de tipo indefinidas y luego combinadas, excepto para el nivel novato donde dicha proporción se invierte. Estas categorías se construyeron a fin de facilitar el análisis de datos y hacen referencia a la evaluación combinada u holística en los tres niveles de desempeño y la evaluación indefinida reducida a la observación clínica, o al uso de evaluaciones estandarizadas y no estandarizadas sin especificar, respuestas generales o del tipo ns/nc.

La dimensión 2.5: “Aspectos a evaluar”, alude al modo en que se organizan los conocimientos para poder acercarse a una hipótesis diagnóstica, por tanto, la presencia del acto de evaluar, el tipo de evaluación y la cantidad de aspectos del desempeño ocupacional relevados e integrados darán cuenta de esta capacidad en el TO que resultará un indicador del razonamiento clínico. Posteriormente se manifestará su coherencia en alusión a los modelos que el profesional adopte en su quehacer.

En todos los diferentes grados de experticia se constata la evaluación de aspectos mayoritariamente en un solo nivel (nivel 2 o nivel 3), excepto en el nivel competente donde comienzan a articularse dos niveles (principalmente el nivel 1 y 3 como ser historia de vida/ocupacional, rutina, desempeño funcional, destrezas y habilidades). Recién en el grado más alto de experto se intenta equiparar la recolección de aspectos de un nivel (35%) con la de dos niveles (30%) y aparece la evaluación de aspectos correspondientes a los tres niveles (roles, entorno, ambientes, apoyos para el desempeño independiente, autonomía y desempeño de ocupaciones/AVD, intereses y necesidades, factores personales, componentes de

ejecución, relaciones sociales, funciones). Se destaca que en los niveles anteriores ninguno evalúa aspectos de los tres niveles a excepción de un solo novato.

Grafico 7: Aspectos a evaluar

Grafico 8: Tipo de evaluación

Cabe resaltar que en muchos casos y en diversos grados de experticia (novatos, expertos) pareciera utilizarse el término “AVD” como un genérico referente a las áreas ocupacionales que se reflejan en respuestas como “impacto en las AVD” o para referirse a todas las áreas ocupacionales presentes en el Marco de Trabajo.

Así mismo se constata la dificultad por nombrar un instrumento de evaluación utilizando en su lugar el aspecto que se está evaluando. A partir del nivel de los novatos comienzan a aparecer la evaluación de otras áreas ocupacionales como las de trabajo y educación.

Por su parte las intervenciones también han sido categorizadas en tres niveles y a excepción del grupo de estudiantes, los tres grados de TO coinciden en que la mayoría dirige sus intervenciones a los tres niveles de desempeño ocupacional.

Grafico 9: Tipo de intervención

La tarea de registrar en documentos como historias clínicas, informes diagnósticos, evaluativos, evolutivos, planificación de tratamientos, etc, es realizada “siempre” por la mayoría de los encuestados de todos los niveles propuestos. Quienes seleccionaron hacerlo “ocasionalmente” del nivel novato resulta que se desempeñan solamente en institución, en consultorio o en ambos realizando abordaje de tipo individual/grupal; mientras que los del nivel competente se desempeñan en domicilio/institución y en institución/comunidad realizando abordaje individual/grupal e individual y en el nivel experto se desempeñan en ámbitos como consultorio/institución y en otros realizando abordajes solamente individual o grupal o ns/nc. Cabe destacar como en los únicos niveles donde se identificaron respuestas del tipo “nunca” son en los extremos del nivel estudiante y del nivel experto siendo conveniente invitar a la

discusión sobre la posible relación, de la tarea de registro realizada de manera ocasional o nunca realizada, con factores externos o internos del TO tales como enseñanza durante la formación de grado sobre la importancia de esta etapa del proceso terapéutico, desarrollo de habilidades para la redacción profesional, tipo de ámbito laboral y demandas del mismo, actitud crítica y reflexiva del profesional respecto a su quehacer, etc. Así mismo se resalta la importancia que esta etapa tiene para la comunicación entre colegas, el desarrollo de evidencia, el intercambio con otras disciplinas, el ejercicio necesario de reflexionar sobre el quehacer profesional, el fortalecimiento del uso de terminología propia y el dotar de estructura a la redacción, así como el organizar conceptos teóricos al dar cuenta mediante el registro de la practica efectuada. En ese sentido el modo de otorgarle estructura a la redacción utilizando terminología propia de la disciplina es considerado por la mayoría de los encuestados como “adecuado” dentro de una escala de cuatro valores. Quienes registran de manera “ocasional” y quienes refieren “nunca” hacerlo en su mayoría también consideran que el modo de registro es “adecuado”.

Grafico 10: Registro de intervenciones

El uso de modelos ha sido organizado en tres categorías adoptando como criterio los desarrollos de los diversos paradigmas en la historia evolutiva de la TO y las clasificaciones de autores reconocidos por la comunidad científica.

Grafico 11: Uso de modelos

Se observa que solo en el más alto nivel de experticia se realiza mayoritariamente un “uso principal” de modelos, siendo en el grupo de novatos el uso más frecuente el “restringido” de modelos, mientras que el grupo de estudiantes avanzados realizan “uso combinado” al igual que los TO competentes, es decir el MOHO junto a otros. en segundo lugar, el uso más frecuente para todos los niveles propuestos es el “principal”, excepto para el más alto nivel de experticia que es el “restringido”.

A su vez la mayoría de los participantes refiere poseer sobre los mismos conocimientos y manejo “moderado” de sus conceptos y técnicas, a partir del nivel competente el manejo “superficial” tiende a desaparecer y comienza a aparecer el manejo “profundo” de los modelos, aunque no supera al manejo “moderado”. Es de destacar que, a excepción del nivel de TO competente, el uso de modelos más frecuente en segundo lugar es el de tipo “restringido” y que en los dos primeros niveles (estudiante y novato) se obtuvieron respuestas de no utilizar “ningún” modelo y “ns/nc”, mientras en los dos niveles siguientes respuestas del tipo “ns/nc”.

La enseñanza que sobre los mismos es efectuada durante la etapa de formación de grado es considerada en todos los niveles como “poco suficiente” y en menor proporción “suficiente”, en los dos últimos niveles se constatan respuestas del tipo “insuficiente”.

La tarea de articular los diversos conceptos y aspectos del desempeño ocupacional para planificar intervenciones terapéuticas eficaces es considerada por la mayoría de los participantes como “compleja” y en segundo término como “nada compleja”.

Grafico 12: Articulación teórico - practica

En cuanto a la enseñanza durante la formación de grado de la articulación teórico-práctica es considerada por los niveles más altos como “poco eficiente”, mientras que los niveles de estudiantes avanzados la consideran en igual proporción como “eficiente” / “poco eficiente”. Por su parte los novatos la consideran “eficiente”.

Para concluir el análisis de la variable dos se preguntó sobre el grado de conocimiento y habituación con el término de diagnóstico ocupacional con el que los estudiantes en su mayoría refieren estar “poco habituados” y los tres niveles de graduados en su mayoría “muy habituados” y en segundo lugar “poco habituados”.

Grafico 13: Diagnóstico ocupacional

Respecto al análisis de la Variable 3: “Formación Continua”, relacionada a la lectura crítica y reflexiva de material propio de la disciplina, a la participación en espacios de formación continua y al compromiso frente al desarrollo y promoción de la disciplina, se observa que en todos los niveles se realiza lectura. En el nivel de estudiante especialmente material de cátedra, lo que es esperable al momento de formación en cuanto a interés y tiempo; y en los niveles siguientes recurriendo a fuentes como libros y material disponible en la web como portales, artículos académicos y artículos científicos de revistas científicas. También es notable como en los niveles de graduados se obtienen, aunque en ínfima proporción, respuestas negativas de las que no se ha preguntado el motivo en la encuesta, aunque hubiese resultado conveniente, ya que espontáneamente un participante manifestó no disponer de tiempo, abriendo por otro lado la discusión al compromiso para con la disciplina.

Grafico 14: Lectura crítica

La participación en espacios clínicos y científico -académicos es afirmativa en todos los niveles propuestos, en su mayoría en calidad de oyente, excepto en el nivel de experto en el que se observa una mayor combinación de oyente/ disertante/organizador.

La oferta de formación continua es considerada en todos los niveles propuestos como insuficiente, resultando en consecuencia afirmativa la sugerencia para la misma para todos los mismos incrementándose a medida que se jerarquizan los grados. Dentro de las propuestas sugeridas se advierten ofertas ya existentes a través de cursos o del sistema de residencias y concurrencias (para la cual los novatos poseen el criterio temporal de ingreso). Dentro de las propuestas existentes se encuentran: salud mental, comunidad, integración sensorial, estimulación temprana, neurocognición, neurodesarrollo, trastornos del espectro autista, pediatría, adultos mayores, rehabilitación traumatológica y neurofísica, cuidados paliativos, investigación y adicciones. Las sugerencias más novedosas se centran en derechos humanos, sexualidad en discapacidad, educación y empleo, ergonomía, privados de la libertad, diseño de evaluaciones propias y adecuadas, TO en Latinoamérica, formación en marcos y modelos teóricos, colegiatura de TO, abordaje de una población o de un área de ejercicio profesional desde la especificidad de la TO, tecnologías, formación local y regional del TO,

dispositivos comunitarios, máster y doctorados en ciencias de la ocupación. A su vez sugieren que las ofertas sean accesibles en términos de distancia y económicas.

Finalmente, el conocimiento que de la TO posee el público general es considerado para la mayoría de los participantes de todos los niveles en una escala de cuatro valores (mucho, regular, poco, nulo), como “poco” y en segunda instancia “regular”, lo cual invita a continuar reflexionando y trabajando sobre el desarrollo y situación actual de la disciplina para su mayor promoción y crecimiento.

Grafico 15: Conocimiento de la Terapia Ocupacional

Interpretación de datos

Elementos centrales para la interpretación de datos

Para iniciar este apartado vale recordar el problema, los interrogantes, el título y la hipótesis planteada en esta tesis, los mismos están relacionados a determinar la importancia de la aplicación del razonamiento clínico en Terapia Ocupacional y las implicancias que ello tiene para el desarrollo del desempeño profesional y

disciplinar. Como integrante de dicha comunidad, la problemática no solo es percibida individualmente, sino que también es compartida por estudiantes de prácticas pre profesionales, colegas e incluso una temática investigada por varios terapeutas ocupacionales a nivel internacional. Se hipotetiza que el modo en que los estudiantes avanzados y graduados de la carrera de Terapia Ocupacional seleccionan modelos teóricos, realizan las diversas etapas del proceso terapéutico y valoran la articulación teórico-práctica, tiene incidencia en la adquisición, aplicación y desarrollo de la competencia del razonamiento clínico y su consecuente desempeño profesional.

Las preguntas surgidas en torno a dicho problema fueron:

- ¿Desarrollan los estudiantes y graduados de la carrera de Terapia Ocupacional todas las etapas que conforman el proceso terapéutico al momento de abordar el caso clínico?
- ¿Qué aspectos evalúan y que instrumentos utilizan para ello?
- ¿A qué paradigma responden los modelos, conocimientos y procedimientos terapéuticos aplicados por los estudiantes y graduados de la carrera de Terapia Ocupacional?
- ¿Cómo valoran los estudiantes y graduados de la carrera de Terapia Ocupacional la tarea de articular la teoría y la práctica en su desempeño pre- profesional y profesional respectivamente?
- ¿Cómo consideran los estudiantes y graduados de la carrera de Terapia Ocupacional la formación académica de grado y/o posgrado relacionada a los elementos que integran la competencia del razonamiento clínico?
- ¿Influyen las condiciones laborales de los ámbitos de ejercicio pre- profesional y profesional en el desarrollo y aplicación del razonamiento clínico?
- ¿Qué opinión poseen los estudiantes y graduados de la carrera de Terapia Ocupacional respecto al estado actual de la disciplina?

A tal fin se propuso como objetivo general de esta tesis:

- identificar los obstáculos en la adquisición, aplicación y desarrollo del razonamiento clínico en Terapia Ocupacional.

El alcance del mismo es posible a través de los siguientes objetivos específicos:

- develar el modo en que los estudiantes y graduados de la carrera de Terapia Ocupacional llevan adelante las fases del proceso terapéutico,
- identificar los paradigmas a los que responden los modelos, conocimientos y procedimientos terapéuticos aplicados por los estudiantes y graduados de la carrera de Terapia Ocupacional y reflexionar sobre las consecuencias que conllevan para el desempeño profesional y el desarrollo disciplinar de la Terapia Ocupacional,
- conocer las opiniones de estudiantes y graduados de la carrera de Terapia Ocupacional en relación a la formación de grado y posgrado, desempeño pre-profesional o profesional y estado actual de la disciplina,
- detectar si las condiciones laborales de los ámbitos de ejercicio pre-profesional o profesional influyen sobre el desarrollo y aplicación del razonamiento clínico.

Varios autores citados a lo largo de esta tesis dan cuenta de las dificultades en la consolidación de la identidad profesional del terapeuta ocupacional cuya resolución depende de las acciones iniciadas por los diversos agentes que integran la comunidad científica (colegios, asociaciones, universidades y profesionales). Al momento de armar la muestra se identificaron los diferentes actores, sin embargo, en la etapa de recolección de datos, efectuada a través de una encuesta en formato digital o papel, la colaboración de los mismos fue escasa a pesar de los reiterados contactos vía mail y teléfono, por lo que se decidió reducir la muestra a estudiantes avanzados y profesionales con diversas trayectorias. En ellos se esperó que se vea reflejada la aplicación de la competencia del razonamiento clínico y los factores que influyen en su presencia y desarrollo, a través de las variables y sus correspondientes dimensiones.

Se planteó en esta tesis que la falta de conocimiento que sobre la T.O posee el público general, los profesionales afines a la salud y las dificultades en el modo de aplicación de la mencionada competencia en el T.O en particular; es resultado de la formación académica y la reflexión clínica por parte de cada uno de los actores que integran la comunidad científica de la Terapia Ocupacional, más allá de la edad que tenga la disciplina en la región o en este país. Un indicio es el interesante resultado obtenido del análisis de publicaciones de la revista argentina de T.O donde se presentan temáticas relacionadas con los elementos del tercer paradigma, con la complejidad del ser ocupacional y con la importancia de la

reflexión, articulación teórico-práctica y producción de conocimiento científico; pero por otro lado en relación a la utilización de modelos y al surgimiento de nuevos ámbitos y términos podría pensarse en la amplificación de conocimiento pero a riesgo de no lograr reordenarse bajo un mismo paradigma y fraccionando aún más la identidad profesional. En este punto varios autores presentan acuerdo en que lo significativo en la historia de la ciencia no es solo el descubrimiento sino también el reordenamiento de lo que ya existe, el conocimiento de una disciplina no tiene un orden explícito, pero es importante ordenarlo para aportar coherencia. La TO se encuentra en ese momento donde es necesario reflexionar, reordenar e integrar los elementos para obtener un paradigma sólido y consensuado por todos los integrantes de la comunidad disciplinar, en torno a los conceptos básicos o esenciales a partir del cual compartir una visión, principios y métodos propios, elementos que favorecen la enseñanza, desarrollo y aplicación del razonamiento clínico.

En ese sentido se tomaron las definiciones que realiza Gary Kielhofner (2006), en su libro “Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional”, en el que propone un reordenamiento de los mismos, los cuales representan las características compartidas de una comunidad otorgándole identidad y competencia profesional. El autor propone una división de los fundamentos a partir de elementos ubicados en círculos concéntricos que son, desde el interior al exterior: el núcleo o paradigma, los modelos y el conocimiento externo o relacionado. El paradigma que se adopta en esta tesis es el paradigma contemporáneo o del comportamiento ocupacional, que se posiciona a lo largo de la historia del desarrollo disciplinar como una terceridad a suerte de sintetizador de los paradigmas previos. Un paradigma refleja la visión compartida acerca del quehacer profesional a través de sus conceptos centrales relacionados a los principios de la naturaleza ocupacional, la disfunción del desempeño ocupacional y la ocupación como agente terapéutico; de su punto de vista focal como ser la concepción holística y compleja del ser y del concepto de salud; y mediante los valores compartidos como centrarse en el cliente promoviendo el compromiso hacia la ocupación, la autodeterminación, el ejercicio de derechos y obligaciones,

en facilitar la participación activa, la adaptación de la ocupación/entorno, la calidad de vida y la máxima autonomía posible.

En este punto el Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso (AOTA, 2008), determina que la finalidad de la TO es “apoyar la salud y la participación en la vida a través del compromiso en la ocupación” (p. 3).

Garantizar la finalidad de “promover el bienestar bio psico social” (OMS) y “la participación” como dominio relacionado a la salud (CIF) a través del “compromiso/ implicación en la ocupación” (Marco de trabajo), determina la visión exclusiva de la TO. Dada esta concepción, en parte holística de la salud y en parte específica de la finalidad de la Terapia Ocupacional (participación ocupacional), se verá reflejada la misma al determinar en el estudiante avanzado y en el TO graduado el uso o no del Marco de Trabajo de Trabajo, como modelización primaria y básica de referencia, el cual indica en su espíritu la imposibilidad de concebir al ser, al concepto de salud y a la participación ocupacional de una manera reduccionista. Del mismo modo lo hará el uso, manejo y aplicación de modelos inscriptos bajo el tercer paradigma, por promover un ejercicio profesional coherente, unificado, solido, específico y fundamentado, capaz de ofrecer un servicio de calidad y de mejorar el reconocimiento de la profesión y del rol profesional del TO en el campo de la salud.

Por ende se espera que los modelos teóricos de práctica reflejen la identidad profesional, situación que ocurre bajo el tercer paradigma, el cual es considerado dentro de la lógica dialéctica como posible solución a la tensión identitaria percibida, al retomar los primeros fundamentos e integrarlos con los aportes y avances del segundo paradigma en un nivel de mayor jerarquía, dotando a la disciplina de una mayor rigor científico, clínico y académico, ya que inscribirse bajo este paradigma y compartirlo, más allá del campo de ejercicio al que se dedique cada TO, permitirá construir una identidad más sólida, evitando la utilización de enfoques, teorías, marcos de referencia y modelos descriptivos que pertenecen al círculo más externo de los fundamentos conceptuales. Sin embargo, cabe preguntarse ¿ha logrado la TO profundizar hacia el centro y el núcleo o aún

continúa circulando por la capa externa o marcos primarios pertenecientes a otras disciplinas?

Los modelos de la TO se configuran a partir de teorías propias de la profesión otorgando unidad e identidad y son por lo tanto considerados como una instancia de articulación entre la teoría y la práctica necesaria para el fortalecimiento de la identidad y competencia profesional. Se destaca el MOHO por poseer no solo un carácter descriptivo sino también explicativo, a diferencia del CMOT, y siendo el que mayor evidencia de estudios aplicados contiene, resultando por tanto para esta tesis ser un indicador de identidad y competencia profesional si existiera conocimiento, manejo y uso del mismo. Por tanto, se espera que los TO consultados hagan referencia al uso del Marco de trabajo de la AOTA y al MOHO, aunque sea combinado con otros modelos de referencia, como dijo Kielhofner (2006) “por esta razón a menudo se utilizan los dos modelos más amplios en combinación con modelos que se centran en los deterioros experimentados por el cliente o grupo de clientes” (pp.220).

Talavera Valverde (2010) propone como hipótesis ante los problemas identificados en la identidad ocupacional:

- 1) No usar el mismo paradigma compartido.
- 2) No realizar un uso juicioso y reflexivo de los elementos del paradigma y los modelos propios de la disciplina.

Este autor es uno de los grandes proclamadores de la competencia del razonamiento clínico cuyo uso puede verse plasmado a través de registros clínicos (como historias clínicas, informes, ateneos, planes de tratamiento) y en documentos científicos (como disertaciones, publicaciones y otros espacios de difusión del conocimiento).

Dentro de las funciones del aprendizaje propuestas por Piaget, la asimilación de nueva información y la acomodación de la misma, implica una organización y coordinación de los esquemas para dar respuesta a las demandas, lo que permite que la estructura de conocimiento se vaya jerarquizando. La organización de los conocimientos en psicología cognitiva se define como un script (guión), un esquema o una estructura de conocimientos organizados específicamente para

ciertos eventos, permitiendo comprender y anticipar acontecimientos esperables. (Nendaz, Charlin, Leblancet al, 2005; Mandler, 1984).

Kielhofner (2004) define la competencia profesional como la capacidad para identificar problemas complejos, comprenderlos y manejarlos. Para pensar y actuar de manera competente es necesario que se utilicen modelos de la disciplina. La correspondencia de la teoría con una situación real y la traducción de esta a un problema es un proceso complejo que requiere entrenamiento por lo que pueden observarse diferencias entre los diferentes niveles de experticia, aunque el poseer conocimiento cabal de una especialidad no resulta suficiente para ser competente, sino que se requiere la capacidad del profesional para organizar sus conocimientos, lo cual se halla en sintonía con la propuesta de Kielhofner en relación a la necesidad de ordenamiento de las bases conceptuales. Pero no solo los conocimientos, sino que también las habilidades son desarrolladas a lo largo del continuum de formación, por lo que la competencia profesional hace referencia a una construcción en el manejo de conocimientos propios, externos y en el desarrollo de habilidades generales, específicas y expertas, siendo el objetivo de los programas educativos promover y alentar su desarrollo a través de la formación continua.

En este punto se destaca el razonamiento clínico, como competencia común a todas las disciplinas de la salud, al funcionar como sintetizador de los elementos del paradigma y los modelos. Razonar alude a la capacidad de pensar ordenadamente (secuenciar las ideas lógicamente para arribar a una conclusión), siendo el razonamiento, en sentido amplio, la facultad que permite establecer una relación entre ideas o conceptos distintos para obtener conclusiones o formar un juicio.

El tipo de razonamiento clínico utilizado durante la etapa inicial del proceso terapéutico, es decir durante la evaluación ocupacional, es el razonamiento de tipo diagnóstico entendido como el proceso de inferencia que utiliza el T.O para enjuiciar y definir un problema, arribar a una hipótesis y guiar las intervenciones. Enjuiciar implica pensar anticipadamente con categorías o esquemas y elaborar una primera imagen clínica a través de la adquisición de información relevante, pertinente, exhaustiva y singular; definir el problema conlleva cuatro fases:

adquisición de indicios, representación del problema ocupacional, generación temprana de hipótesis diagnóstica, interpretación de nuevos indicios y evaluación de hipótesis de trabajo para arribar a un diagnóstico ocupacional.

El concepto de diagnóstico ocupacional se deriva de los trabajos de Joan Rogers y colaboradores (1991) y es definido como el proceso que permite describir y clasificar los problemas de desempeño ocupacional de un individuo. Rodríguez Lage (2013) sostiene que, si bien los T.O están familiarizados con el proceso de evaluación, fracasan en la utilización de la información obtenida al no poder construir un esquema diagnóstico propio de la T.O que dé cuenta de la causalidad multidimensional de los problemas de desempeño ocupacional. Para ello se toma la propuesta del esquema conceptual de Rogers y Holms, (1991), considerado por Moruno Miralles (2002) y Talavera Valverde (2015) en sus respectivas tesis de doctorado. El mismo se halla constituido por cuatro componentes:

1) Componente descriptivo: identificación de alteraciones o problemas de desempeño ocupacional en tres niveles: Nivel uno: limitación en la actividad o restricciones en la participación (es decir los problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales por presentarse una discordancia entre su estatus y las expectativas del rol y contexto al que pertenece); Nivel 2: áreas de ocupación; Nivel 3: actividades correspondientes al área ocupacional. En su totalidad marcan el estatus o condición ocupacional del sujeto.

2) Componente explicativo: formulación de hipótesis para explicar la causa de los problemas de desempeño ocupacional. Está compuesto por cuatro niveles: funciones y estructuras corporales, destrezas de desempeño, patrones de desempeño, entornos y contextos de desempeño.

En relación a la diferencia entre funciones y estructuras corporales y las destrezas de desempeño el Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional (2008), determina que mientras las primeras reflejan las capacidades que residen dentro del cuerpo las segundas son demostradas por el cliente en la acción y detrás de cada una de ellas subyacen muchas funciones y estructuras corporales (pp.22). De modo que las destrezas se refieren a habilidades que incluyen: destrezas

motoras y praxis, destrezas sensoriales –perceptuales, destrezas de regulación emocional, destrezas cognitivas, destrezas de comunicación y sociales.

- 3) Indicios: a modo de indicadores o evidencias que corroboren las hipótesis.
- 4) Información diagnóstica adicional: como ser pronóstico, etiología, incidencia, evolución, comorbilidad, relacionadas al problema ocupacional.

Es por ello que varios autores y esta tesis consideran a la competencia profesional del razonamiento clínico como instancia clave para la articulación entre teoría-práctica, pero al tratarse de un proceso cognitivo implícito por el cual se intenta comprender, explicar y resolver los problemas complejos y multideterminados de desempeño ocupacional, requiere de ser descompuesto en sus partes/componentes para volverlo explícito. Por tanto, a partir de las definiciones y desarrollos realizados a lo largo de esta tesis se determinaron como indicadores de competencia del razonamiento clínico:

- 1) La idea de proceso, de índole cognitivo, tácito, lógico y multifacético que se corresponde con el método científico, dando cuenta de su presencia a lo largo de todo el proceso de intervención de TO y de todo el proceso de investigación científica, estableciendo una analogía entre las fases que componen las estructuras invariantes de cada proceso.
- 2) Depende del dominio personal, es idiosincrático, en relación a poseer conocimiento suficiente y propio de la disciplina, así como el manejo del mismo y la experiencia. Su utilización requiere de habilidades generales, específicas y expertas con la finalidad de resolver un estado de disfunción ocupacional a través de la evaluación, diagnóstico y tratamiento. De modo que el razonamiento clínico varía de novatos a expertos.
- 3) Es un indicador de competencia y dominio profesional ligado a la constitución de una identidad profesional sólida. Revela el objeto (problemas de desempeño ocupacional), el método (derivación, hipótesis tentativas, evaluación, corroboración de hipótesis y diagnóstico ocupacional) y la finalidad de la

disciplina (intervenciones relacionadas a mejorar la participación ocupacional) o, en ausencia de su utilización, las contradicciones emergentes.

4) Aunque el modo de recolección varíe en cuanto al profesional, los aspectos a valorar, las intervenciones y el registro de información debe ser uniforme para todos los TO. Rogers sostiene que, si bien los TO están familiarizados con el proceso de evaluación, fracasan en la utilización de la información obtenida al no poder construir un esquema diagnóstico propio de la TO que dé cuenta de la causalidad multidimensional de los problemas de desempeño ocupacional. Se toma para ello la propuesta de evaluación ocupacional inicial de Moruno Miralles y del esquema conceptual (Rogers y Holms, 1991) considerados por Moruno Miralles (2002) y Talavera Valverde (2015, pp.83) en sus respectivas tesis de doctorado.

5) Dominios consensuados en la disciplina: el objetivo es explorar la naturaleza, condición y evolución del estatus ocupacional y no conocimiento de otra índole. En que ocupaciones participa y en cuales presenta limitaciones y restricciones, que modalidad adquiere el desempeño, que capacidades utiliza para desempeñarlas y que disfunciones presenta, que apoyos y barreras se identifican y por último que elementos volitivos se implican en el desempeño. Siguiendo el sistema de las matrices de datos de Juan Samaja, el razonamiento clínico como indicador y condición de posibilidad para la obtención del dato, permite el movimiento entre diferentes niveles, en el caso de la TO estos serían: contexto de desempeño, área de desempeño y componentes de desempeño, con el fin de generar conocimiento respecto a la unidad de análisis del nivel de anclaje (persona con problemas de desempeño ocupacional). El razonamiento clínico diagnóstico es el que permite la valoración en todos los niveles, pero integrándolos a una totalidad.

6) Al ser el nexo entre la teoría y la práctica, resulta indispensable para decidir la mejor estrategia terapéutica a seguir basándose en el Marco de Trabajo para la Terapia Ocupacional (Polonio, 2003); (Zurelis Santana, 2008); (Moruno Miralles; Talavera Valverde, 2013; Lucía Ares Senra, 2012); así como en modelos

teóricos de la práctica (MOHO) y evidencia validadas por la comunidad científica (TOBE).

7) La etapa de evaluación ocupacional inicial como instancia crucial para el éxito del tratamiento, primer momento en que se pone en juego el uso del razonamiento clínico. Rodríguez Lage (2013); (Pellegrini, 2004). La evaluación ocupacional definida como el proceso de identificar, delimitar, describir y explicar el déficit ocupacional idiosincrásico de un individuo desde una perspectiva multicausal, a través de la adquisición de información relevante y pertinente de forma circular, singular, sistemática y exhaustiva, efectuando relaciones entre los dominios considerados en el consenso disciplinar.

8) Dificultades en implementar el proceso de evaluación individualizada en la práctica diaria por limitaciones institucionales, lo que influye en el desarrollo del razonamiento clínico por falta de entrenamiento. Como menciono Schwartzberg (2008) “El tratamiento individual es un lujo a medida que los profesionales se orientan a modelos de tratamiento grupal interdisciplinario que son más eficaces en relación al coste y capitalizan las propiedades terapéuticas de los grupos” (p. 174).

9) Respetar la estructura del proceso y el uso de conocimiento propio de la disciplina son considerados elementos invariantes del razonamiento clínico, evidenciado por la presencia de la instancia de evaluación ocupacional inicial, el tipo de instrumentos seleccionados y los aspectos considerados, la referencia básica al uso del Marco de Trabajo de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso (AOTA, 2008) y de modelos inscriptos en el tercer paradigma, las intervenciones propuestas que dan cuenta de la finalidad de la disciplina, y el registro sistemático, estructurado y uniforme los que serán considerados como elementos determinantes del uso del razonamiento clínico como competencia profesional crucial en el campo de las ciencias de la salud y en consecuencia definirá la posibilidad de desarrollar un desempeño profesional eficaz y eficiente así como promover el crecimiento de la disciplina y promover una identidad profesional fuerte.

Como puede observarse las variables propuestas para la comprobación de la hipótesis se hallan enmarcadas dentro de este desarrollo:

A través de la Variable 1: “Grado de experticia alcanzado”, se representa la conformación de la muestra entre los diferentes grados de experticia y el desarrollo de la competencia de razonamiento clínico esperada ha dicho estatus. La dimensión relacionada al área de ejercicio profesional demuestra el grado de especificidad, conocimiento, destrezas, habilidades y experiencia acumulada.

Mediante la Variable 2: “Proceso terapéutico de Terapia Ocupacional”, se intentara determinar el perfil clínico- profesional que va desarrollando en los diversos niveles de formación el TO argentino a partir de las evidencias en el uso del razonamiento clínico durante las distintas fases del proceso terapéutico (especialmente reflejado en la etapa de evaluación, el uso y tipo de evaluaciones, los aspectos valorados, los marcos y modelos teóricos propios que evidencien la articulación entre la teoría y la práctica, el tipo de paradigmas al que se adscribe, las intervenciones implementadas y el registro del proceso.

Las dimensiones como ser el tipo de abordaje, los ámbitos de intervención y las relacionadas con las valoraciones acerca de la enseñanza y manejo de modelos, de la tarea de articular la practica con la teoría y su enseñanza durante la formación de grado, la importancia de la etapa de evaluación y la calidad del registro; intentan identificar condiciones que puedan actuar a modo de facilitadores u obstaculizadores para el desarrollo de la competencia del razonamiento clínico.

Finalmente en relación a la Variable 3: “Formación continua”, representa una competencia inherente a todo profesional que promueve el crecimiento del conocimiento del profesional en particular y de la disciplina en general, su resultado demuestra la percepción del TO acerca de la situación actual de la disciplina, las áreas de vacancia en cuanto a necesidades de formación; y la actitud crítica y reflexiva del ejercicio profesional asumida por cada TO como actores principales en el desarrollo de la competencia profesional del razonamiento clínico, como para el crecimiento de la disciplina y el fortalecimiento de la identidad profesional.

Conclusiones

El grado máximo académico alcanzado en la mayoría de los TOs graduados es el de licenciado para un 65% del total de la muestra de graduados (36/55). Por su parte el 31% de los TO graduados ha realizado o realiza formación continua bajo la modalidad de cursos de posgrado. A medida que se jerarquiza el nivel de experticia se constata formación de posgrado, presentándose recién en el nivel competente el grado de residente y en el nivel experto el grado de magister. En todos los niveles de TOs graduados se registra formación de posgrado mediante especializaciones siendo las más referidas integración sensorial y estimulación temprana; y secundariamente pediatría, gerontología, rehabilitación neurológica de adultos, terapia ocupacional comunitaria, comunidad, terapia cognitivo conductual, cuidados paliativos, discapacidad visual, gestión hospitalaria y metodología de la investigación científica. Cabe destacar que no se ha solicitado opinión respecto de los posibles obstáculos para acceder a la formación, sin embargo, han sido referidos espontáneamente aquellos relacionados a factores de tipo económico, temporal y territorial.

Las actividades de docencia e investigación son realizadas por los TOs graduados en un 47% del total de la muestra (26/55). Estas actividades son principalmente las de docencia y las de supervisión. En el nivel novato en iguales proporciones, en el nivel competente principalmente supervisión y en el nivel experto se constata más presencia de actividad investigativa pero siempre junto a las actividades mencionadas anteriormente. Este dato se construyó a partir de la dimensión 1.4: “área de ejercicio profesional” y resulta un porcentaje importante en relación a la actitud profesional por mantenerse ligado al ámbito académico-científico lo cual podría favorecer el desarrollo y aplicación del razonamiento clínico; sin embargo, faltaría especificar si este se incorpora a dichas actividades de alguna manera.

Siguiendo la línea de la formación continua, la lectura crítica es realizada por la mayoría de los encuestados principalmente bajo formato web a través de publicaciones científicas y no científicas, y mediante libros. La participación en

espacios de formación es realizada por la mayoría y principalmente en calidad de oyente u oyente-disertante, quizá esperando una mayor participación a través de disertaciones y publicaciones. Hubiese sido enriquecedor consultar acerca de las fuentes utilizadas y los tipos de espacios en los que se participa.

- La oferta de formación continua es considerada por la mayoría en todos los niveles y en el total de la muestra como “insuficiente” representada por el 63%. Así mismo la mayoría de los encuestados realiza propuestas de formación, aunque muchas de ellas se corresponden con ofertas ya existentes; sin embargo dentro de las más novedosas surgen por ejemplo el diseño de evaluaciones propias y adecuadas, formación en marcos y modelos, maestrías y doctorados en ciencias de la ocupación, intervención en las áreas de educación y trabajo, derechos humanos, personas privadas de la libertad, Terapia Ocupacional a nivel local y regional, colegiatura de T.O y formación según áreas de desempeño profesional. El resultado de esta propuesta de formación podría relacionarse con las falencias halladas en esta tesis que se vinculan al proceso de evaluación y a los conocimientos propios de la T.O permitiendo distinguirla de otras disciplinas y favorecer el uso de modelos, conceptos teóricos, fundamentos y estrategias terapéuticas pertenecientes al tercer paradigma. La competencia profesional del razonamiento clínico esta relacionada al desarrollo de la experticia y ética profesional, las sugerencias de formación continua mas novedosas dan cuenta de esta vacancia:

-marcos de referencia y modelos teóricos, maestrías y doctorados en ciencias de la ocupación, resaltan la necesidad de organizar y profundizar las bases conceptuales que aportan identidad y competencia profesional.

- diseño de evaluaciones propias y adecuadas.

- formación según áreas de desempeño profesional, tal vez relacionada a la ausencia de especializaciones formales mas allá del perfil de la oferta de las residencias y recordando la escasa diferencia en la muestra por desempeñarse en áreas específicas vs múltiples.

Por su parte el reconocimiento de la TO resulta para la mayoría del total de encuestados y en todos los niveles “poca” representado por un 74% invitando a pensar desde luego el motivo de dicho resultado y la responsabilidad que los diversos actores que integran la comunidad científica disciplinar poseen sobre el mismo a lo largo de todas las etapas de formación.

Los estudiantes y graduados de la carrera de Terapia Ocupacional participantes de esta Tesis, desarrollan las tres etapas cruciales del proceso terapéutico a saber: evaluación, intervención y registro. Sin embargo, se detectan dificultades al momento de seleccionar los aspectos a evaluar, según Marco de Trabajo para la Terapia Ocupacional como documento oficial y básico para el desempeño profesional; y los instrumentos que den cuenta de la visión holística de la disciplina.

Para la mayoría de los encuestados la etapa de evaluación es “muy importante” y luego con gran diferencia “algo importante”. Llamativamente recién en el nivel experto y en un mínimo porcentaje se detectan respuestas de tipo “nada importante”. La mayoría realiza esta etapa “siempre” y luego “ocasionalmente”, nuevamente recién en el nivel experto se obtienen respuestas como “nunca”. No obstante, el tipo de evaluación más utilizada en todos los niveles y para el total de encuestados es la “indefinida” representando un 49% del total de la muestra. El análisis por niveles indica que la excepción resulta en el nivel novato donde el principal tipo de evaluación es la combinada y luego la indefinida. Por su parte la evaluación de tipo “combinada” representa el 36% del total de la muestra. En consecuencia, se ve reflejada en la primera etapa del proceso terapéutico la dificultad para seleccionar instrumentos acordes a la especificidad de la disciplina ya que el uso de evaluaciones de tipo “combinada” indicaría la existencia de una perspectiva holística acorde a la finalidad de la Terapia Ocupacional definida en el Marco de Trabajo para la Terapia Ocupacional: dominio y proceso (2008).

Por su parte los aspectos a evaluar se corresponden en el nivel de estudiantes y novatos principalmente a un nivel y luego a dos niveles, comenzando a invertirse en los dos últimos grados de experticia más alto, donde los aspectos a evaluar se corresponden principalmente a dos niveles y luego un nivel en los graduados competentes, y en un nivel y dos niveles en igual proporción para los expertos.

Sin embargo, apareciendo notoriamente en este último los aspectos correspondientes a los tres niveles, aunque en una mínima proporción. También se constatan respuestas del tipo ns/nc en todos los graduados evaluados. Para el total de la muestra los aspectos evaluados en dos niveles representan el 40%, en un nivel el 34%, en los tres niveles apenas el 8%, mientras un 18% ns/nc.

El considerar los tres niveles donde se incluyen todos los aspectos a evaluar, reflejaría la presencia del componente descriptivo y explicativo propuesto por Rogers & Holm y por tanto la organización del conocimiento y la información recabada en la etapa de evaluación como indicador de la presencia de la competencia del razonamiento clínico. Siendo que la mayoría del total de la muestra evalúa aspectos en un solo nivel o dos niveles se determina la dificultad al momento de recolectar información relevante y organizarla.

Las intervenciones se dirigen en todos los T.O graduados a los tres niveles, mientras en el nivel de estudiantes a dos niveles. En consecuencia, no se hallan diferencias en esta etapa, aunque si resultaría pertinente examinar cómo se arriba a este resultado considerando los inconvenientes señalados en la etapa previa del proceso terapéutico.

Por su parte la tarea de registro es realizada por la mayoría de la muestra “siempre” en un 71% y luego “ocasionalmente” en un 25%, solo se constatan en el nivel estudiante y experto respuestas como “nunca” aunque en mínima proporción. La tarea de otorgar estructura al registro resulta para la mayoría “adecuada” y luego “muy adecuada” con gran diferencia. De modo que en principio no se establece dificultad en esta etapa del proceso terapéutico que representa la explicitación del modo de razonar clínicamente, hallando este estudio una limitación al no acceder a un registro escrito per se para constarlo.

Respecto al uso de modelos para basar y referenciar la práctica clínica resulta un indicador de aplicación del razonamiento clínico la referencia al MOHO y Marco Teórico para la Práctica de la Terapia Ocupacional, es decir al “uso principal” que representa el mayor uso considerando el total de la muestra en un 31%, mientras el uso combinado y restringido corresponden a un 29% respectivamente y el uso de ningún modelo al 11%. Sin embargo, se halló que el “uso principal” del MOHO es el más frecuente para el nivel experto, ocupando este tipo de uso de

modelos el segundo lugar en el resto de los niveles de experticia. Para el nivel estudiante y el nivel competente el mayor uso de modelos es el de “tipo combinado”, es decir el MOHO junto a modelo canadiense, biomecánico, neurodesarrollo, rehabilitación, cognitivo-conductual, disfunciones cognitivas, integración sensorial, lúdico, salud mental comunitaria, desempeño ocupacional, comportamiento ocupacional y modelo ocupación, ambiente, persona. Por su parte para el nivel novato el mayor uso de modelos es el de “tipo restringido”. En los últimos dos niveles de experticia ningún T.O respondió basar su práctica en ningún modelo como por el contrario si se constata en los dos primeros niveles. La enseñanza de los mismos resulta para la mayoría de los diferentes niveles “poco suficiente” y luego “suficiente”, para ningún nivel “muy suficiente”, solo los últimos niveles de experticia refieren “insuficiente”. Para la mayoría de todos los niveles se observa un manejo de tipo “moderado”, siendo para los dos primeros niveles un manejo de tipo “superficial” en segundo término y para los últimos dos niveles de experticia un manejo “profundo” en segundo lugar como podría esperarse.

La articulación teórico-práctica resulta en una escala de tres rangos para la mayoría de los encuestados “compleja” en todos los niveles y luego “nada compleja” aunque con gran diferencia. Solo para el nivel novato y experto un pequeño porcentaje refirió “muy compleja”. Por su parte la enseñanza de dicha articulación durante la formación de grado resulta para la mayoría del total de la muestra “eficiente” en un 52% y luego “poco eficiente” en un 41%, para ningún nivel “ineficiente” ni “muy eficiente” excepto para el nivel novato donde aparece este valor en un pequeño porcentaje. Estos datos no expresarían una dificultad evidente en cuanto a la tarea de articular información recolectada de la evaluación, pudiendo observar una incongruencia respecto a la selección de aspectos a evaluar e instrumentos utilizados para ello.

En cuanto al concepto de diagnóstico ocupacional el 48% del total de la muestra refiere estar “muy habituado”, mientras un 45% “poco habituado” y un 7% “nada habituado”, representando una inconsistencia ya que este es considerado el producto de una correcta selección de aspectos a evaluar, instrumentos a implementar y articulación teórica práctica de los resultados obtenidos, es decir la

presencia del componente descriptivo y del componente explicativo desarrollado por Rogers y Holms.

En síntesis la mayoría desarrolla las tres etapas cruciales del proceso terapéutico: evaluación, intervención y registro. La primera etapa, considerada crucial para el éxito del tratamiento, valorada como muy importante, realizada siempre y estando muy habituados con el concepto de diagnóstico ocupacional, presenta dificultades en la aplicación de las *destrezas cognitivas implicadas en el proceso terapéutico* (Zurelis Santana, 2008; Talavera Valverde, 2015):

- En la adquisición de información relevante y específica del fenómeno ocupacional, ya que se valoran aspectos de un nivel y dos niveles representados por áreas y componentes, pero no de los tres niveles (Roger & Holm, 1991; MOHO, 1980; Samaja, 2004; Marco de Trabajo, 2008) y con total ausencia del nivel uno (entornos, roles, rutinas, factores personales). Da cuenta de la dificultad de sostener una visión compleja, al igual que lo demuestra la selección de instrumentos de valoración “indefinidos”.

Rodríguez Lage (2013) sostiene que, si bien los T.O están familiarizados con el proceso de evaluación, fracasan en la utilización de la información obtenida al no poder construir un esquema diagnóstico propio de la T.O que dé cuenta de la causalidad multidimensional de los problemas de desempeño ocupacional.

- En la categorización y análisis de la información demostrada por una inadecuada articulación teórico práctica ya que se detecta una incongruencia entre el “uso principal” de modelos y la imposibilidad por evaluar aspectos en tres niveles y seleccionar instrumentos sensibles.

Del mismo modo resulta pertinente examinar cómo se arriba a planificar intervenciones terapéuticas dirigidas a tres niveles considerando los inconvenientes señalados en la etapa previa del proceso terapéutico.

Resulta llamativo el hecho que los estudiantes y graduados de la carrera de Terapia Ocupacional consideran la formación académica de grado respecto a la enseñanza de modelos como “poco suficiente” sobre los cuales se posee manejo “moderado” y a pesar de ser el “uso principal” de modelos el más frecuente en la mayoría de los encuestados. Así mismo consideran “eficiente” la enseñanza de la

articulación teórico práctica la cual es valorada por la mayoría como una tarea “compleja”. Los aspectos a evaluar y los instrumentos utilizados para ello no resultaron ser los esperados a pesar de que se evalúa “siempre” y se considera esta etapa del proceso terapéutico como “muy importante”. Por lo expuesto en este párrafo y a pesar que la mayoría de los estudiantes y TOs están “muy habituados” con el concepto de diagnóstico ocupacional, pueden evidenciarse ciertas inconsistencias y carencias; precisamente en la etapa de evaluación, como fase inicial y crucial del proceso terapéutico, en la que se ponen en juego elementos constitutivos del razonamiento clínico como son los conocimientos y habilidades del T.O. En consecuencia si bien la formación continua es evidenciada en la mayoría de los encuestados tanto al elevar el grado académico, el participar en espacios de formación, realizar lectura crítica y asumir una actitud reflexiva; las propuestas se dirigen sin embargo a las carencias halladas, especialmente relacionadas a la adquisición de los elementos constitutivos del razonamiento clínico durante las etapas formativas de grado en la que la enseñanza de modelos resulta “poco suficiente”; como al desarrollo del mismo por la tendencia al abordaje individual grupal y a los múltiples ambientes de ejercicio profesional donde se ven limitadas las posibilidades para efectuar un correcto proceso de evaluación; sin descartar los inconvenientes en la aplicación de esta competencia ligados a las dificultades en la selección de aspectos relevantes a evaluar e instrumentos a implementar que favorezcan la estructuración del razonamiento clínico.

Por los hallazgos enunciados resulta imprescindible continuar esclareciendo y reforzando las distinciones con los paradigmas precedentes, en relación a elementos que persisten y no quedan superados e integrados en los nuevos desarrollos:

- La corriente pragmática del primer paradigma y el rápido pasaje al paradigma mecanicista, forjaron un rol profesional desarticulado de aquellos primeros fundamentos adoptando un perfil profesional de carácter técnico, mas ligado al método de la intuición y de la autoridad que al método científico. Kielhofner (2006) *“los terapeutas ocupacionales se atienen a la experiencia y al sentido común”*.

- Las teorías y marcos de referencia importadas de otras disciplinas y el énfasis puesto en el patrón de reconocimiento de corte reduccionista vs patrón de comprensión propio de la visión holista que asume la disciplina.

Talavera Valverde (2015) Si bien conocen modelos de práctica propios de la Terapia Ocupacional, estos no se hallan integrados en la justificación teórica, porque el uso de teorías de otras disciplinas es la tónica habitual de los discursos de los participantes.

Moruno Miralles (2002) y Talavera Valverde(2015) El modo de aplicar el conocimiento propio de la disciplina resulta empobrecido y advierten como posibles causas la carencia en el uso de teorías propias desde la etapa de evaluación inicial y/o la ausencia de una estructura conceptual que facilite relacionar la información.

En relación a los factores contextuales que puedan influir en la adquisición, desarrollo y aplicación del razonamiento clínico se obtiene respecto al área de ejercicio profesional que a medida que se jerarquiza el grado de experticia se observa mayor desempeño profesional en áreas específicas, siendo más comunes las clásicas en el área psicosocial y neurofísica. Sin embargo, la diferencia entre áreas específicas representada por un 55% y múltiples 45% no resulta significativa, aunque quizá se esperaría mayor desempeño en un área profesional única que genere mayor especificidad y experiencia.

Entre otros factores a considerar se encuentran el tipo de abordaje que el ámbito de ejercicio profesional y/o el área de desempeño profesional demandan. En este sentido la mayoría de los estudiantes y graduados novatos y competentes, realizan abordaje individual- grupal, mientras los expertos efectúan principalmente abordajes múltiples. Tanto los estudiantes como los novatos realizan en segundo lugar abordaje individual, y por último el grupal. Los competentes efectúan en segundo término abordaje múltiple y por ultimo individual, mientras los expertos realizan en segundo lugar abordaje individual grupal y luego individual. Se observa por tanto como desde el nivel novato va apareciendo el abordaje múltiple en último lugar, ocupando el segundo en el nivel siguiente y culminando por

ocupar el primero en el nivel experto, desplazando el abordaje individual al tercer puesto en los últimos dos niveles de experticia. Quizá este hecho obstaculice un correcto desarrollo y aplicación del razonamiento clínico generado por las exigencias de los contextos profesionales que restan oportunidades de efectuar un diagnóstico ocupacional individual o bien se hallen los TOs formados o experimentados para efectuar diagnósticos ocupacionales individuales en entornos grupales.

Lo mismo ocurre con el ámbito de ejercicio profesional siendo principalmente múltiple (58%) y secundariamente en el ámbito único (42%), lo que ya de por sí evidencia una demanda temporal en la que se debe brindar la asistencia e intentar desarrollar todas las etapas que conforman el proceso terapéutico, añadiendo a ello los múltiples espacios de trabajo y las posibles exigencias de cada uno de ellos.

De modo que los factores contextuales que puedan influir en la adquisición, desarrollo y aplicación del razonamiento clínico:

- El tipo de abordaje que el ámbito de ejercicio profesional y/o el área de desempeño profesional demandan, es para la mayoría tipo individual- grupal.
- El ámbito de ejercicio profesional múltiple, impone una demanda temporal que dificulta desarrollar todas las etapas que conforman el proceso terapéutico y la influencia que conlleva en el desarrollo de la competencia en cuestión.

Schwartzberg (2005) “el tratamiento individual es un lujo en un contexto en el que las demandas por abordajes grupales disminuyen los costos y capitalización las propiedades terapéuticas de los grupos” (en Blesedell Crepeau; Boyt Schell y Cohn, 2008, p.174).

Finalmente se identifican los siguientes obstáculos para la adquisición, desarrollo y aplicación del razonamiento clínico en Terapia Ocupacional y sus implicancias en el desempeño profesional y el desarrollo disciplinar:

- adquisición del razonamiento clínico (enseñanza poco eficiente de modelos, conocimiento y uso moderado de los mismos, enseñanza de la articulación teórico práctica valorada como eficiente y poco eficiente)

- aplicación del razonamiento clínico (valoración de aspectos de desempeño ocupacional de corte reduccionista, desarticulación teórico práctica a partir de las incongruencias detectadas).

- desarrollo del razonamiento clínico: la oferta es considerada ineficiente en la formación de posgrado y resulta relevante las propuestas destinadas a resolver las dificultades detectadas.

Sugerencias

Para un estudio posterior podría optarse por la entrevista en profundidad con resolución de casos clínicos dirigida a aquellos TOs que se desempeñan en áreas específicas, ámbitos únicos y realicen abordaje individual, para reflejar la estructura del razonamiento clínico en cuanto a etapas y presencia de elementos constitutivos.

A partir de los resultados obtenidos en cuanto a los aspectos a evaluar e instrumentos a utilizar sería conveniente focalizar el estudio sobre la aplicación del razonamiento clínico especialmente en la etapa de evaluación de modo que se evidencie el uso principal de modelos y el modo de articulación del componente descriptivo y explicativo.

Dado el alto porcentaje de abordaje individual grupal y los conocidos efectos terapéuticos del fenómeno grupal, sería conveniente la oferta de formación continua destinada a ello, la cual se incluye durante la formación de grado como una cátedra cuatrimestral denominada dinámica de grupos.

A partir del porcentaje de graduados que desarrollan actividades de I+D relacionadas a la supervisión clínica en ámbitos institucionales, sería conveniente la formación de supervisores institucionales en la enseñanza de esta competencia profesional para los estudiantes de las prácticas pre- profesionales.

Limitaciones

Para evitar una encuesta demasiado extensa y favorecer la participación en el estudio se optó por un conjunto de preguntas abiertas y cerradas, sin embargo podrían haberse incluido más preguntas abiertas para enriquecer las respuestas relacionadas al porque consideran que el reconocimiento de la disciplina en la actualidad es poco, o la educación sobre modelos resulta poco eficiente; al igual que sucede con las opiniones sobre la ineficiente oferta de formación de postgrado y otras preguntas que no alcanzan el rango máximo como la tarea de registro.

Las categorías propuestas para intentar analizar los datos pueden estar sujetas a críticas a pesar de haber sido elaboradas a partir de las opiniones y estudios de autores reconocidos para la disciplina. En cuanto a la que se refiere a los modelos utilizados bien podría incorporarse el uso del Modelo de la Ocupación Humana combinado con el Modelo Canadiense a la categoría “uso principal”.

Por algunas respuestas obtenidas podría pensarse que las preguntas no fueron formuladas con claridad ya que por ejemplo en lugar de especificar el instrumento de evaluación se nombran aspectos a evaluar, o bien se utiliza el término “AVD” a modo de genérico para referirse a las ocho áreas de ocupación establecidas por el Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional (2008), sin distinguir si hace referencia al área de actividades de la vida diaria básica (AVDB) o instrumentales (AIVD), sin embargo cabe mencionar que el documento considera las AVD como las AVDB.

Asumir una actitud crítica y reflexiva, se concreta principalmente a través de la lectura crítica y la participación en espacios de formación. La mayoría de los encuestados lo hace en calidad de oyente u oyente-disertante. Quizá se esperaba una mayor participación a través de disertaciones y publicaciones, hubiese sido enriquecedor incluir el rol de autor/publicador.

La representatividad de la muestra intensiva pudo estar influida por los inconvenientes en obtener la participación de todas las universidades distribuidas a lo largo del territorio nacional (16), y a su vez porque hubiese resultado conveniente ajustar la intencionalidad distribuyendo la misma cantidad de encuestados correspondientes a cada nivel y para cada una de las universidades participantes de la Región Pampeana (8).

Discusión

La falta de conocimiento que sobre la T.O posee el público general y los profesionales afines a la salud, en esta instancia de crecimiento académico y científico logrado por la disciplina (Anexo 4), podría ser explicada por la carencia de promoción de los diferentes actores que integran la comunidad científica: instituciones (universidades, colegios, asociaciones, TO), pero también por el modo en que sus profesionales profundizan y reflexionan sobre los conocimientos, la practica clínica y la difusión de conocimiento científico.

La T.O como totalidad que tiende a preservarse seguirá un patrón reproductivo con dos atributos esenciales:

- Validez: marcado por el todo, representado por un paradigma que incluya en su visión la comprensión del fenómeno ocupacional abordado a través de los modelos propios.

- Eficacia: marcado por las partes, representadas por el compromiso, ética y competencia profesional.

Las creencias individuales de un colectivo (comunidad de terapeutas ocupacionales) se explican por la función que cumplen en la estructura superior (profesionales de la salud) a un fin al cual sirve y del cual forma parte (salud de la población).

Referencias bibliográficas:

Abad Fernández, A; Rincón, M. (2009). Evaluación del funcionamiento ocupacional. *Publicación oficial de la Federación Española de Asociaciones de rehabilitación Psicosocial*. 6 (1 y 2). www.fearp.org. ISSN: 1696-9936

Ares Senra, L. (2010). A propósito de un caso. Buscando la actividad funcional: motivación y voluntad. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional (TOG)*. N° 12.

Ayuso-Mateosa; Nieto-Moreno; Sánchez-Moreno; Vázquez-Barquero. (2006). Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica. *Revista Medicina Clínica Barcelona*, 126. (12). doi: 10.1157/13086326.

Baño, G; Di Lalla; Domínguez; Seoane; Wainsztein; Ossorio y Ferrero. (2011). Evaluación de una prueba para valorar el razonamiento clínico en diferentes niveles de capacitación médica. *Revista médica de Chile*. ISSN 0034-9887.

Blanco Aspiazu, M; Oliva Torres; Bosch Bayard; Menendez Rivero; Suarez Bergado. (2005). Evaluación del razonamiento clínico. *Educación Médica Superior*, 19 (4). ISSN 0864-2141

Bottinelli, M; Nabergoi, M; Mattei, M. (2013). El contexto de la educación superior en Argentina durante los inicios de la formación en Terapia Ocupacional. *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación, IX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología UBA. <http://www.aacademica.org/000-054/890>

Boyt Schell, Barbara. (2003). Razonamiento clínico: la base de la práctica. En Willard & Spackman, *Terapia Ocupacional*. Madrid: Editorial Panamericana.

Briglia, J; García Sartirana, A. (2013). Aspectos contextuales del surgimiento de terapia ocupacional en la Argentina. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 13 (1). ISSN 0717-6767

Cantero Garlito, P; Moruno Miralles, P; Talavera Valverde, M. (2008). El razonamiento clínico clave en el desarrollo de la Terapia Ocupacional. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional (TOG)*, Vol.5.

Cantero Garlito, P; Moruno Miralles, P; Talavera Valverde, M. (2009). Razonamiento clínico en Terapia Ocupacional. *WFOT Bulletin*, Vol. 59, 53-59. https://www.researchgate.net/publication/286212306_Razonamiento_Clinico_en_Terapia_Ocupacional. <https://doi.org/10.1179/otb.2009.59.1.016>

Cantero Garlito, Pablo. (2016). Revistas con factor de impacto 2016. Recuperado de *TO Punto Net*. <https://terapiaocupacional.net/revistas-terapia-ocupacional-factor-impacto-2016/>

Crepeau; Cohn & Schell. (2005). Establecimiento de la alianza terapéutica. En Willard & Spackman, *Terapia Ocupacional*. Madrid: Ed. Panamericana.

Castejón Oliva, F. (2002). *El continuum novato-experto. Práctica, conocimiento y rendimiento*. Facultad de Educación, Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de [www.cienciadeporte.com/...](http://www.cienciadeporte.com/)

Escudero López, MA y Cantero Garlito, P. (2012). A propósito de un caso con esquizofrenia paranoide. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional (TOG)*. N°11.

Fernández Moreno, Aleida. (2012). Publicaciones seriadas de la terapia ocupacional en latinoamerica. *Cadernos de Terapia Ocupacional UF São Carlos*, 20(2), 287-292. ISSN 0104-4931. [http://dx.doi.org/10.4322/cto.2012\(.029](http://dx.doi.org/10.4322/cto.2012(.029)

Fleming, M. (1991). Clinical reasoning in medicine compared with clinical reasoning in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 45(11).

Fondiller, E. (1990). Values Influencing Clinical Reasoning in Occupational Therapy: An Exploratory Study. *Occupation, Participation and Health*.

Forn de Zita, Carmen. (2009). Las competencias de los terapeutas ocupacionales europeos. *Espacio T.O. Venezuela*. N° 3. Recuperado de http://espaciotovenezuela.com/pdf_to/competenciasdelostoeuropeos.pdf

González Morales, M ; López Martín, O. (2013) Competencias del Terapeuta Ocupacional en salud mental. Un estudio descriptivo transversal en la comunidad de Castilla la Mancha. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional (TOG)*.

Gormaz Bardavid, C; Brailovsky, C. (2012). Desarrollo del Razonamiento Clínico en Medicina. *REDU*. Vol. 10. Santiago, Chile. ISSN 1887-4592.

Hammell, K. (2004). Dimension of meaning in the occupations of daily life. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 7 (5)

Mattingly, Cheryl. (1991). The narrative nature of clinical reasoning. *American Journal of Occupational Therapy*, 45(11).

Mattingly, Cheryl. (1991). What is clinical reasoning. *American Journal of Occupational Therapy*. Vol 45.

McCannon R; Robertson D; Caldwell J; Juwah C & Elfessi A. (2004). Comparison of clinical reasoning skills in occupational therapy students in the USA and Scotland. *Occupational Therapy International*. MEDLINE.

Moreira Souto, L; García Alén, L; Talavera Valverde, MA. (2013). Influencia de los distintos procesos de recogida de información en el diagnóstico ocupacional. *Revista electrónica de Terapia Ocupacional de Galicia. (TOG)*, 10(8).

Moreno Rodríguez. (2006). La documentación científica en terapia ocupacional: evolución y perspectivas. *Revista electrónica de Terapia Ocupacional de Galicia. (TOG)*, N° 4.

Moreno Rodríguez, R; Sanjurjo Castela, G & Talavera Valverde, M. (2008). Terapia Ocupacional e identidad profesional: el reto de las publicaciones científicas. *Revista Asturiana de Terapia Ocupacional*, N°. 7 y *Revista electrónica de Terapia Ocupacional de Galicia (TOG)*, N°. 2, 16-23.

Morrison Jara, R. (2013). ¿Por qué necesitamos mirar hacia atrás? Volviendo a lo esencial: un enfoque epistemológico al “árbol de la Terapia Ocupacional”. *Revista Electrónica de Terapia Ocupacional de Galicia. (TOG)*. N° 18.

Moruno Miralles, P. (2002). *Razonamiento clínico en terapia ocupacional: un análisis del procedimiento diagnóstico*. (Tesis doctoral inédita). Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología biológica y de la salud, España. 978-84-694-3027-9 (ISBN de méritos).

Mulligan, S. (2006). Razonamiento clínico. En Mulligan, S. *Terapia ocupacional en pediatría: procesos de evaluación*. Madrid. Ed. Panamericana, 3-4.

Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF.

Ortega Valdivieso, M. Azucena. (2012). Estudio bibliométrico de la producción científica de Terapia Ocupacional. *Universidad de Granada*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=62400>

Pellegrini, M. (2004). Instrumentos de evaluación en psiquiatría. *Revista electrónica Terapia Ocupacional.com*.

Pellegrini, M; Mattei. (2006). Las ocupaciones en la formación disciplinar de Terapia Ocupacional, necesidad de cambio y fundamentación. *Revista electrónica Terapia Ocupacional.com*.

Polonio López, B. (2003). Destrezas y habilidades profesionales del terapeuta ocupacional. En Polonio López, B. Durante Molina; Noya Arnaiz. *Conceptos Fundamentales de la Terapia Ocupacional*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.

Pradolini, Viviana A. (2012). Competencias profesionales de los Licenciados en Terapia Ocupacional egresados de la Universidad Nacional del Litoral. *Universidad Nacional del Litoral*. Santa Fé.

Reyes Paulino, L. (2013). Formación y desarrollo de expertos: Estrategias para el diseño de sistemas de aprendizaje y apoyo al desempeño. *Cuaderno de Pedagogía Universitaria de la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra (PUCMM)*, 10(20). República Dominicana. Recuperado de <http://ganmedia.com/blog/Formacion-y-desarrollo-de-expertos#sthash.Bmkd79hr.dpuf>

Rodríguez Lage, S. (2013). Herramientas de evaluación en el ámbito de mayores. Tesina de grado. *Facultad de ciencias de la salud*. Recuperado de ruc.udc.es/bitstream/2183/.../2/RodriguezLage_Soraya_TFG_2013.pdf

Rodríguez López; Valdés de la Rosa; García Barrios; Casas Rodríguez. (2013). Habilidades de razonamiento clínico en estudiantes de la carrera de Medicina. *Revista Humanidades Médicas*, 13(2). ISSN 1727-8120.

Rogers, J; Holm, M. (1991). Occupational Therapy diagnostic reasoning: a component of clinical reasoning. *American Journal of Occupational Therapy*.

Romero Ayuso, D. (2010). El sentido de la ocupación. *Revista electrónica de Terapia Ocupacional de Galicia. (TOG)*, 7 (6)

Rubio Ortega, C; Berrueta Maetzu, LM; Durán Carrillo, P. (2014). Evolución de la filosofía de la Terapia Ocupacional desde sus inicios como profesión. *Revista electrónica de Terapia Ocupacional de Galicia. (TOG)*, 11 (20)

Rumbo, J; Arantón, L; García, N. (2005). “TOBE” o no “TOBE”, actitudes para la práctica de la Terapia Ocupacional basada en la evidencia (TOBE). *Revista electrónica de Terapia Ocupacional de Galicia. (TOG)*, 2.

Sanz de la Garza. (2005). Terapia Ocupacional y lectura crítica. *Revista Asturiana de Terapia Ocupacional*. Num 2.

Sanz Valer, P; Sierra Canals, B. (2010). En busca de nuestra esencia olvidada. Rescatando la ocupación como aportación a la medicina y a la humanidad. *Revista electrónica de Terapia Ocupacional de Galicia. (TOG)*, 7 (11)

Scaffa, M; Wooster, D. (2004). Effects of problem-based learning on clinical reasoning in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 333–336.

Scanlan, JN; Hancock, N. (2010). Online discussion develop students' clinical reasoning skills during fieldwork. *Australian Occupational Therapy Journal*.

Schell, B; Cervero, R. (1993). Clinical reasoning in occupational therapy: an integrative review. *American Journal of Occupational Therapy*.

Strong, J. (1995). Expert clinicians' and students' view on clinical reasoning in occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*.

Talavera Valverde, M.A. (2007). El quehacer vacío. La identidad profesional al alcance de la mano. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional (TOG)*, N°6.

Talavera Valverde, MA. (2008). La revolución intelectual al alcance de la mano. La terapia ocupacional y su nuevo orden. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional (TOG)*, Vol 5.

Talavera Valverde, MA. (2008). Identidad Profesional en Terapia Ocupacional. *Revista electrónica de Terapia Ocupacional de Galicia. (TOG)*. Monografía.

Talavera Valverde, M. (2010). Identidad profesional: una mueca en nuestra historia como Terapeutas Ocupacionales. *Revista electrónica de Terapia Ocupacional de Galicia. (TOG)*, Vol.7

Talavera Valverde, MA. (2012). Formas de construir el razonamiento clínico o profesional. *Revista electrónica de Terapia Ocupacional de Galicia. (TOG)*, N° 17.

Talavera Valverde, MA; Moruno Miralles,P ; Souto Gomez, A. (2013). Rigor de las publicaciones científicas en la gestión del razonamiento clínico como herramienta para la promoción de la terapia ocupacional. *Revista electrónica de Terapia Ocupacional de Galicia. (TOG)*, 8(9).

Talavera Valverde, MA. (2013). Razonamiento clínico y promoción de la terapia ocupacional. Estándares de calidad para el desarrollo de la disciplina. *Revista electrónica de Terapia Ocupacional de Galicia. (TOG)*, N°10

Talavera Valverde, MA. (2015). *Estudio del razonamiento clínico en estudiantes de Terapia Ocupacional*. (Tesis doctoral). Universidad da Coruña, España.

Unsworth, C. (2001). The clinical reasoning of novice and expert occupational therapists. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8(4).

Valverdi, J; Álvarez, M. (2012). La terapia ocupacional en Argentina. *Revista electrónica Espacio T.O. Venezuela*, N° 8.

VanLeit, B. (1994). Using the case method to develop clinical reasoning skills in problem-based learning. *American Journal of Occupational Therapy*.

Villarroel Salinas, Jaime. (2014). Razonamiento clínico: su déficit actual y la importancia del aprendizaje de un método durante la formación de la competencia clínica el futuro médico. *Revista científica Ciencia Médica*, 17 (1). Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332014000100009

Zurelis Santana (2008). Del razonamiento clínico a la práctica de la Terapia Ocupacional Basada en la evidencia. *Espacio TO Venezuela*, N°1.
URL <http://www.espaciotovenezuela.com>

Bibliografía:

- American Occupational Therapy Association. (2008). *Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso*. (2th ed.) AOTA.
- American Occupational Therapy Association. (2014). *Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso*. (3th ed.) AOTA.
- Blesedell Crepeau, E; Boyt Schell, B; Cohn, E. (2008). *Terapia Ocupacional*. Bs. As: Editorial Médica Panamericana, 10° edición.
- Capozzo, M. (1995). Una visión acerca del proceso de producción de conocimiento de y en TO. En *Terapia Ocupacional: actualizaciones en teoría y clínica*, (169). COLTO III.
- Chaparro, Ch; Ranka, J. (2008). Clinical reasoning in occupational the therapy. En Higgs, J. *Clinical reasoning in the Health professions*. (266-274). Ed. Elsevier Health Sciences.
- Christiansen, Ch. (1991). Research: looking back and ahead after four decades of progress. National speaking. *American Journal of Occupational Therapy*, 45. (5).
- Da Rocha Medeiros, M. Heloisa. (2008). *Terapia Ocupacional: un enfoque epistemológico y social*. Sta Fé: Ediciones UNL.
- Destuet, Silvia. (1992). El lugar de la clínica en TO. Los obstáculos en la práctica de TO. Bs As: *Trabajo libre. Jornadas municipales de hospital de día*.
- Durante Molina. P; Polonio López, B; Noya Arnaiz.B. (2003). *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional*. Madrid: Ed. Medica Panamericana.
- Fortain, M; Garcia de Ravechini, S; Heredia, A; Paganizzi, L; Rusconi, A; Toscano, V. (1985). Una propuesta de análisis de la actividad. La Rioja: *Trabajo libre, 1° Congreso argentino de TO*.
- Hobsbawm, Eric. (1997). *La Era de la Revolución*. Bs. As: Crítica.
- Kielhofner y Gillette. (1979). El impacto de la especialización en la profesionalización y la supervivencia de la TO. *American Journal of Occupational Therapy*, (33), 20-28.
- Kielhofner, G. (2006). *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional*. Bs As: Editorial médica Panamericana, 3° edición.
- Kielhofner, G. (2004). *Terapia Ocupacional: Modelo de la ocupación humana. Teoría y aplicación*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- Leonardi Ferrari, S. (1995). Terapia Ocupacional: integración y producción del saber. *Revista del centro de estudios de TO*, I, (1).

- Lloyd. (1977). *De Tales a Aristóteles*. Bs. As: Eudeba.
- Magalhaes, Lilian V. (1995). O novo paradigma da Terapia Ocupacional. *Conferencia, IVº Congresso Brasileiro de TO*.
- Moledo, L; Magnani, E. (2009). *Diez teorías que conmovieron al mundo. De Copérnico al Big Bang*. Bs As: Capital Intelectual.
- Mombrú, Andrés. (2013). *El hacedor de tesis*. Bs As: LJC Ediciones.
- Moruno P. (2003). Introducción al proceso clínico en terapia ocupacional. En Romero D, Moruno P. *Terapia Ocupacional: teoría y técnica*. Barcelona: Ed. Masson.
- Moruno Miralles, P; Talavera Valverde, MA. (2011). *Terapia Ocupacional en Salud Mental*. Madrid: Ed. Elseiver.
- Nelson, David. (1996). Porque la profesión de TO florecerá en el siglo XXI. *Ponencia mesa de investigación. Vº Congreso europeo de TO*.
- Samaja, Juan. (1996). *El Lado Oscuro de la Razón*. Buenos Aires: Ed. JVE.
- Samaja, Juan. (1999). *Epistemología y metodología*. Bs As: Eudeba
- Samaja, Juan. (2001). *Ontología para investigadores. Las Categorías puras del intelecto en Immanuel Kant*. Revista Perspectivas Metodológicas. Bs. As: Ed. UNLA, 1 (1), 11-42.
- Samaja, Juan. (2009). *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Bs As: Lugar editorial.
- Samaja, Juan. (2003). Los caminos del conocimiento en *Semiótica de la Ciencia*. Libro inédito.
- Sánchez & cols. (2013). *Terapia Ocupacional en salud mental: teoría y técnicas para la autonomía personal*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Sánchez I, Romero D. (2003). Razonamiento clínico y solución de problemas. En Romero D, Moruno P. *Terapia Ocupacional: teoría y técnica*. Barcelona: Ed. Masson, (299 – 306).
- Sbriller, Liliana. (1997). *Introducción a Terapia Ocupacional: marcos conceptuales*. Bs As: Edición Catálogos.
- Sbriller y Warschavski. (1990). *Terapia Ocupacional, teoría y clínica*. Bs As: Ricardo Vergara ediciones.

- Sbriller, Liliana. (1993). El objeto de estudio. Las diferentes posiciones teóricas de terapia ocupacional. *Exposición 1º Jornada de terapia ocupacional y psicosis. Hospital general de agudos Piñero*.
- Talavera Valverde, MA. (2015). Razonamiento clínico y diagnostico en Terapia Ocupacional. España: Ed. Síntesis.
- Valverdi, J. Álvarez, M. (2012). La terapia ocupacional en Argentina. *Revista electrónica Espacio T.O. Venezuela*, (8).
- Wilcok, Anne. (2006). *An Occupational perspective of health*. USA: SLACK incorporated.
- Ynoub, R. El diseño de la investigación: una cuestión de estrategia. *Material de cátedra*. UBA/UNMdP.

ANEXOS