

Estudio del razonamiento clínico en estudiantes de terapia ocupacional

Miguel Ángel Talavera Valverde

Tesis doctoral

2015

Directores

Dr. Sergio Santos del Riego

Dr. Pedro Moruno Miralles

Departamento de Medicina

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Estudio del razonamiento clínico en estudiantes de terapia ocupacional

Miguel Ángel Talavera Valverde

Directores

Dr. Sergio Santos del Riego

Dr. Pedro Moruno Miralles

Departamento de Medicina

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud¹



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

¹Programa regulado polo RD 1393/2007

D. Sergio Santos del Riego, Catedrático de Escuela Universitaria de Departamento de Medicina, y **D. Pedro Moruno Miralles**, Profesor Titular de Universidad del Departamento de Enfermería y Fisioterapia, el primero perteneciente a la Universidad de A Coruña y el segundo a la Universidad de Castilla la Mancha, en calidad de Directores,

CERTIFICAN:

Que el trabajo titulado "**Estudio del razonamiento clínico en estudiantes de terapia ocupacional**", ha sido realizado por D. Miguel Ángel Talavera Valverde bajo nuestra dirección, y que, considerando que cumple los requisitos para optar al grado de doctor, autorizamos su presentación y defensa como tesis doctoral ante el Tribunal correspondiente en la Universidad de A Coruña.

En A Coruña, a 04 de septiembre de 2015


Fdo. Dr. Sergio Santos del Riego


Fdo. Dr. Pedro Moruno Miralles.

A mis padres y hermana

Para Ana y Pedro

Agradecimientos

Durante el desarrollo de esta Tesis Doctoral, tuve la suerte de contar con el apoyo de las personas que en los malos y en los buenos momentos no desaparecen, y me di cuenta que eran menos de las que esperaba. Por ese motivo, me gustaría con estos agradecimientos nombrar a aquellos que de forma desinteresada estuvieron de una u otra forma a mi lado, no solo a culminar este proyecto, si no a darme la suficiente fuerza y moral, para llevarlo a cabo.

A mis Directores de Tesis, al Dr. Santos del Riego por su compromiso, paciencia y por mostrar confianza en mis posibilidades. Al Dr. Moruno Miralles, por darme todo su esfuerzo y trabajo, por ayudarme, por ser mi referencia y demostrarme que es un fiel compañero de viaje. Gracias a las reflexiones de ambos, consejos y sugerencias he podido crecer como profesional y como persona.

A Dña. Adriana Reyes, por aparecer en el momento que menos esperábamos con un aliento de energía lo suficientemente potente como para materializar un proyecto en el que muy pocos confiaban. A la Dra. Movilla, a Uxía Gutiérrez y la Dra. Sobrido, por despejar mis dudas y por su apoyo durante los momentos de incertidumbre, por su disposición y consejos.

Gracias también, a todas aquellas personas que han depositado su confianza cada día de este proyecto sobre mi, tal es el caso de Isabel y Eugenio que desde que supieron que estaba embarcado en este propósito no dejaron de alentarme y trasmitirme sus optimismo. A Carlos, Diego, Amancio, Lior, José, Javier y Lucas, por construir ese espacio donde pude refugiarme para renovar energías y poder seguir adelante. A Rosa, Fran, Jordi y Rober por sus palabras de animo durante este periplo.

A los alumnos del grado de terapia ocupacional de la Universidad de A Coruña que de forma desinteresada participaron en este estudio y sin los cuales no hubiera sido posible culminar esta etapa personal y profesional. A los responsables de la Facultad de Ciencias de la Salud, por permitirme llevar a cabo este proyecto en sus instalaciones.

Y por su puesto, a mi familia. A Ángel Talavera, por ofrecerme hasta la última gota de esperanza, cada día. Sus palabras resuenan en mí, imperecederas, y son la mejor de las herencias que me está dejando. Por su optimismo y vitalidad ante la vida, por ser mi fuente de energía. A Sagrario Valverde, por alentarme todos los días de mi vida a ser mejor persona, a mostrarme tal y como soy y sobre todo, por enseñarme a estar a la altura de las cosas y por proporcionarme la posibilidad de estar viviendo. A Virgilia Talavera, mi hermana, a la que no podre dejar de darle la gracias por mostrarme su tesón, su confianza, su esfuerzo y sobre todo por mostrarme su coraje a lo largo de la vida, es el espejo en el cual mirarme.

Mi último agradecimiento es para, Ana Isabel, fuiste, eres y serás la única gran mujer que me ha transmitido el valor suficiente para construir junto a ella y movilizar todo aquello que estaba enquistado. Quiero agradecerle su confianza al apostar tan fuerte y creer en mi, y sobre todo agradecerle que me haya transmitido la pasión que me faltaba para poder hacer de esto, algo más que una Tesis.

Gracias a todos, por ayudarme a cumplir este deseo y sobre todo a que me diera cuenta que, *los mejores sueños ocurren cuando despiertas.*

Resumo

Os razoamentos son a base da estrutura profesional en calquera disciplina.

Obxectivo: determinar as destrezas cognitivas implicadas no razoamento diagnóstico dos estudantes durante a súa formación coa finalidade de elaborar un diagnóstico ocupacional.

Metodoloxía: enmarcamos a investigación nunha metodoloxía mixta; as ferramentas de recollida de datos que utilizamos foron: resolución dun caso *ad hoc*, entrevista en profundidade e caderno de campo. Participaron voluntariamente 90 estudantes do grao de terapia ocupacional da Universidade de A Coruña.

Resultados: un 65,5% identificou problemas do desempeño, un 44,44% categorizou algunha variable responsable da situación. O 5,55% realizou análise e síntese da información obtida e a mesma cifra afondou en interpretar datos para elaborar un diagnóstico ocupacional. Por outro lado, a teoría de terapia ocupacional non se utilizou para documentar problemas do desempeño. Ademais, existiu confusión nos participantes durante o procedemento de avaliación e caos no uso do razoamento diagnóstico. Tanto o razoamento procesual como un exíguo razoamento condicional apareceron nas respostas dos participantes.

Conclusión: as destrezas de razoamento diagnóstico evolucionaron durante a formación, pero non da forma que se esperaba. Ademais, a confusión teórica reinante nos participantes dificulta a construción do diagnóstico ocupacional que resuma problemas do desempeño e posibles causas.

Resumen

Los razonamientos son la base de la estructura profesional en cualquier disciplina.

Objetivo: determinar las destrezas cognitivas implicadas en el razonamiento diagnóstico de los estudiantes durante su formación para elaborar un diagnóstico ocupacional.

Metodología: enmarcamos la investigación en una metodología mixta; las herramientas de recogida de datos utilizadas fueron: resolución del caso *ad hoc*, entrevista en profundidad y cuaderno de campo. Participaron voluntariamente 90 estudiantes del grado de terapia ocupacional de la Universidade de A Coruña.

Resultados: un 65,5% identificó problemas del desempeño, un 44,44% categorizó alguna variable responsable del problema. El 5,55% realizó análisis y síntesis de la información obtenida y profundizó en interpretar datos para elaborar un diagnóstico ocupacional. Por otro lado, no utilizaron la teoría de terapia ocupacional para documentar problemas del desempeño. Además, existió confusión en los participantes durante la evaluación y caos en el uso del razonamiento diagnóstico. Tanto el razonamiento procesal como un exiguuo razonamiento condicional aparecieron en las respuestas de los participantes.

Conclusión: las destrezas de razonamiento diagnóstico evolucionaron durante la formación, pero no de la forma esperada. Además, la confusión teórica reinante en los participantes dificulta la construcción del diagnóstico ocupacional que resuma problemas del desempeño y posibles causas.

Abstrac

The arguments are the basis of the professional structure in any discipline.

Aims: determining the cognitive skills involved in the diagnostic reasoning of the students during their education, developing an occupational diagnosis.

Methodology: we demarcated the investigation in a mixed methodology; the data collection tools were: resolution of an *ad hoc* case, in-depth interview and field notebook. 90 students from the degree of occupational therapy at the University of A Coruña voluntarily participated in the study.

Results: 65.5% of the students identified performance problems, 44.44% categorized some variable responsible of the situation and 5.55% of them conducted analysis and synthesis of the information obtained and also went into detail about interpreting data to develop an occupational diagnosis. Besides this, the theory of occupational therapy wasn't used to document performance problems. There was some confusion too between the participants during the evaluation procedure and chaos in the use of diagnostic reasoning. The procedural reasoning and a meagre conditional reasoning appeared in the answers of the participants.

Conclusion: diagnostic reasoning skills were developed during the training, but not as expected. The theoretical confusion prevailing between participants made difficult to build summarizing diagnosis of occupational performance problems and possible causes.

Índice

Índice

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN GENERAL	01
1.1. Resumen del capítulo 1	13
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	16
2.1. Razonamiento clínico en terapia ocupacional	18
2.1.1. Definición y caracterización de razonamiento clínico en terapia ocupacional	19
2.1.2. Modalidades de razonamiento clínico	36
2.1.2.1. Razonamiento procesal	38
2.1.2.2. Razonamiento Interactivo	39
2.1.2.3. Razonamiento condicional	40
2.1.3. Otras modalidades de razonamiento clínico en terapia ocupacional	44
2.1.3.1. Razonamiento pragmático	45
2.1.3.2. Razonamiento ético	45
2.1.3.3. Razonamiento diagnóstico	45
2.1.4. Resumen del apartado	46
2.2. Razonamiento diagnóstico en terapia ocupacional	49
2.2.1. Evaluación ocupacional: definición, características y procedimiento	50
2.2.2. Definición de razonamiento diagnóstico	60
2.2.3. Razonamiento diagnóstico como un proceso de resolución de problemas	65
2.2.3.1. El estudio del razonamiento diagnóstico en terapia ocupacional	71
2.2.3.2. Diagnóstico ocupacional en el proceso de resolución de problemas	75
2.2.4. Diagnóstico ocupacional: producto de un proceso	80
2.2.4.1. Diagnóstico ocupacional como producto de la evaluación ocupacional	80
2.2.4.2. Arquitectura del diagnóstico ocupacional	82

2.2.5. Crítica al razonamiento clínico	86
2.2.6. Resumen del apartado	88
2.3. Razonamiento clínico en la docencia e investigación	92
2.3.1. Docencia	92
2.3.1.1. Modelos, estrategias y metodologías de enseñanza de razonamiento clínico en la docencia de terapia ocupacional	93
2.3.2. Investigación	100
2.3.2.1. Líneas de investigación de terapia ocupacional en razonamiento clínico	102
2.3.3. Resumen del apartado	111
CAPÍTULO 3. JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS	114
CAPÍTULO 4. OBJETIVOS	123
CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA	127
5.1. Encuadre metodológico	130
5.1.1 Tipo de estudio	132
5.1.1.1. Metodología cuantitativa	132
5.1.1.2. Metodología cualitativa	134
5.2. Contextualización de la investigación	136
5.2.1. Posición del investigador	136
5.2.2. Experiencia del investigador principal	136
5.2.3. Escenarios de observación	137
5.3. Población y muestreo	138
5.3.1. Ámbito de estudio	138
5.3.2. Criterios de selección	139
5.3.2.1. Criterios de inclusión metodología cuantitativa	139
5.3.2.2. Criterios de inclusión metodología cualitativa	139
5.3.2.3. Criterios de exclusión metodología cuantitativa	140
5.3.2.4. Criterios de exclusión metodología cualitativa	140

5.3.3.	Justificación y método de selección de la muestra	140
5.3.4.	Selección de la muestra	141
5.3.4.1.	Distribución de la muestra	143
5.4.	Visión general del estudio	145
5.5.	Recogida de datos	151
5.5.1.	Metodología cuantitativa	151
5.5.2.	Metodología cualitativa	152
5.6.	Análisis de los datos	154
5.6.1.	Datos de corte cuantitativo	154
5.6.1.1.	Variables a estudio	155
5.6.1.2.	Estructura de análisis de los datos	155
5.6.2.	Datos de corte cualitativo	158
5.7.	Rigor de la investigación	161
5.7.1.	Metodología cuantitativa	163
5.7.2.	Metodología cualitativa	163
5.8.	Consideraciones éticas y legales	166
CAPÍTULO 6. RESULTADOS		168
6.1.	Análisis descriptivo de la muestra	171
6.1.1.	Características socio-demográficas	171
6.2.	Resultados de la metodología cuantitativa	177
6.2.1.	Identificación de datos (<i>collecting data</i>)	177
6.2.1.1.	Resumen del apartado	185
6.2.2.	Categorización (<i>categorizing</i>)	186
6.2.2.1.	Resumen del apartado	199
6.2.3.	Análisis y síntesis (<i>analyzing/synthesizing</i>)	200
6.2.3.1.	Resumen del apartado	206
6.2.4.	Interpretación (<i>making interpretation</i>)	207
6.2.4.1.	Resumen del apartado	208

6.2.5.	Correlaciones entre variables socio-demográficas y variantes seleccionadas por los participantes para elaborar el diagnóstico ocupacional	210
6.3.	Resultados de la metodología cualitativa	213
6.3.1.	Interpretación teórica relacionada con la comprensión de la salud	214
6.3.1.1.	Notas de campo	223
6.3.1.2.	Resumen del apartado	225
6.3.2.	Organización del conocimiento durante el razonamiento diagnóstico	226
6.3.2.1.	Tema 1: diagnóstico ocupacional	226
6.3.2.2.	Tema 2: procedimiento de evaluación inicial	231
6.3.2.3.	Cuaderno de campo	247
6.3.2.4.	Resumen del apartado	250
6.3.3.	Profundidad de interpretación en el razonamiento diagnóstico	251
6.3.3.1.	Cuaderno de campo	258
6.3.3.2.	Resumen del apartado	260
CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN		262
7.1.	Discusión correspondiente a datos obtenidos mediante metodología cuantitativa	267
7.1.1.	Identificación de información de acuerdo al marco teórico utilizado por los participantes	267
7.1.1.1.	Resumen del apartado	275
7.1.2.	Categorización de información de acuerdo al marco teórico utilizado por los participantes	276
7.1.2.1.	Resumen del apartado	286
7.1.3.	Descripción de la organización y de la síntesis de la información recabada por los participantes	287
7.1.3.1.	Resumen del apartado	296
7.1.4.	Estudio de las características de las hipótesis formuladas por los participantes	298
7.1.4.1.	Resumen del apartado	303

7.1.5.	Correlaciones entre variables socio-demográficas y variantes del diagnóstico ocupacional propuesto por el participante	305
7.1.5.1.	Resumen del apartado	307
7.2.	Discusión correspondiente a datos obtenidos mediante metodología cualitativa	308
7.2.1.	Interpretación de la información presentada por los participantes	308
7.2.1.1.	Resumen del apartado	316
7.2.2.	Organización de las estrategias de recogida y procesamiento de datos usadas por los participantes	318
7.2.2.1.	Resumen del apartado	331
7.2.3.	Análisis de la información presentada por los participantes	332
7.2.3.1.	Resumen del apartado	339
7.3.	Discusión de ambas metodologías	340
7.3.1.	Confusión teórica que dificulta al participante identificar y categorizar información	340
7.3.2.	Ausencia de destrezas de análisis-síntesis, e interpretación de la información. Dificultad para usar el razonamiento diagnóstico	344
7.3.3.	Desorganización del procedimiento de evaluación ocupacional inicial que dificulta el razonamiento diagnóstico	351
7.3.4.	Resumen de este apartado	355
7.4.	Limitaciones de la investigación	357
7.4.1.	Limitaciones del estudio en metodología cuantitativa	357
7.4.2.	Limitaciones del estudio en metodología cualitativa	358
7.5.	Consideraciones para estudios futuros	359
CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES		363
CAPÍTULO 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		372
CAPÍTULO 10. ANEXOS		402
CAPÍTULO 11. PRODUCCIÓN CIENTÍFICA		457

Índice de tablas

Tabla 1.	I. Tipos de razonamiento clínico o profesional en TO	37
Tabla 2.	II. Tipos de razonamiento clínico o profesional en TO	44
Tabla 3.	Relación de destrezas cognitivas para el RD	58
Tabla 4.	Modelos docentes para el desarrollo del RD	94
Tabla 5.	Diferencias entre investigación cualitativa y cuantitativa	101
Tabla 6.	Participantes clasificados por SAM utilizadas	143
Tabla 7.	Participantes del estudio	171
Tabla 8.	Motivo de acceso grado TO de la muestra a estudio	173
Tabla 9.	Nota de acceso a los estudios de grado de TO	173
Tabla 10.	Formación de los FAM de los participantes	174
Tabla 11.	Nacimiento de los participantes de la muestra a estudio	176
Tabla 12.	Relación de áreas del desempeño por año de formación	178
Tabla 13.	Relación de síntomas y signos por año de formación	179
Tabla 14.	Relación de las DEJ por año de formación	180
Tabla 15.	Relación DCG del caso a estudio por año de formación	181
Tabla 16.	Relación de los PEJ por año de formación	181
Tabla 17.	Relación PEJ del caso estudiado por año de formación	182
Tabla 18.	Relación de los E/C por año de formación	183
Tabla 19.	Relación de E/C del caso a estudio por año de formación	184
Tabla 20.	Relación de los FC por año de formación	184
Tabla 21.	Tipos de FC del caso a estudio por año de formación	185
Tabla 22.	Actividad errónea seleccionada en el área de D/S	189
Tabla 23.	Resultado modelo logístico para CPD de D/S	189
Tabla 24.	Actividad errónea seleccionada en el área de AVDI	191
Tabla 25.	Resultado modelo logístico para CPD de AVDI	191

Tabla 26. Actividad errónea seleccionada en el área de OTL	193
Tabla 27. Resultado modelo logístico para CPD de OTL	193
Tabla 28. Actividad errónea seleccionada en el área de PS	195
Tabla 29. Resultado modelo logístico para CPD de PS	196
Tabla 30. Relación SIG/SINT por problemas y años de formación	197
Tabla 31. Relación de FC por problemas y años de formación	197
Tabla 32. Relación de DEJ por problemas y años de formación	198
Tabla 33. Relación de PEJ por problemas y años de formación	198
Tabla 34. Relación de E/C por problemas y años de formación	198
Tabla 35. Relación CPD3N+CPE2V por problemas del desempeño	200
Tabla 36. Composición RD en problemas de OTL	204
Tabla 37. Correlaciones entre VSD y variantes de DGTO OCUP	212

Índice de figuras

Figura 1. Fases de la evaluación ocupacional inicial	55
Figura 2. Evolución del RD y del DO a lo largo de la EO	55
Figura 3. Modelo simplificado del proceso de TO	72
Figura 4. RD para una persona que dice no saber cocinar	76
Figura 5. Estrategias docentes para desarrollar el PC	96
Figura 6. Proceso de estudio con ambas metodologías	131
Figura 7. Procedimiento selección muestral: diagrama de flujo	144
Figura 8. Reducción a sub-categorías, categorías y temas	160
Figura 9. Distribución por CYG de la muestra a estudio (n=90)	172
Figura 10. Acceso participantes a la formación de grado en TO	172
Figura 11. Familiares con estudios en ciencias de la salud (n=90)	174
Figura 12. Distribución por género del PNP	175
Figura 13. Entorno de PYH de la muestra a estudio	176
Figura 14. Número de PD identificados por los participantes	178
Figura 15. Identificación de síntomas por parte del participante	179
Figura 16. Identificación de DEJ por parte del participante	180
Figura 17. Identificación de PEJ por parte del participante	182
Figura 18. Identificación de E/C por parte del participante	183
Figura 19. Identificación de FC por parte del participante	184
Figura 20. Número participantes que categorizan un CPD3N	186
Figura 21. Categorización de área y actividades para el D/S	187
Figura 22. Categorizan de actividades en problema de D/S	188
Figura 23. Categorización de área y actividades para las AVDI	190
Figura 24. Categorización de actividades en área AVDI	190
Figura 25. Categorización de área y actividades para el OTL	192

Figura 26. Categorización de actividades en área de OTL	192
Figura 27. Categorización de área y actividades para PS	194
Figura 28. Categorización de actividades en área PS	195
Figura 29. Categorización de variables en un CPE	196
Figura 30. Composición del razonamiento diagnóstico por PD	201
Figura 31. Composición RD en problema D/S	202
Figura 32. Composición RD en problemas de AVDI	203
Figura 33. Composición RD problema de PS	205
Figura 34. Identificación de los problemas en el caso a estudio	205
Figura 35. Identificación por cursos de problemas del desempeño	207
Figura 36. Tipos de RZ utilizados por los participantes	208
Figura 37. Temas y categorías obtenidas en la investigación	213
Figura 38. Diagrama CAT y SUBCAT tema <i>estructuración teórica</i>	214
Figura 39. Diagrama CAT <i>interpretación problemas de salud</i>	215
Figura 40. Diagrama CAT <i>justificación teórica</i>	219
Figura 41. Diagrama TEM y CAT <i>organización del conocimiento</i>	226
Figura 42. Diagrama CAT y SUBCAT tema <i>DGTO OCUP</i>	227
Figura 43. Diagrama CAT <i>DGTO OCUP</i>	227
Figura 44. Diagrama CAT y SUBCAT del tema <i>PROEOI</i>	232
Figura 45. Diagrama CAT <i>PROEOI</i>	232
Figura 46. Diagrama CAT <i>métodos de recogida de datos</i>	237
Figura 47. Diagrama CAT <i>herramientas de recogida de datos</i>	243
Figura 48. Diagrama CAT y SUBCAT del tema <i>MORAZ</i>	251
Figura 49. Diagrama CAT Y SUBCAT <i>razonamiento condicional</i>	255

Índice de anexos

Anexos 1. Guión de la entrevista en profundidad pre-mapping	404
Anexos 2. Guión de la entrevista en profundidad post-mapping	405
Anexos 3. Datos de cuadernos de recogida de datos	406
Anexos 4. Instrumento de recogida de datos pre-mapping	407
Anexos 5. Instrumento de recogida de datos post-mapping	410
Anexos 6. Codificación de datos de los participantes del estudio	413
Anexos 7. Ficha de datos socio-demográficos de los participantes	414
Anexos 8. Hoja de información del estudio para el participante	417
Anexos 9. Folla de información do estudo para o participante	419
Anexos 10. Centro donde se realiza el estudio de investigación	421
Anexos 11. Carta presentación estudio a responsables universidad	422
Anexos 12. Consentimiento informado para participantes	424
Anexos 13. Consentimiento informado para participantes	425
Anexos 14. Consentimiento ante testemuñas para participantes	426
Anexos 15. Consentimiento ante testigos para participación	427
Anexos 16. Informe favorable CAEI de Galicia (2014/399)	428
Anexos 17. Guión de sesión informativa a los participantes	430
Anexos 18. Hoja de información para usuario del caso clínico	431
Anexos 19. Consentimiento informado de usuario caso clínico	433
Anexos 20. Consentimiento ante testigos en usuario de caso clínico	434
Anexos 21. Codificación notas de campo	435
Anexos 22. Temas y categorías obtenidas en la investigación	436
Anexos 23. Estructuración teórica. Problemas de salud	437
Anexos 24. Estructuración teórica. Justificación teórica	438
Anexos 25. Diagnóstico ocupacional. Estructura	439

Anexos 26. Procedimiento EOI. Proceso de recogida de datos	440
Anexos 27. Procedimiento EOI. Métodos de recogida de datos	441
Anexos 28. Procedimiento EOI. Herramientas de recogida de datos	442
Anexos 29. Modalidades de razonamiento	443
Anexos 30. Diagrama CAT Y SUBCAT tema <i>estructuración teórica</i>	444
Anexos 31. Diagrama CAT <i>interpretación problemas de salud</i>	445
Anexos 32. Diagrama CAT <i>justificación teórica</i>	446
Anexos 33. Diagrama TEM y CAT <i>organización del conocimiento</i>	447
Anexos 34. Diagrama CAT y SUBCAT tema <i>DGTO OCUP</i>	448
Anexos 35. Diagrama CAT <i>DGTO OCUP</i>	449
Anexos 36. Diagrama CAT y SUBCAT del tema <i>PROEOI</i>	450
Anexos 37. Diagrama CAT <i>PROEOI</i>	451
Anexos 38. Diagrama CAT <i>métodos de recogida de datos</i>	452
Anexos 39. Diagrama CAT <i>herramientas de recogida de datos</i>	453
Anexos 40. Diagrama CAT y SUBCAT del tema <i>MORAZ</i>	454
Anexos 41. Diagrama CAT Y SUBCAT <i>razonamiento condicional</i>	455

Abreviaturas

AOTA	Asociación americana de terapia ocupacional
AVDB	Actividades de la vida diaria básicas
AVDI	Actividades de la vida diaria instrumental
CEI	Comité de ética de la investigación
CAT	Categorías
CIF	<i>Clasificación internacional funcionamiento discapacidad y salud</i>
CPD	Componente descriptivo
CPD1N	Componente descriptivo de un nivel
CPD2N	Componente descriptivo de dos niveles
CPD3N	Componente descriptivo de tres niveles
CPE	Componente explicativo
CPE1V	Componente explicativo de una variable
CPE2V	Componente explicativo de dos variables
D/S	Descanso y sueño
DEJ	Destrezas de ejecución
DGTO OCUP	Diagnóstico ocupacional
DO	Desempeño ocupacional
E/C	Entorno/contexto
EO	Evaluación ocupacional
EOI	Evaluación ocupacional inicial
FC	Factores del cliente
OTL	Ocio y tiempo libre
PEJ	Patrones de ejecución
PD	Problemas del desempeño ocupacional
PS	Participación social
RZ	Razonamiento clínico
RD	Razonamiento diagnóstico
SIN/SIG	Síntomas y signos
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences®</i>
SUBCAT	Subcategorías
TO	Terapia ocupacional

Capítulo 1

INTRODUCCIÓN GENERAL

Las definiciones de razonamiento clínico en el ámbito de la terapia ocupacional han sido numerosas. Dado que todas ellas tienen rasgos en común, y con la finalidad de centrar el desarrollo del discurso a lo largo de esta tesis doctoral, utilizaremos la definición elaborada por Crepeau *et al.*⁽¹⁾ y aquella dada por Schell y Shell⁽²⁾ para definir el razonamiento clínico como *el proceso utilizado por los profesionales para planificar, dirigir, ejecutar y reflexionar sobre el cuidado del cliente.*

Por otro lado, y dado que el razonamiento clínico es un término que algunos terapeutas ocupacionales asocian a un enfoque basado en un punto de vista médico, hemos decidido utilizar también a lo largo del presente trabajo el término razonamiento profesional para incluir aquellas operaciones mentales que tienen lugar en dominios no médicos, tales como el razonamiento realizado por los docentes, o aquel realizado por el terapeuta ocupacional que trabaja en entornos comunitarios, entre otros.

El estudio del razonamiento clínico en terapia ocupacional siempre ha constituido un área de investigación de gran importancia en la **práctica, en la docencia y en la investigación.**

La importancia del razonamiento clínico en la **práctica profesional** redunda en la habilidad del terapeuta ocupacional para gestionar el proceso de evaluación, planificación e implementación de la intervención, influyendo en la efectividad de nuestro trabajo. En este proceso, a juicio de Schell y Schell⁽²⁾ o de Toth⁽³⁾, el terapeuta ocupacional se apoya en todas las modalidades del razonamiento clínico por una serie de motivos, entre los que destacan la obtención de información suficiente sobre la interacción del usuario con su entorno o contexto, categorizar esta información en problemas del desempeño⁽⁴⁾, valorar posibles intervenciones, ser consciente de sus limitaciones personales o profesionales con el fin de proponer un plan de trabajo y llevar a cabo una

intervención con el usuario dentro de los márgenes ético-morales que este presente⁽⁵⁾.

Al mismo tiempo, si el terapeuta ocupacional estructura su práctica bajo el paraguas del razonamiento clínico, esta práctica hace que el profesional se convierta en un pensador responsable que desarrolla su labor de la mejor forma posible, independientemente de su entorno laboral. Gracias a esta situación el terapeuta ocupacional entiende a la persona y comprende sus necesidades, es decir, el profesional debe saber qué puede ofrecer al paciente definiéndose y diferenciándose de otras disciplinas. Además, con el uso del razonamiento clínico, en palabras de Robertson *et al.*⁽⁶⁾, el terapeuta ocupacional aumenta la capacidad para realizar hipótesis y, gracias a estas, el pensamiento profesional se ordena, despejando de este modo las dudas e incertidumbres que se pueden presentar cuando las hipótesis no se construyen.

Así mismo, el razonamiento clínico permite a los profesionales, en palabras de Trombly⁽⁷⁾, generar un lenguaje común de terapia ocupacional que dotará de la suficiente identidad profesional para imbuirnos en la cultura de nuestra sociedad. Es decir, con el uso del razonamiento clínico en nuestra práctica profesional, podemos describir las acciones, documentar lo que sucede, por qué sucede y cuáles pueden ser sus consecuencias. Al mismo tiempo, cuanto más podamos argumentar de forma teórica lo que le sucede a la persona, cuanto más podamos definirlo, cuanto más sepamos por qué sucede y podamos identificarlo, más entenderán nuestro trabajo el resto de profesionales y las personas que reciben nuestros servicios. Además, el desarrollo del razonamiento clínico en la práctica profesional facilitará la comunicación y la transmisión del conocimiento con estudiantes en formación y nuevos graduados.

En resumen, según Robertson *et al.*⁽⁶⁾, el estudio del razonamiento clínico en terapia ocupacional facilitará que las formas intuitivas exentas de aportación teórica sean eliminadas como forma de resolver los casos por parte de los terapeutas ocupacionales. Esta situación dará paso a la creación de nuevas generaciones de profesionales altamente capacitados y con habilidades metodológicas suficientes como para justificar las decisiones tomadas, es decir, se buscará que lleven a cabo una buena y adecuada práctica profesional.

En lo que respecta a la **docencia**, el razonamiento clínico del terapeuta ocupacional se sostiene, entre otras, en las siguientes variables adquiridas a lo largo de su formación y práctica profesional; a saber: la teoría, las experiencias, los aspectos éticos, las habilidades para la gestión y procesamiento de datos, así como de la capacidad para manejar la información obtenida en un tiempo y un espacio concretos. Dicho de otra manera, al igual que cualquier otra actividad humana, el razonamiento es el resultado de la interacción entre la persona, el contexto en el cual se relaciona y las tareas específicas a realizar. No obstante, el razonamiento, capacidad básica de todos los seres humanos, se distingue del razonamiento clínico dado que este es más específico y se desarrolla en el contexto de la práctica profesional. Esta forma de razonar específica, según Mccannon *et al.*⁽⁸⁾ se construye por medio de la interacción entre la formación teórica y las experiencias profesionales que hemos adquirido durante los años de formación académica y se desarrolla a lo largo de nuestra vida profesional.

El proceso de razonamiento clínico en terapia ocupacional se adquiere progresivamente a lo largo de la formación académica, y dependerá de la fase en la que se encuentre el estudiante o profesional. Esta progresión supone conseguir una mayor facilidad comprensiva sobre los aspectos

de la práctica profesional, y va ligada a la capacidad del profesional de evolucionar como tal.

En este caso, Kuipers y Grice⁽⁹⁾ sostienen que en el proceso de aprendizaje del razonamiento clínico hay una gran diferencia entre los terapeutas ocupacionales “novatos” y “expertos”. Esta distinción no es anecdótica, puesto que nuestro razonamiento clínico evoluciona con la integración de conocimientos teórico-prácticos a lo largo de nuestra vida profesional. A pesar de esta evidencia, se ha demostrado que el razonamiento clínico en “novatos” se puede mejorar en situaciones específicas, en particular al permitir el acceso a los razonamientos de “expertos”. Es en este punto donde la literatura es más concluyente, ya que los métodos que hasta ahora se han desarrollado para facilitar esta comprensión han sido hasta el momento insuficientes para que el razonamiento clínico se desarrolle de forma adecuada en los terapeutas ocupacionales. Teniendo en cuenta el cuidadoso examen realizado en las investigaciones guiadas por Rassafiani *et al.*⁽¹⁰⁾, se podría sugerir que las formas de razonamiento clínico identificadas en la literatura de terapia ocupacional, dependen hasta cierto punto del contexto (cultural, histórico, geográfico, o socioeconómico, entre otros) en el cual se haya llevado a cabo la docencia. En este sentido, la selección de un método o estrategia docente provocará que el conocimiento llegue de una forma u otra al estudiante, teniendo consecuencias y repercutiendo en su capacidad para razonar de forma profesional. Por este motivo el estudio del razonamiento clínico o profesional debe ser la clave que structure las competencias de los planes de estudios, en una búsqueda constante de que la persona inexperta genere estructuras sólidas⁽²⁾ sobre las cuales pueda ir asentando su práctica, o incluso pueda tomar decisiones con mayor rapidez e intuición, asentadas estas sobre una teoría que circunscriba su toma de decisiones.

Sin embargo, las investigaciones sobre razonamiento clínico o profesional son actualmente escasas, especialmente en lo que respecta al estudio de su adquisición a lo largo del proceso de formación académica.

Pese a todo, las investigaciones existentes relacionadas con este tema siempre poseen el mismo denominador común en sus conclusiones: el uso y desarrollo del razonamiento clínico puede fomentar aspectos relacionados con el pensamiento crítico, proceso que ayuda a la comprensión de la persona y refuerza la idea de hacerse preguntas sobre lo que está sucediendo. Es decir, el pensamiento crítico ayuda a pensar en el motivo por el cual el individuo acudió al terapeuta, saber sus necesidades, lo que otros esperan de él/ella, o incluso saber cómo influye el entorno en su desempeño ocupacional.

Así mismo, el estudio del razonamiento clínico ayudará a desglosar y analizar los diferentes niveles de los que se compone y como estos se vinculan a la práctica del terapeuta ocupacional. Con esta labor de estudio profesionales, educadores, investigadores y científicos que tienen contacto con terapeutas ocupacionales, ya sea a nivel formativo o práctico, mejorarán la comprensión de este proceso. Todo ello repercutirá positivamente sobre el diseño de los programas de estudios de terapia ocupacional, y los estudiantes tendrán la oportunidad de aprender, desarrollar habilidades y obtener competencias profesionales específicas de su disciplina. Al mismo tiempo, la docencia podrá desarrollarse para facilitar la adquisición de destrezas de comunicación profesional, habilidades para la ejecución de procedimientos propios de la disciplina, destrezas para la reflexión sobre práctica profesional y el desarrollo de la motivación de mantener y profundizar en competencias profesionales a lo largo de la vida. De este modo, se generarán profesionales con fuertes habilidades de evaluación, pensamiento crítico, autoanálisis y toma de decisiones, las cuales son aspectos fundamentales para la construcción

del razonamiento clínico del terapeuta ocupacional⁽¹¹⁾. Por lo tanto, es necesario saber cómo se constituye el razonamiento clínico en los estudiantes de terapia ocupacional para poder establecer puentes entre la teoría y la práctica.

En último lugar, con respecto a **la investigación**, y tomando como referencia a Elstein y Bordage⁽¹²⁾ (autores de gran influencia para el estudio del razonamiento clínico en terapia ocupacional, pese a que estos desarrollan su conocimientos en la medicina), nos servimos de sus resultados para concretar que la investigación del razonamiento clínico se puede clasificar en los siguientes niveles: **juicio clínico**, **teoría de la decisión** y **procesamiento de información**.

En primer lugar, en relación con la investigación destinada al conocimiento del **juicio clínico**, Elstein y Bordage⁽¹²⁾ describen que Hammond elaboró un modelo teórico de juicio clínico en el año 1996. Este prototipo se basaba en que cada persona presenta un conjunto de signos y síntomas que el clínico sopesa y combina para llegar a una conclusión. En este proceso los investigadores intentan determinar el itinerario seguido para la elaboración de la conclusión, con el objetivo de dilucidar el modo en que se toman estas decisiones. Buscando el vínculo con la terapia ocupacional, este primer nivel de investigación se circunscribiría al conocimiento de la construcción del razonamiento clínico o profesional por parte del participante de la investigación. En este caso la labor consistiría en trazar los mapas e itinerarios cognitivos que el terapeuta ocupacional realiza para definir las hipótesis que aparecen durante el desarrollo del caso⁽¹²⁾. En resumen, este nivel de investigación intenta esclarecer los criterios utilizados por el profesional para llegar a tomar una decisión.

En segundo lugar, en cuanto a las investigaciones cuyo fin es el conocimiento de la **teoría de la decisión**, los autores Elstein y Bordage⁽¹²⁾

destacan que la naturaleza del fenómeno clínico es en ocasiones confusa e incompleta, por lo que la decisión médica se acaba convirtiendo en probabilística. En este caso el clínico intuitivo tiende a utilizar el conocimiento teórico y la experiencia clínica, no sin riesgo de cometer ciertos errores, entre los que cabe destacar la urgencia por establecer una hipótesis válida (perdiendo de esta forma la habilidad por encontrar datos que validen o refuten hipótesis iniciales), o tener ideas preconcebidas y niveles estancos de datos que agilicen la toma de decisiones. Ante estos problemas localizados por Elstein y Bordage,⁽¹²⁾ la investigación en este nivel se centra en comprender las variables que el profesional tiene en cuenta para formular una decisión. Al igual que el clínico, el terapeuta ocupacional debe tomar decisiones sobre la situación que se le presenta, y es ahí donde la similitud con los clínicos se hace más evidente. La mayor diferencia entre ambas disciplinas radica en las diferentes variables que el terapeuta ocupacional tiene en cuenta a la hora de tomar decisiones. En este caso, citando a Atkinson y Shiffrin⁽¹³⁾ y a Anderson⁽¹⁴⁾, los terapeutas ocupacionales deben utilizar el conocimiento descriptivo para definir problemas, mientras que en la aplicación de las evaluaciones e intervenciones deberán utilizar el conocimiento procedimental. Por este motivo esta línea de investigación cobra especial relevancia, pues es necesaria para analizar cómo el terapeuta ocupacional gestiona todas las variables implicadas en la toma de decisiones de la práctica⁽¹²⁾. Es habitual que en estas investigaciones queden patentes y al descubierto los defectos inherentes del razonamiento clínico.

En tercer y último lugar, respecto a la investigación dedicada al modo en el que los profesionales realizan el **procesamiento de la información**, Elstein y Bordage⁽¹²⁾ destacan los estudios de la psicología cognitiva a la hora de definir el proceso del razonamiento natural en campos como el ajedrez, la física o la neurología, entre otros.

La investigación de este proceso deriva del trabajo pionero de Newell y Simon⁽¹⁵⁾, quienes utilizan un símil de un jugador de ajedrez para explicar el procesamiento de información. Así, para estos autores, un jugador de ajedrez tiene una memoria para miles de patrones significativos de tableros. La recuperación de estos patrones de memoria a largo plazo da al experto acceso a opciones estratégicas. De manera similar, la memoria del diagnóstico de un problema de salud está unida a tácticas para obtener, evaluar, y reunir los elementos perdidos de un rompecabezas diagnóstico y las diferentes opciones de estrategias terapéuticas. En relación con la investigación referida a la terapia ocupacional, no se aleja mucho de las propuestas dadas por Elstein y Bordaje⁽¹²⁾, y es que el desarrollo de estudios vinculados a conocer cómo se conforman estos patrones de procesamiento y recuperación de la información facilitaría que los estudiantes de terapia ocupacional comprendiesen con mayor facilidad el modo a través del cual el profesional construye la imagen de una persona y su interacción con el medio. En este tipo de investigaciones se trazaría el proceso natural de razonamiento analizando sus elementos progresivos.

Esta área de investigación es vital y necesaria en terapia ocupacional. El auge de estos estudios ha sido fructífero y ha facilitado que sus resultados incidan en la mejora de la comprensión de la formación y de la práctica a través de conocimientos sobre los factores que conforman el razonamiento clínico del estudiante o profesional de terapia ocupacional.

En los últimos años, los terapeutas ocupacionales se han mostrado críticos con los programas académicos, puesto que consideran que estos no preparan adecuadamente a los estudiantes para las incertidumbres inherentes a los desafíos de la práctica⁽¹¹⁾. Los alumnos están preparados para aplicar las teorías prototípicas para situaciones sencillas, sin embargo, cuando surgen obstáculos, en palabras de Schön⁽¹⁶⁾, muchos

estudiantes no están preparados para examinar críticamente su práctica y desarrollar respuestas creativas.

A nuestro modo de entender la disciplina debe ampliar y reelaborar su lenguaje profesional, introducir teorías sólidas y afianzar procesos metodológicos que den solidez a nuestro quehacer profesional. Solo en ese momento, cuando se consolide la teoría y la metodología en que se apoya nuestra labor, los terapeutas ocupacionales dejarán de entrenarse sistemáticamente en las ciencias relacionadas con la biomedicina o la psicología para centrar la atención en los problemas relacionados con el desempeño y la participación ocupacional en diferentes condiciones de salud⁽¹⁷⁾.

Esta falta de metodología ha sido señalada por Joan Rogers⁽¹⁸⁾, quien identificó la falta de investigaciones que dieran respuesta a la forma en la que se construye el pensamiento que guía nuestra práctica. Esta situación genera confusión en el ejercicio profesional, y Schön⁽¹⁶⁾ señaló que los profesionales en muchos campos están llamados a realizar tareas para las que no han sido educados. Si esto es así, ¿de qué manera los terapeutas ocupacionales mantenemos un nivel de intervención de calidad con la persona con la que trabajamos? ¿Cómo nos aseguramos de que nuestro trabajo se ajusta a las necesidades de estas personas y sus inquietudes vitales?

Para responder a estas preguntas necesitamos, en primer lugar⁽¹¹⁾, describir la práctica competente y, por otro lado, explicar la naturaleza del pensamiento que tiene lugar cuando los terapeutas experimentados desarrollan respuestas creativas a los problemas con los que se enfrentan. Tendremos que poder dar respuesta a preguntas tales como: ¿podemos describir nuestro proceso de razonamiento clínico?; ¿podemos reconocerlo cuando lo vemos?; ¿cómo se toman las decisiones clínicas o

profesionales?; ¿por qué se toman las decisiones de esa manera?

La respuesta a estas preguntas permitirá consolidar líneas de investigación que se centren en estudiar la forma en que los estudiantes adquieren a lo largo de su proceso de formación las competencias teóricas y metodológicas necesarias para realizar su labor profesional de forma eficaz, tal y como están realizando Scanlan y Hancock⁽¹⁹⁾, McCannon *et al.*⁽²⁰⁾, Lysaght y Bent⁽²¹⁾ o Sladyk y Scheckley⁽²²⁾.

Por todos estos motivos, la presente investigación se centra en el estudio del proceso de aprendizaje de los estudiantes de terapia ocupacional, así como en las competencias básicas para razonar clínicamente de forma eficaz y eficiente.

Por todo ello, nos plantearemos caracterizar las destrezas cognitivas implicadas en el razonamiento diagnóstico de los estudiantes a lo largo de su formación, y para ello intentaremos analizar, describir, explorar y determinar cómo el estudiante procesa la información obtenida del caso estudiado de esta investigación.

1.1. Resumen capítulo 1

El razonamiento clínico ha sido desde el comienzo de los años ochenta una línea de investigación frecuente en la terapia ocupacional. Los resultados de tales investigaciones han resultado muy beneficiosos para una profesión que evoluciona a la par que se desarrolla su cuerpo teórico. Ha sido tanta la repercusión de los datos obtenidos fuera de nuestra disciplina que, en ese sentido, incluso ciertos autores han propuesto que en terapia ocupacional se hable de razonamiento profesional y no solo clínico, en tanto en cuanto los ámbitos de trabajo de los terapeutas ocupacionales no solo se circunscriben a la clínica.

En este sentido, las definiciones de razonamiento clínico difieren en ciertos aspectos, aún así, todas ellas coinciden al referirse a éste como *el proceso utilizado por los profesionales para planificar, dirigir, ejecutar y reflexionar sobre el cuidado* de la persona. A la par de esa definición, las propuestas de desarrollo del razonamiento clínico en terapia ocupacional se circunscriben a tres áreas: profesional, docente y de investigación, ámbitos en los que el razonamiento clínico incide de una forma u otra.

De este modo, en el caso del área profesional el razonamiento clínico facilita, entre otras opciones, la habilidad del terapeuta ocupacional para gestionar el proceso de evaluación, planificación e implementación de la intervención, influyendo en la efectividad de nuestro trabajo. Por consiguiente, el terapeuta ocupacional se convierte en un pensador responsable que desarrolla su labor de la mejor forma posible, independientemente de su entorno laboral. De ahí que esto permita crear un lenguaje común de terapia ocupacional que dotará de la suficiente identidad profesional como para imbuirnos en la cultura de nuestra sociedad.

Al mismo tiempo, dotar de los conocimientos necesarios sobre razonamiento clínico en el ámbito docente facilita que este proceso de inferencia profesional se desarrolle en los estudiantes a lo largo de su formación, creando de esa forma profesionales en potencia que en el momento de enfrentarse con la práctica presenten destrezas para resolver los casos a estudio. Forjar generaciones de estudiantes con un elevado conocimiento sobre razonamiento clínico facilita que estos se conviertan en profesionales responsables y sensatos a la hora de gestionar su labor. En consecuencia, el alumno poseerá un pensamiento crítico más desarrollado, lo que le ayudará a comprender con más claridad a las personas con las que trabaje, y se crearán de esta forma sólidos puentes entre la teoría y la práctica.

Algo semejante ocurre con el nivel relacionado con la investigación, en el que el estudio del razonamiento clínico ha facilitado la comprensión del proceso utilizado por los profesionales para realizar un juicio clínico que les capacite para obtener conclusiones de lo que acontece. Es por esto que tienen mayor capacidad para tomar decisiones, siendo este el segundo nivel más explorado en las investigaciones de terapia ocupacional sobre razonamiento clínico en la actualidad. Por otro lado, la comprensión de cómo se procesa y recupera la información corresponde al tercer nivel de investigación que se está desarrollando en la disciplina en relación al razonamiento clínico. Estos tres niveles inciden de forma clara en la comprensión de la formación y la práctica, permitiendo de esta forma un desarrollo exponencial de conocimientos de los factores que conforman el razonamiento clínico del terapeuta ocupacional.

Con todo ello, y a fin de que el terapeuta ocupacional pueda centrar su atención en los problemas relacionados con el desempeño y participación ocupacional, el razonamiento clínico debería consolidarse para apoyar y desarrollar una labor profesional de calidad.

Capítulo 2

MARCO TEÓRICO

Contenidos de este capítulo

- 2.1. Razonamiento clínico en terapia ocupacional**
- 2.2. Razonamiento diagnóstico en terapia ocupacional**
- 2.3. Razonamiento clínico en la docencia e investigación**

2.1. Razonamiento clínico en terapia ocupacional**Contenidos de este apartado**

- 2.1. Razonamiento clínico en terapia ocupacional**
 - 2.1.1. Definición y caracterización de razonamiento clínico en terapia ocupacional**
 - 2.1.2.1. Funciones del razonamiento clínico en terapia ocupacional
 - 2.1.2. Modalidades de razonamiento clínico**
 - 2.1.2.1. Razonamiento procesal
 - 2.1.2.2. Razonamiento Interactivo
 - 2.1.2.3. Razonamiento condicional
 - 2.1.3. Otras modalidades de razonamiento clínico en terapia ocupacional**
 - 2.1.3.1. Razonamiento pragmático
 - 2.1.3.2. Razonamiento ético
 - 2.1.3.3. Razonamiento diagnóstico
 - 2.1.4. Resumen del apartado**

Es determinante realizar una aproximación teórica al área de estudio del razonamiento clínico en terapia ocupacional, ya que gracias a él, en palabras de Robertson⁽²³⁾, podemos comprender que el pensamiento es la guía de nuestra práctica. Este aspecto en ocasiones resulta complicado de entender, puesto que las teorías desarrolladas en nuestra disciplina están enfocadas hacia el entendimiento de las personas con las que trabajamos, y no tanto a la forma en que el terapeuta ocupacional realiza la terapia, siendo esta la materia de la que se ocupa el razonamiento clínico.

Como ha señalado Schön⁽²⁴⁻²⁶⁾, la práctica profesional requiere terapeutas que sepan resolver los problemas con los que se pueden encontrar. Los terapeutas pueden guiar sus decisiones, en algunos casos, gracias a la información científica o técnica, pero buena parte de la práctica requiere de un gran número de decisiones y acciones en las que las guías clínicas no aportan todo lo necesario para realizar su labor profesional⁽²⁾.

Según Unsworth⁽²⁷⁾, a pesar de la diversidad de contribuciones a esta área de conocimiento, hay varios puntos de interés común entre las perspectivas de toma de decisiones y de razonamiento clínico, a saber: *cómo llegar a ser mejor en lo que hacemos, la forma de explicar y describir nuestros conocimientos y la experiencia a los demás, el modo de mejorar la enseñanza de la disciplina a los estudiantes y a los principiantes y la forma de justificar nuestra valía como profesionales en un sector cada vez más competitivo y crítico*^(24,28).

2.1.1. Definición y caracterización de razonamiento clínico en terapia ocupacional

Los términos de razonamiento clínico, juicio clínico, toma de decisiones, solución de problemas y razonamiento diagnóstico son generalmente considerados como sinónimos y se usan indistintamente. Es importante señalar que estos términos se refieren al concepto descrito por Barrows y Feltovich⁽²⁹⁾ de razonamiento clínico como *el proceso cognitivo necesario para evaluar y manejar el problema o limitación en el desempeño con el que nos encontremos en la práctica profesional*.

El uso del término "razonamiento clínico", ha generado numerosas controversias entre los especialistas, puesto que consideran que el adjetivo "clínico", restringe el área de actuación de los profesionales de terapia ocupacional a ámbitos hospitalarios o médicos⁽³⁰⁾. Ante esta

situación han surgido diversas propuestas que intentaban definir razonamiento clínico de una manera más amplia y acorde con la práctica de la disciplina. Autores como Kielhofner⁽³¹⁾ proponen el término “razonamiento profesional”, y no clínico, aunque esta propuesta tampoco sería del todo acertada, dado que no todos los terapeutas ocupacionales trabajan en la práctica profesional. Este nuevo término fue recogido posteriormente por Schell y Schell⁽²⁾, quienes lo ampliaron en su publicación *Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy*. El desarrollo de esta concepción posibilita que el terapeuta ocupacional pueda dotar a su razonamiento de postulados propios, que en líneas generales no distan tanto de los procesos mentales de otras ciencias con las que compartimos escenario de trabajo. A pesar de todo, son muchos los profesionales que, intentando evitar la utilización de los términos anteriormente citados dada su impropiedad léxica, deciden utilizar nomenclaturas diferentes, pero que en esencia mantienen la misma composición. Esta situación puede generar confusión en la terminología, dada la cantidad de términos propuestos para una misma realidad. Con la finalidad de crear mayor confusión, nosotros proponemos evitar la tendencia a acuñar nuevos términos en vez de consolidar los que ya existen, si bien es cierto que lo recomendable es utilizar aquel concepto que más se acomode a la necesidad profesional de cada especialista, para lo cual se deberán tener en cuenta parámetros tales como nivel, lugar y estado de la intervención. Es importante, sin embargo, no olvidar que el problema no reside tanto en el uso del concepto que se haga, sino a lo que este alude, cuyo significado no es otro que el proceso del pensamiento del terapeuta ocupacional que se activa para colaborar junto a la personas, comunidades u organizaciones con las que trabaja⁽¹¹⁾.

El interés por el estudio del razonamiento clínico tiene su origen en las investigaciones que desde 1950 vienen estableciendo en el ámbito de la psicología las líneas cardinales que estructuran el programa de la

psicología cognitiva⁽³²⁾. Entre las propuestas de investigación más representativas de aquellos años destacan los trabajos sobre la capacidad para adquirir y almacenar información, los trabajos de Miller⁽³²⁾ sobre los límites de la capacidad humana para procesar información, el estudio de Bruner⁽³²⁾, Newell y Simon⁽⁵⁾, Elstein y Bordaje⁽¹²⁾ o el estudio de Elstein *et al.*⁽³³⁾ sobre la formación y adquisición de conceptos. Los descubrimientos realizados en las investigaciones que acabamos de citar supusieron un vuelco hacia la psicología cognitiva, corriente que alcanza su auge a mediados de la década de 1960⁽³²⁾, y que con el paso de los años permitirá la creación del revolucionario *paradigma del procesamiento de la información*. A modo de síntesis, Moruno⁽³²⁾, tomando como base a Newell y Simon, considera que las funciones cognitivas pueden ser concebidas como productos de sistemas que se caracterizan por su capacidad de interactuar con el medio a través de la adquisición, almacenamiento, transformación y emisión de información; es decir, como *sistemas capaces de procesar información*. De esta forma, lo que caracteriza a los sistemas que procesan información, y entre ellos se incluye la cognición humana, es su capacidad para operar con estructuras simbólicas de información. Desde esta perspectiva, el estudio de la cognición humana versa sobre el modo en que el hombre capta información, la almacena, transforma sus estadios internos y emite conductas correlativas a tales modificaciones.

Sin duda alguna, la aportación de mayor relevancia al razonamiento clínico aparecida hasta la fecha la constituyen las investigaciones realizadas por Stolper *et al.*⁽³⁴⁾ y Elstein *et al.*⁽³³⁾, en relación con la psicología cognitiva. Esta rama de la psicología concibe al ser humano como un procesador de información, siendo la práctica profesional el mejor escenario para favorecer el razonamiento clínico, ya que este se fundamenta en el juicio humano de los profesionales. Por lo tanto este proceso de pensamiento se puede enseñar, educar y entrenar tal y como

indican los estudios de Elstein *et al.*⁽³³⁾, y que son un pilar fundamental en los estudios sobre razonamiento clínico. Ante esta situación, la propuesta teórica de la estructura del razonamiento clínico fundamentada por Elstein *et al.*⁽³³⁾ y Moruno⁽³²⁾ describe el proceso de solución de problemas clínicos, como *un procedimiento de generación y contrastación de hipótesis*. Este se corresponde con cuatro etapas: adquisición de indicios (*cue acquisition*), generación de hipótesis (*hypothesis generation*), interpretación de los indicios (*cue interpretation*), evaluación de las hipótesis (*hypothesis evaluation*) (ver apartado 2.2.3, página 65).

En la primera etapa es habitual que el clínico aplique diferentes métodos para la recopilación de datos sobre el caso. Una característica singular de los problemas clínicos es que, a diferencia de otras alteraciones, el profesional tiene que recabar habitualmente la información a través de la aplicación de diferentes pruebas, utilizando determinadas herramientas o bien consultando distintas fuentes de información. Es decir, es frecuente que el clínico deba “construir” el problema antes de abordar su solución. Tomando como base la teoría de resolución de problemas de Newell y Simon⁽¹⁵⁾ o Elstein *et al.*⁽³³⁾, se diferencian dos características básicas en la resolución de problemas clínicos, a saber:

- El entorno de la tarea, esto es, el problema diagnóstico, se traduce en una representación cognitiva interna (espacio del problema).
- La estructura de la representación cognitiva del clínico determina las actividades de procesamiento de la información a usar en la búsqueda de la solución.

La amplitud posible del espacio del problema en el caso del diagnóstico médico es considerable (como consecuencia de su alto grado de indeterminación), en la medida en que son numerosos los estados de conocimiento intermedio que pueden generarse y los operadores potencialmente aplicables a un amplísimo abanico de condiciones

iniciales. Los autores sostienen que la estrategia principal que utilizan los clínicos para delimitar el espacio del problema es la generación de hipótesis diagnósticas. En esta segunda etapa, la generación temprana de hipótesis permite utilizar un método hipotético-deductivo según el cual la recogida de datos se orienta desde la dirección de las hipótesis generadas⁽³²⁾. A partir de la adquisición de un número reducido de indicios o patrones de indicios (con frecuencia un único dato de mayor relevancia) se activan las categorías diagnósticas almacenadas en la memoria a largo plazo mediante un proceso de asociación. El número de hipótesis es reducido, alrededor de seis o siete como máximo, aunque estas pueden disminuir si se organizan de forma jerárquica en racimos de grupos de hipótesis. En la tercera etapa el resto de la información, tanto disponible como recabada, se interpreta en relación con las hipótesis generadas. Así, los nuevos indicios obtenidos se interpretan como significativos o irrelevantes en referencia a la confirmación de alguna de las hipótesis manejadas. Por último, en la cuarta etapa se evalúa la validez de las hipótesis realizadas, basándose en la ponderación de los indicios recabados hasta alcanzar un diagnóstico definitivo, resultado de la elección de aquella hipótesis que sume un mayor número de datos e indicios a favor y una suma menor en contra⁽³²⁾.

En resumen, la investigación desarrollada en medicina por Elstein *et al.*⁽³³⁾ influyó notablemente en la terapia ocupacional, especialmente en el desarrollo de las propuestas sobre razonamiento procesal y diagnóstico, ya que se puede establecer un modelo teórico que permite describir y esclarecer el proceso de razonamiento diagnóstico, estructurándolo como un procedimiento de generación y validación de hipótesis⁽²⁸⁾. Aunque aceptemos los estudios de Elstein *et al.*⁽³³⁾ como válidos, actualmente disponemos de diversas propuestas respecto al ordenamiento de este proceso que evidencian problemas complejos concernientes a las múltiples realidades de nuestra profesión. Es obvio que los postulados y

presupuestos inherentes a nuestra disciplina se ponen en juego durante el proceso de razonamiento clínico. En otras palabras, las variables que exploramos, así como el proceso elegido para realizar este razonamiento durante nuestra labor evidencian distintas formas de entender al ser humano y el valor terapéutico de la ocupación de lo que propone el razonamiento clínico en medicina⁽¹⁸⁾.

Ante esta variedad de perspectivas, en la terapia ocupacional, el estudio del razonamiento clínico ganó peso en la disciplina durante la década de 1980, de mano del trabajo realizado por Joan Rogers en 1983 llamado *Eleanor Clark Slagle Lecture* para la Asociación Americana de terapia ocupacional (AOTA)⁽³⁵⁾. En este estudio se evidencia que Rogers estaba al tanto de las nuevas investigaciones en la medicina y la psicología cognitiva, que versaban sobre la construcción de la toma de decisiones en las intervenciones con personas.

Tomando como base esta investigación, Moruno⁽³⁶⁾ comenta que Rogers y su colega Masagatani, estudiaron las intervenciones realizadas por un grupo de diez terapeutas ocupacionales con la finalidad de descubrir el modo en que llegaban a su establecer su razonamiento. A lo largo de este análisis las autoras pudieron comprobar que los terapeutas eran a menudo incapaces de explicar cómo llegaron a esas conclusiones, siendo este fenómeno habitual entre los estudiantes de terapia ocupacional. Esto se debe a que a lo largo de las prácticas el alumnado no pregunta el motivo que ha llevado a los tutores a realizar una acción en particular.

Rogers expresó su preocupación acerca de este fenómeno, dado que si no podíamos describir los procesos de razonamiento que subyacen a nuestras acciones, entonces sería difícil mejorar sistemáticamente y enseñarlos. El desafío propuesto por Rogers a la profesión estimuló múltiples vías de investigación, cuyo propósito era el de comprender

cómo los terapeutas ocupacionales estructuraban el pensamiento para desarrollar su práctica real. Este desafío dio paso a la colaboración entre la Fundación Americana de terapia ocupacional (AOTF) y la Asociación Americana de terapia ocupacional (AOTA) y es entonces cuando un grupo de investigadores, entre los que se encontraba Schön, comenzaron a desarrollar grupos de trabajo para “investigar el conocimiento clínico y experiencia dentro de la profesión”⁽³⁷⁾. Estas vías de estudio dieron su fruto por medio del documento que AOTF y AOTA financiaron conjuntamente, siendo conocido con el nombre *Clinical Reasoning Study*, de Cheryl Mattingly y Maureen Fleming⁽³⁷⁾. Entre las conclusiones más relevantes de este estudio, las autoras describen que no existe una única forma de razonamiento clínico, sino que hay diversas formas de llevarlo a cabo, siendo objeto de estudio en la actualidad.

Este trabajo tuvo una gran influencia en el estudio del razonamiento clínico en la terapia ocupacional de los años posteriores, de forma que llegó a aparecer en un número especial de la *American Journal of Occupational Therapy* en el año 1991, y que culminaría con la publicación del libro *Clinical Reasoning: Forms of Inquiry in a Therapeutic Practice* en el año 1994⁽³⁷⁾. Estos antecedentes fueron los que iniciaron a partir de esa fecha el desarrollo de estudios sobre terapia ocupacional y razonamiento clínico con conclusiones, recomendaciones y sugerencias de cómo mejorar la práctica, la docencia y ahondar en las posibles vías de estudios futuros.

Moruno *et al.*⁽³⁸⁾, basándose en estudios anteriores de Moruno⁽³²⁾, realizaron una revisión de la literatura sobre los trabajos aparecidos desde 2002-2009, para posteriormente Moruno *et al.*⁽³⁹⁾, completar la revisión de los documentos desde 2009 hasta la actualidad. En la primera revisión los autores destacan que el razonamiento clínico es la base de la práctica de la terapia ocupacional, puesto que no solo facilita generar alternativas en

la toma de decisiones acerca de las intervenciones y el seguimiento de los usuarios, sino que además asienta una práctica sólida que apoya nuestra competencia clínica⁽³⁹⁾. La integración de los aspectos procesales e interactivos del abordaje terapéutico y el razonamiento clínico no dependen tanto de los años de experiencia, sino de los valores y percepciones subjetivas de cada terapeuta con respecto hacia aquello que es su trabajo o cometido, pudiendo llegar a ser un proceso complejo, central, multifacético y dinámico que solo ha comenzado a ser descrito y comprendido dentro de las investigaciones y estudios vinculados con la terapia ocupacional, en palabras de Mitchell y Unsworth⁽⁴⁰⁾. No obstante, parece ponerse de manifiesto que el razonamiento clínico se adquiere progresivamente y que los estudiantes y profesionales novatos evolucionan desde un razonamiento procedimental a un paso intermedio interactivo y, por último, al razonamiento condicional, siendo necesario facilitar ese proceso de transición por parte de los docentes universitarios y de la supervisión de la práctica clínica⁽²⁰⁾. Por lo tanto, se hace preciso que las investigaciones sobre razonamiento clínico versen sobre la enseñanza del mismo en las aulas.

En la segunda revisión realizada por Moruno *et al.*⁽³⁸⁾ el panorama es alentador, ya que la producción científica en torno a este objeto de investigación ha experimentado un notable aumento. Cabe reseñar el hecho de que la mayor parte de los artículos tengan como objetivo de investigación principal el razonamiento procesal, es decir, aquel que se centra en las operaciones cognitivas de los terapeutas ocupacionales durante el procedimiento de recogida de datos, su análisis e interpretación, para lograr elaborar diagnósticos ocupacionales precisos y eficientes durante el proceso de evaluación ocupacional inicial. Además, los resultados del análisis llevado a cabo permiten a los autores concluir que la investigación sobre razonamiento clínico en terapia ocupacional constituye un importante objeto de interés en el ámbito académico, en

relación con la capacitación y especialización de los terapeutas ocupacionales durante su formación y desarrollo profesional posterior. Esto es debido a que gran parte de los estudios producidos sobre el objeto del razonamiento clínico en terapia ocupacional se centran en el área de la docencia⁽³⁸⁾.

Tal y como adelantábamos en el punto 2.1.1., a este hecho se añade la propuesta de algunos autores citados por Moruno y Talavera⁽²⁸⁾ en su recopilación, entre quienes destacan las aportaciones realizadas por Elstein y Bordage⁽¹²⁾ y Elstein *et al.*⁽³³⁾ sobre el razonamiento diagnóstico en medicina, constituyéndose en referente básico de las posteriores investigaciones llevadas a cabo sobre razonamiento clínico. Según Mitchell y Unsworth⁽⁴⁰⁾ o Mattingly y Fleming⁽³⁷⁾, a pesar de la diversidad de propuestas sobre esta área de conocimiento, hay varios puntos de interés común entre las diferentes perspectivas de toma de decisiones y de razonamiento clínico: en primer lugar, cómo mejorar en el trabajo que desempeñamos, la forma de explicar y describir nuestros conocimientos y la experiencia a los demás, el modo de mejorar la enseñanza de la disciplina a estudiantes y a principiantes, así como el medio de justificar nuestra valía como profesionales en un sector cada vez más competitivo y crítico.

En terapia ocupacional, algunos autores han definido razonamiento clínico como el proceso cognitivo básico que utilizan los profesionales para planificar, dirigir y desarrollar el cuidado del usuario, así como la reflexión sobre el proceso de atención^(2,10). Moruno ^(32,41) cita a Hagerdon y a Schell, ya que estos argumentaron que el razonamiento clínico es el proceso de pensamiento que utilizan los terapeutas en la práctica y que les permite individualizar la intervención con el usuario, facilitando el desempeño funcional y generando resultados positivos. El razonamiento clínico, en palabras de Mccannon *et al.*⁽²⁰⁾, ha sido reconocido como un elemento

crucial y fundamental del proceso de intervención⁽⁴²⁾ y es una pieza clave para generar la competencia clínica necesaria para intervenir con los usuarios. De acuerdo con Erhardt y Meade⁽⁴²⁾, la eficacia del razonamiento clínico se considera un componente esencial entre las profesiones de la salud. Saber cómo organizar el pensamiento proporciona una estructura (un marco de raciocinio) para organizar y apoyar el pensamiento clínico y la reflexión^(42,43). Tomando como punto de partida esta afirmación, Unsworth⁽²⁷⁾ asegura que el razonamiento clínico en terapia ocupacional constituye la principal estrategia para la toma de decisiones (puesto que responde a “saber-cómo” (*know-how*) hacer) en el ejercicio diario del profesional, posibilitando al terapeuta la búsqueda de información e interpretarla para poder generar la mejor de opción de intervención^(37,44). El razonamiento clínico del terapeuta ocupacional se caracteriza por ser un modo de pensamiento complejo y polifacético, que tiene lugar en diferentes momentos de la práctica clínica y que permite aprehender y enjuiciar los diversos elementos que se ponen de manifiesto de cara a la acción. Además, es importante señalar que el razonamiento clínico del terapeuta ocupacional es “en gran parte tácito, altamente imaginativo y profundamente fenomenológico”⁽⁴⁵⁾. Esto hace que algunos aspectos del razonamiento sean más difíciles de describir que otros, en la medida en que gran parte del conocimiento de la profesión es conocimiento práctico y en muchas ocasiones tácito.

Por lo tanto, a modo de resumen, podemos definir^(7,28) el razonamiento clínico de la siguiente manera: se trata de un proceso sistemático de generación (*bottom-up*) y comprobación (*top-down*) de hipótesis a partir de unas claves, así como la interpretación de las mismas, que se realiza a nivel cognitivo por medio de operaciones lógicas formales y que se encuentra presente en todo el proceso y en las fases de la evaluación ocupacional (evaluación ocupacional inicial, continuada y valoración ocupacional final, así como durante toda la fase de planificación de la

intervención y gestión de la misma). En este proceso el terapeuta ocupacional interactúa con la persona, con otras partes relevantes del proceso, obtiene información por medio de fuentes directas o indirectas y toma decisiones sobre metas y estrategias terapéuticas, basadas principalmente en dos aspectos; por un lado los datos aportados por la persona y sus necesidades, y por otra parte los propios conocimientos y criterio del profesional.

2.1.1.1. Funciones del razonamiento clínico en terapia ocupacional

La investigación sobre razonamiento clínico debe desarrollarse para cumplir diferentes funciones que se pueden observar en la práctica y la docencia. Los estudios realizados por Rogers⁽⁴⁶⁾ fueron para los terapeutas ocupacionales el germen que dio lugar a la aparición de investigaciones que han mejorado notablemente la formación teórica de los terapeutas ocupacionales, como son las propuestas por Seif *et al.*⁽⁴⁷⁾ o Coates y Crist⁽⁴⁸⁾. La repercusión de este tipo de investigaciones en el trabajo práctico de los terapeutas ha conllevado sin duda un mayor conocimiento de los procesos de razonamiento, lo que redundará favorablemente en la calidad de nuestros servicios, según exponen Stark *et al.*⁽⁴⁹⁾, Hall *et al.*⁽⁵⁰⁾ o Mattingly⁽⁵¹⁾, a saber:

a) La práctica profesional.

- Dota al profesional de una certeza sobre su práctica, ya que permite que se puedan desarrollar diferentes formas de razonamiento clínico y así comprender mejor aquello que le sucede a la persona con la que trabajamos y el motivo de esa situación. Es necesario tener en cuenta la importancia del conocimiento y puesta en práctica del razonamiento clínico por parte del profesional, ya que incide directamente en el correcto desarrollo de forma que no se diluya. Por otro lado, si se desconoce este método, las experiencias enriquecedoras de la

práctica pasarán por delante de sus ojos, pero no harán mella en su evolución profesional⁽²⁴⁻²⁶⁾.

- Facilita la sistematización del proceso de evaluación, ya que una correcta recogida de datos, necesaria para la comprensión de lo que acontece, es la máxima prioridad en un profesional. En ese proceso, según Moruno y Talavera⁽²⁸⁾, el terapeuta ocupacional tiene que ser sistemático y buscar e indagar aquello que sucede desde un proceso de evaluación ocupacional adecuado. Además, tiene que generar estructuras sólidas sobre las cuales pivotar su trabajo de recopilación de datos, formas estas rigurosas y adecuadas a la población con la que se trabaja. Tomar conciencia de esta necesidad conduce a la necesidad de marcar pautas claras de sistematización de procesos⁽²⁸⁾.
- Desarrolla en el profesional la comprensión de “saber qué es lo que evalúas”, ya que en el momento en el que un terapeuta tiene claro su cuerpo teórico, también sabrá cuál es su misión profesional. Cuanto más definido se tengan los niveles del conocimiento, más fácil será que un experto desarrolle su práctica. Un terapeuta ocupacional no puede confundir sus razonamientos con material teórico de disciplinas afines que fueron contribuyendo a conformar su armazón teórico a lo largo de su educación. Durante el aprendizaje las contribuciones de la terapia ocupacional deben distinguirse claramente de otras disciplinas. En palabras de Rogers y Holm⁽⁴⁶⁾, de nada sirve que un terapeuta ocupacional ponga a funcionar su razonamiento clínico si, en el momento de gestionar el razonamiento diagnóstico, el componente descriptivo no aporta datos sobre la ocupación del ser humano y en el componente explicativo no aparezcan las variables que aclaren lo que sucede y por qué sucede desde los postulados propios del cuerpo epistemológico de nuestra disciplina. No mantener el rigor suficiente en la evaluación ocupacional, esto es, obtener datos que pueden parecer relevantes pero que en realidad no tienen peso en nuestras acciones, genera una confusión que evita la evolución de nuestras

intervenciones, todo ello como resultado de una mala praxis en el desarrollo de nuestro razonamiento clínico⁽¹¹⁾.

- Facilita comprender la realidad de la persona con la que se trabaja, ya que el pensamiento del terapeuta ocupacional se circunscribe a comprender las posibles dificultades en el desempeño ocupacional y, lo más importante, por qué se producen y en qué repercuten⁽¹¹⁾.
- Ofrece rigor en el manejo del léxico de la disciplina, dotando de sentido a la interpretación de su discurso ante sus compañeros y personas a las que atiende. En este caso, la mejor forma de poder contribuir a la salud de las personas con las que trabajamos es la posibilidad de explicar el resultado de nuestra evaluación desde nuestra concepción teórica, utilizando las “gafas conceptuales” de nuestra profesión⁽³¹⁾, evitando de esa forma confundir y confundirnos al utilizar otros postulados que nos son propios de la disciplina.
- Facilita el desarrollo de investigaciones que potencien este constructo, ya que cuanto más se asienten las consideraciones anteriormente reflejadas, más necesario será para un terapeuta ocupacional investigar sobre ellas. Solo de esa forma se puede avanzar en una realidad como el razonamiento clínico en terapia ocupacional⁽¹¹⁾.
- Potencia las prácticas reflexivas, conduciendo a los terapeutas ocupacionales a redefinir el significado de sus acciones y producir nuevos conocimientos fruto de estas consideraciones. Además, ser capaz de reflexionar sobre la práctica se refleja en el ejercicio de la profesión mientras se trabaja en ella. La reflexión surge incluso cuando aparecen imprevistos. A partir de ahí, el profesional intenta recapacitar sobre su comprensión inicial del fenómeno, construyendo así una nueva descripción para él y tal vez obtener una nueva teoría. Esta situación permite que se formen profesionales más flexibles ante situaciones que acontecen en su actividad laboral y facilitan por tanto su vínculo con las personas con las que trabajan⁽¹¹⁾.

b) La docencia: la enseñanza del razonamiento clínico exige un esfuerzo por parte de los dos agentes implicados profesor y alumno. Este cambio tiene que ser bidireccional, es decir, el docente debe aplicar y modificar su patrón de docencia hacia una práctica centrada en el estudiante, y por su parte el alumno debe estar receptivo y cambiar su rol de discente a participante. Estudios presentados sobre esta situación de Schön⁽²⁴⁻²⁶⁾; Neistadt^(52,53); Neistadt *et al.*⁽⁵⁴⁾; Rogers⁽¹⁸⁾; Rogers y Masagatani⁽³⁶⁾; Rogers y Clarke⁽³⁵⁾; Rogers y Holm⁽⁴⁶⁾, hablan de la necesidad de convertir al estudiante en sujeto pensante más que al estudiante en memoria andante. Se propone un cambio de la docencia llevada hasta su máximo extremo: partir de la enseñanza memorística tradicional para caminar hacia la docencia operativa y práctica⁽¹¹⁾.

En este sentido Mosey^(56,57) desarrolla los siguientes principios por los cuales el desarrollo del razonamiento clínico es beneficioso para el docente y el estudiante:

- Un aprendizaje en razonamiento clínico desarrolla capacidades inherentes al individuo como es la capacidad del estudiante para aprender o reflexionar sobre sus acciones, con la carga que previamente presenta y que son parte de su condición, generadas y favorecidas por el contexto y el entorno de procedencia. Así mismo, facilita el manejo de limitaciones personales que deben localizarse lo antes posible para gestionar posibles frustraciones.
- Favorece la atención y la percepción del estudiante. Para ello, el docente debe lograr que los períodos de atención sean paralelos al desarrollo del alumno, y tendrá que facilitar espacios donde la captación de la atención se consiga más fácilmente, favoreciendo así que la percepción de lo aprendido se sistematice y se desarrolle, y permitiendo la capacidad de percibir la experiencia de su práctica.
- Facilita la motivación en el estudiante, ya que este proceso interno es el que estimula al estudiante a satisfacer las dudas que pueda tener.

Por ello, y aunque la motivación debe provenir del estudiante, el docente tiene que saber promoverla, ya que cuanto más motivado se encuentre el alumno mayor será su receptividad al aprendizaje.

- Facilita la comprensión del estudiante ante lo que tiene que realizar como profesional. Por ese motivo, cuanto más ágil sea la labor docente para que el estudiante entienda lo que se está haciendo, mucho mayor será el aprendizaje.
- Desarrolla la participación activa del estudiante, beneficiando la comprensión del cuerpo teórico de la disciplina. Si esto no es así y se forman estudiantes poco proclives a la interacción en las aulas, no se enfrentan a las necesidades de gestión de su aprendizaje, perdiendo las experiencias de encontrarse ante situaciones nuevas que generen recursos para promover las habilidades necesarias para el desarrollo del razonamiento clínico.
- Establece en el estudiante refuerzos y *feedbacks*, claves importantes en el desarrollo del razonamiento clínico. Esto es así, ya que a través del *feedback* el estudiante puede calibrar su actuación ajustándola a las necesidades y adquiriendo la experiencia necesaria para dotar a su acción de contenido. El docente tendrá que construir junto a él la capacidad de expresar los motivos y los medios para llevar a cabo sus razonamientos.
- Se forman estudiantes con capacidad de reflexión crítica para entender aspectos de forma simple y con formas de procesamiento ágiles.
- Desarrollan la creatividad del estudiante creando un potencial que utilizará durante su práctica. En ocasiones el solo uso de la razón no nos lleva a obtener resultados satisfactorios, y es entonces cuando el alumno debe hacer uso de la creatividad para obtener datos, o elaborar contenidos de forma que pueda resolver la situación a la que se enfrente. La creatividad, bien gestionada, facilita la flexibilidad del pensamiento, situación esta que será clave en cualquiera de los

razonamientos de la práctica.

- Se facilita la continuidad entre lo aprendido y la práctica, posibilitando que los estudiantes rompan con la práctica habitual de generar razonamiento en situaciones teóricas, y no sean capaces de resolver conflictos en la práctica real^(56,57).

c) La formación: gracias a una docencia más ajustada a las necesidades del estudiante en materia de razonamiento clínico, obtendremos profesionales que desarrollarán de forma longitudinal a lo largo de los cursos académicos los siguientes aspectos:

- Destrezas de gestión: habilidades utilizadas para organización (gestión de datos), localización de información y solución de problemas (uso de sus capacidades para encontrar estrategias que resuelvan situaciones de conflicto).
- Destrezas de interacción: capacidad para desarrollar un vínculo de confianza con el paciente, debiendo adquirir destrezas comunicativas (manejo de información verbal y no verbal), así como manejo de situaciones y asesoría (habilidades de empatía, escucha, mirada, posición corporal).
- Destrezas técnicas: están relacionadas con el conocimiento y la habilidad para realizar una correcta evaluación ocupacional que pueda sustentar el diagnóstico del terapeuta ocupacional. Para ello es necesario generar habilidades de trabajo personal (observación, aplicación del conocimiento, análisis, evaluación y valoración) y potenciar el desarrollo consciente de nuestra activación cognitiva.
- Destrezas intelectuales:
 - Memoria operativa profesional: se requiere una memoria lo suficientemente ágil como para reconocer *scripts* e integrar los diferentes indicadores que se activan en esta memoria a la hora de localizar y generar una interpretación de los datos.
 - Razonamiento fluido: representa la capacidad de pensar

lógicamente y resolver los problemas generados ante nuevas situaciones. Es decir, consiste en desarrollar la competencia de hallar correspondencias entre estructuras de distinta representación mental y establecer analogías.

- Habilidades de percepción y pensamiento lógico: desde el momento en que entrenamos la captación de los indicadores que nos dan información sobre la persona, estamos ejercitando la velocidad de conexión entre ambos hemisferios cerebrales responsables de la rapidez en la gestión de datos. De esta forma desarrollaremos en el estudiante la capacidad para aprender estrategias explícitas y lógicas de razonamiento clínico, en lugar de solo tratar de “memorizar” *scripts* de limitaciones o problemas en el desempeño.
- Conocimiento tácito y explícito: El conocimiento puede tener dos formas de recepción:
 - Conocimiento implícito. Es aquella forma de saber no fácilmente expresable, ya que no siempre podemos detallar los pasos para ejecutar un determinado procedimiento, al menos no verbalmente.
 - Conocimiento explícito: aquel medio de entendimiento fácil de expresar por medio de un lenguaje, o bien articulado en conceptos.

Es aquí donde el enteramiento en memoria de trabajo (*working memory*), la atención ejecutiva y el sistema para el conocimiento implícito, tácito o procedimental, entran en juego ya que el terapeuta ocupacional tiene que conocer una amplia variedad de categorías que se llegan a conocer a través del sistema de aprendizaje procedimental. Sin embargo, este aprendizaje se realiza lentamente y es altamente dependiente de la retroalimentación, necesitando ser entrenado desde la formación del profesional⁽¹¹⁾.

- Flexibilidad con la ambigüedad de los datos: en este caso el estudiante adquiere destrezas para adaptarse a las condiciones particulares de cada persona, comunidad u organización, de cada sistema de salud, y de cada centro de trabajo.
- Desarrollo del pensamiento crítico: este punto es básico para analizar o evaluar la estructura y consistencia de los razonamientos, en particular opiniones o afirmaciones que la gente acepta como verdaderas en el contexto de la vida cotidiana. Por tanto, el alumno desarrolla habilidades de observación y se nutre de la experiencia.
- Desarrollo de prácticas reflexivas: habilidad para examinar nuestras propias acciones, con el fin de determinar nuestras fortalezas y debilidades relacionadas con la práctica profesional.

2.1.2 Modalidades de razonamiento clínico

La singularidad del razonamiento clínico en terapia ocupacional se evidencia en los trabajos de Fleming⁽⁵⁸⁾, Mattingly y Fleming⁽³⁷⁾. El razonamiento clínico del terapeuta ocupacional se organiza en torno a un “pensamiento de tres pistas” (*three-track mind*), distinguiendo entre razonamiento procesal, interactivo y condicional. Esto es, en el razonamiento clínico del terapeuta ocupacional entran en juego diversas estrategias de pensamiento que se alternan, dependiendo de la situación, que cumplen funciones diferentes. De esta forma surgen las diferentes modalidades de razonamiento clínico en terapia ocupacional (ver tabla 1).

Tabla 1. I. Tipos de razonamiento clínicos o profesionales en TO

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

Fuente: modificado por Talavera⁽¹¹⁾ de Moruno *et al.*⁽³⁸⁾, Mattingly y Fleming⁽³⁷⁾. TO: terapia ocupacional

2.1.2.1. Razonamiento procesal

Esta modalidad la podemos considerar muy similar^(2,46) tanto al razonamiento preconizado en la literatura sobre solución de problemas médicos^(59,37,60) como al razonamiento hipotético que estos emplean en su razonamiento diagnóstico. El terapeuta ocupacional se enfrenta a una amplia variedad de potenciales espacios de problemas, en un intento por identificar tanto el posible origen de los mismos como las estrategias más adecuadas para lograr su solución. Gracias a sus conocimientos teóricos y a la experiencia práctica acumulada, el terapeuta ocupacional crea y utiliza guiones (*scripts*) que guían su razonamiento⁽²⁸⁾.

Estos le ayudan a organizar, almacenar y recuperar su conocimiento sobre eventos comunes asociados a determinadas condiciones patológicas, lo que posibilita un procesamiento eficaz de la información. De este modo, proporciona estrategias eficaces para manejar información muy compleja y le permite generar hipótesis que guiarán la búsqueda de información durante la evaluación.

Por lo tanto, el razonamiento procesal permite definir el problema o limitación en el desempeño y participación ocupacional del usuario, personas, comunidad u organización con la que trabajamos, relacionando las áreas del desempeño ocupacional con las funciones y estructuras corporales, destrezas y patrones de desempeño y el contexto donde se desarrollan. Todo este proceso se realiza con la idea de establecer una intervención de terapia ocupacional apropiada⁽²⁾, donde el profesional pueda dar respuesta a preguntas que surjan durante la interacción con la persona, a saber: ¿cuál es la naturaleza del problema en el desempeño?, ¿qué repercusiones tiene la persona al presentar ese problema en el desempeño?, ¿qué factores contextuales están afectando al desempeño?, ¿qué teorías o intervenciones podemos utilizar para guiar

la intervención? En resumen, en el desempeño ocupacional tiene lugar el proceso de definición mediante las diferentes variables que describen este desarrollo, y el entorno de actuación de los problemas relacionados con el diagnóstico ocupacional de las personas, pudiendo de esta forma seleccionar las intervenciones apropiadas a cada situación. Este tipo de razonamiento necesita que el profesional tenga conocimiento sobre los problemas del desempeño ocupacional y sus repercusiones en la salud^(37,58).

2.1.2.2. Razonamiento Interactivo

El terapeuta ocupacional desarrolla frecuentemente otra estrategia de razonamiento denominada razonamiento interactivo⁽³⁷⁾. Este método tiene lugar especialmente durante los encuentros vis a vis del terapeuta y su usuario y persigue diferentes propósitos, dependiendo del caso, y se utiliza con el fin de individualizar la intervención y entender al usuario como un todo. Se convierte, en palabras de Mitchell y Unsworth⁽⁴⁰⁾, en una guía de cómo el terapeuta puede interpretar y utilizar acciones verbales y no verbales en el proceso de relación e interacción con el usuario⁽⁴⁰⁾.

Resumidamente, entre otras, las funciones del razonamiento interactivo son: captar la experiencia de la discapacidad desde el punto de vista de la persona que la experimenta para favorecer la implicación del sujeto a lo largo del tratamiento o de la evaluación; establecer y consolidar la relación terapéutica; elaborar un lenguaje compartido de acciones y significados; establecer límites y normas^(30,38). Por lo tanto, el razonamiento interactivo hace hincapié en aquellas estrategias dirigidas a un conocimiento más profundo sobre los sentimientos de los usuarios acerca de su situación ocupacional y del proceso terapéutico en el que se hallan inmersos^(8,28).

Es decir, el razonamiento interactivo ayuda a comprender de una forma más profunda lo que la enfermedad, la discapacidad y el problema o limitación en el desempeño ocupacional significan para el usuario, comunidad u organización (esto es, la experiencia del significado de este problema para la persona). Así mismo, este tipo de razonamiento también abarca las interacciones interpersonales entre terapeutas ocupacionales y personas. Los pasos a seguir durante el desarrollo de este tipo de procedimiento son los siguientes:

- Describir la percepción de su enfermedad a partir de la información de la historia clínica o similar, de la entrevista ocupacional, y de los comentarios hechos por la persona durante la intervención.
- Dar cuenta del estilo interpersonal del individuo.
- Describir la forma en la que terapeuta interactuó con la persona.

Por lo tanto, este razonamiento facilita una comprensión de lo que el problema en el desempeño significa para la propia persona. En este caso el razonamiento interactivo también abarca las interacciones interpersonales entre terapeutas y personas^(37,58).

2.1.2.3. Razonamiento condicional

Mattingly y Fleming⁽³⁷⁾ definen una última estrategia de razonamiento más difícil de definir e identificar que las anteriores y en la que distinguen, a su vez, tres modalidades diferentes. En primer lugar, aquella en la que el terapeuta ocupacional piensa sobre la condición total o global del sujeto, incluyendo a la persona, la enfermedad y su significado, tanto para el sujeto que la padece como para su familia, así como el contexto social y físico en el que el sujeto vive. En segundo lugar, aquella en la que el terapeuta ocupacional imagina de qué forma la condición del sujeto puede cambiar, modificándose. Por último, la tercera modalidad, denominada razonamiento narrativo, hace referencia a la capacidad del terapeuta de

construir una imagen compartida con el usuario sobre su futuro, sobre el cambio o modificación de la condición que lo llevó a su encuentro con el terapeuta ocupacional, lograda mediante la narración de historias⁽³⁷⁾. Este tipo de razonamiento condicional comprende tanto al terapeuta ocupacional como al propio usuario y a su entorno personal más inmediato (padres, pareja, hijos, entre otros), que construyen y comparten conjuntamente la historia. En este sentido, el modo en que el usuario narre su vida, los acontecimientos más importantes que han ido acaeciendo, sus inquietudes, o incluso las preferencias en la intervención, deberán marcar de un modo inexorable la planificación del profesional de su proceso de intervención^(28,42). Consecuentemente, este razonamiento se usa para revisar la intervención momento a momento y para satisfacer las necesidades de las personas. Esta revisión se hace con la vista puesta en los actuales y posibles contextos futuros de las personas^(37,58).

a) Razonamiento narrativo: es la estrategia más utilizada, según reflexiones de Erhardt y Meade^(28,42), para la realización de una revisión compartida de la intervención a lo largo de su duración. Posibilita explorar diferentes caminos y opciones para hacer frente a los cambios actuales y a las futuras necesidades que surgen del análisis de los contextos del desempeño, tanto en el presente como en el futuro⁽⁴⁰⁾. De este modo, por tanto, si tenemos en cuenta este tipo de asunciones, en el razonamiento condicional el terapeuta ocupacional intenta comprender el problema de la persona, mientras que al mismo tiempo trata de entender la historia personal/narrativa del usuario, comunidad u organización y contexto del problema más allá de la mera secuencia cronológica de eventos. Así, cuando se narran las situaciones (razonamiento narrativo)^(28,37,61), el terapeuta ocupacional intenta comprender a la persona como un todo, incluyendo su perspectiva del problema. Las experiencias del terapeuta ocupacional (por ejemplo, la comprensión, creencias, deseos, motivaciones, emociones), la base

de su perspectivas y cómo el problema está afectando a su vida (es decir, sus limitaciones en el desempeño y cómo estas afectan a la salud). Esta dimensión de razonamiento y comprensión requiere algo más que una buena base de conocimientos y habilidades técnicas. El razonamiento narrativo exitoso, orientado a la comprensión la persona requiere de una buena organización de competencias y habilidades de comunicación con el fin de aplicar ese conocimiento con éxito.

El razonamiento Narrativo también requiere un cierto nivel de apertura por parte del terapeuta ocupacional con respecto a la aceptación de la historia de la persona y con la conciencia de sus propias perspectivas personales, incluso prejuicios sobre cuestiones tales como la discapacidad, necesidades vitales y cuestiones culturales. Las perspectivas personales del terapeuta ocupacional acerca de estas cuestiones influirán en su enfoque (por ejemplo, las actitudes, las expectativas, la comunicación/relación) y en la visión de la realidad que le toca explorar. La comprensión de un diferente significado del paciente es la base del razonamiento narrativo. Este enfoque es adquirido y evoluciona a partir de una combinación personal, fruto de experiencias sociales y culturales, que realizamos de forma consciente. Junto a ellas se desarrollan las interpretaciones inconscientes, formadas por atribuciones y emociones que se unen para formar opiniones y sentimientos. Mezirow⁽⁶²⁾ afirma que no es importante lo que les sucede a las personas, sino la interpretación de los hechos como base determinante de sus acciones, sus esperanzas, sus satisfacciones y sus sistemas de creencias.

En el contexto de nuestras intervenciones las perspectivas de significado de las personas con las que trabajamos se convierten en filtros que determinan cualquier percepción y comprensión de nuevas experiencias. Por lo tanto, si la perspectiva de la persona está distorsionada (todo ello

juzgado por el terapeuta ocupacional), este hecho puede llegar a ser contraproducente para la recuperación, puesto que su percepción y la interpretación de nuevos acontecimientos también se distorsionará. En otras palabras, en el razonamiento condicional narrativo las decisiones no se pueden reducir a una correcta o incorrecta respuesta empírica. Por el contrario, las hipótesis de los terapeutas ocupacionales en relación con el significado que le dan a sus narraciones las personas solo pueden ser validados a través de la relación, comunicación y consenso entre el terapeuta ocupacional y el individuo. Dicho de otro modo, lo ideal sería que los profesionales utilizaran el razonamiento narrativo para construir una idea general de lo que pasa, así como sus causas, para desarrollar el trabajo con la persona, comunidad u organización en particular^(28,45,52). De este modo, se deberá intentar dar respuesta a una serie de preguntas, entre las que destacan⁽²⁾: ¿cuál es la historia de vida de la persona con la que trabajamos y cómo afecta esto a su desempeño ocupacional?, ¿cuál es la naturaleza de esta persona como ser ocupacional y cuál es su necesidad?, ¿cómo afecta el problema en el desempeño de su vida diaria y su salud para continuar con su proyecto de vida?, ¿qué actividades son las más significativas para esta persona? En resumen, mediante al razonamiento narrativo se define la historia ocupacional del usuario, comunidad u organización (es decir, su historia de vida contada a través de los lazos preferidos, actividades, hábitos y roles). En este razonamiento también encontramos datos de la relación en persona y la historia compartida con el terapeuta (es decir, cómo el terapeuta y la persona incorporarán preferencias de actividad en las intervenciones para construir un futuro significativo en el usuario)^(45, 52).

2.1.3. Otras modalidades de razonamiento clínico en terapia ocupacional

Aunque los razonamientos más habitualmente citados en los estudios especializados en terapia ocupacional son los que acabamos de citar, otras investigaciones describen modos de razonar que aparecen durante el trabajo que realiza un terapeuta ocupacional. A lo largo de este apartado destacaremos determinados aspectos de trabajos centrados en el razonamiento clínico (ver tabla 2), en particular revisiones y nuevas elaboraciones a las propuestas iniciales realizadas por Mattingly y Fleming⁽³⁷⁾, entre los que destacan:

Tabla 2. II. Tipos de razonamiento clínico o profesional en TO

Tipo de razonamiento	Descripción y Enfoque	Claves para el reconocimiento
Razonamiento Diagnóstico	Este razonamiento implica el uso aplicado y lógico de métodos científicos, tales como pruebas, reconocimiento de patrones, toma de decisiones basada en la evidencia estadística como medio de creación del razonamiento. La investigación y análisis de la causa o naturaleza de las condiciones que requieren intervención de terapia ocupacional se puede considerar como un componente del razonamiento científico	Es un proceso mental que aúna formas de relación con la persona tanto impersonal como más cercana, utilizando fuentes indirectas y directas para recabar información. Los terapeutas ocupacionales tratan de explicar por qué la persona está experimentando un problema con el desempeño de una ocupación. Está fundamentado en parte por la base científica y en parte por la información obtenida del usuario.
Razonamiento Pragmático	Es un tipo de razonamiento práctico, cuyo eje busca encajar las posibilidades que la terapia ocupacional pueda aportar en función de situaciones, tales como el tipo de programa, el tipo de equipo, el tipo de departamento donde se realice la intervención, la disponibilidad del profesional, incluso la situación personal del profesional a la hora de intervenir.	Generalmente no se centra en la persona o en la condición de ella, sino que se enfoca especialmente en todo aquello que rodean la intervención entre el profesional-usuario, buscando darle sentido para ajustar tiempos, recursos y energías a la hora de completar el trabajo.
Razonamiento Ético	Forma de pensamiento dirigida a analizar dilemas éticos que puedan aparecer, generar alternativas, soluciones y determinar acciones a realizar; tiene un enfoque donde pueden aparecer conflictos morales en relación a los servicios que se presten de terapia ocupacional.	Determinar qué es lo correcto, particularmente cuando se enfrentan a problemas en los que aparecen los riesgos o beneficios de los servicios que presta la terapia ocupacional.

Fuente: Schell y Schell⁽²⁾. TO: terapia ocupacional

2.1.3.1. Razonamiento pragmático

Este entra en juego cuando se contemplan aquellos aspectos vinculados al encuadre de la práctica que afectan al servicio que se ofrece, según Schell y Cervero⁽⁶³⁾. A diferencia de los otros tipos de razonamiento (conducidos por las características del usuario) el razonamiento pragmático está dirigido por el contexto terapéutico. Los factores que conforman el razonamiento pragmático hacen referencia a aquellos aspectos físicos, institucionales y económicos del encuadre de la práctica que influyen en nuestras intervenciones, y son, según los estudios, los siguientes: la duración de la estancia del usuario en el servicio, el entorno donde resida y el conocimiento que tenga el terapeuta ocupacional sobre él, las experiencias en el entorno del usuario, los recursos sociales y económicos, la presión institucional sobre el terapeuta (por ejemplo, si existe lista de espera o si la atención es individual o en grupos). La consideración de todos estos elementos que forman parte del encuadre de práctica es de gran importancia para la posterior planificación e implementación del tratamiento^(28,38, 42).

2.1.3.2. Razonamiento ético

Este proceso intenta dar respuesta a las preguntas que no pueden ser respondidas por el resto de métodos. En este caso, la principal cuestión que se plantea es ¿qué debe hacerse? Esto es así porque el proceso de razonamiento clínico finaliza en ocasiones en problemas más éticos que científicos⁽³⁵⁾.

2.1.3.3. Razonamiento diagnóstico

Este proceso mental implica el uso aplicado y lógico de métodos

científicos, tales como pruebas, reconocimiento de patrones, toma de decisiones basada en la evidencia estadística para desarrollar un razonamiento, investigación y análisis de la causa o naturaleza de las condiciones que requieren intervención de terapia ocupacional; se puede considerar como un componente del razonamiento científico⁽⁶³⁾.

Debido a la importancia que tiene esta última modalidad de razonamiento en la terapia ocupacional, creemos relevante centrarnos en ella de un modo más pormenorizado en el siguiente apartado de este capítulo.

2.1.4. Resumen del apartado

La principal aportación del área de estudio de razonamiento clínico en terapia ocupacional ha sido comprender que el pensamiento guía nuestra práctica. De esta forma, podremos explicar y describir nuestros conocimientos sobre la disciplina y experiencias teórico-profesionales. Es decir, podremos desarrollar los procesos cognitivos necesarios para evaluar y manejar los problemas en el desempeño ocupacional de las personas con las que trabajamos y con las que nos encontraremos a lo largo de nuestra práctica profesional.

Este estudio del razonamiento clínico tiene su origen en las investigaciones desarrolladas en la psicología a partir de los años cincuenta. Diferentes autores se interesaron por comprender los límites de la capacidad humana para adquirir conceptos, almacenar datos y gestionar la información. Con todo ello pretendían esclarecer los sistemas de procesamiento de la información, puesto que si eran capaces de definir esos sistemas podrían ser perfeccionados por los profesionales que utilizaran esas destrezas. Es a partir de esta línea de investigación, de donde surgen los estudios que relacionan la resolución de problemas clínicos con un procedimiento de generación y contrastación de hipótesis

que se establece en cuatro etapas: adquisición de indicios, generación de hipótesis, interpretación de indicios y evaluación de hipótesis. Es decir, este procedimiento permite que un elevado número de hipótesis tempranas que habitualmente aparecen al comienzo del caso se reduzca según evoluciona la comprensión del mismo por parte del profesional.

Estos estudios en el campo de la psicología y la medicina influyeron notablemente en la terapia ocupacional, disciplina que en todo momento intentaba localizar dos aspectos: el modo en que el profesional o el estudiante manejaba estas destrezas de razonamiento clínico así como las variables teóricas que la diferencian del resto de profesiones utilizadas por el estudiante o profesional para expresar su conclusión en los casos estudiados. Estos trabajos tuvieron especial desarrollo en investigaciones guiadas por terapeutas ocupacionales sobre dos tipos de razonamiento, el procesal y el diagnóstico.

Desde ese momento hasta la actualidad las diferentes revisiones de la literatura sobre este tema han apuntado en sus contribuciones la relevancia del razonamiento clínico como base para el desarrollo de la disciplina. Incluso han aparecido datos sobre diferencias entre los tipos de razonamiento que presenta el terapeuta ocupacional y otros profesionales. Además, las investigaciones más recientes sobre esta temática se han desarrollado de forma exponencial en el campo de la docencia desde hace dos décadas, de ahí que no podamos obviar la relevancia que tiene que un estudiante desarrolle sus destrezas sobre razonamiento clínico.

Al mismo tiempo, todas las investigaciones realizadas en terapia ocupacional sobre razonamiento clínico han supuesto un mayor conocimiento de nuestra disciplina así como del rol que desempeñan los terapeutas ocupacionales a lo largo de su ciclo profesional. En este

sentido, un profesional que usa el razonamiento clínico desarrolla capacidades para saber qué y por qué se evalúa a una persona con el fin de aportar su visión profesional de los problemas en el desempeño ocupacional así como sus posibles causas. Siempre que eso suceda, el terapeuta ocupacional estará potenciando la práctica reflexiva entre sus acciones, siendo más flexible a la interacción persona-profesional. Por otro lado, el uso del razonamiento clínico en la docencia de terapia ocupacional exigirá un esfuerzo por parte de docentes y alumnos en tanto en cuanto ambos deben asumir un rol más activo que el realizado hasta el momento. En consecuencia, ambos se enriquecerán de la reflexión crítica para entender aspectos de forma simple y desarrollar formas de procesamiento ágiles.

Así mismo, los estudios sobre razonamiento clínico en terapia ocupacional han aportado durante estos últimos años al cuerpo de la disciplina sólidas contribuciones sobre las diferencias entre el razonamiento del terapeuta ocupacional del de otras disciplinas. De este modo destacan los razonamientos procesal, interactivo y condicional como base del pensamiento del terapeuta ocupacional, mientras que de forma secundaria se han desarrollado conceptos sobre el razonamiento pragmático, ético y diagnóstico a lo largo de los últimos años.

Todos estos razonamientos, según recientes investigaciones, se ponen en juego para ayudar al terapeuta ocupacional a desarrollar su labor de la mejor forma posible, obteniendo de esa forma mejores resultados en su trabajo. Destaca especialmente de entre todos ellos el razonamiento diagnóstico, puesto que es el proceso utilizado por el terapeuta ocupacional para concretar las posibles dificultades en el desempeño ocupacional y es, por tanto, el punto de inflexión entre la evaluación y la intervención.

2.2. Razonamiento diagnóstico en terapia ocupacional

Contenidos de este apartado

2.2. Razonamiento diagnóstico en terapia ocupacional

2.2.1. Evaluación ocupacional: definición, características y procedimiento

2.2.1.1. Definición, características, procedimiento y etapas de la evaluación ocupacional

2.2.2. Definición de razonamiento diagnóstico

2.2.3. Razonamiento diagnóstico como un proceso de resolución de problemas

2.2.3.1. El estudio del razonamiento diagnóstico en terapia ocupacional

2.2.3.2. Diagnóstico ocupacional en el proceso de resolución de problemas

2.2.4. Diagnóstico ocupacional: producto de un proceso

2.2.4.1. Diagnóstico ocupacional como producto de la evaluación ocupacional

2.2.4.2. Arquitectura del diagnóstico ocupacional

2.2.5. Crítica al razonamiento clínico

2.2.6. Resumen del apartado

Trombly⁽⁷⁾ plantea que el escaso conocimiento y apreciación de la terapia ocupacional, tanto en los círculos profesionales como para el público en general, puede estar relacionada con el proceso de evaluación. Es habitual que la población desconozca que los terapeutas ocupacionales intervienen cuando las personas padecen alteraciones en la realización de sus actividades cotidianas. Esta situación es consecuencia de la incongruencia entre la demanda formulada por la persona, el procedimiento de derivación a terapia ocupacional, la intervención y sus resultados. A menudo, quien acude a terapia ocupacional no solicita directamente nuestra intervención, sino que lo más habitual es que sea derivado por medio de otro profesional, que puede explicar o no al sujeto el motivo de la derivación y los objetivos que se persiguen.

En estas circunstancias, es posible que desconozca cuál es la razón por la que es remitido a terapia ocupacional, lo que le impide relacionar sus problemas en el desempeño con nuestra intervención. Esa situación se debe, en gran medida, a la escasa importancia que el terapeuta ocupacional da al pensamiento y al razonamiento diagnóstico.

2.2.1. Evaluación ocupacional: definición, características y procedimiento

La evaluación ocupacional⁽²⁸⁾ supone el principio de cualquier intervención en terapia ocupacional. Coincidiendo con las ideas de Rogers y Holm^(46,64,65), el terapeuta que va a iniciar su intervención no comienza de cero. Al iniciar este proceso ya posee una imagen “prototípica” del usuario, comunidad u organización a la que se aproxima, más rica en matices cuanto más abundante sea la experiencia y formación acumulada. Es decir, los conocimientos teóricos y habilidades prácticas que cada profesional pone en juego durante la evaluación y la intervención se desarrollan paulatinamente, como resultado de la interacción entre su experiencia y su formación teórica. Esta suma de experiencias se encuentra sujeta a una evolución constante, en la medida en que se ve enriquecida de forma continua durante el ejercicio de nuestra profesión, así como por la formación continua del terapeuta. Si damos esta argumentación por buena, es evidente que los marcos de referencia teóricos y modelos de práctica que podemos manejar con ciertas garantías de éxito son limitados, puesto que su aplicación eficaz requiere consolidar nuestra formación en los modelos que aplicamos y acumular experiencia práctica de su uso. Así, el marco de referencia teórico o modelo de práctica adoptado por cada terapeuta da forma a la evaluación, determinando qué es aquello que se evalúa y las herramientas adecuadas para hacerlo. Dependiendo de la estructura

teórica que adoptemos, nuestra evaluación y los métodos utilizados se ocuparán de unos aspectos, dándoles mayor importancia que a otros⁽⁴⁶⁾.

2.2.1.1. Definición, características, procedimiento y etapas de la evaluación ocupacional

- a) Definición: de forma sincrética, se puede definir evaluación ocupacional como el procedimiento sistemático de adquisición de información a través del cual interpretamos la naturaleza, condición y evolución de la faceta o estatus ocupacional del sujeto evaluado⁽²⁸⁾. Este proceso puede centrarse en individuos, familias, grupos, comunidades, organizaciones o poblaciones⁽⁶⁶⁾. La evaluación ocupacional es un proceso global de recogida y análisis de información cuyo fin es facilitar la elaboración de hipótesis sobre las dificultades presentes o potenciales en cada una de las áreas de ocupación y las condiciones que las producen y mantienen. Esto permitirá la elaboración de un diagnóstico ocupacional e implementación de un plan de intervención.
- b) Características: el procedimiento de evaluación ocupacional, tal y como acabamos de delimitar, se concibe como un proceso dinámico, sistemático y circular⁽²⁸⁾. La propuesta, como ya adelantábamos⁽²⁸⁾, se adjetiva con el término ocupacional, expresión que la distingue y define frente a otras formas de evaluación. Así, por tanto, podríamos apuntar⁽²⁸⁾ que las características principales de esta disciplina son:
- Explorar aquello que la persona desempeña, así como las capacidades, destrezas y patrones de ejecución necesario para realizarlo, el conjunto de notas características que adquiere ese quehacer y el sentido último que el individuo otorga a sus acciones. La evaluación del estatus ocupacional de una persona integra dos esferas complementarias, que podríamos denominar extrínseca e

intrínseca, esto es, aquello que hace la persona y lo que es). Además, es singular, ya que el desempeño o realización (*perform*) y el significado (*meaning*) de cualquier ocupación adquiere su singularidad cuando consideramos al sujeto que la realiza y el contexto concreto en que se desempeña.

- La evaluación de la condición del estatus ocupacional supone su comparación con algún patrón, ya sea evolutivo, normativo o subjetivo, que sirva de referencia para enjuiciar su idoneidad o alteración. Para determinar el área o áreas con ciertas limitaciones tendremos que conocer el estatus ocupacional premórbido del individuo, así mismo también puede ser útil el estadio de desarrollo evolutivo, las expectativas socioculturales en lo que se refiere al comportamiento ocupacional y las personales con respecto al desempeño ocupacional futuro.
 - La evaluación ocupacional se caracteriza por seguir una secuencia que la estructura y regula, es decir, por su sistematización. Las propuestas respecto al ordenamiento del proceso de evaluación son diversas y evidencian problemas complejos que conciernen a la singularidad de nuestra profesión.
- c) Procedimiento: los pasos para la recogida de datos por parte del terapeuta ocupacional en el proceso de evaluación dependerán de varios factores, entre los que cabe destacar la experiencia, formación o destrezas para la recopilación de datos y su gestión. Por ello, a nivel teórico destacamos tres procedimientos de mayor uso para la ejecución de este proceso⁽⁷⁾:
- De abajo a arriba ("*bottom-up approach*"), en el que se exploran, en primer lugar, las capacidades o destrezas que son prerrequisito para el desempeño. En este método nos encontramos con la dificultad de que el individuo relacione o conecte tal evaluación con sus problemas cotidianos en la realización de las actividades que

son significativas para él. De esta forma, la evaluación, los objetivos y resultados no son congruentes con las metas de la persona ni con las razones percibidas para acudir al terapeuta ocupacional. El resultado último es la falta de satisfacción y la confusión respecto a lo que puede aportar nuestra intervención. Este método refleja más claramente los principios de otras disciplinas, que centran principalmente su interés en la evaluación de las estructuras y funciones corporales y psicológicas (síntomas, capacidades y conductas), por ser consideradas la causa principal de los problemas del individuo. Su interés se dirige al déficit en los mecanismos somáticos y psicológicos que subyacen a los problemas de desempeño, y, por tanto, no tiene por qué considerar prioritarios los aspectos contextuales o subjetivos asociados al desempeño ocupacional.

- De arriba hacia abajo (*top-down approach*), se evalúan, en primer lugar, aquellas actividades y roles significativos para el sujeto, para descender, a continuación, a los patrones, destrezas y capacidades que sustentan su realización. De esta forma, la evaluación, los objetivos y resultados son congruentes con las metas de la persona y con las razones percibidas para acudir al terapeuta ocupacional. El resultado último es satisfactorio y la sensación recibida por el individuo es de validez respecto a lo que puede aportar nuestra intervención. En esta organización del proceso de evaluación prima el desempeño ocupacional frente a los componentes implicados en él, colocando las relaciones entre las alteraciones en el desempeño ocupacional y la salud en un lugar preeminente. Se presta especial atención en la realización de aquellas actividades que el individuo necesita o desea hacer en su vida cotidiana. Por tanto, implica considerar el significado subjetivo y el contexto en que las actividades tienen lugar como elementos esenciales del proceso de evaluación, aunque no rechaza la exploración de los componentes

del desempeño que estén relacionados con problemas para la realización eficaz de tales actividades. Este procedimiento refleja más fielmente los principios y presupuestos de nuestra disciplina^(67,68), en oposición a otras perspectivas más mecanicistas⁽⁷⁾.

- *Primero evaluar el entorno (environment first)*, especialmente en aquellos encuadres en los que el contexto determina o es una parte esencial de la intervención. En esta vertiente el terapeuta ocupacional pondrá mayor énfasis en conocer el entorno del individuo, ya que su intervención se realizará sobre este. Corresponde a aquellos casos en que la labor del terapeuta se focaliza en la modificación del entorno⁽⁶¹⁾.
- Combinación de las tres modalidades, en cuyo caso las características de cada caso abordado se adaptarán a una secuencia determinada y en el encuadre de práctica en que trabaje el terapeuta ocupacional. Desde esta propuesta, no debemos utilizar únicamente una orientación, sino combinar las tres modalidades –*top-down*, *bottom-up* y *environment first*– dependiendo de cada caso evaluado⁽⁶⁹⁾.

Durante la etapa de evaluación ocupacional se recoge información subjetiva y objetiva procedente de dos formas de recogida de datos. La forma indirecta tiene un alcance más global y abarca aspectos relacionados con la respuesta de un usuario, mientras que la forma específica está orientada hacia limitaciones en el desempeño ocupacional muy concretos, y cuyo objetivo es profundizar de forma específica sobre esta situación.

- d) Etapas: debido al proceso circular de la evaluación en terapia ocupacional, se pueden distinguir tres momentos durante los cuales entra en juego la evaluación, y estos corresponderían con:

evaluación inicial, continuada y valoración de resultados (ver figura 1).

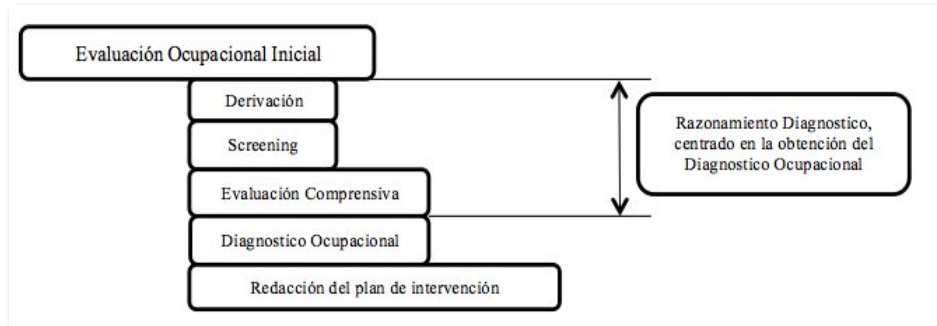


Figura 1. Fases de la evaluación ocupacional inicial

Fuente: Modificado por Talavera⁽¹¹⁾ de Moruno y Talavera⁽²⁸⁾

A lo largo del proceso de terapia, y teniendo en cuenta que el punto de partida es el diagnóstico ocupacional, podemos asegurar que la implicación del proceso de evaluación para la elaboración de hipótesis se circunscribe a la etapa de evaluación ocupacional inicial⁽²⁸⁾. Esa fase, comienzo de este proceso ocupacional, se considera la más relevante en cuanto a recopilación y elaboración del razonamiento diagnóstico⁽²⁸⁾ (ver figura 2).

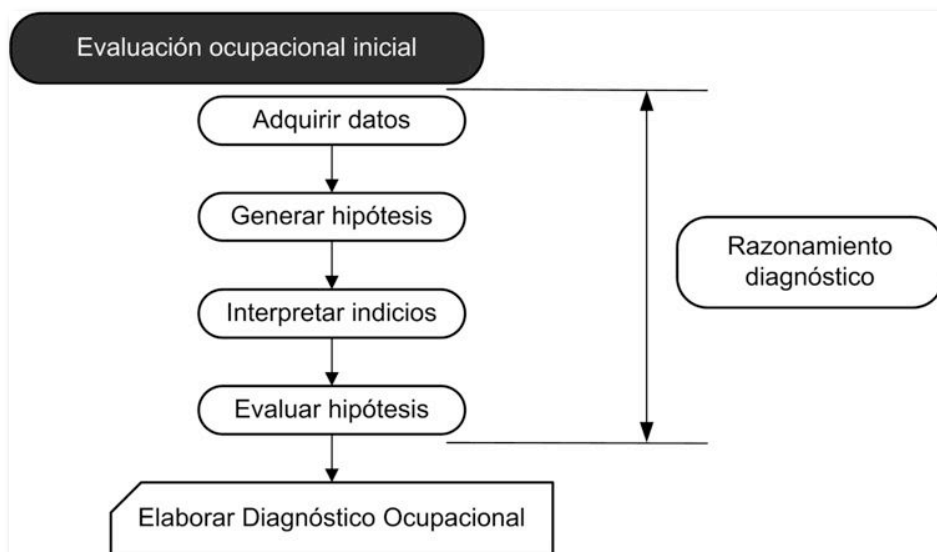


Figura 2. Evolución del RD para la obtención del DO a lo largo de la EOI

Fuente: Elstein *et al.*⁽³³⁾. RD: razonamiento diagnóstico. DO: diagnóstico ocupacional. EOI: evaluación ocupacional inicial

La evaluación ocupacional inicial (EOI), es el procedimiento de recogida de datos en esta etapa culminará con la redacción del diagnóstico ocupacional, el cual sigue cuatro postulados que se dividirán a su vez en varias fases⁽²⁸⁾. En este caso los postulados a tener en cuenta al comenzar la evaluación inicial son⁽²⁸⁾:

- Recabar datos, de forma directa o indirecta sobre el estado de salud de la persona, comunidad u organización con la que trabajamos y el modo en que el desempeño ocupacional se realiza. Los datos recogidos pueden ser de corte subjetivo u objetivo.
- Validar datos obtenidos, a fin de confirmar que ambos (subjetivos y objetivos) se corresponden con la realidad de la persona. Se debe evitar que la forma de expresar el contenido de aquello que le sucede a la persona difiera de la realidad en la que se encuentra inmerso. Conviene destacar que nuestra labor no es tanto la de fiscalizar la realidad de los datos, sino intentar entender lo que sucede, por lo que cuanto más cercanos y reales sean estos datos más certera será nuestra reflexión.
- Organizar los datos, ya que una categorización sistematizada de los mismos permite una reflexión más ágil en el proceso de obtención del diagnóstico ocupacional. Ello facilitará, por tanto, la orientación profesional en la etapa del razonamiento diagnóstico.
- Realizar un registro de la evaluación inicial lo más concreto y completo posible. Este proceso tiene como objetivo servir de punto final a la evaluación ocupacional inicial, además de ser la mejor opción para comunicar nuestras reflexiones al resto del equipo con el que trabajamos, convirtiéndose en un testimonio imperecedero de nuestra labor⁽²⁸⁾.

En relación a los tres primeros postulados recién expuestos, el terapeuta ocupacional pone en juego diferentes destrezas cognitivas en las que se apoya su razonamiento. Estas permiten el procesamiento de la

información durante todo el proceso de evaluación ocupacional inicial, y así lograr obtener hipótesis firmes sobre el desempeño ocupacional de la persona con la que está trabajando. La literatura sobre este tipo de destrezas es prolija y ha ido evolucionando a lo largo de los tiempos hasta la actualidad^(11,24,33).

Si realizamos un análisis más profundo sobre las destrezas cognitivas descritas en la tabla 3, podremos detectar que estas pueden agruparse en cuatro grandes categorías, que de un modo u otro aparecen de forma tácita o explícita descritas en los diferentes estudios. Estas investigaciones identifican, por lo tanto, categorización, análisis y síntesis e interpretación de los datos. Así, la identificación es aquella destreza en la que el terapeuta ocupacional debe reconocer los datos recopilados más relevantes en el caso abordado para la elaboración de un diagnóstico ocupacional.

En la categorización, la misión del profesional consiste en agrupar estos datos en categorías que sean representativas para el análisis sucinto de terapia ocupacional, clases que facilitarán el agrupamiento desde un punto de vista descriptivo del razonamiento diagnóstico. En análisis y síntesis de los datos, el terapeuta ocupacional deberá articular en el nivel de interpretación y análisis la representación formal del razonamiento diagnóstico, componiendo diagnósticos ocupacionales con un componente descriptivo de sus diferentes variables. Por último, la utilización, por parte del terapeuta ocupacional, de los diferentes tipos de razonamiento clínicos facilitará una mayor comprensión del caso objeto de estudio, y agilizará la interpretación de los datos. El nivel de interpretación, es decir, la profundidad de este análisis, será mayor cuanto mejor se hayan realizado los tres niveles previos, ya que estos dotarán al terapeuta ocupacional de una visión clara y concisa de la realidad que está explorando.

Tabla 3. Relación de destrezas cognitivas para el RD

AUTOR	PROPUESTA DE DESTREZAS COGNITIVAS
Elstein ⁽³³⁾ , 1978.	Identificar <i>cues</i> (señales), generar múltiples hipótesis, interpretar <i>cues</i> , evaluar hipótesis.
Mezirow ⁽⁶²⁾ , 1981.	Filtrar y dirigir la atención hacia algo, concretar, interpretar el significado de un hecho.
Schön ⁽²⁴⁾ , 1983.	El problema debe ser localizado y definido, generar una solución, reflexionar sobre lo que esta aporta.
Rogers y Holm ⁽⁴⁶⁾ , 1991.	Adquirir <i>cues</i> , generar hipótesis, interpretar estas señales, evaluar hipótesis
Hagerdon ⁽⁷⁰⁾ , 1997.	Analizar el problema, seleccionar la mejor opción, planificar y llevar a cabo acciones, evaluar resultados, redefinir problemas; establecer nuevo plan en el caso de que sea necesario.
Mosey ⁽⁵⁶⁾ , 1996.	Formular preguntas, definir las ideas o respuestas que se obtienen, recopilar datos, categorizar, analizar y sintetizar, buscar relaciones, similitudes, diferencias, realizar interpretaciones, sacar conclusiones y volver a preguntar.
Dutton ⁽⁶⁰⁾ , 1995.	Adquirir datos, generar hipótesis, interpretar señales, evaluar hipótesis.
Mattingly y Fleming ⁽³⁷⁾ , 1994.	Clasifica 4 formas de resolver problemas: Reconocimiento de patrones (observar fenómeno que acontece y sus diferentes formas, identificar características – <i>cues</i> -, percibir relación que aparecen entre las <i>cues</i> , comparar lo obtenido con categorías previamente definidas. El método de generar un test (identificar, contrastar, afirmar. Refutar). Búsqueda de heurísticos (descubrir, posibles soluciones, seleccionar la mejor solución). Modelo de cuatro etapas (adquirir <i>cues</i> , generar hipótesis, interpretar <i>cues</i> , evaluar posibles hipótesis).
Kuiper ⁽⁹⁾ , 2009.	Interpretar, analizar, inferir, explicar, evaluar.
Scheffer ⁽⁷¹⁾ , 2000.	Analizar, razonamiento lógico, predecir.
Sangrós y Millaruelo ⁽⁷²⁾ , 2003.	Adquisición de información inicial, generación precoz de hipótesis, recolectar datos, evaluación de las hipótesis a la luz de los datos recogidos, recopilación de datos no orientada: poner en evidencia otros datos importantes, elegir los test de laboratorio para precisar el diagnóstico, selección de hipótesis de trabajo provisional o definitivo, adoptar un plan de investigación y de intervención, síntesis del trabajo, compilación de datos e identificación.
Coster ⁽⁷³⁾ , 2008.	Definir el problema, predecir resultados, intervenir.
Robertson ⁽²³⁾ , 2011.	Recopilar datos, evaluar, identificar problema, planificar, intervenir, valoración.
Tucker y Bradshaw ⁽⁷⁴⁾ 2014.	Reconocer, recopilar datos, analizar resultados y formular conclusiones, formular acciones, implementar acciones, evaluar decisiones y resultados.

Fuente: Talavera⁽¹¹⁾. RD: razonamiento diagnóstico

Cada uno de estos niveles aporta una sólida estructura al terapeuta ocupacional a la hora de elaborar el razonamiento diagnóstico. Esta reflexión, que tiene lugar durante la evaluación inicial, es de gran importancia en nuestra disciplina puesto que nos permite generar hipótesis que argumenten nuestro conocimiento y definan nuestra práctica. Gracias al establecimiento de hipótesis se facilita nuestra labor, se gana en calidad de intervenciones y se evita que dispersemos nuestra actividad laboral.

Con el razonamiento diagnóstico, además, se desarrolla nuestro lenguaje profesional, en tanto se da respuesta a los problemas en el desempeño ocupacional de una persona desde los postulados teóricos que definen la profesión. Esta situación agiliza en gran medida la comprensión de nuestra actividad por parte de las personas con las que trabajamos y los entornos profesionales en los que estamos involucrados. Además, gracias al desarrollo del razonamiento diagnóstico, se definen y afinan nuestras prácticas profesionales, determinando de esta forma las acciones a realizar⁽¹¹⁾. Con ello, tanto los terapeutas ocupacionales como la terapia ocupacional como ciencia, desarrollan un lenguaje en el que expresar su paradigmática visión de los fenómenos de salud-enfermedad y las respuestas humanas derivadas de esta relación. Un lenguaje que no supone una modificación de la práctica diaria, sino una labor de conceptualización y registro.

Por otra parte, si los terapeutas ocupacionales desarrollan este razonamiento diagnóstico vinculado a la teoría que los ampara, se podrán establecer conexiones que faciliten la comunicación entre profesionales. Ello simplificará la comunicación y la difusión de los resultados obtenidos, al igual que delimitará los márgenes de nuestra práctica y potenciará investigaciones conjuntas para desarrollar nuestros postulados teórico-prácticos.

Así, en 1989, la Asociación Americana de terapia ocupacional (AOTA)⁽⁴⁶⁾ financió investigaciones sobre razonamiento clínico con el ánimo de profundizar en este concepto de razonamiento diagnóstico utilizado por los terapeutas ocupacionales. A partir de ese momento se iniciaron numerosas investigaciones a nivel mundial para esta disciplina, de modo que el cuerpo teórico de la práctica ocupacional se siguió ampliando.

Por lo tanto, el desarrollo del razonamiento diagnóstico en nuestra práctica facilita que nuestras intervenciones se ajusten a las demandas y necesidades de la persona, en tanto hemos explorado y comprendido qué le sucede y sus causas. Con ello dotamos a nuestra labor de mayor dimensión, calidad y comprensión. No obstante, solo si somos capaces de ver esta realidad estaremos capacitados para desarrollar el razonamiento diagnóstico centrado en nuestro cuerpo teórico, y de esta forma crearemos un lenguaje común a nuestra disciplina⁽¹⁷⁾.

2.2.2. Definición de razonamiento diagnóstico

A lo largo de los últimos años, numerosas investigaciones han tratado de arrojar luz sobre el razonamiento diagnóstico desde múltiples perspectivas y disciplinas como la sociología, la psicología cognitiva, la psicología clínica, la educación médica, enfermería, fisioterapia o terapia ocupacional⁽²⁹⁾.

Las teorías normativas o prescriptivas (como el análisis de decisiones) indican cómo deberían pensar las personas si estas actuaran de una manera racional, basándose en la teoría de decisiones y de utilidades. Desde el punto de vista de las teorías normativas y de la perspectiva de la toma de decisiones, Elstein y Schwarz⁽⁷⁵⁾ destacan que la razón tiene un peso mayor al de la experiencia a la hora de tomar una decisión. Por otra parte, los hallazgos en la investigación de las teorías descriptivas

sugieren que con frecuencia las teorías normativas no explican el modo en que se toman en la vida real las decisiones. El punto de vista fenomenológico afirma que el peso de la experiencia subjetiva es más importante que el de la razón en la toma de decisiones.

Las teorías de decisiones permiten analizar riesgos y beneficios, y han sido utilizadas en problemas donde es necesario controlar una variable en particular. Estas teorías sugieren que el razonamiento requiere de un amplio entendimiento del problema, del conocimiento de la teoría de la probabilidad y del teorema de Bayes⁽⁷⁶⁾, en donde el experto es consciente de la probabilidad *a priori* con que una situación en particular se puede presentar. La combinación de los dos enfoques (normativo y descriptivo) apunta que tanto la razón como la experiencia son importantes en el razonamiento clínico, ya que la solución de problemas en ciencias de la salud es muy dependiente del contexto y del contenido del problema o dificultad.

El estudio del razonamiento diagnóstico ha dado lugar a diversas líneas de investigación con un doble propósito: por un lado, esclarecer el proceso de razonamiento de los clínicos y, por otro, establecer propuestas tendentes a mejorarlo. Frecuentemente estos trabajos de investigación han sido clasificados en tres grandes grupos^(12,28,77):

- En el primero de ellos se concibe la tarea diagnóstica como formación de juicios clínicos. Este tipo de estudios persigue proponer modelos matemáticos que aprehendan la relación entre los indicadores que utilizan los clínicos y los juicios clínicos formados a partir de ellos. Los modelos elaborados desde este enfoque han sido denominados, dependiendo del autor, como paramorfos, normativos, prescriptivos y estructurales. Como señalan Moruno y Talavera⁽²⁸⁾, citando a Adarraga, la aproximación al diagnóstico clínico basada en la formación de juicios concibe al sujeto que elabora el diagnóstico como

una "caja negra", ya que no se interesa en absoluto por los fenómenos cognitivos implicados en la emisión de tal juicio.

- Un segundo conjunto está formado por aquellos trabajos que se aproximan a la tarea diagnóstica. Desde este enfoque, la considera un proceso de toma de decisiones racionales en situaciones de incertidumbre y se fundamenta en la teoría de la utilidad esperada. En este caso no tratan de indagar la forma en que toman las decisiones los individuos en situaciones reales de incertidumbre, sino que trata de establecer cómo han de tomarse de forma racional en relación con su utilidad, deseabilidad y probabilidad.
- En un tercer grupo se examina la tarea diagnóstica a través de la descripción del proceso de razonamiento como un procedimiento de resolución de problemas. Desde esta aproximación se trata de describir el modo en que los clínicos representan el problema al abordar un diagnóstico, las estrategias que siguen para resolverlo y los conocimientos implicados en su resolución, por lo que se denominan modelos descriptivos. Este enfoque, que trata de describir el proceso para establecer modelos teóricos sobre la forma en que los clínicos adquieren, estructuran y representan un problema clínico y sobre el tipo de estrategias que guían su resolución se encuadra en el ámbito de la psicología cognitiva, disciplina que ha ejercido una notable influencia en diversos ámbitos científicos en ciencias de la salud, tales como la medicina, la psicología o la terapia ocupacional. Las investigaciones inspiradas en las aportaciones de la psicología cognitiva se articulan en torno "al procesamiento de la información como paradigma"⁽³²⁾, que emerge en la intersección de las investigaciones desarrolladas por la psicología cognitiva y la inteligencia artificial⁽³²⁾.

En relación a estas tres líneas de estudio descritas, la presente investigación se enmarca en este último punto: entender el razonamiento diagnóstico como un proceso de solución de problemas.

En este caso, el profesional centrará su esfuerzo en adquirir, seleccionar y organizar los datos que sean de utilidad en el proceso del diagnóstico. La recolección de datos no es una tarea pasiva, sino que requiere, en primer lugar, la comprensión de aquello que las personas tratan de expresar al describir sus limitaciones en el desempeño así como el posterior análisis de los términos utilizados por el individuo, comunidad u organización. Saber analizar los términos utilizados es una habilidad que el terapeuta ocupacional en formación debe tratar de adquirir tempranamente, puesto que interpretaciones equivocadas son causa frecuente de errores diagnósticos, tales como deducciones erróneas asociadas a una lista de síntomas que poco pueden condicionar el desempeño ocupacional y con escasa utilidad en el razonamiento diagnóstico.

La información que aparece durante esta etapa, que puede denominarse *etapa semiológica*⁽⁷⁸⁾, usualmente es desordenada y la conforman una serie heterogénea de datos relevantes e irrelevantes, por lo que es indispensable seleccionarlos de acuerdo a la utilidad que puedan tener como elemento en el razonamiento diagnóstico. Conviene recordar que los datos registrados constituyen únicamente indicios de problemas o limitaciones en el desempeño ocupacional que presenta la persona, comunidad u organización con la que estemos trabajando y necesitan ser analizados. Esta tarea de análisis o interpretación corresponde a la denominación *inferencia diagnóstica*⁽⁷⁸⁾.

Especificar los datos de valor diagnóstico no es suficiente, sino que a lo largo de todo el transcurso del diagnóstico es necesario ordenar y seleccionar la información propia de cada persona, población o comunidad, dotando al diagnóstico de la característica de singularidad que en sí tiene. Para ello, es necesaria una sistematización en el manejo de los datos, momento en el que la experiencia en la organización de los

mismos puede ser importante para facilitarnos la comprensión de la situación. Alrededor de esta sistematización se organiza nuestro trabajo y se contextualizan los datos recogidos, y debemos tener en cuenta que establecer el diagnóstico constituye una de las tareas más importantes, y con el fin de obtener buenos resultados en este proceso el razonamiento clínico constituye la herramienta más útil. Lograr un diagnóstico fiable es condición necesaria para adoptar conductas terapéuticas adecuadas y eficaces, de ahí la importancia de este razonamiento en la terapia ocupacional.

En resumen, podemos definir razonamiento diagnóstico como el proceso de inferencia que utiliza el terapeuta ocupacional para enjuiciar (*problem sensing*) y definir (*problem definition*) un problema con el ánimo de guiar nuestra intervención y desarrollar posibles soluciones⁽⁴⁶⁾.

Este razonamiento, formado por la elaboración y desarrollo de hipótesis, implica “el uso aplicado y lógico de métodos científicos, tales como pruebas, reconocimiento de patrones, toma de decisiones basadas en la evidencia estadística, con el ánimo de investigar cuáles son las causas o la naturaleza de las condiciones que requieren intervención de terapia ocupacional. Utiliza fuentes directas e indirectas para recabar información de la persona y el entorno que le rodea. Los terapeutas ocupacionales tratan de explicar por qué la persona está experimentando un problema con el desempeño. Fundamentado por la base científica y por la información obtenida del usuario⁽⁴⁶⁾.

2.2.3. Razonamiento diagnóstico como un proceso de resolución de problemas

Durante años, el estudio de los procesos cognitivos implicados en el juicio, el razonamiento y la resolución de problemas supuso una gran atracción para Elstein *et al.*⁽³³⁾. Sus estudios versaban sobre cómo los médicos y estudiantes de medicina con experiencia reunían datos y generaban hipótesis para establecer el diagnóstico.

A partir de estos resultados, los investigadores proponen un modelo prototípico de generación de diagnósticos, facilitados por el razonamiento diagnóstico del profesional. Elstein *et al.*⁽³³⁾ denominaron a este proceso “*decision tree process*” (árbol de decisiones), llegando a él tras darse cuenta de que muchos profesionales que participaban en sus investigaciones repetían un mismo patrón de recogida de análisis de los datos, como consecuencia de sus estrategias mentales del conocimiento. Durante sus investigaciones descubrió cuatro fases de toma de decisiones para llegar a alcanzar la formulación del diagnóstico según Elstein *et al.*⁽³³⁾:

a) *Cue acquisition* (adquisición de indicios). A lo largo de la adquisición de indicios se aborda la recogida de datos relevantes sobre el problema del sujeto evaluado. La recopilación es selectiva, dado que está orientada por la imagen clínica que ha formado y refinado el profesional a lo largo de su experiencia y formación. Esta imagen juega un papel importante en el razonamiento diagnóstico, en la medida en que dictaminan los indicios que busca el profesional. Habitualmente este desarrolla rutinas singulares que dependen del encuadre del servicio o de las preferencias de cada clínico; así, un determinado indicio puede constituir el origen de la búsqueda del indicio siguiente o, por el contrario, seguir protocolos normalizados para recoger la información.

Esta información, recabada durante los primeros momentos de la evaluación, modifica la idea inicial del profesional con respecto a la persona evaluada, así como el escenario del problema y, por tanto, el tipo de indicios buscados. Por lo tanto, implica el reconocimiento de que los datos son necesarios, si bien, deben ser seleccionados únicamente aquellos que son relevantes para cada caso en particular.

En esta fase podemos identificar diversas etapas que cumplen objetivos diferentes, a saber:

- Obtención de información: gracias a ella se extraen los datos relevantes relativos a la realidad del usuario, comunidad u organización con la que trabajemos, y a ella tendremos que volver cuando obtengamos las primeras hipótesis con el fin de analizarlas y decidir si se corresponden con la realidad del problema o limitación en el desempeño. Esta fase, la recogida de datos, se realizará de forma indirecta, de modo que se puedan localizar la mayor parte de datos suficientes para desarrollar un perfil ocupacional lo suficientemente claro como para ser capaz de analizar lo que sucede.
- Espacio de reflexión: esta fase está concebida para desarrollar la labor de procesamiento cognitivo. Para ello, tanto la experiencia como los conocimientos previos acumulados por el terapeuta son requeridos, puesto que debería comenzar a enjuiciar lo que sucede para poder continuar con recogida de datos. Estos datos obtenidos a partir de pruebas complementarias, serán relevantes para contrastar la información localizada hasta ahora.
 - Desarrollo de pruebas complementarias (herramientas de evaluación o similares): a lo largo de esta etapa se requieren pericia y conocimientos teóricos procedentes del profesional, para así saber localizar de forma clara las pruebas complementarias necesarias para obtener datos claros que

profundicen en la imagen que hasta ahora estamos elaborando del problema en la limitación del desempeño. Es necesario tener en cuenta una serie de errores frecuentes en este proceso: en primer lugar, la selección de una o varias baterías de pruebas, que, si bien amplían información, no profundizan o aportan datos relevantes para la solución de nuestra hipótesis. En segundo lugar, hacer acopio de un número insuficiente de pruebas, y por lo tanto la obtención de escasa información que deje lagunas en la reflexión del razonamiento diagnóstico. Con el fin de subsanar los errores expuestos deberíamos recurrir a la teoría y localizar la batería de pruebas que más se ajustan a cada situación, teniendo en cuenta que los entornos o contextos de nuestra práctica en ocasiones hacen que estas herramientas tengan que adaptarse a ellos.

b) *Hypothesis generation* (generación de hipótesis). Durante la segunda etapa, a partir de un número extremadamente limitado de datos se elaboran hipótesis tempranas sobre la naturaleza y condición del estatus ocupacional del paciente, lo que permite dirigir la exploración y análisis de nuevos datos a lo largo del proceso de evaluación⁽⁶⁾. Dadas las limitaciones de la memoria de trabajo, donde se almacenan los datos que van surgiendo a lo largo del proceso de evaluación, la generación de hipótesis permite al terapeuta ocupacional agrupar los indicios recabados, organizándolos y sintetizándolos a través de supuestos tentativos sobre la posible causa o causas de la disfunción ocupacional, ampliando de esta forma la capacidad de su memoria de trabajo. Una vez que una o varias hipótesis han sido formuladas, la búsqueda subsiguiente de indicios irá encaminada hacia la confirmación de la hipótesis principal. En resumen, la generación de hipótesis significa para el terapeuta la generación de una lista de posibles problemas en el desempeño así como la causa de estos.

- El objetivo de esta fase, tiene entre otras, la capacidad de seleccionar de una amplia lista de posibles hipótesis las que tienen mayor peso en este momento, y que podrían ser las causas reales del problema o limitación en el desempeño. Las formas, métodos y estrategias de elaboración de las mismas ya han sido descritas de forma exhaustiva en este capítulo.

c) *Cue interpretation* (interpretación de los indicios recogidos). En esta parte se evalúan las *cues* que son relevantes para las hipótesis específicas que se están barajando. Elstein *et al.*⁽³³⁾ concluyeron en sus investigaciones que la precisión en la identificación de la relevancia de las *cues* estaba fuertemente vinculada a diagnósticos ocupacionales precisos. Es decir, una vez obtenidos el conjunto de indicios vinculados con la hipótesis diagnóstica, estos son procesados en relación con la relevancia de los mismos frente a las hipótesis planteadas. Esta fase también es conocida como contrastación de estas hipótesis con la realidad. Se trata de la fase del razonamiento diagnóstico más complicada y sensible, ya que en función del perfil ocupacional obtenido el resultado será uno u otro. Es por ello que la pericia del profesional destaca por encima de todo. Debemos evitar el error llamado “tornillo diagnóstico”, en el que la contrastación se “encorseta” en nuestra primera hipótesis, sin llegar a obtener la suficiente información posterior para desarrollarla, quedándonos en una fase preliminar y obteniendo un diagnóstico ocupacional alejado de la realidad. Es preciso señalar, de todas formas, que el razonamiento diagnóstico no es todo lo preciso que quisiéramos, y es por eso que este se corresponde con un proceso circular en el que la obtención de una hipótesis final nos lleva a poder modificarla si aparecieran más datos que apuntasen en otra dirección. Aun así, llegados a esta fase en la que la certeza de datos es máxima, puede suceder que se modifique el diagnóstico ocupacional logrado, no tanto por la información

susceptible de aparecer con posterioridad, sino más bien por el avance o retroceso del usuario, comunidad u organización objeto del diagnóstico. En este proceso, un buen desarrollo de nuestra tarea como recopiladores de información y procesamiento cognitivo en base a los principios teóricos de nuestra disciplina, hará que el trabajo se desarrolle dentro de un cauce normal, provocando que nuestro procedimiento se sistematice, beneficiando al usuario, comunidad u organización con la que trabajemos o incluso a nuestra disciplina, que se nutrirá de investigaciones ricas en datos que refuercen nuestro cuerpo epistemológico.

d) *Hypothesis evaluation* (evaluación de hipótesis). También denominado toma de decisiones finales, ya que en esta fase el terapeuta ocupacional deberá consolidar las hipótesis finales, calificándolas como diagnóstico ocupacional. Se trata del momento final de todo el proceso de razonamiento diagnóstico que corresponde con el último de la evaluación ocupacional inicial y el comienzo de la planificación de la intervención. Cuanto más cercana a la realidad del usuario, comunidad u organización sea esta toma de decisiones finales, más fiables serán nuestras intervenciones y mayor dimensión tendrán para el usuario, comunidad u organización, porque realmente entenderá el motivo por el cual se realizan.

- El objetivo de esta etapa final es lograr que el terapeuta ocupacional decida las hipótesis que a su juicio fueron determinantes para elaborar el diagnóstico ocupacional y comenzar con la intervención. Esta parte final del proceso de obtención de las mismas es clave para obtener el diagnóstico ocupacional y hay que evitar posibles sesgos que hagan del diagnóstico ocupacional algo tangencial a la persona, obviando sus problemas en el desempeño ocupacional. Es decir, una vez agotada la búsqueda de información, los datos que apoyan una determinada hipótesis son sopesados

frente a las evidencias que la anulan o que apoyan las hipótesis alternativas. Si se da el caso en el que el terapeuta ocupacional no pueda decidirse por una hipótesis, reanudaría la adquisición de datos hasta dar con un diagnóstico basado en la ponderación de los datos obtenidos que predomine sobre el otro, seleccionándose como base para establecer los objetivos de la intervención.

La propia accesibilidad de la estructura genera la necesidad de que el profesional tenga formación sobre ello y escudriñe todas las fases de las que se compone para poder llegar a una conclusión final satisfactoria. Consecuentemente, esta sencillez metodológica se opone a la complicación teórica y a la capacidad del profesional de lograr componer el diagnóstico ocupacional sin llegar a errar con el resultado obtenido.

En resumen, la investigación desarrollada por Elstein *et al.*⁽³³⁾ admite establecer un modelo teórico que permite describir y esclarecer el proceso de razonamiento diagnóstico, estructurándolo como un procedimiento de generación y validación de hipótesis.

Los resultados de la investigación sobre razonamiento diagnóstico en medicina han sido considerados igualmente aplicables a otras ciencias. Esto no quiere decir en ningún caso que las tareas particulares que se dan en el caso del diagnóstico médico tengan lugar de la misma forma en el resto de las ciencias. Por el contrario, lo que implica tal consideración es que, aun cuando en el ámbito de otras ciencias se den tareas y problemas singulares del campo, los procesos cognitivos básicos subyacentes a la actividad diagnóstica también se encuentran presentes en la formulación del diagnóstico.

Por ese motivo, desde nuestro punto de vista, la aplicación de la teoría de resolución de problemas es igualmente aplicable en el círculo de las

disciplinas paramédicas. Esta opinión se ve corroborada por las investigaciones sobre razonamiento diagnóstico en terapia ocupacional que consideran que este es similar al razonamiento preconizado en la literatura sobre solución de problemas médicos^(37,46, 60).

De la misma forma que veíamos en el caso del diagnóstico médico, el terapeuta ocupacional se enfrenta a una amplia variedad de potenciales espacios de problemas en su intento de identificar tanto sus posibles fuentes como su solución⁽³²⁾. De hecho, una de las características distintivas de la terapia ocupacional es el amplísimo abanico de áreas de intervención que concierne a la materia y que reúne, con una marcada heterogeneidad en cuanto a la edad que debe considerarse en cada caso, escenarios muy diversos de desempeño ocupacional⁽³²⁾.

Así, autores como Fleming⁽⁵⁸⁾, Rogers y Holm⁽⁴⁶⁾, Mattingly y Fleming⁽³⁷⁾ o Reed y Sanderson⁽⁷⁹⁾, entre otros, se han servido de las investigaciones de otras ciencias, y más concretamente de la medicina⁽³³⁾, para desarrollar líneas de trabajo sobre resolución de problemas, razonamiento diagnóstico y terapia ocupacional.

2.2.3.1. El estudio del razonamiento diagnóstico en terapia ocupacional

El estudio del razonamiento diagnóstico en terapia ocupacional está asociado a la introducción del concepto de diagnóstico ocupacional acuñado por Rogers y Holm⁽⁴⁶⁾.

Desde esta perspectiva, este proceso puede ser dividido en dos etapas (véase la figura 3):

- Aprehensión y definición de los problemas de desempeño ocupacional.
- Solución de los problemas detectados a través de la intervención y la valoración de los resultados .

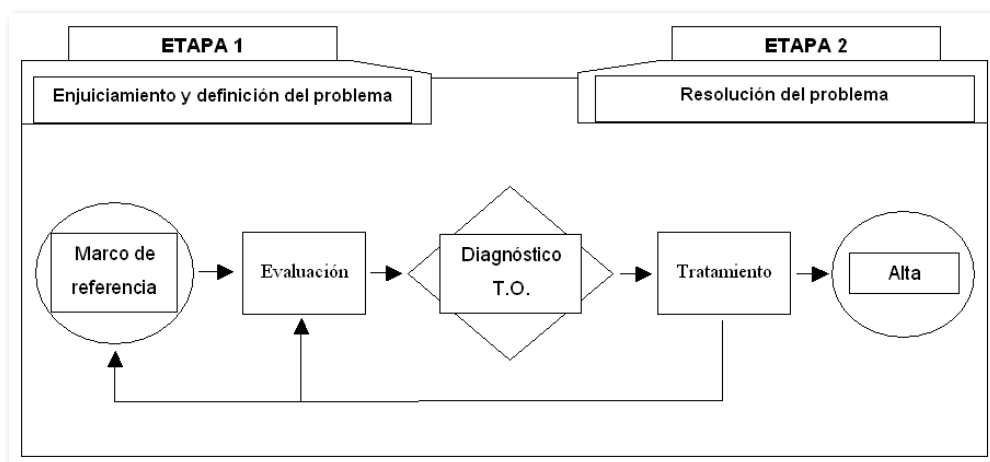


Figura 3. Modelo simplificado del proceso de TO

Fuente: Rogers y Holm⁽⁴⁶⁾. TO: terapia ocupacional

La propuesta de estas autoras aúna la postura general que caracteriza la práctica clínica dividiéndola en etapas y la descripción del razonamiento clínico subyacente a tal proceso⁽³²⁾.

En esta representación el diagnóstico ocupacional puede ser contemplado desde dos perspectivas diferentes y complementarias⁽⁷⁹⁾:

- **Perspectiva sincrónica:** posibilita la elaboración de una representación del estatus ocupacional del individuo, generando un resumen descriptivo del conjunto de problemas en el desempeño ocupacional actuales o potenciales. Esta perspectiva ordena las dificultades, facilidades y recursos de la persona, tanto desde la perspectiva de la ejecución o función ocupacional como desde el punto de vista de la adaptación al entorno. Además, el diagnóstico ocupacional, tal y como lo definen Rogers y Holm⁽⁴⁶⁾, permite el establecimiento de relaciones entre las alteraciones del desempeño funcional de las actividades en las distintas áreas ocupacionales y las condiciones hipotéticas resultantes de tales dificultades.
- **Perspectiva diacrónica:** corresponde al conjunto de acciones a través de las cuales entendemos, describimos e interpretamos un problema en el desempeño ocupacional de una persona. Esta segunda

consideración se constituye como punto de partida y referente para posteriores estudios sobre razonamiento clínico en terapia ocupacional.

Ambas perspectivas en la recogida de datos y su elaboración, responden, como ya hemos dicho, a aspectos vinculados con la teoría y la práctica del profesional, los entornos donde se desarrolle la práctica y la capacidad para obtener información relevante para guiar el proceso de interpretación de lo que acontece.

En este caso, el razonamiento diagnóstico tiene que ver con la generalización de hipótesis, que desde primer momento todo profesional establece, descartando unas y validando otras. Este proceso se desarrolla de forma longitudinal y será el que encamine al profesional a la obtención de un diagnóstico ocupacional.

El razonamiento diagnóstico facilita la elaboración de estas hipótesis para poder definir y poner nombre a lo que acontece. Las hipótesis que surgen van a describir, desde el prisma teórico de la disciplina, cuáles son los problemas del desempeño ocupacional y van a servir de base a partir de la cual el terapeuta ocupacional construirá su diagnóstico ocupacional. Este razonamiento diagnóstico será el responsable de desentrañar aquello que le sucede a la persona, descartar datos que no son relevantes para el caso y concretar aspectos centrales del problema en el desempeño ocupacional, entre otros.

Este proceso cognitivo que estamos describiendo va a facilitar en gran medida la labor del terapeuta ocupacional, en tanto en cuanto será capaz de determinar con gran fiabilidad lo que sucede y sus causas, para de esta forma poder intervenir sobre ello.

Sin embargo, en este proceso no se debe olvidar que la elaboración de hipótesis va a fluctuar en el profesional en función de su capacidad para observar, recoger, validar, descartar o interpretar datos, entre otros procedimientos. Estas destrezas profesionales se van desarrollando a medida que el terapeuta ocupacional suma años de experiencia. Por ese motivo, los profesionales que llevan poco tiempo trabajando en un mismo campo, van a tener más problemas en establecer hipótesis que aquellos que lleven más tiempo desarrollando su labor. En este caso, las hipótesis iniciales, estarán más refinadas, obteniendo con mayor agilidad la culminación del diagnóstico ocupacional.

Es decir, un profesional experto será capaz de dotar de mayor dinamismo a la recopilación de la información, su proceso de razonamiento es subconsciente y casi automático, define hipótesis y las mejora integrando datos almacenados en su memoria y tiene conocimientos de la sensibilidad, especificidad y valor predictivo de los diferentes métodos diagnósticos. Por contra, el profesional con menor experiencia recopilará la información sin preocuparse por el resultado final, realizará recogida de datos y formulará diagnósticos de forma estereotipada, resultado de la escasa integración de conocimientos teórico-prácticos.

En resumen, podemos concretar que la aparición de hipótesis, la gestión de las mismas durante el proceso de evaluación ocupacional y la validación de estas, guiarán al profesional hasta la redacción del diagnóstico ocupacional, todo ello amparado por el razonamiento diagnóstico del terapeuta ocupacional.

2.2.3.2. Diagnóstico ocupacional en el proceso de resolución de problemas

En opinión de Reed y Sanderson⁽⁷⁹⁾, y si consideramos que el diagnóstico ocupacional se define como *un resultado de un proceso de recogida de datos, en el que se razona de forma lógica para obtener una respuesta a lo que sucede y por qué sucede*, tendremos que concebir, por tanto, que la recogida de datos es un proceso constante. Esto se debe a la mutabilidad del ser humano en cuanto a su entorno, contexto o diferentes variables del desempeño ocupacional. Por ello, el diagnóstico ocupacional no es sino un resultado de este procedimiento, más que un resultado en sí mismo, puesto que no se trata de un diagnóstico estanco sino que está sujeto a variables. En este modelo, según Higgs⁽⁴⁴⁾, el razonamiento clínico que lleva al diagnóstico ocupacional es visto como un proceso de investigación reflexiva que comprende tres elementos principales (cognición, meta-cognición y conocimiento) llevados a cabo en un marco de colaboración con las partes interesadas. De este modo nos centramos en la persona y constituimos un modelo de razonamiento colaborativo que es necesario promover para obtener resultados, de forma que el resultado último del diagnóstico ocupacional se concibe más como proceso que como resultado de un conjunto de datos.

En la figura 4 se detalla un ejemplo de concepto de diagnóstico ocupacional como proceso, en el que se van desgranando los diferentes niveles hasta llegar a la redacción final. En él se pueden apreciar las diferentes acciones a emprender tras la obtención de información relevante por parte del profesional⁽¹¹⁾.

En este caso, para poder entender y manejar los problemas o limitaciones del desempeño que presentan los usuarios, comunidad u organización con la que trabajemos, los terapeutas ocupacionales no

debemos considerar únicamente las posibilidades de diagnóstico asociado a una patología o pérdida de salud, sino también toda una serie de factores que pueden contribuir a la salud de las personas, y en particular los efectos que estos problemas de desempeño ocupacional pueden tener en su vida.

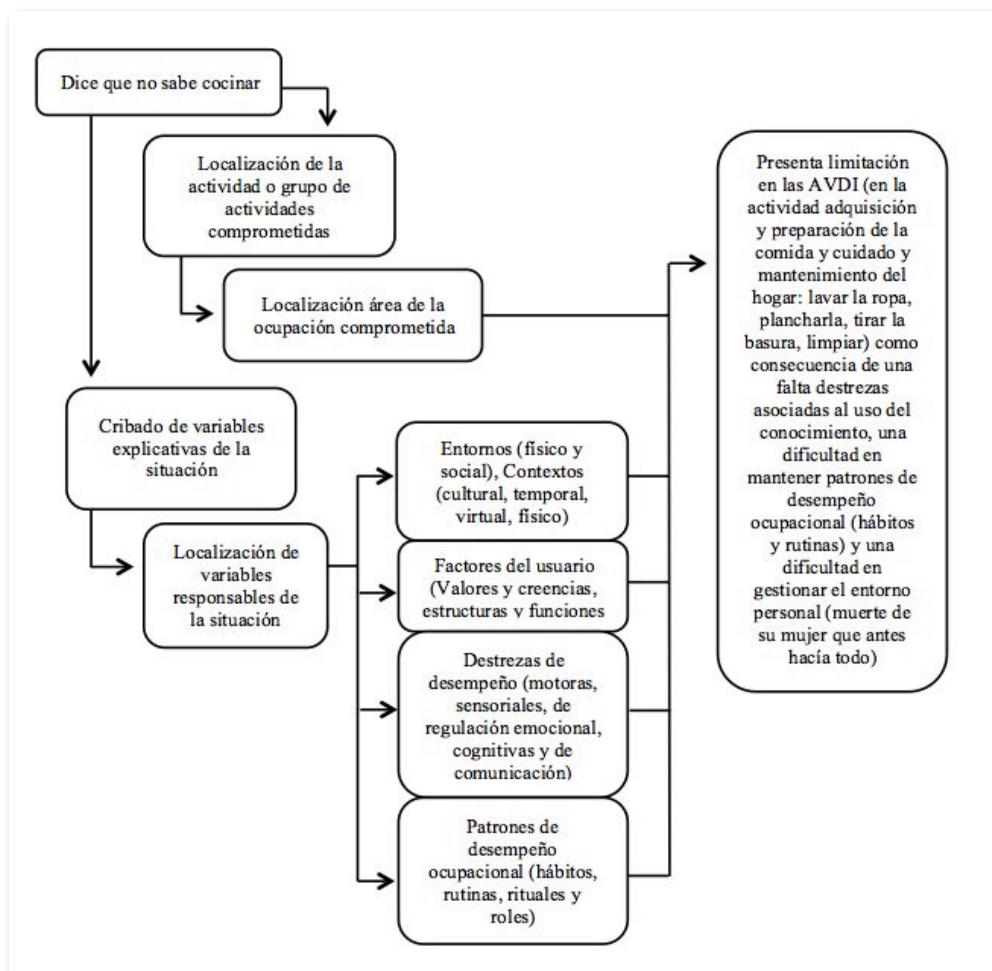


Figura 4. RD para una persona que dice no saber cocinar

Fuente: Talavera⁽¹¹⁾. RD: Razonamiento diagnóstico

Por lo tanto, se hace necesario señalar que el razonamiento diagnóstico se orienta a la construcción de hipótesis, que serán las que guíen nuestra práctica, ya que estas son el medio para dar forma a aquello que los profesionales creemos que sucede y el motivo por el que sucede. Y

aunque este proceso sea dinámico, muchos terapeutas no son conscientes de que están generando hipótesis desde el primer momento de encuentro con los datos del caso⁽⁴⁴⁾. Es decir, las señales iniciales, notas del caso, la observación de una persona en una sala de espera o el comienzo de una entrevista evocarán una serie de impresiones iniciales, que, junto con el resto de datos que tenemos sobre la persona, nos ayudarán a ir conformando hipótesis iniciales. En ellas el terapeuta ocupacional comienza a relacionar las áreas del desempeño con aspectos vinculados a estructuras o funciones corporales, entornos y contextos, destrezas o patrones de ejecución, aunque estas primeras hipótesis no tienen por qué guardar relación con el diagnóstico ocupacional final.

Todos los terapeutas tienen un elemento de rutina en la construcción de estas hipótesis que viene dada por la experiencia en los profesionales expertos, mientras que los principiantes tienen su modelo en las realizadas durante sus estancias prácticas. Al margen de estas experiencias vividas, la recogida de información o evaluación ocupacional se antoja como la máxima representación de la obtención de información, ya que en ella aparecen datos que se consideran necesarios e imprescindibles para la comprensión y manejo de los problemas de desempeño ocupacional con los que nos encontramos. Así, por ello, la elaboración de hipótesis por parte del terapeuta ocupacional debe obtenerse a partir de la información de un perfil ocupacional premórbido, con el fin de ponerlo en relación con “información sobre su entorno y su contexto, comportamiento ocupacional, historia de síntomas o signos (en el caso de que existiesen), estructuras y funciones corporales, destrezas, patrones de desempeño y resultados de herramientas de evaluación o pruebas similares que tengamos a nuestro alcance”⁽²⁸⁾. A pesar de que se trata de una recomendación específica y no exclusiva, esta recogida de datos puede adaptarse a cada caso, incorporando además aspectos tales como datos previos de análisis del desempeño ocupacional.

Toda esta recopilación de datos nos facilitará una información rápida que a su vez nos aportará luz en la elaboración de las hipótesis iniciales, guías de nuestro trabajo posterior. Pero el lector no debe pensar que este proceso finaliza aquí. Moruno y Talavera⁽²⁸⁾ proponen que si los terapeutas ocupacionales concebimos “la evaluación ocupacional como un proceso de recogida y análisis continuo de información”, ello nos permitirá modificar nuestras hipótesis a lo largo del proceso. Por tanto, el diagnóstico ocupacional realizado al final de nuestra evaluación ocupacional inicial puede modificarse ajustándose a los cambios que puedan ocurrir a lo largo de esta etapa, ya sea durante la participación de la persona en la intervención realizada como en las reevaluaciones periódicas estipuladas para cada caso, donde se continuará recabando información. En ese caso, el proceso del diagnóstico ocupacional es longitudinal, y necesita de un rigor y sistematización de la recogida de datos desde el comienzo del mismo, ya que ambas acciones van ligadas, no pudiéndose llegar al final (diagnóstico ocupacional), sin atravesar el territorio de la exploración en la evaluación ocupacional, de la localización de un perfil ocupacional premórbido que pueda ser comparable con los resultados actuales. Así, en este empeño por concretar y definir una sistematización, se deberán tener claros los engranajes que nos llevan a conseguir el diagnóstico ocupacional. Por ello, la descripción de la definición de evaluación ocupacional, con sus partes implicadas en la culminación del diagnóstico ocupacional, las características de las mismas, las variables a explorar, así como los tipos de evaluaciones subyacentes en la práctica, serán el germen de los siguientes apartados que nos conducirán hacia el diagnóstico ocupacional, camino que todo terapeuta ocupacional tendrá que recorrer.

Aun así, se hace necesario recordar que la obtención del diagnóstico ocupacional no lo es todo en la resolución de un caso. El manejo exitoso de los problemas de los usuarios, comunidades u organizaciones,

requiere algo más que buenas habilidades de diagnóstico: los terapeutas ocupacionales también deben ser buenos educadores e interlocutores. De hecho, mientras que un cierto porcentaje de los problemas de las personas pueden resolverse siempre a través de la intervención de terapia ocupacional, para que este cambio sea duradero solo se pueden desarrollar mediante la comprensión de lo particular, de los determinantes de salud, del comportamiento operativo y mediante la negociación de los cambios en la comprensión, creencias/actitudes y comportamientos de las personas⁽⁴⁴⁾. Es decir, el trabajo del terapeuta ocupacional no se limita únicamente a evaluar, sino que también tiene que tratar de negociar, entender o recomendar entre otros deberes. Los estudios son concluyentes en este punto^(2,44): destacan que a las personas (incluyendo cuidadores principales o similares) a las que se les ha dado la oportunidad de compartir la toma de decisiones han demostrado tener más responsabilidad sobre su propia gestión y una mayor probabilidad de lograr mejores resultados^(80,81). De este modo, un proceso de pensamiento se transforma en un proceso de razonamiento colaborativo⁽⁸²⁾. En lugar de que las personas se conviertan en receptoras pasivas de atención de la salud, se les ayuda a construir una nueva comprensión o sentido de perspectiva, participando tan activamente en la gestión y en la toma de decisiones que generan fuertes estrategias de salud. A pesar de todo lo expuesto, en general los terapeutas ocupacionales han aprendido este tipo de habilidades por medio de la experiencia personal (escuchar, comunicar, negociar, asesorar o motivar, entre otras), ya que a través de la experiencia han comprobado que la participación activa puede efectuar cambios positivos en las creencias y comportamientos en las personas con las que trabaja. Sin embargo, la realidad laboral dista mucho de los planes de estudios actuales, en los que siguen primando la adquisición de competencias fundamentadas en el patrón de reconocimiento. Por lo tanto, la docencia (en algunas ocasiones) sigue enfocada en la formación de expertos diagnosticadores

y muy pocos terapeutas que, por medio de sus habilidades y competencias profesionales, sepan llevar a término un proceso en el que la negociación con el usuario, comunidad u organización sea el eje vertebral de su trabajo diario⁽¹¹⁾.

En resumen, el razonamiento diagnóstico que conduce al diagnóstico ocupacional es un proceso de colaboración entre persona y profesional, en el que, por lo tanto, intervenir no lo es todo. El proceso de intervención puede aliviar, pero que la persona tenga un cambio en su desempeño requiere de un proceso de conexión entre terapeuta ocupacional y usuario lo suficientemente fuerte como para poder obtener un diagnóstico ocupacional y así de esa forma desarrollar estrategias por parte de ambos, siendo el beneficiario de la situación en todo momento el individuo.

2.2.4. Diagnóstico ocupacional: producto de un proceso

2.2.4.1. Diagnóstico ocupacional como producto de la evaluación ocupacional

Para facilitar la lectura en este apartado, queremos definir dos términos considerados claves debido a su relevancia, puesto que engloban el conjunto de acciones que realizará el terapeuta ocupacional para llegar a concluir en la redacción del diagnóstico ocupacional. Estos términos son proceso y producto. En la actualidad muchos terapeutas ocupacionales han rechazado el término diagnóstico ocupacional por considerarlo exclusivamente un producto. En este caso estamos totalmente de acuerdo con esa afirmación, ya que consideramos que el diagnóstico ocupacional es el resultado de un proceso en el que se involucran múltiples aspectos que el terapeuta ocupacional tiene que saber definir y resolver (ver apartado 2.2.3.4. *Diagnóstico ocupacional en el proceso de*

resolución de problemas, en la página 75). Por tanto, para comprender esta terminología y evitar confusión en el lector, cuando nos referimos a proceso a lo largo de este trabajo estamos haciendo referencia a un conjunto de fases sucesivas lógicamente ordenadas, cuyo fin es lograr un resultado específico, es decir, generar hipótesis sobre las alteraciones en el desempeño ocupacional del sujeto evaluado y sus posibles causas. Por otro lado, si nombramos el término producto, lo definimos con base a una cosa producida, es decir aquello que se ha elaborado, resultante del procedimiento y del proceso.

Cuando nos referimos al diagnóstico ocupacional como producto, el concepto ha sido extraído, como ya hemos señalado anteriormente, de los trabajos de Joan C. Rogers y sus colaboradores^(4, 35, 36, 46, 59).

Rogers⁽¹⁸⁾ introduce el concepto y la necesidad del diagnóstico ocupacional a partir de un análisis comparativo entre este y el diagnóstico médico. La autora sugiere que, si bien los terapeutas ocupacionales están familiarizados con el proceso de evaluación, fracasan en la utilización de la información obtenida al construir un *esquema diagnóstico*⁽³²⁾.

Por otra parte, Rogers detecta un grave problema, ya que, según la afirmación de esta investigadora, el diagnóstico médico ocupa un lugar preeminente en las actividades clínicas, educativas e investigadoras en el campo de la terapia ocupacional, generando numerosos problemas al ubicar en primer plano la explicación médica basada en relaciones causales de tipo orgánico. Esto causa la aparición de numerosas confusiones para la interpretación de los problemas del desempeño ocupacional de una persona por parte de un terapeuta ocupacional.

En contraposición, la formulación de un esquema diagnóstico propio de la terapia ocupacional posibilita una mejor aprehensión de la causalidad

multidimensional de los problemas de desempeño ocupacional, relegando a un segundo plano las explicaciones médicas más reduccionistas⁽⁴⁶⁾. Asimismo, defiende que el diagnóstico ocupacional debe incluir elementos esenciales que guíen la intervención.

De esta forma, el diagnóstico ocupacional se define como una conclusión que concierne a la naturaleza del fenómeno, incluyendo características de los diferentes dominios, ya sean personales o ambientales, y por tanto, en él deben ser incluidos todos estos datos.

Toda esta formulación permitió a Rogers y Holm⁽⁴⁶⁾ asegurar que el concepto de diagnóstico ocupacional se aleja del concepto médico de diagnóstico; es más, surge como reacción a él⁽³²⁾, como reflexión final y producto del razonamiento diagnóstico del terapeuta ocupacional⁽⁴⁶⁾.

2.2.4.2. Arquitectura del diagnóstico ocupacional

El diagnóstico ocupacional puede también entenderse como el resultado del juicio del profesional sobre la respuesta de una persona, comunidad u organización a sus problemas en los desempeños reales o potenciales relacionados con sus procesos vitales. El diagnóstico ocupacional proporciona la base para la selección de intervenciones con el fin de obtener una serie de objetivos de los que el terapeuta ocupacional es responsable.

Algunos autores proponen utilizar la estructura que recomiendan Rogers y Holm⁽⁴⁶⁾, la cual muestra una forma clara de construir un diagnóstico ocupacional, paso previo para poder generar un lenguaje común. A pesar del aumento progresivo de profesionales que hacen uso de este método, estos siguen sin ser suficientes para desarrollar una sólida expresión del juicio de la práctica profesional. En este proceso, el papel que cumple la

formulación de un diagnóstico ocupacional no incluye únicamente el problema en el desempeño, sino también los marcadores que definirán los objetivos de las intervenciones, es decir, las causas del problema en el desempeño.

De esta forma, y siguiendo las recomendaciones de Moruno y Talavera⁽²⁸⁾, la etapa de diagnosis se centra en el análisis de los datos recogidos durante la evaluación, y su consiguiente interpretación científica de la que resulta el diagnóstico ocupacional. Este diagnóstico guiará la planificación, ejecución y evaluación de las intervenciones de terapia ocupacional.

De este modo, si concebimos el diagnóstico ocupacional como el resultado final del proceso de evaluación inicial, según Moruno y Talavera⁽²⁸⁾, obtenemos un esquema conceptual constituido por cuatro componentes integrados que siempre serán parte del diagnóstico ocupacional, tal y como sostienen Rogers y Holm⁽⁴⁶⁾, o Moruno y Talavera⁽²⁸⁾:

El componente descriptivo :

- *Definición:* en él se describe el conjunto de actividades en las que un sujeto presenta problemas para su desempeño funcional. Es decir, se nombran las alteraciones en el desempeño ocupacional del individuo en forma de relación o resumen descriptivo del conjunto de problemas ocupacionales actuales o potenciales que el sujeto padece o, previsiblemente, puede llegar a padecer.
- *Compuesto por tres niveles de información. Nivel 1,* correspondiente al tipo de problema en el desempeño, pudiendo ser una “limitación en la actividad”, cuando correspondan a dificultades que una persona puede mostrar al realizar algún tipo de actividad, o bien “restricción en la participación” cuando son

problemas que pueden aparecer al involucrarse en situaciones vitales, donde existe más de una actividad implicada en un mismo área ⁽⁸³⁾. *Nivel 2*, correspondiente al “área de ocupación” y el *Nivel 3*, concerniente a la actividad o actividades correspondientes al área que tenga comprometida la persona, comunidad u organización con la que trabajemos.

El componente explicativo:

- *Definición:* está constituido por el conjunto de hipótesis formuladas por el terapeuta para explicar la causa o naturaleza de cada condición, situación o problema. Es decir, se correspondería con las causas hipotéticas de tales alteraciones.
- *Compuesto por* cuatro niveles de información: funciones y estructuras corporales, destrezas de desempeño, patrones de desempeño, entornos y contextos.

Los indicios (cues):

- *Definición:* evidencias que conducen a la conclusión sobre la existencia del problema y las hipótesis que las explican; es decir, aquellos indicadores (signos, síntomas o datos observables, de carácter empírico, que permiten operativizar las causas que se han hipotetizado) asociados con las supuestas causantes de los problemas.
- *Composición:* un indicio es la manifestación observable que nos permite inferir o conocer la existencia de algo, como por ejemplo, la aparición de una señal que visibiliza un posible problema en el desempeño, como el movimiento de una veleta hacia una determinada dirección, lo cual nos dirá el sentido que presenta en ese momento el viento. Dependiendo de la relación que presenten con los hechos, los indicios podrán ser: indicios determinados (aquellos que necesitan un análisis minucioso a simple vista y están directamente relacionados con la persona) e indicios indeterminados (son aquellos que necesitan de un análisis más

completo para así poder conocer su composición y su estructura de acuerdo a lo que lo produzca).

La información diagnóstica adicional:

- *Definición:* aporta datos auxiliares sobre la etiología, evolución, pronóstico, incidencia, entre otros, del cuadro clínico probablemente relacionado con el problema ocupacional.
- *Composición:* cualquier otra información no recogida en ninguna de las variables anteriores (por ejemplo: obesidad o diabetes, entre otras), no directamente relacionada con el diagnóstico (o problemas de desempeño), pero que puede influir de alguna forma en el caso, de forma que aporte información adicional sobre la persona, comunidad u organización, y sobre la posible causa de su problema según las versiones de otros compañeros con los que trabajemos. Esta información es complementaria a la fuente primigenia que nos ocupa como profesionales, que no es otra que la ocupación.

Por todo lo anteriormente descrito, el componente descriptivo integra las dificultades del desempeño ocupacional que presenta la persona evaluada. Por otro lado, el componente explicativo plantea las posibles hipótesis relacionadas con esta dificultad en el desempeño. En este tipo de esquema destaca la posibilidad que existe tanto de detallar los problemas del cliente (funciones, estructuras corporales y valores) como las destrezas de ejecución, aspecto más utilizado hasta ahora por los terapeutas como causa de las alteraciones en la persona. En esta estructura, detallada con anterioridad, también hay posibilidad de que aspectos tales como patrones de desempeño (hábitos, rutinas, roles), o los entornos/contextos estén presentes para explicar las posibles causas de las dificultades del desempeño ocupacional en la persona a estudio. Esta recomendación pormenorizada es clave a la hora de detallar las condiciones o causas hipotéticas del problema en el desempeño , siendo

un momento crítico del diagnóstico de terapia ocupacional, puesto que la intervención variará en función de esta explicación. En la medida en que un diagnóstico ocupacional vincula un problema del desempeño a posibles causas, nos facilita implementar una u otra estrategia de intervención, definirla, negociarla, o incluso modificarla tras establecerla con la persona, con el fin de crear objetivos realistas que ayuden en una mejora del desempeño ocupacional de la persona y con esto ayudar a sanarla. Además, este tipo de estructura nos permitirá valorar el resultado de nuestro trabajo estableciendo indicadores fiables sobre nuestra intervención^(32,38).

2.2.5. Crítica al razonamiento clínico

Son dos las principales líneas críticas sobre el razonamiento clínico, a saber:

La primera de ellas incorpora la visión tanto del estudiante como del profesional de la terapia ocupacional, ya que ante los avances acontecidos en el estudio del razonamiento clínico son muchas las críticas que se pueden hacer desde ambas ópticas, docente y profesional. De esta manera, las más relevantes desde el mundo de la enseñanza señalan a los formadores como los responsables de una situación que pervierte el aprendizaje del estudiante, ya que en la gestión de casos la finalidad es que este cree patrones de reconocimiento en vez de ayudarlo a generar patrones de comprensión de lo que sucede y sus causas. En este ámbito es importante destacar que una buena formación del razonamiento no sólo requiere de una destreza de reconocimiento, sino de una formación en habilidades que capaciten al estudiante para comprender el proceso vital de la persona con la que trabaja^(26,43). Este cambio se hace especialmente complicado en un mundo piramidal de toma de decisiones en la formación, donde unos estamentos predominan

sobre otros y en el que la concepción de la salud sigue (aunque comienza a haber cambios en este sentido), fundamentada en síntomas y signos. Ante esta situación, es importante reconocer que es difícil enseñar a los estudiantes a replicar el razonamiento del experto si ellos aún no cuentan con experiencia propia o con un conocimiento estructurado. Esta experiencia únicamente se adquiere al relacionar comparativamente un problema clínico, con situaciones similares vistas con anterioridad. Debido a esto, sería recomendable permitir al estudiante estar en contacto con un variado e importante número de casos clínicos simulados y reales, con el objetivo de que adquiera su propia experiencia, y dada su importancia en el currículo.

Por otra parte, las críticas relacionadas con la práctica destacan que es un error común en muchos profesionales la realización del proceso de razonamiento clínico en una fase de reconocimiento o de “menor trabajo”, realizando suposiciones que ni influyen a la persona, ni tampoco afectan a su desempeño ocupacional ni a su salud, y como consecuencia erran en la intervención que realizan. En estos casos, el proceso de razonamiento clínico se basa más en saber lo que le pasa y no por qué le ocurre. Si bien saber qué le ocurre al individuo puede resultar clave en las primeras intervenciones, nunca se deben olvidar las causas por las que le sucede. Así, la desidia, el desconocimiento, la falta de ética y moral en el proceso de trabajo de 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. Ambas situaciones, tanto en la práctica profesional como en la etapa formativa, tienen posibilidad de remediarse, ya que si somos conscientes de ellas podremos favorecer en el terapeuta ocupacional (tanto estudiante como experto) el desarrollo de un razonamiento clínico guiado hacia la obtención de un proceso, más que a la obtención de un producto.

En segundo lugar, corresponde a las críticas formuladas por Robertson⁽²³⁾ sobre la distinción entre el razonamiento procesal, interactivo y condicional. Sin duda son las de mayor repercusión, en la medida en que cuestionan radicalmente tal diferenciación. Esta autora argumenta que el razonamiento clínico se caracteriza por ser un proceso dirigido hacia una meta (de acuerdo con los estudios sobre razonamiento clínico de la psicología cognitiva), oponiéndolo al pensamiento reflexivo que no se dirige necesariamente a un fin concreto. Dicho de otro modo, un proceso, llevado a cabo bajo estas premisas, permite que el razonamiento clínico sea un todo, y no diferentes partes que conformen un todo. Con ello queremos decir que el terapeuta ocupacional no podrá utilizar uno u otro en función de la necesidad o del antojo del mismo, sino que tendrá que establecer un engarzamiento entre todos los procesos del razonamiento, para no solo localizar lo que le sucede a la persona, sino saber por qué le ocurre para poder intervenir de forma directa sobre ella y no únicamente sobre su causa.

2.2.6. Resumen del apartado

En la actualidad existe una escasa implicación en los terapeutas ocupacionales por utilizar el razonamiento diagnóstico en su trabajo diario, ya que este se malinterpreta y se asocia como labor perteneciente a otras disciplinas.

Si tenemos en cuenta que el razonamiento diagnóstico está presente durante todo el proceso de recogida de información inicial y que es el punto de inflexión entre este y la intervención, deberíamos otorgarle una mayor importancia, ya que de él dependerá la conclusión final de nuestra evaluación ocupacional inicial y la adecuada planificación de nuestra intervención con la persona, organización o comunidad con la que trabajemos.

Por tanto, para poder desarrollar un adecuado razonamiento diagnóstico, el terapeuta ocupacional deberá tener la suficiente capacidad y la consiguiente profundidad para recabar datos, categorizar, analizar e interpretarlos. Cuando más claro se tenga el motivo de la recogida de datos durante la evaluación ocupacional, más se comprenderá el uso del razonamiento diagnóstico por parte del terapeuta ocupacional.

Ante esta situación, la evaluación ocupacional se define como el procedimiento sistemático de adquisición de información a través del cual interpretamos la naturaleza, condición y evolución de la faceta o estatus ocupacional del sujeto evaluado. Es por tanto un proceso global de recogida y análisis de información cuyo fin es facilitar la elaboración de hipótesis sobre las dificultades presentes o potenciales en cada una de las áreas de ocupación y las condiciones que las producen y mantienen. Esto permitirá la elaboración de un diagnóstico ocupacional e implementación de un plan de intervención. Por otro lado, la evaluación ocupacional es un proceso dinámico, sistemático y circular que se caracteriza por explorar aquello que la persona desempeña, por evaluar la condición del estatus ocupacional y por tener una secuencia que la estructura y regula.

En esta evaluación ocupacional, los pasos para la recogida de datos por parte del terapeuta ocupacional dependerán de varios factores, entre los que cabe destacar la experiencia, formación o destrezas para la recopilación de datos así como la gestión de los mismos. En cuanto a las etapas de la evaluación ocupacional vinculadas con el razonamiento diagnóstico tenemos que hacer especial hincapié en la fase inicial, dado que es en este punto donde se comienza a fraguar toda la recogida y procesamiento de los datos, facilitado por los razonamientos propios de la disciplina y regulado por el razonamiento diagnóstico.

Por tanto, en la evaluación ocupacional inicial el terapeuta ocupacional recaba información, la valida, organiza y realiza un registro de la misma. Estas diferentes fases circunscritas a la derivación, *screening* y evaluación comprensiva, estarán guiadas por el razonamiento diagnóstico del terapeuta ocupacional, ya que sin este soporte la recogida de datos no sería rigurosa.

De este modo, el terapeuta ocupacional tendrá que poner en funcionamiento determinadas destrezas con el ánimo de desarrollar su razonamiento diagnóstico, de modo que aporte orden a los datos recogidos. De nada sirve especificar los datos de valor diagnóstico durante la evaluación si a lo largo de todo ese proceso estos no siguen una estructura que los ordene y los dote de sentido.

Es por ello que el razonamiento diagnóstico se entiende como el proceso de inferencia que utiliza el terapeuta ocupacional para enjuiciar y definir un problema con el objetivo de guiar la intervención y desarrollar posibles soluciones, convirtiéndose en un proceso que ayuda a la elaboración y desarrollo de hipótesis y que en terapia ocupacional a su vez sirve para desentrañar aquello que le sucede a la persona, descartar datos que no son relevantes para el caso y concretar aspectos centrales del problema en el desempeño ocupacional, entre otras.

En definitiva, el razonamiento diagnóstico, guiado por el terapeuta ocupacional, da lugar al diagnóstico ocupacional, de modo que es el producto de un proceso de razonamiento.

Por tanto, podemos concretar que el diagnóstico ocupacional es un resultado de un proceso de recogida de datos, en el que se razona de forma lógica para obtener respuesta a lo que sucede así como sus causas. Así mismo, su construcción se realiza teniendo en cuenta un

componente explicativo (se describe el conjunto de actividades con problemas en el desempeño), un componente explicativo (son las hipótesis formuladas por el terapeuta ocupacional para explicar la causa o naturaleza del problema), los indicios (evidencias que conducen a la conclusión de existencia de un problema) y la información diagnóstica adicional (son datos auxiliares sobre la etiología, evolución, incidencia o cuadro clínico relacionado, entre otros).

En la medida en que un diagnóstico ocupacional vincula un problema en el desempeño con sus posibles causas, nos facilita implementar una u otra estrategia de intervención, definirla, negociarla o incluso modificarla tras establecerla con la persona, con el fin de crear objetivos realistas que ayuden a mejorar el desempeño ocupacional de la persona, organización o comunidad con la que estemos trabajando.

2.3. Razonamiento clínico en la docencia e investigación

Contenidos de este apartado

2.3. Razonamiento clínico en la docencia e investigación

2.3.1. Docencia

2.3.1.1. Modelos, estrategias y metodologías de enseñanza de razonamiento clínico en la docencia de terapia ocupacional

2.3.2. Investigación

2.3.2.1. Líneas de investigación de terapia ocupacional en razonamiento clínico

2.3.3. Resumen del apartado

2.3.1. Docencia

Las reformas efectuadas y por realizar en los planes de estudios de terapia ocupacional tienen como objetivo mejorar la calidad de la enseñanza, así como favorecer las bases de la formación del futuro profesional. Barrows y Johnson⁽⁸⁴⁾ criticaron la falta de vinculación entre la enseñanza universitaria y la práctica profesional. Conscientes de este hecho, manifestaron la necesidad en el método de enseñanza de forma que se encaminase hacia la práctica de situaciones reales. En la actualidad, las últimas modificaciones en los planes de estudio han seguido ese camino, aunque aún no ha transcurrido el tiempo necesario como para valorar los cambios producidos en la enseñanza.

Por una parte, se debe garantizar que las universidades ofrezcan una docencia adecuada a la formación de las nuevas generaciones y se asegure la transmisión de una serie de conocimientos lo suficientemente fuertes como para que, posteriormente, una práctica renovada con las incorporaciones de la investigación pudiera consolidar en el estudiante las habilidades suficientes para poder desempeñar su rol. Una formación digna y rica para un estudiante comienza por la reflexión interna en la

enseñanza, las formas de ofrecerla por parte del docente y la reflexión del aprendizaje por parte del discente.

Tal y como señala Millan⁽⁸⁵⁾, al igual que sucede en otras ciencias afines a la terapia ocupacional, la enseñanza del razonamiento clínico se torna necesaria, y es primordial que los planes de estudios recojan de forma explícita el desarrollo de estas destrezas. Por ende, el razonamiento clínico o profesional, el razonamiento diagnóstico y el diagnóstico ocupacional son conceptos y estructuras que los planes de estudios de terapia ocupacional ofrecen de forma velada, que no explicitan y que por ello pueden crear ciertas lagunas en el aprendizaje del estudiante. Falta de ciertos conocimientos que, en algunos casos, podría llegar a generar pérdidas de identidad, dado que no puede definir ni nombrar claramente los problemas de desempeño ocupacional de las personas con las que trabajamos^(11,86).

2.3.1.1. Modelos, estrategias y metodologías de enseñanza de razonamiento clínico en la docencia de terapia ocupacional

Los procesos de enseñanza y aprendizaje utilizados por un estudiante de terapia ocupacional no pueden ser iguales en todas las universidades, dado que en cada programa de formación hay docentes con experiencias y conocimientos diferentes^(55,56). A pesar de esta realidad, es cierto que se pueden ajustar los métodos de enseñanza, y de este modo crear una metodología común de forma que se alcancen los mismos resultados. En este caso, el aprendizaje de un estudiante se basa en la realización de una tarea que con anterioridad no había sido capaz de llevar a cabo correctamente, teniendo en cuenta que la repetición de esta acción posibilita la interiorización de la actividad realizada, siempre y cuando haya alguien que afiance la adquisición de ese conocimiento.

Tabla 4. Modelos docentes para el desarrollo del RD

AUTORES	MODELOS
Mocellin ⁽⁸⁷⁻⁸⁹⁾ , 1992, 1995	<i>Generar competencias en el estudiante en función del nivel de gestión y preparación del trabajo del docente.</i>
Tremblay e Chevrier ⁽⁹⁰⁾ , 1986	<i>El papel del docente y la adaptación son un concepto clave. La noción de adaptación implica conocimientos de aprendizaje y reaprendizaje, es decir, el estudiante debe aprender (o reaprender) para operar de manera más eficiente en función de su potencial.</i>
Schön ⁽²⁵⁾ , 1984; Rogers y Holm ⁽⁴⁶⁾ , 1991; Neistadt ⁽⁴³⁾ , 1998	<i>El respeto a las diferencias individuales en el aprendizaje, la necesidad de iniciar el proceso de aprendizaje desde el nivel del estudiante, la eficacia del aprendizaje significativo.</i>
Schemm y Gitlin ⁽⁹¹⁾ , 1998; Mosey ^(55,56) , 1986, 1996; Mocellin ⁽⁸⁷⁻⁸⁹⁾ , 1992, 1996	<i>La experiencia integradora y la repetición de esta situación favorecida por el docente, lleve al estudiante a la culminación del aprendizaje del razonamiento diagnóstico.</i>
Webber ⁽⁹²⁾ , 1995.	<i>Llevar la educación y la terapia ocupacional, principalmente a cuestiones filosóficas y sociales, en las que el razonamiento diagnóstico, no se circunscribe a lo que sucede y por qué sucede, sino que intente explorar las razones de por qué sucede desde la filosofía.</i>
Mosey ^(55,56) , 1986, 1996; Tedesco et al. ⁽⁹³⁾ , 2003	<i>Facilitar experimentación y observación, del estudiante como parte de su formación. Se debe poder correlacionar las técnicas de aprendizaje docente con las capacidades del estudiante.</i>
Rogers ⁽¹⁸⁾ , 1982; Schön ^(25,26) , 1984, 1990; Cohn ⁽⁹⁴⁾ , 1989; Mocellin ^(87,89) , 1992, 1996; Neistadt ^(53,95) , 1996, 1998; Hooper ⁽⁸²⁾ , 1997	<i>Potenciar la capacidad de aprendizaje del cerebro humano, ya que la clave que hay que tener en cuenta es que la memoria a largo plazo es ilimitada, mientras que la memoria de trabajo almacena material durante poco tiempo y está limitada en el número de unidades de razonamiento que pueden manejarse a la vez, y a su vez la memoria sensorial está limitada a segundos de ajuste. El engranaje de estas tres memorias es fundamental para el razonamiento. Se recomienda utilizar canales pictóricos, auditivos o visuales para entrenarla.</i>
Hatton y Smith ⁽⁹⁶⁾ , 1995	<i>Análisis de las narrativas reflexivas para desarrollar el razonamiento: narración descriptiva (registro de acciones); descripción reflectante (justificaciones relacionadas con las acciones acometidas); dialógico de reflexión (conversación consigo mismo en una intención de aprender de lo realizado) y reflexión crítica (sobre lo realizado).</i>
Marcolino ⁽⁹⁷⁾ , 2001	<i>El docente tiene que generar habilidades de crítica y reflexión en el estudiante con el fin de desarrollar en él habilidades y competencias lo suficientemente fuertes como para establecer una práctica de calidad.</i>

Fuente: Talavera⁽¹¹⁾. RD: Razonamiento diagnóstico

Por todo ello, las investigaciones sobre métodos de razonamiento clínico y terapia ocupacional se han centrado en la comprensión de modelos docentes que faciliten en el estudiante o profesional, la adquisición de destrezas de razonamiento clínico y sus diferentes formas.

En la anterior tabla (véase tabla 4), podemos apreciar la evolución de la propuesta a través de los trabajos de diferentes autores, donde habitualmente aparecen de forma explícita tanto el papel del docente como el rol de estudiante. Los modelos docentes son la estructura teórica sobre el cual fundamentar las estrategias de enseñanza y aprendizaje. En este caso, la necesidad de explicitar estos modelos para la enseñanza del razonamiento diagnóstico facilita determinar los diferentes aspectos a tener en cuenta en cada uno de ellos.

Las investigaciones que conforman la tabla anterior ofrecieron a su vez como resultados la estructura sobre la que se debe asentarse el aprendizaje del alumno, conformando las estrategias docentes descritas en la figura 5.

Se intentan formar profesionales que desarrollen competencias cognitivas relacionadas con la recolección de datos, el reconocimiento de problemas, la organización de su pensamiento para la generación de hipótesis, el análisis de la actividad, del entorno y del desempeño, así como competencias en la toma de decisiones durante la intervención. La adquisición de tales competencias en los estudiantes posibilitará que estos logren desarrollar procesos evaluativos ocupacionales totalmente pertinentes y acordes con las necesidades tanto de la persona como de la comunidad.

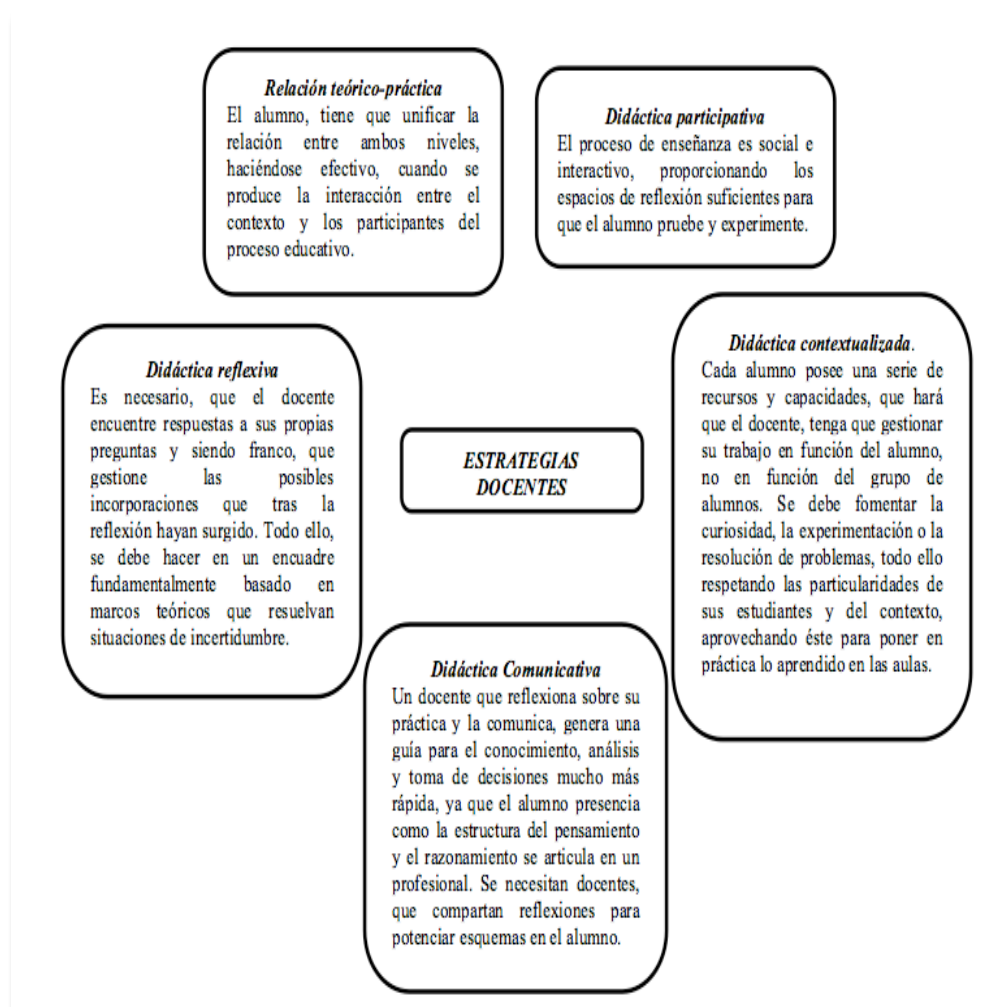


Figura 5. Estrategias docentes para desarrollar el PC

Fuente: Schön⁽²⁵⁾. PC: pensamiento crítico

Algunas razones que pueden dificultar la adquisición eficaz de tales destrezas son: metodología de enseñanza-aprendizaje (convencional, individualista), poca efectividad, (alejada de laboratorios y servicios de salud); planes de estudios rígidos (objetivos educativos basados en la transmisión de conocimientos más que en el logro de competencias profesionales); problemas en el proceso evaluativo de los alumnos y falta de evaluación del proceso de formación profesional. De igual manera, existen también diseños curriculares que constituyen acumulaciones de temas y materias, en gran medida desarticulados, que inducen a la memorización de hechos y conceptos sin estimular el desarrollo de

estrategias cognoscitivas, que, como es sabido, favorecen el aprendizaje de los conocimientos que se imparten y el logro de habilidades cognitivas y meta-cognitivas.

Se intentan formar profesionales que desarrollen competencias cognitivas relacionadas con la recolección de datos, el reconocimiento de problemas, la organización de su pensamiento para la generación de hipótesis, el análisis de la actividad, del entorno y del desempeño, así como competencias en la toma de decisiones durante la intervención. La adquisición de tales competencias en los estudiantes posibilitará que estos logren desarrollar procesos evaluativos ocupacionales totalmente pertinentes y acordes con las necesidades tanto de la persona como de la comunidad.

Algunas razones que pueden dificultar la adquisición eficaz de tales destrezas son: metodología de enseñanza-aprendizaje (convencional, individualista), poca efectividad, (alejada de laboratorios y servicios de salud); planes de estudios rígidos (objetivos educativos basados en la transmisión de conocimientos más que en el logro de competencias profesionales); problemas en el proceso evaluativo de los alumnos y falta de evaluación del proceso de formación profesional. De igual manera, existen también diseños curriculares que constituyen acumulaciones de temas y materias, en gran medida desarticulados, que inducen a la memorización de hechos y conceptos sin estimular el desarrollo de estrategias cognoscitivas, que, como es sabido, favorecen el aprendizaje de los conocimientos que se imparten y el logro de habilidades cognitivas y metacognitivas.

Es por eso que investigaciones posteriores a las detalladas con anterioridad pertenecientes a Neistadt⁽⁹⁷⁾, Mitchell y Unswort⁽⁴⁰⁾, Rogers⁽⁴⁾, Smucny y Epling⁽⁹⁹⁾, reflejan los tres grandes grupos de metodologías

docentes más utilizadas para el desarrollo del razonamiento clínico en el estudiante, a saber:

a) Sesión de estudio de casos:

- Sesión magistral (SM): el experto del caso expone su conocimiento y sabiduría al auditorio. En este método se busca que el discente sea capaz de recordar y memorizar las estrategias que el experto le expone y que son fácilmente identificables. El experto relata su práctica condicionada por su conocimiento, sus patrones de identificación y la forma de proceder. Da poco margen al auditorio para el surgimiento de dudas o reflexionar sobre lo aprendido, ya que el experto es el que más sabe de esa situación y no hay duda de su planteamiento^(52-54, 98).
- Aprendizaje basado en la resolución de problemas (ABP): se trata de un tipo del grupo de metodologías que proponen un conjunto de actividades alrededor de una situación o problema, con la finalidad de que el estudiante aprenda a buscar, analizar, utilizar la información y a integrar el conocimiento. En contraste con la enseñanza tradicional, donde el estudiante es sujeto pasivo que se limita a recibir información del profesorado, en este método el estudiante tiene un papel activo en la construcción de su aprendizaje. Así, el docente deberá facilitar y estimular el razonamiento por encima del papel de la memoria, es decir, tendrá que estimular la discusión y el análisis crítico. La finalidad no es otra que la estimulación de los estudiantes mediante el manejo de problemas diseñados específicamente para ello, de modo que desarrollen las habilidades cognitivas necesarias para la generación de hipótesis, el razonamiento deductivo y el análisis de datos⁽¹⁰⁰⁾.
- Sesiones de aprendizaje del razonamiento clínico (SARC): el objetivo de estas sesiones es ayudar a los estudiantes al desarrollo de soluciones de problemas por competencias a través del uso efectivo

de estrategias de razonamiento clínico o profesional en general. El desarrollo de estas se centra en el estudio de las dificultades de una exposición clínica real al azar, y, a menudo también son objeto de análisis de casos complejos seleccionados por los estudiantes durante sus estancias prácticas^(4,52). En el aprendizaje del razonamiento clínico se busca que se emitan hipótesis y se discute posteriormente sobre la elaboración de las mismas en la búsqueda de integrar la estructura del pensamiento que lleva a ellas^(64,52).

- b) Docencia basada en prácticas de comprensión y experimentación: la finalidad principal de este método es que el alumno sea capaz de elaborar contenidos tras su razonamiento. Cualesquiera de las prácticas que se desarrollen en este apartado no tienen por qué centrarse exclusivamente en datos centrados en el análisis de problemas en el desempeño, sino que los recursos pueden ser variados en cuanto a su esencia. Este tipo de actividades tendrán que buscar la reflexión desde la creatividad, el razonamiento desde el visionado de películas, la estructura de resumen en base a lectura de textos, o incluso el análisis de anuncios de televisión. Estas deben programarse por el docente, buscando que el alumno las entienda y se acomode a ellas.
- c) Las nuevas tecnologías: Smucny y Epling⁽⁹⁹⁾ desarrollaron sus estudios sobre el uso de portales electrónicos y programas informáticos para desarrollar habilidades en sus alumnos. Este tipo de trabajo puede disminuir el tiempo en el aula y proporcionar el aprendizaje activo del alumno a su propio ritmo, facilitando la agilidad, flexibilidad y toma de decisiones de forma inmediata, habilidad que un buen profesional tiene que tener a lo largo de su vida laboral⁽⁹⁹⁾.

2.3.2. Investigación.

La investigación, siempre ha sido el germen de desarrollo en cualquier ciencia. En el caso de la terapia ocupacional, las investigaciones sobre razonamiento clínico han crecido exponencialmente desde de 1988 hasta la actualidad. Para ello, y antes de pensar qué métodos se pueden utilizar para estudiar el razonamiento clínico, el investigador debe preguntarse qué se quiere investigar, ya que esto facilitará desarrollar de forma adecuada el área de estudio y formular preguntas específicas a fin de que sean contestadas.

En el caso del razonamiento clínico los terapeutas ocupacionales han utilizado principalmente dos tipos de enfoque, en función del objetivo, características y resultados esperados de sus estudios:

- enfoque cuantitativo con una pregunta de investigación muy concreta, tipo: *"¿qué información utilizan los terapeutas ocupacionales para priorizar la intervención en personas con problemas de salud mental?"*⁽¹⁰¹⁻¹⁰³⁾.
- enfoque cualitativo, el investigador puede simplemente preguntar: *"¿qué es el razonamiento clínico?"*⁽³⁷⁾.

A raíz de la selección de uno u otro enfoque, la naturaleza del interrogatorio o el tema de estudio guiaron la selección de un marco metodológico y sus técnicas específicas de recogida y análisis de datos. La selección de una perspectiva u otra es clave a la hora de obtener unos resultados ajustados a los objetivos de la investigación. En la siguiente tabla podemos apreciar las diferencias generales más significativas en cuanto a ambas metodologías se refiere.

Tabla 5. Diferencias entre investigación cualitativa y cuantitativa

	CUALITATIVA	CUANTITATIVA
Diferencias	Centrada en la fenomenología y comprensión	Basada en la inducción probabilística del positivismo lógico
	Observación naturista sin control Subjetiva	Medición penetrante y controlada Objetiva
	Inferencias de sus datos Exploratoria, inductiva y descriptiva	Inferencias más allá de los datos Confirmatoria, inferencial, deductiva
	Orientada al proceso	Orientada al resultado
	Datos "ricos y profundos"	Datos "sólidos y repetibles"
	No generalizable	Generalizable
	Holista	Particularista
	Realidad dinámica	Realidad estática
	Propensión a "comunicarse con" los sujetos del estudio	Propensión a "servirse de" los sujetos del estudio
	Se limita a preguntar	Se limita a responder
Ventajas y desventajas	Comunicación más horizontal entre el investigador y los investigados. Mayor naturalidad y habilidad de estudiar los factores sociales en un escenario natural	Observación neutral: decide las variables a estudiar. Estudia la <i>disease</i> o visión biomédica de la enfermedad. Estudia las relaciones de causalidad
	Son fuertes en términos de validez interna, pero son débiles en validez externa, lo que encuentran no es generalizable a la población	Son débiles en términos de validez interna -casi nunca sabemos si miden lo que quieren medir-, pero son fuertes en validez externa, lo que encuentran es generalizable a la población
	Preguntan a los cuantitativos: ¿Cuan particularizables son los hallazgos?	Preguntan a los cualitativos: ¿Son generalizables tus hallazgos?

Fuente: Cabrero García y Richart Martínez⁽¹⁰⁴⁾, Reichart y Cook⁽¹⁰⁵⁾, Ibañez⁽¹⁰⁶⁾, Deegan y Hill⁽¹⁰⁷⁾, Campbell y Stanley⁽¹⁰⁸⁾

En el caso que nos incumbe, y vinculados a la terapia ocupacional, la utilización de un enfoque cuantitativo será útil cuando la pregunta de investigación tiene que ver con la medición de algo y se comparan las cantidades obtenidas. Ejemplos destacables de ello son los estudios de Coker⁽¹⁰⁹⁾ o los de Kuipers y Grice⁽⁹⁾.

Por el contrario, los enfoques cualitativos son útiles cuando existe una necesidad de investigar la conducta humana, y los datos toman la forma

de descripciones, como bien muestran las investigaciones de Shafaroodi *et al.*⁽¹¹⁰⁾ o Colclough *et al.*⁽¹¹¹⁾.

2.3.2.1. Líneas de investigación de terapia ocupacional en razonamiento clínico

a) Enfoque Cuantitativo: en terapia ocupacional, al igual que en el resto de la ciencias de la salud, existe una larga tradición por estudiar las decisiones profesionales desde este enfoque de investigación, como así atestiguan las investigaciones de Klein *et al.*⁽¹¹²⁾. Generalmente la investigación se presenta cuidadosamente construida en entornos de estudio controlado en donde la obtención de resultados puede ser más fácilmente analizada^(33, 113, 114).

En este caso los diseños de los procesos⁽¹¹⁵⁾ de investigación cuantitativa, según Schell y Schell⁽²⁾, se dividen en tres niveles, a saber:

- El primero de ellos, es el denominado Informes concurrentes. Uno de los métodos más simples de acceder al razonamiento clínico de un terapeuta es pedirle escribir notas sobre lo que está pensando mientras revisa una viñeta o caso escrito. Así, Roberts⁽¹¹⁶⁾ examinó los procesos de razonamiento de 38 terapeutas ocupacionales, pidiéndoles que escribiesen sus pensamientos en respuesta a una recomendación escrita para un nuevo usuario. Este enfoque tiene la ventaja de requerir muy poco en lo que a configuración se refiere, y el investigador tiene control completo sobre el entorno del problema seleccionando y las variables de la información a incluir.
- Otro método es el conocido como *Think Aloud* ("pensar en voz alta"). En él se pide al participante que describa su pensamiento mientras trabaja en situaciones simuladas o describa su

pensamiento tras haber realizado anotaciones de casos escritos. Este método de captura de datos de razonamiento clínico fue descrito por primera vez por Newell y Simon⁽¹⁵⁾. Cuando se utiliza el método de pensamiento en voz alta, el investigador tiene que estar presente para transcribir el comentario del terapeuta de forma literal, o bien utilizar otras formas como una grabación en audio o vídeo que debe ser transcrito en un momento posterior.

- El tercer tipo es el denominado informes retrospectivos. En situaciones ideales, el informe retrospectivo de una sesión de terapia se produce inmediatamente después de que la sesión concluya. Esto se hace para asegurar que toda la información de la sesión se retenga en la memoria a corto plazo del participante. Ericsson y Simon⁽¹¹⁷⁾ comentan que se puede acceder a cualquier informe retrospectivo sobre cualquier actividad cognitiva inmediatamente anterior y describir las diferentes partes de la misma sin tener la necesidad de instruir a los participantes sobre la información que desea recuperar. En todos los casos, y al igual que en todos estos métodos, el investigador debería transcribir directamente el discurso de los participantes, o bien grabarlo en cualquier formato de audio o vídeo para posteriormente realizar esas transcripciones. Sin embargo, los estudios de Hagerdon⁽⁷⁰⁾, Barnitt y Partridge⁽¹¹⁸⁾ fomentan el recuerdo libre del participante que consecuentemente tiene que fundamentar su discurso en su memoria y su capacidad de gestión de recuerdos. Esta situación en ocasiones posee ciertas limitaciones, ya que depende únicamente de la memoria para relatar el razonamiento de terapia ocupacional.

Las líneas de investigación en este enfoque se pueden concretar en tres:

- La primera corresponde con los estudios prescriptivos, cuya ocupación principal es el análisis del modo en que deben tomarse

las decisiones y centran sus resultados en la forma en que se realiza la adopción de esta decisión. Estas investigaciones se apoyan en los estudios realizados por McGuire⁽¹¹⁹⁾, Greenwood⁽¹²⁰⁾ o Hershey y Baron⁽¹²¹⁾.

- La segunda, con menor representación en la terapia ocupacional, se circunscribe a los estudios bayesianos, en la que los investigadores analizan cómo se adquiere y gestiona la información obtenida por los profesionales y en qué modo toman decisiones con posteridad. Los terapeutas ocupacionales que siguen esta línea de investigadora se fundamentan en estudios de otras ciencias tales como los estudios de Suebnukarn⁽¹²²⁾, de Vertue y Haig⁽¹²³⁾ y de Balla *et al.*⁽¹²⁴⁾.

Es necesario destacar que este enfoque tiene una mayor proyección profesional en el campo de la salud, dado que son de mucha más utilidad para nuestra profesión los enfoques y métodos teóricos cualitativos desarrollados para estudiar el razonamiento clínico.

- b) Enfoque Cualitativo: aunque los terapeutas ocupacionales han escrito extensamente sobre el razonamiento clínico en los últimos 30 años, es cierto que aún queda mucho camino por recorrer en este sentido, de forma que podría decirse que nos encontramos en los prolegómenos de la comprensión de este proceso mental y su importancia para la práctica⁽¹²⁵⁾. Los tipos de métodos cuantitativos que tradicionalmente se han utilizado para estudiar la toma de decisiones tienen una aplicación limitada en la investigación de terapia ocupacional, ya que nuestra profesión está más centrada en cómo los terapeutas "piensan en la acción". El acceso al razonamiento clínico de los terapeutas ocupacionales no es tarea fácil, ya que estos procesos cognitivos no pueden ser estudiados de manera directa con métodos cuantitativos.

Por lo tanto, la investigación sobre el razonamiento clínico es a menudo en nuestra disciplina de corte cualitativo.

En este caso, los diseños de los procesos⁽¹¹⁵⁾ de investigación cualitativa, según Schell y Schell⁽²⁾, o Hernández⁽¹¹⁵⁾, se dividen en cuatro niveles, a saber:

- El primero de ellos corresponde a la *teoría fundamentada*^(2, 115), en la que el investigador no tiene ideas preconcebidas o teorías anteriores a la investigación, y cuyo objetivo principal es la creación de teorías explicativas del comportamiento humano⁽¹²⁶⁾. El fenómeno es estudiado en su contexto⁽¹²⁶⁾, de forma que se utiliza un muestreo teórico para seleccionar a los participantes en base a su conocimiento del tema. Las técnicas de recolección de datos incluyen entrevistas y observación, y en el análisis de datos de razonamiento clínico en ese marco el investigador puede trabajar solo o como parte de un equipo. Este análisis implica el examen sistemático, así como la organización e interpretación de los datos para que pueda ser entendido y presentado de una manera significativa para los demás. El estudio de los datos requiere de la reflexión y el diálogo con uno mismo y las demás personas acerca de las ideas emergentes^(2,126). En aquellas investigaciones en terapia ocupacional sobre razonamiento clínico en las que se ha utilizado este enfoque se incluyen los trabajos de Fondiller *et al.*⁽¹²⁷⁾, que contiene una excelente descripción del método, y Hooper⁽⁸²⁾ sobre la prestación de servicios.
- El segundo corresponde a la *fenomenología*, de modo que aquellas investigaciones que se centran en preguntar acerca de la estructura y la esencia de la experiencia del fenómeno de razonamiento clínico a los terapeutas ocupacionales "se responden mejor con un enfoque fenomenológico". A diferencia de la teoría fundamentada, en la que el objetivo es desarrollar la teoría, el objetivo de la fenomenología es

proporcionar una descripción completa del fenómeno del razonamiento clínico. Un estudio fenomenológico intenta comprender la realidad desde la perspectiva del participante en su ambiente natural⁽¹²⁶⁾. En este enfoque, el investigador puede ser un observador imparcial (como en la investigación de razonamiento clínico de Crabtree⁽¹²⁸⁾) o un participante involucrado (siguiendo la investigación de razonamiento clínico de Mattingly y Fleming⁽³⁷⁾). La recolección de datos puede consistir en entrevistas informativas tras sesiones de terapia, entrevistas semi-estructuradas y observación. Una vez más, las técnicas de análisis se resumen en codificación, análisis temático para analizar reflexivamente sus propias creencias y sentimientos provocados por los datos. Schell y Schell⁽²⁾ citan los trabajos que incluyen las investigaciones de Hallin y Sviden, Ward y Barnitt y Partridge para terapias realizadas bajo este enfoque.

- El tercer marco corresponde a la *etnografía*. Esta concepción incluye el estudio de los grupos de personas cuyas creencias, acciones y artefactos son construidos por la multitud de influencias que han dado forma a su cultura⁽¹²⁶⁾. Como método interpretativo, la etnografía se interesa en la consideración de la construcción social del significado compartido. En lugar de investigar el tema como un extraño, el investigador es parte de la comunidad, y por lo tanto es un participante de esta. En una etnografía enfocada⁽¹¹⁵⁾, el investigador se centra en las perspectivas e interpretaciones de un aspecto de su mundo⁽⁴⁵⁾ del sujeto, tales como el razonamiento clínico. Las investigaciones de terapia ocupacional más destacables bajo este enfoque son los trabajos de Unsworth^(27,125).
- Enfoque de la *investigación-Acción*. Los terapeutas ocupacionales que utilizan la investigación-acción a menudo combinan esto con uno de los principales enfoques cualitativos como la teoría fundamentada, etnografía o la fenomenología⁽¹²⁹⁾. En la investigación-acción, las acciones cotidianas de los participantes

son la base para el aprendizaje, el saber, y el cambio de aquello que hace⁽¹²⁹⁾. Por lo tanto, la investigación-acción se elige a menudo cuando hay un deseo de cambio en la manera de hacer las cosas. En el desarrollo de este proceso no existen los límites que normalmente se dan entre el investigador como un extraño y el participante como un iniciado en el estudio, debido a que tanto el diseño y la ejecución como el análisis de datos e interpretación se llevan a cabo por todas las personas participantes en el estudio. Bajo este enfoque destacan las Investigaciones de Mattingly y Fleming⁽³⁷⁾, las cuales describen cómo se formó una alianza con sus participantes y señaló que sus intereses de investigación relacionaron de forma adecuada con los de auto-examen y el desarrollo del personal metas prácticas de los terapeutas.

Ante esta situación se han ido formando hasta llegar la actualidad tres líneas de investigación en enfoque cualitativo, algunas propias de la disciplina y otras basadas en líneas desarrolladas por ciencias afines a la terapia ocupacional, a saber:

- La primera de ellas, de la mano de Rogers y Holm⁽⁴⁶⁾, que se basan en investigaciones realizadas en años previos de Newell y Simon⁽¹⁵⁾ y Elstein *et al.*⁽³³⁾. En este grupos de estudios el objetivo era la caracterización del razonamiento clínico y la descripción del conocimiento y los procesos utilizados en el razonamiento. Los investigadores pretendían acceder a los procesos cognitivos del profesional, basando su investigación en un enfoque de procesamiento de información. De hecho, este tipo de enfoque, que considera la cognición humana como una "*secuencia de estados internos transformado sucesivamente por una serie de procesos de información*"⁽¹¹⁷⁾, constituye la base para la mayoría de los estudios clínicos de razonamiento clínico en terapia ocupacional.

- La segunda línea de investigación trata de incorporar a la anterior el estudio de las interacciones (profesional-usuario) como una forma de razonamiento. En este caso, destacan los estudios de Shafaroodi *et al.*⁽¹¹⁰⁾. Estos autores, a partir de las tradiciones interpretativas, que constituyen la base para la investigación desarrollada por Alnervick y Sviden⁽²⁾ sobre razonamiento clínico, se basan en estudios en otras ciencias afines como la enfermería desarrollados por Benner⁽¹³⁰⁾, Benner *et al.*^(131,132). Este enfoque de investigación también ha dado lugar a estudios sobre la cognición, que tiene que ver con la interpretación de las funciones cognitivas y de qué manera el razonamiento clínico es parte de una interacción entre una persona y su entorno.
 - Por último, existe un grupo de investigaciones centrado en la recopilación y análisis de datos desde un enfoque concreto utilizado por los investigadores en la práctica. Este consiste en la comparación del razonamiento clínico entre profesionales con poca experiencia y expertos. A través de esos métodos comparativos los patrones de pensamiento pueden ser más claramente yuxtapuestos, entendiendo con mayor facilidad cómo evoluciona el conocimiento. Los resultados de estas investigaciones influyen beneficiosamente en la docencia, ya que las universidades pueden utilizar la información derivada de este tipo de investigaciones en el desarrollo en sus aulas. En este sentido, son destacables los trabajos de Benner⁽¹³⁰⁾ y de Greenwood⁽¹²⁰⁾ en enfermería y aquellos centrados en terapia ocupacional pertenecientes a Unsworth⁽¹³³⁾, Strong *et al.*⁽¹³⁴⁾, y Gibson *et al.*⁽¹³⁵⁾.
- c) Enfoque mixto: esta perspectiva aporta visiones complementarias de una misma situación⁽¹¹⁵⁾. En ellas se investiga cómo se combina la información y se toman decisiones con el fin de realizar juicios profesionales.

Los estudios enfocados son cada vez más abundantes, ya que aportan complementariedad a los datos resultantes. En cada investigación mixta que se desarrolla se aportan datos que pueden complementar o incluso refutar informaciones sobre el proceso de razonamiento clínico.

Los diseños del proceso de investigación mixta, según Sampieri⁽¹¹⁵⁾ se pueden dividir en:

- *Mixtos complejos*. Representan un alto grado de integración y combinación entre los enfoques cualitativo y cuantitativo de forma intercalada. Este procedimiento contempla todas las ventajas de cada enfoque, si bien agrega un alto grado de complejidad al proceso.
- *De enfoque predominante o principal*. Se lleva a cabo en la perspectiva de algunos de los enfoques, en el cual uno de ellos prevalece, y se conservan componentes del otro método.
- *En paralelo*: son estudios que desarrollan simultáneamente dos diseños, uno cuantitativo y otro cualitativo, de forma que se trata de un procedimiento muy semejante al diseño de dos etapas, salvo que en este la recogida de información se realiza de forma simultánea en ambos diseños.
- *De dos etapas*. En este caso, dentro de una misma investigación se aplica primero un diseño y después el otro de forma independiente, y en cada una de las etapas se siguen las técnicas correspondientes a cada uno de los diseños. Este tipo de investigaciones han sido las más recurrentes en terapia ocupacional hasta la actualidad, con un predominio de estudios sobre el resto de diseños.

En cuanto a las referencias de investigaciones en ese tipo de metodología de investigación destacan las realizadas utilizando los diseños de dos etapas en los estudios de Strong *et al.*⁽¹³⁶⁾, de Kuipers y Grice⁽¹³⁷⁾ o de Unsworth^(114, 133, 138).

En resumen, y rescatando lo que aseguran Schell y Schell⁽²⁾, Kielhofner⁽³¹⁾ así como los estudios de Neistadt y Crepeau⁽⁴³⁾, en el estudio sobre razonamiento clínico en terapia ocupacional se ha utilizado predominantemente una investigación de corte cualitativo. A partir de ahí, Morse y Field⁽¹²⁶⁾ sugieren que utilizar un enfoque o diseño fenomenológico, tal y como utilizaron Mattingly y Fleming a lo largo de sus investigaciones⁽³⁷⁾, es la metodología más apropiada para el correcto desarrollo del razonamiento clínico, dado que con este enfoque se intentan desarrollar preguntas descriptivas por medio de las que el investigador intenta acceder a las respuestas del participante sobre sus valores, sus creencias y sus prácticas.

Es destacable la relevancia de las repercusiones del estudio del razonamiento clínico en estudios y publicaciones en España desde diferentes disciplinas tales como la medicina, psicología, fisioterapia, podología, o magisterio. Sin embargo, los estudios relacionados con la terapia ocupacional, y en concreto, con la aparición, evolución, así como el establecimiento del razonamiento clínico para gestionar el razonamiento diagnóstico en el estudiante, no son abundantes en nuestro país.

Por tanto, se hace necesario un aumento de investigaciones enfocadas en la práctica profesional de la terapia ocupacional en nuestro estado, así como la gestión de sus resultados en el ámbito universitario, espacio de formación de profesionales. Este trabajo, que nace con el propósito de contribuir a establecer un análisis de la realidad sobre razonamiento diagnóstico en estudiantes de terapia ocupacional, pretende presentar los datos suficientes para ofrecer elementos sustantivos para un debate en la gestión y desarrollo de la docencia universitaria.

Por todo ello, los hallazgos referenciados a lo largo de este capítulo demuestran que el desarrollo del razonamiento diagnóstico repercute directamente sobre las actividades profesionales del terapeuta ocupacional, en tanto que facilita organizar el pensamiento profesional de lo que acontece y sus causas para establecer un plan de intervención ajustada a la realidad de la persona con la que trabajamos.

Así y teniendo en cuenta las investigaciones detalladas en este capítulo y siguiendo las recomendaciones realizadas por estos autores, nuestra investigación se circunscribía a los trabajos de:

- Razonamiento diagnóstico de Rogers y Holm⁽⁴⁶⁾.
- Evolución del conocimiento en materia de razonamiento clínico de Schell y Schell⁽²⁾, Unsworth⁽¹³³⁾.
- Diagnóstico Ocupacional de Moruno⁽³²⁾.
- Evaluación de destrezas del alumno de Mccanon *et al.*⁽⁸⁾.

2.3.3. Resumen del apartado

Las investigaciones sobre razonamiento clínico han ido evolucionando a lo largo de los últimos años y son de tal importancia para la terapia ocupacional que han sido incluidas en los planes de enseñanza como objeto de estudio, dado que el aprendizaje de esta disciplina se considera en la actualidad necesario y primordial para la formación de futuros profesionales.

En este caso, el esfuerzo por garantizar un aprendizaje experiencial basado en el razonamiento clínico ha facilitado el desarrollo de nuevos modelos, estrategias y metodologías de enseñanza de razonamiento clínico en la docencia de terapia ocupacional. Cada una de estas aporta al estudiante una serie de herramientas las cuales permiten que este

aprenda, comprenda y desarrolle el razonamiento clínico en sus acciones cotidianas.

Así, las clases magistrales han dado paso a las sesiones formativas de estudio de casos por medio de la enseñanza basada en la resolución de problemas o sesiones aprendizaje de razonamiento clínico. Del mismo modo, en esta línea de aprendizaje activo, también se ha desarrollado exponencialmente la docencia basada en prácticas de comprensión y experimentación unida al uso de las nuevas tecnologías para enseñar a usar el razonamiento clínico por parte de los estudiantes de terapia ocupacional.

Estas incorporaciones en materia de enseñanza del razonamiento clínico son consecuencia de estudios constantes realizados por un gran número de profesionales sobre la relación entre razonamiento clínico y terapia ocupacional. Estas investigaciones no se han centrado en una única perspectiva, sino que desde los años ochenta se han enfocado principalmente en estudios de corte cualitativo, mientras que en la última década se han desarrollado investigaciones de corte cuantitativo y mixto.

Con todo ello, cabe destacar que la investigación de razonamiento clínico en terapia ocupacional nutre a la disciplina de teorías y resultados que forman parte del cuerpo epistemológico de la misma, con la intención de consolidar sólidas bases para el desarrollo de esta profesión.

Capítulo 3

JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS

Contenidos de este capítulo**3.1. Justificación****3.2. Preguntas de investigación****3.2. Hipótesis****3.2.1. Hipótesis relacionadas con la metodología cuantitativa****3.2.2. Hipótesis relacionadas con la metodología cualitativa****3.1. Justificación**

El papel del razonamiento diagnóstico en la terapia ocupacional es fundamental en la promoción de la identidad profesional de la disciplina⁽¹³⁹⁾, ya que terapeutas formados en comprender aquello que sucede y sus causas en el desempeño ocupacional de las personas con las que trabajan serán claves para lograr desarrollar su labor en múltiples campos. Los planes de estudios de las diferentes universidades españolas en terapia ocupacional han tenido en cuenta esta asunción y han creado estrategias para su desarrollo dentro de asignaturas propias de la disciplina⁽¹⁴⁰⁾.

En el desarrollo de una formación universitaria de terapia ocupacional lo más ajustada posible a la realidad de la práctica profesional es relevante conocer de qué forma se desarrollan los diferentes tipos de razonamiento clínico en los estudiantes y cómo estos se establecen a lo largo de sus cuatro años de formación, ya que cualquier resultado que obtengamos a partir de esta investigación redundará en la consolidación de planes de estudios adecuados para la enseñanza-aprendizaje del razonamiento diagnóstico.

Resulta particularmente destacable el hecho de que en la actualidad no existan investigaciones similares a esta en España a pesar de los trabajos realizados en el campo de la terapia ocupacional a nivel mundial, cuyas aportaciones constituyeron una auténtica revolución en el conocimiento

de la disciplina. Es por ello que la presente investigación pretende ahondar en una dimensión escasamente explorada en nuestro país, con la idea de contribuir a desarrollar el cuerpo epistemológico de la disciplina, de forma que esta aportación ayude en el avance y desarrollo curricular de los terapeutas ocupacionales.

Con este estudio se pretende principalmente realizar un avance en la comprensión tanto de la profesión, como de sus teorías y de sus formas de presentarse. Esto redundará en la disciplina, y principalmente en el desarrollo de los estudios universitarios de terapia ocupacional, y de forma directa sobre el estudiante, ya que podremos aportar datos relevantes sobre cuáles son los procesos básicos que facilitan al alumno la adquisición, consolidación y mejora del razonamiento clínico en la práctica profesional. Por otra parte, el estudio de estos procesos nos permitirá describir cómo son las relaciones entre los conocimientos adquiridos sobre el corpus teórico y la adquisición de competencias prácticas de evaluación.

De esta forma el profesional en formación tendrá recursos teórico-prácticos suficientes como para dotar a su trabajo de una calidad y una excelencia a través de la cual aproximarse a las personas, poblaciones u organizaciones con las que trabaje, con el fin de intentar ayudar en la comprensión de los problemas del desempeño ocupacional que acontecen. Con ello, la disciplina conectará con la sociedad donde se encuentra inmersa, ofreciendo sus conocimientos para un mayor desarrollo de los estados de salud de las personas, ya que podremos comprender aquello que les ocurre y los motivos del suceso a nivel ocupacional de modo que adquiera un lugar y un espacio propio que nos pertenezca dentro de este nivel. Todo ello facilitará que la comunidad entienda nuestra labor, la reconozca y la demande con mayor conocimiento de lo que un terapeuta ocupacional puede ofrecer.

En resumen, nuestra intención es que esta investigación tenga utilidad práctica para desentrañar los procesos de desarrollo del razonamiento diagnóstico en estudiantes. Así mismo, consideramos que este trabajo puede presentar una utilidad metodológica, puesto que podemos plantear resultados sobre el conocimiento de un fenómeno y de qué forma este se produce a lo largo de la formación de un terapeuta ocupacional. Por otro lado, creemos que puede facilitar el acercamiento de nuestro trabajo a la sociedad, ya que nuestra aproximación a su realidad será más consolidada y definida.

3.2. Preguntas de investigación

Con respecto a este estudio se formulan las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cómo influye la estructuración curricular y su implantación a través de diferentes estrategias y métodos docentes en la adquisición de competencias cognitivas de razonamiento diagnóstico del terapeuta ocupacional en formación?
- ¿Cómo ordenan el pensamiento los alumnos de grado de terapia ocupacional en el momento de realizar un razonamiento diagnóstico ante un caso a estudio?
- ¿Cómo construyen el razonamiento diagnóstico los alumnos de grado de terapia ocupacional a lo largo de su formación académica?

3.2. Hipótesis

3.2.1. Hipótesis relacionadas con metodología cuantitativa

Las hipótesis deberán ser contrastadas⁽¹⁴²⁾ en relación con la capacidad del alumno para realizar un diagnóstico ocupacional correcto. En este caso, la hipótesis alternativa contempla lo que se quiere contrastar en el estudio, ya que la resolución de un contraste es siempre conservadora a favor de la hipótesis nula.

- Ho: durante los cuatro años de formación teórico-práctica los alumnos matriculados en el grado de terapia ocupacional son capaces de realizar un razonamiento clínico adecuado que les permita elaborar un diagnóstico ocupacional correcto.
- Ha: los estudiantes matriculados en el grado de terapia ocupacional no realizan un razonamiento clínico adecuado que les permita elaborar un diagnóstico ocupacional correcto a lo largo de los cuatro años de formación teórico-práctica.

3.2.1. Hipótesis relacionadas con metodología cuantitativa

En metodología cualitativa la hipótesis no se suele establecer antes de ingresar en el ambiente o contexto, es decir, habitualmente no se instaura en las fases iniciales del proyecto, sino que esta se modifica sobre la base del razonamiento del investigador, y no se debe descartar que durante todo el proceso esta tenga modificaciones. Sin embargo, en este caso⁽¹⁴¹⁾ el investigador principal presenta un previo conocimiento del objeto y del contexto de investigación, debido a los años de experiencia en el campo de la terapia ocupacional como profesional sanitario y docente académico.

Por tanto, la propuesta de estudio se plantea bajo el supuesto de que si el razonamiento clínico evoluciona con el conocimiento que adquiere el estudiante a lo largo de su formación, tanto teórica como práctica, es de suponer que las diferentes modalidades de razonamiento clínico (ver apartado 2.1.2 *Modalidades de razonamiento clínico* del capítulo 2, página 36) implicadas en el establecimiento del diagnóstico ocupacional aparecerán más arraigadas y estarán más elaboradas por el estudiante en uno u otro curso de su formación, otorgándole mayor importancia a una que a otra.

Capítulo 4

OBJETIVOS

El propósito de esta investigación fue caracterizar las destrezas cognitivas implicadas en el razonamiento diagnóstico de los estudiantes a lo largo de su formación, para llegar a establecer un diagnóstico ocupacional correcto en el caso a estudio de esta investigación. Este propósito se alcanzará por medio de los siguientes los objetivos:

Objetivo general

Determinar las destrezas cognitivas de los estudiantes a lo largo de su formación universitaria.

Objetivos específicos

- Analizar la información relevante que el estudiante ha identificado de acuerdo con el marco teórico utilizado.
- Analizar la información relevante que el estudiante ha categorizado de acuerdo con el marco teórico utilizado.
- Describir la organización y síntesis de la información recabada.
- Estudiar las características de las hipótesis formuladas por los estudiantes.
- Determinar las diferencias entre las destrezas cognitivas de los estudiantes.
- Explorar cómo los estudiantes interpretan la información presentada.
- Conocer las estrategias de organización de los estudiantes con los de los datos presentados.
- Describir la profundidad de análisis que realizan con la información presentada.

Capítulo 5

METODOLOGÍA

Contenidos de este capítulo**5.1. Encuadre metodológico****5.1.1. Tipo de estudio**

5.1.1.1. Metodología cuantitativa

5.1.1.2. Metodología cualitativa

5.2. Contextualización de la investigación**5.2.1. Posición del investigador****5.2.2. Experiencia del investigador principal****5.2.3. Escenarios de observación****5.3. Población y muestreo****5.3.1. Ámbito de estudio****5.3.2. Criterios de selección**

5.3.2.1. Criterios de inclusión metodología cuantitativa

5.3.2.2. Criterios de inclusión metodología cualitativa

5.3.2.3. Criterios de exclusión metodología cuantitativa

5.3.2.4. Criterios de exclusión metodología cualitativa

5.3.3. Justificación y método de selección de la muestra

5.3.3.1. Metodología cuantitativa

5.3.3.2. Metodología cualitativa

5.3.4. Selección de la muestra

5.3.4.1. Distribución de la muestra

5.4. Visión general del estudio**5.4.1. Período de estudio****5.4.2. Acceso al campo de investigación****5.4.3. Fases del estudio****5.5. Recogida de datos****5.5.1. Metodología cuantitativa****5.5.2. Metodología cualitativa****5.6. Análisis de los datos****5.6.1. Datos de corte cuantitativo**

5.6.1.1. Variables a estudio

5.6.1.2. Estructura de análisis de los datos

5.6.2. Datos de corte cualitativo**5.7. Rigor de la investigación****5.7.1. Metodología cuantitativa****5.7.2. Metodología cualitativa****5.8. Consideraciones éticas y legales**

5.1. Encuadre metodológico

Los estudios de investigación cuyo diseño es mixto van más allá de la simple recolección de datos sobre el mismo fenómeno utilizando diferentes métodos, y en el que se fusionan las lógicas inductivas y deductivas⁽¹¹⁵⁾. En nuestro caso, y para poder decidir el uso de un diseño mixto, se han tenido en cuenta las consideraciones realizadas por Mertens⁽¹¹⁵⁾, entre las que se incluyen: importancia de racionalizar el diseño mixto, decisión sobre los instrumentos a utilizar para la recolección de datos, establecimiento de prioridades sobre estos, secuencia de recolección y formas de combinar dichos datos, así como maneras de presentar los resultados de cada enfoque.

Por ello, en primer lugar, teniendo en cuenta lo descrito en el marco teórico (ver apartado 2.3.2 *Investigación* del capítulo 2, página 100) en relación a los diseños que hasta la actualidad se han realizado sobre investigaciones en razonamiento clínico y terapia ocupacional, y considerando sus puntos fuertes, debilidades y recomendaciones futuras que describían, tomamos la decisión de establecer una investigación con un diseño mixto para dar respuesta a los planteamientos definidos en el capítulo 3 y 4 de esta tesis doctoral (ver páginas 114-126).

En segundo lugar, tuvimos en cuenta las herramientas que ambas metodologías ofrecen para la recolección de datos. Para ello utilizamos el método de recogida de datos descrito en el apartado 5.5. de este documento (ver página 151) como medio para obtener los resultados de la investigación.

A continuación definimos el establecimiento de prioridades de datos. Es importante señalar nuestra intención de que ambas metodologías tuviesen el mismo peso a lo largo de la realización del presente estudio.

Para ello, definiremos a lo largo de este apartado el método o recogida y análisis de los datos, entre otras, para cada una de las metodologías que utilizamos. Es preciso señalar que hemos procedido a describir en el presente documento aspectos como el mantenimiento de la calidad en la obtención de los datos (ver apartado 5.7. *Rigor de la investigación*, página 161) y la sistematización en el análisis de ambas metodologías (ver apartado 5.6. *análisis de los datos*, página 154).

En cuarto lugar, y con el fin de lograr lo hasta ahora descrito, definimos la investigación de la metodología mixta dentro de un proceso secuencial de aplicación independiente⁽¹¹⁵⁾ (ver figura 6) en la que los resultados se complementaron. Una metodología precedía a la otra respetando los métodos inherentes a cada una para posteriormente presentar los resultados de manera separada. Ante esta situación, en primer lugar, se ha llevado a cabo la recogida de datos bajo el diseño cuantitativo y a continuación bajo el diseño cualitativo (ver apartado 5.4 *visión general del estudio*, de éste capítulo, página 145). Primeramente, y con el fin de llevarlas a cabo evitando complicaciones en los tiempos de ejecución de cada fase, estas fueron definidas temporalmente de forma tentativa.

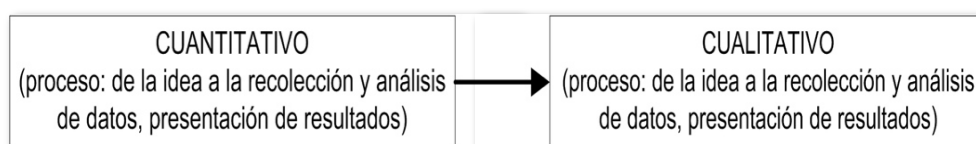


Figura 6. Proceso de estudio con ambas metodologías

Fuente: Hernández *et al.*⁽¹¹⁵⁾

Seguidamente, en quinto lugar, en el caso de los aspectos vinculados a la transformación, asociación o combinación de los diferentes tipos de datos resultantes de la investigación en cada una de las metodologías empleadas (cuantitativa: ver apartado 5.5.1., página 151; cualitativa: ver apartado 5.5.2., página 152), definimos el análisis de ambos diseños en el apartado 5.6. (análisis de los datos) de este capítulo (página 154).

Por último, consideramos necesario destacar que hemos utilizado una forma independiente de presentar los resultados de cada metodología empleada, como se describe a lo largo de este capítulo (ver 5.6.1. para datos de metodología cuantitativa, y 5.6.2. para datos de metodología cualitativa).

5.1.1. Tipo de estudio

Esta investigación se enmarcó en el ámbito de la investigación educativa, con una metodología de carácter mixto (metodología tanto cuantitativa como cualitativa), por medio de un diseño de Investigación Evaluativa⁽¹¹⁵⁾, el cual se utiliza habitualmente en educación no solo para enfrentar los retos del desarrollo científico, técnico y tecnológico, sino para hacer del conocimiento y de la cultura ejes de calidad y desarrollo. Es por esto que la presente investigación suscribió aspectos metodológicos cualitativos y cuantitativos.

5.1.1.1. Metodología cuantitativa

- a) Diseño: estudio transversal, de tipo observacional descriptivo⁽¹⁴³⁾.
- b) Materiales: hemos empleado un documento escrito elaborado *ad hoc*, diseñado como un “caso clínico/estudio de caso”, en el que se ha representado una situación clínica, basada en un caso clínico, que requería la evaluación y diagnóstico ocupacional de las alteraciones en el desempeño ocupacional de las actividades de la vida diaria. Este material lo diseñamos con el fin de estimular el razonamiento diagnóstico durante el proceso de evaluación inicial. Todos los contenidos y datos recogidos en el caso clínico fueron alterados para preservar la confidencialidad y privacidad del participante (ver

apartado 5.5.1. *Metodología Cuantitativa*, de este capítulo, en la página 151).

- c) Descripción de la población: se correspondió con la población total de la muestra, en este caso los alumnos de los cursos primero, tercero y cuarto del grado de terapia ocupacional de la Universidad de A Coruña, y que cumplieron con los criterios de selección (ver apartado 5.3.2. *Criterios de selección*, de este capítulo, en la página 139).
- d) Muestra: universo de los estudiantes de grado de terapia ocupacional de la Universidad de A Coruña, mayores de edad (ver apartados: 5.3.3. *Justificación y método de selección de la muestra* y 5.3.4 *selección de la muestra*, de este capítulo en la página 140-141), que cumplieron los criterios de selección (ver apartado 5.3.2. de éste capítulo en la página 139).
- e) Variables: la selección y definición de variables por las que se ha caracterizó el proceso, fueron: por un lado, las variables independientes son las preguntas realizadas en el caso clínico (anexo 4 y 5), y en la ficha de recogida de datos (anexo 6 y 7), y por otro la variable dependiente correspondiente a las respuestas que el alumno ofreció en la resolución del caso. Las variables del estudio estaban asociadas con las competencias cognitivas que se ponen en juego durante la resolución del caso clínico (anexo 4 y 5). Estas se pusieron en funcionamiento durante la resolución del caso clínico, relacionadas con la capacidad del estudiante para aplicar los conceptos: áreas de desempeño ocupacional, factores del cliente, destrezas y patrones de ejecución y contextos o entornos, así como las distintas subáreas y categorías de análisis que conforman estas categorías generales, descritas en el documento *Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process* (3ª ed)⁽¹⁴⁴⁾.
- f) Procedimiento: la descripción del procedimiento de recogida de datos la hemos resumido en el apartado 5.5.1. *Metodología cuantitativa* de este capítulo, en la página 151.

- g) Análisis estadístico: la descripción del procedimiento de recogida de datos la hemos desarrollado en el punto 5.6.1. *Metodología cualitativa* de este capítulo, en la página 154.

5.1.1.2. Metodología cualitativa

- a) Paradigma: interpretativo⁽¹⁴⁵⁾, caracterizado por la concepción del proceso de investigación en un intervalo subjetivo (tanto por parte del sujeto investigador como del objeto-sujeto investigado). En esta corriente el proceso educativo tiene lugar mediante la interacción y la interpretación que de la misma realicen los sujetos implicados en dicho proceso y el conocimiento teórico es fruto de la interacción que tiene efecto en la práctica de la disciplina (en este caso la educación).
- b) Diseño: fenomenológico⁽¹⁴⁶⁾, basado en el estudio y descripción de la esencia de la experiencia humana vivida.
- c) Herramientas de recogida de información: utilizamos la entrevista en profundidad (anexo 1 y 2) y las notas de campo (anexo 3) como eje vertebrador de este tipo de investigación⁽¹⁴⁷⁾.
- d) Población a estudio: alumnos de primero, tercero y cuarto curso del grado de terapia ocupacional de la Universidad de A Coruña.
- e) Muestra: todos aquellos que cumplieron con los criterios de selección (ver apartado: 5.3.2. de éste capítulo, en la página 139). El propósito de este estudio fue el de lograr la saturación teórica⁽¹¹⁵⁾, que finalmente y debido al tiempo que duró la estancia en el campo logró alcanzar.
- f) Categorías: estas emergieron de las respuestas transcritas obtenidas tras las entrevistas en profundidad⁽¹⁴⁸⁾.
- g) Procedimiento: la descripción del procedimiento de recogida de datos ha sido resumida en el epígrafe 5.5.2. *Metodología cualitativa*, presente en este capítulo, en la página 152.

- h) Análisis de los datos: detallada en el punto 5.6.2. *Datos de corte cualitativo* de este capítulo, en la página 158.

5.2. Contextualización de la investigación

5.2.1. Posición del investigador

Nuestro objetivo ha sido en todo momento la búsqueda de una postura reflexiva que pretendiese minimizar la posible influencia ejercida sobre las creencias, fundamentos o experiencias asociados con el problema objeto de estudio de los participantes. Intentamos que esta situación no interfiriese en la recolección de los datos y de este modo obtener de los individuos la información tal y como ellos la revelaron. Realizamos la aproximación al contexto conocido de estudio desde un conocimiento teórico-práctico de la materia llevado a cabo por el investigador principal. Debido a que el investigador principal era docente (profesor asociado P06T1) del grupo sujeto a estudio extremamos el cuidado en mantener el anonimato en todo el proceso de recogida de información intentando evitar que el participante se viera comprometido a colaborar por el estatus jerárquico de profesor-alumno. Así, les recordamos que podían retirar su compromiso de participar en cualquier momento sin que eso les perjudicara de alguna forma (anexo 8 y 9).

5.2.2. Experiencia del investigador principal

El investigador principal de este estudio es diplomado en terapia ocupacional, Msc. en Asistencia e Investigación Sanitaria y Msc. de Investigación, Ordenación y Evaluación de los Servicios Sociosanitarios de la Universidad de A Coruña. Así mismo, cuenta con experiencia refutada en el campo de estudio, tanto por su labor docente en la Universidad de A Coruña, como por su labor asistencial en Xerencia de Atención Integral de Ferrol (C-15-000191), así como por las numerosas publicaciones y presentaciones realizadas en eventos científicos

nacionales e internacionales sobre esta materia (ver capítulo 11, producción científica) realizada durante el periodo de matrícula de esta investigación.

5.2.3. Escenarios de observación

El lugar seleccionado para la realización de este estudio fueron las aulas (en el caso de la metodología cuantitativa) y el despacho de tutorías (en el caso de la metodología cualitativa) de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de A Coruña (anexo 10). Por ello, requerimos la implicación de dicha Universidad y Facultad, así como el conocimiento y aceptación por parte de los coordinadores de la titulación de grado de terapia ocupacional y los directivos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la realización de este estudio en sus dependencias (ver apartado 5.3.1. *Ámbito de estudio*, de éste capítulo, en la página 138).

5.3. Población y muestreo

5.3.1. Ámbito de Estudio

La Universidad de A Coruña es una institución pública que tiene como finalidad esencial la generación, gestión y difusión de cultura y de conocimiento científico, tecnológico y profesional a través del desarrollo de investigación y de docencia. Esta universidad tiene como objetivo principal ofrecer un servicio público de calidad orientado a la búsqueda de un mayor nivel de bienestar para el conjunto de la sociedad a través de avances sociales, científicos y tecnológicos en un marco de valores éticos generalmente aceptados⁽¹⁴⁹⁾.

El grado de terapia ocupacional en Galicia se imparte en la Universidad de A Coruña, siendo el primero e impartirse en toda España⁽¹⁴⁹⁾. Esta oferta formativa es la única que se ofrece dentro de esta comunidad autónoma. Estos estudios se encuentran albergados en la Facultad de Ciencias de la Salud desde el curso académico 1998/1999, momento en el que se crea la diplomatura.

El tipo de enseñanza es presencial y oferta un número de plazas de aproximadamente 180 estudiantes repartidos⁽¹⁵⁰⁾ en los siguientes cursos:

- Primero: 40 (con todas las modalidades de acceso incluidas).
- Segundo: 40 (con todas las modalidades de acceso incluidas).
- Tercero: 50 (con todas las modalidades de acceso incluidas).
- Cuarto: 50 (con todas las modalidades de acceso incluidas).

La repercusión de estos estudios en el entramado de la Comunidad Autónoma de Galicia y en el panorama de universidades españolas de terapia ocupacional ha sido relevante desde su creación hasta la

actualidad, considerada en los últimos años como la mejor universidad para llevar a cabo los estudios de terapia ocupacional⁽¹⁵¹⁾.

Para realizar esta investigación se necesitó la implicación y la colaboración de las siguientes personas:

- Coordinadores de la titulación de grado de terapia ocupacional, a los que se solicitó el permiso correspondiente (anexo 11).
- Alumnos grado de terapia ocupacional de los cursos de primero, tercero y cuarto que quisieron participar en el estudio después de haber recibido la información oportuna (anexo 8 y 9) para poder firmar el consentimiento informado (anexo 12 al 15).

5.3.2. Criterios de selección

5.3.2.1. Criterios de inclusión metodología cuantitativa

- Previa información (anexo 8 y 9) y firma del consentimiento informado de cada uno de ellos (anexo 12 al 15) fueron los estudiantes de terapia ocupacional que se encontraban matriculados y cursando sus estudios en los cursos de primero, tercero y cuarto durante el curso académico 2014-2015.

5.3.2.2. Criterios de inclusión metodología cualitativa

- Previa información (anexo 8 y 9) y firma del consentimiento informado de cada uno de ellos (anexo 12 al 15) fueron los estudiantes de terapia ocupacional que se encontraban matriculados y cursando sus estudios en los cursos de primero, tercero y cuarto, durante el curso académico 2014-2015.

5.3.2.3. Criterios de exclusión metodología cuantitativa

- Aquellos estudiantes que quieran abandonar el estudio una vez firmado el consentimiento.
- Aquellos que se encontraban matriculados por segunda vez en al menos una de las asignaturas que conformaban el curso académico 2014-2015.
- Las personas que cursaron o estuvieran cursando otra titulación de áreas afines en ciencias de la salud (fisioterapia, podología, medicina, logopedia o enfermería, entre otras).
- Los participantes en la fase de *mapping*⁽¹¹⁵⁾ de este estudio.

5.3.2.4. Criterios de exclusión metodología cualitativa

- Aquellos estudiantes que quisieron abandonar el estudio una vez firmado el consentimiento.
- Las personas que habían participado en la prueba piloto⁽¹¹⁵⁾ del caso clínico de este estudio.

5.3.3. Justificación y método de selección de la muestra

5.3.3.1. Metodología Cuantitativa

La teoría del muestreo⁽¹¹⁵⁾ permitió determinar de manera efectiva la muestra que reflejaba con exactitud las características de la población sometida al estudio, ya que no siempre es posible tomar a todos los elementos que conforman la población. Sin embargo, en este caso, y al tratarse de un población definida y limitada, ubicada en una localidad y un entorno concretos, la muestra de estudio se correspondió con la población

a estudio. Esto se debe a que el universo de la muestra es la totalidad de los estudiantes de los cursos de grado de terapia ocupacional de la Universidad de A Coruña, a los cuales se pudo acceder por ser una población finita de 180 alumnos aproximadamente, convirtiéndose en una muestra manejable. Este fue el motivo por el cual no se realizó muestreo alguno, sino que se llevó a cabo un estudio completo de toda la población, mostrando mejor la realidad de esta forma que en cualquier otro tipo de muestreo.

5.3.3.2. Metodología Cualitativa

Para la selección de informantes acudimos a la Universidad de A Coruña, Facultad de Ciencias de la Salud, grado de terapia ocupacional, lugar que fue el escenario de realización de este trabajo. De entre los participantes que decidieron colaborar con la investigación realizamos un muestreo teórico intencionado abierto⁽¹¹⁵⁾ con la finalidad de saber las personas o las categorías que se necesitaban estudiar con una mayor profundidad⁽¹¹⁵⁾.

5.3.4. Selección de la muestra

Tras la definición del diseño de la investigación, se hizo preciso concretar la muestra a partir de la cual obtuvimos la información necesaria para contrastar las hipótesis de nuestro estudio. En este caso, el marco en el que se focalizó esta tesis doctoral fue el conjunto de estudiantes de grado de terapia ocupacional de los cursos de primero, tercero y cuarto de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de A Coruña que conformaban nuestra población objetivo.

En relación a la selección de los participantes de los cursos de primero, tercero y cuarto, dos son los motivos que nos llevaron a centrar nuestra atención en estos cursos. En primer lugar, la investigación se centra en evaluar la evolución del estudiante. Es por eso que, tomando como referencia investigaciones previas de Mccanon, *et al.*⁽⁸⁾ y de Schell y Schell⁽²⁾, nos pareció interesante detectar la evolución del razonamiento diagnóstico en las últimas etapas del participante, donde su carga teórico-práctica vinculada a la disciplina es mayor. Así, por tanto, y con el fin de contrastar datos, la selección de los alumnos de primero responde a la necesidad de un punto de partida en este análisis que sirva de referencia de un estudiante sin formación previa. De esta forma, los participantes de primero se convirtieron en un grupo sin preparación a la hora de contrastar la evolución del razonamiento diagnóstico, en contraposición a los integrantes de tercero y cuarto de grado, a los que se supone unos conocimientos mayores.

En segundo lugar, la selección de estos tres cursos responde a la necesidad de explorar los niveles de aprendizaje del alumno puesto que, a pesar de que los estudios de grado de terapia ocupacional de la Universidad de A Coruña se encuentran establecidos en cuatro cursos académicos, los contenidos teóricos responden a la siguiente estructura general del plan de estudios:

- **Nivel Básico:** caracterizado por materias de formación básica en terapia ocupacional y otras disciplinas relacionadas. Duración 1 ½ años (equivale a primer curso y mitad de segundo).
- **Nivel Intermedio:** proceso de intervención en terapia ocupacional según el ciclo vital: infancia y adolescencia, adulto I, II adultos y mayores. Estos módulos temáticos son impartidos de forma secuencial, sin superponerse. Duración 1 ½ años (equivale a mitad de segundo y todo tercero).

- **Nivel Avanzado:** integración de los niveles anteriores con un mayor grado de complejidad de las situaciones y de los razonamientos requeridos. En este nivel está el trabajo de fin de grado, que consiste en una materia anual con 12 *European Credit Transfer and Accumulation System* (ECTS). Duración 1 año (equivale a todo cuarto).

5.3.4.1. Distribución de la muestra

La población total objeto de estudio inicial fue de 146 alumnos, repartidos entre los cursos de primero, tercero y cuarto de grado. En cuanto a la muestra productora de datos, se compone por 90 participantes (ver figura 7), resultado de 47 personas que decidieron no participar (32,19%), 2 que abandonaron el estudio (1,36%) y otras 2 (1,36%) excluidas por criterios señalados en el punto 5.3.2. de este documento.

Los participantes del estudio vinculados al diseño **cuantitativo**, fueron los 90 integrantes de la muestra productora de datos. La distribución se realizó en un 35,55% (n=32) integrantes de primer curso, 27,77% (n=25) de tercero y 36,66% (n= 33) de cuarto. Por otro lado, los participantes del estudio vinculados al diseño **cuantitativo** fueron de 9 en primero, 15 en segundo, de los cuales 1 era hombre, y de 13 participantes en cuarto (ver tabla 6).

Tabla 6. Participantes clasificados por SAM utilizadas

Año	MGD		Participantes cuantitativa				Participantes cualitativa			
	Participantes		Mj	%	Hb	%	Mj	%	Hb	%
1	32		30	33,33	2	2,22	9	10	0	0
3	25		23	25,55	2	2,22	14	15,55	1	1,11
4	33		32	35,55	1	1,11	13	14,44	0	0

Fuente: elaboración propia. SAM: sexo, año y metodología. MGD: muestra generadora de datos. Mj: mujeres. Hb: hombres

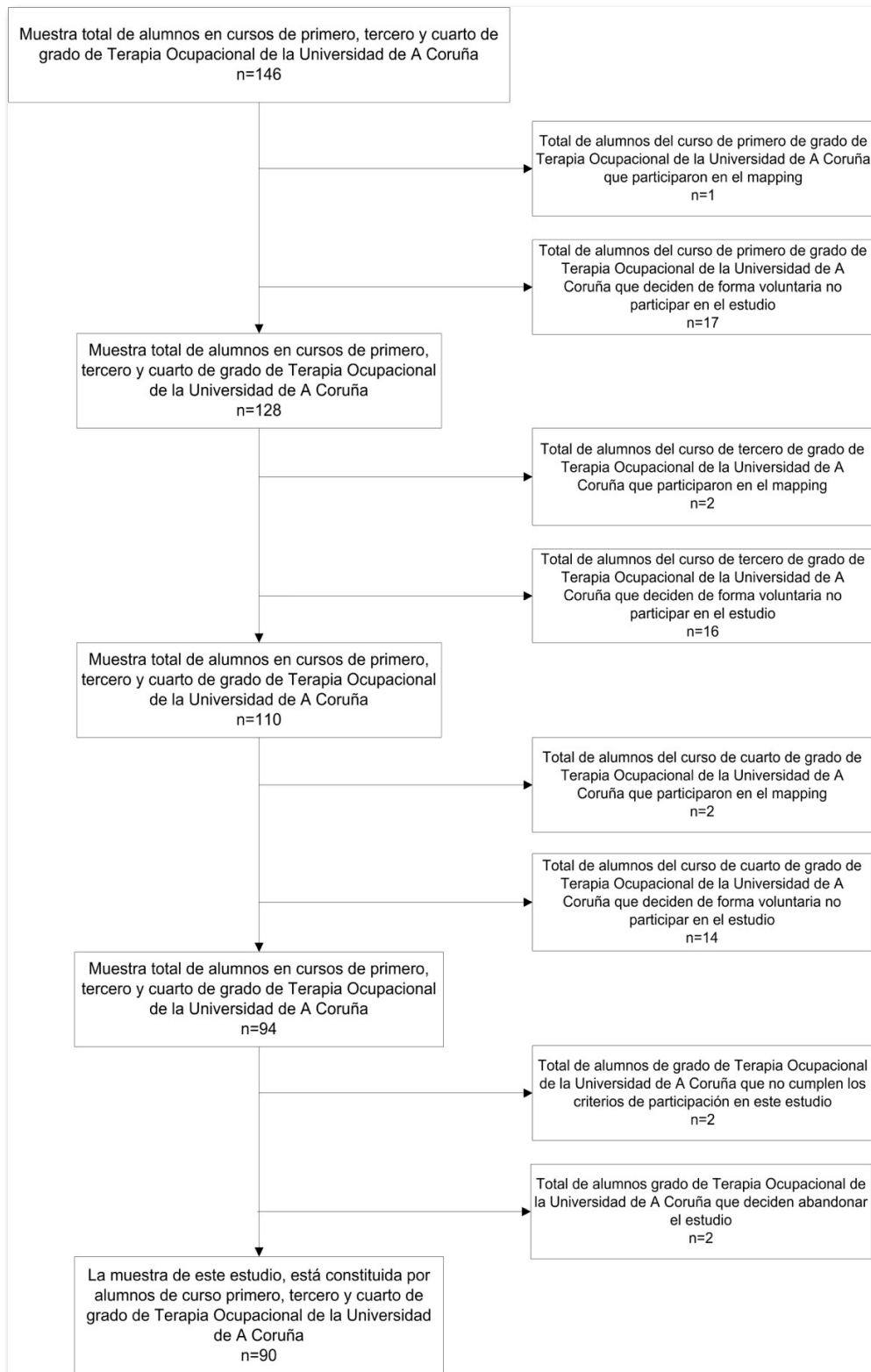


Figura 7. Procedimiento selección muestral: diagrama de flujo

Fuente: elaboración propia

5.4. Visión general del estudio

5.4.1. Período de estudio

En el período de estudio realizamos aspectos relacionados con el ajuste documental y bibliográfico, la solicitud de permisos, desarrollo del mismo, descripción e identificación de los datos obtenidos, así como la presentación y difusión de resultados (ver capítulo 12, perteneciente al currículo del investigador principal), entre otros. Para ampliar información recomendamos ver apartado 5.4.3. fases del estudio, de éste capítulo, en la página 143, donde se podrán obtener los datos pormenorizados de la duración que tuvieron las diferentes fases, además recomendamos la lectura del apartado 5.4. visión general, de este capítulo, en la página 154 por presentar una visión panorámica del mismo.

5.4.2. Acceso al campo de investigación

La introducción al campo de investigación se realizó de la siguiente forma (para ampliar información ver apartado 5.4.3. fases del estudio, de este capítulo, página 146):

- Realizamos una revisión de la literatura sobre el tema central de la investigación para conformar el cuerpo teórico del mismo.
- Enviamos la información del estudio al Comité de ética de Investigación de Coruña-Ferrol correspondiente a la Red Gallega de Comités de Ética de Investigación (CEI), y se obtuvo su aprobación con el código 2014/399 (anexo 16).
- Informamos sobre los objetivos generales y los específicos planteados vía correo electrónico (anexo 11) a los responsables de la Facultad de Ciencias de Salud y de la titulación de grado de terapia ocupacional de la Universidad de A Coruña.

- Para localizar a los participantes, concertamos una reunión con los alumnos en horario de clase (por medio de los representantes de clase y tutores), presentamos la investigación, dimos información sobre todo ello y pedimos colaboración de forma voluntaria (anexo 8 y 9). Aquellas personas que aceptaron participar en el estudio cubrieron la ficha de datos socio-demográficos (anexo 6 y 7) y firmaron el consentimiento informado (anexo 12 al 15). Entre aquellos que se presentaron voluntarios se procedió a validar si cumplían los criterios de inclusión y exclusión del estudio para poder formar parte del mismo.

5.4.3. Fases del estudio

a) Fase I. Revisión documental, Conceptualización y Petición de permisos

Durante esta fase efectuamos la revisión documental y reconocimiento de las categorías de análisis para la elaboración del marco teórico. Procedimos a realizar el análisis documental para identificar y describir las competencias cognitivas básicas empleadas durante el proceso de evaluación inicial (para la elaboración de un diagnóstico ocupacional). Al finalizar esta fase realizamos la redacción del diseño de la investigación y la enviamos al Comité de ética de Investigación (CEI) de Coruña-Ferrol correspondiente a la Red Gallega de Comités de Ética de Investigación, de los que obtuvimos su aprobación con el código 2014/399 (anexo 16).

b) Fase II. Prueba piloto o *mapping*

Hicimos el diseño de ficha de recogida de datos de los participantes (anexo 7) y materiales escritos en forma de caso clínico (anexo 4). Elaboramos el guion de la entrevista en profundidad (anexo 1). Realizamos la prueba piloto del instrumento, el testado de la entrevista

pormenorizadamente y la forma de recoger datos en las notas de campo. Esta fase la desarrollamos de la siguiente forma:

- Llevamos a cabo la recogida de datos con los 5 primeros estudiantes (ver figura 7) que se presentaron voluntariamente procedentes de los cursos de primero, tercero y cuarto del grado, por medio de la ficha de datos socio-demográfica (anexo 7) y caso clínico (anexo 4).
- Tras esa fase, recogimos la información obtenida en una hoja de Microsoft Excel 2013[®] y clasificamos mediante las categorías predefinidas con el propósito de determinar si los resultados esperados coincidían con el propósito del estudio (ver apartado 5.5.1. *Metodología cuantitativa*, de este capítulo, en la página 151).
- Posteriormente realizamos un muestreo teórico intencional con los criterios definidos con anterioridad (ver apartado 5.3.2. *Criterios de selección*, de este capítulo, en la página 139).
- Efectuamos 5 entrevistas en profundidad (ver apartado 5.5.2. *metodología cualitativa*, de este capítulo, en la página 152) (anexo 1), las grabamos y las transcribimos para su posterior análisis, intentado categorizar los resultados obtenidos.
- Concluimos con un diagnóstico de situación en relación a los instrumentos utilizados, el diseño de la entrevista en profundidad y notas de campo.

Como dato a tener en cuenta cabe señalar que los participantes de este *mapping* no fueron seleccionados para la fase de estudio, evitando de esta forma posibles sesgos en el mismo.

c) Fase III. Ajuste del diseño

Tras la realización de la fase II ajustamos los instrumentos utilizados: ficha de recogida de datos socio-demográfico (anexo 6 y 7) caso clínico (anexo 5), el diseño de la entrevista en profundidad (anexo 2) y notas de campo (anexo 3).

d) Fase IV. Entrada al campo

- Localizamos a los estudiantes participantes, contamos con la posibilidad de utilizar horas docentes para presentar el proyecto de investigación (anexo 17 y 18), les dimos información sobre el mismo y les pedimos colaboración de forma voluntaria (anexo 8 y 9). Los que decidieron participar (ver figura 7) firmaron el consentimiento informado (anexo 12 al 15) y cumplieron la ficha de datos socio-demográficos (anexo 6 y 7).
- Llevamos a cabo la recogida de datos con los participantes (ver figura 7) de primero, tercero y cuarto de grado, utilizando la ficha de datos socio-demográficos (anexo 6 y 7).
- En la misma sesión comenzamos con la fase del diseño *cuantitativo*:
 - Para ello, los participantes resolvieron el caso clínico (anexo 5), en el que se representó una situación de la práctica de la terapia ocupacional, que requirió del participante realizar la evaluación y diagnóstico ocupacional de los problemas en el desempeño ocupacional. Les dimos a los participantes el tiempo necesario para cubrir el caso clínico, estando siempre presente el investigador para solventar posibles dudas que aparecieran en cuanto a la comprensión de la actividad propuesta.
- Tras analizar los datos de carácter cuantitativo, comenzamos con la fase de estudio donde el diseño de la misma era de carácter *cualitativo*:
 - Posteriormente realizamos un muestreo teórico intencional con los criterios definidos con anterioridad (ver apartado 5.3.2. *Criterios de selección*, de éste capítulo, en la página 139).
 - Efectuamos 37 entrevistas en profundidad (ver apartado 5.5.2. *Metodología cualitativa*, de este capítulo, en la página 152) las grabamos y transcribimos para su análisis posterior.

Es destacable que el número de entrevistas en cada curso se mantuvo hasta lograr la saturación teórica⁽¹¹⁵⁾.

Así mismo, resulta importante señalar que entre la recogida de datos socio-demográficos-caso clínico y las entrevistas en profundidad, transcurrieron siete meses (noviembre 2014 a mayo 2015) del curso académico 2014/2015. Las entrevistas las realizamos en los últimos meses de la formación del alumno ya que, de ese modo, se podría detectar la posible evolución teórica en la gestión del razonamiento diagnóstico en los meses que transcurrieron entre una prueba y otra. Con la intención de separar las pruebas de caso clínico y entrevista en profundidad, detectamos si la evolución teórica del alumno era tal y como se contemplaba en la descripción formal del plan de estudios (ver apartado 5.3.4. *selección de la muestra*, en este capítulo, en la página 141).

e) Fase V. Caracterización de la información, Sistematización y Análisis de la información

- Realizamos una descripción de las competencias cognitivas adquiridas por los estudiantes a través del desarrollo del caso clínico.
- Para el análisis de datos recogidos (ver apartado 5.6. de este capítulo, en la página 154) en base a la metodología cuantitativa utilizamos hojas de recogida de datos en Microsoft Excel 2013[®] y el programa R-Studio[®] y para el análisis de correlación, se utilizó el SPSS.22.0[®].
- Tomando como base la metodología cualitativa realizamos el análisis de las transcripciones de las entrevistas en profundidad, y no fue necesario utilizar ningún tipo de programa para análisis cualitativos ya que el número de entrevistas no lo hizo necesario.

Para la elaboración de los diagramas de árbol, utilizamos el programa Microsoft Visio 2013[®].

f) Fase VI. Diagnóstico situacional, Interpretación y elaboración de conclusiones

Establecimos y determinamos las características de la situación investigada e intentamos enumerar las posibles causas de estas. Realizamos una definición y una explicación detalladas del análisis obtenido en las fases anteriores, en relación con los objetivos generales y específicos de la investigación.

g) Fase VII. Elaboración del informe final de la investigación

Tras el análisis de resultados emitimos un informe detallado sobre los resultados de esta investigación con el que compusimos el cuerpo de esta tesis doctoral.

5.5. Recogida de datos

5.5.1. Metodología cuantitativa

Utilizamos la siguiente técnica:

- **Diseño de material escrito estructurado, presentado como caso clínico:** se trata de una serie de preguntas diseñadas para conocer las unidades de estudio y con la finalidad de recoger la información requerida para poder realizar los análisis. Todo lo anterior estaba orientado mediante una ruta de análisis que daba cuenta de acopio y organización de los datos, estructuración de la información por categorías, reagrupación de los datos para su nueva lectura, consolidación de categorías emergentes, interrelación entre las categorías y estructuración final para la presentación del análisis sistémico de las categorías finales, proceso que concluyó con la validación científica de los datos cuantitativos recopilados durante el proceso de la investigación. Empleamos un documento escrito elaborado *ad hoc*, diseñado como un “caso clínico/estudio de caso”, en el que representábamos una situación clínica, basada en un caso clínico real al que solicitamos su consentimiento informado (anexo 19 al 20). Se modificaron todos los datos para evitar reconocimiento (tales como el nombre de la persona, localización [entorno y contexto de residencia], información de datos personales, diagnóstico médico, síntomas, signos e hipótesis diagnósticas en componente explicativo). De este modo, modificamos cualquier dato que pudiera identificar al sujeto fuente, es decir, mantuvimos la estructura del caso, pero ninguno de los datos reales del mismo. En este material incluimos previo al *mapping* cinco preguntas de carácter abierto, referentes al proceso de evaluación del caso clínico presentado (anexo 4), y tras el *mapping* ajustamos a una petición formal de realización de evaluación

ocupacional inicial (anexo 5). Este material lo diseñamos para estimular el razonamiento clínico durante el proceso de evaluación inicial. Elegimos la opción de respuestas abiertas frente a la de respuestas cerradas para evitar posibles sesgos en el razonamiento del estudiante, quien de esta forma tendría varias alternativas de respuesta sobre las que elegir, y mediante el cual pretendíamos saber de qué forma construye el alumno su razonamiento clínico. Sin embargo, mediante la opción de respuesta cerrada el estudiante se limitaría a responder la hipótesis que más se repite, no siendo motivo de este trabajo (anexo 4 y 5). La opción cerrada se escogió como válida dado que anteriormente se había detectado si la prueba cumplía la función para la que se había redactado, de modo que el caso fue pilotado por un grupo de estudiantes similar a los del objeto del estudio, ajustándolo y adecuándolo, incorporando modificaciones necesarias que aseguraban la relevancia del material presentado y su correspondencia con el objeto de estudio (anexo 4 y 5).

5.5.2. Metodología cualitativa

Utilizamos las herramientas de entrevista en profundidad y notas de campo, todo ello enfocado hacia el análisis de los datos a través de la descripción de las experiencias subjetivas de los sujetos, determinación del significado de dicha experiencia e identificación de la esencia del fenómeno que estábamos investigando. La entrevista la realizamos mediante la grabación de un audio y el posterior registro de datos que transcribimos tras haber sido recogidos. Eliminamos cualquier elemento que pudiera identificar al participante (toda la información recogida la destruimos al finalizar el estudio). Así mismo asignamos un código alfanumérico para identificar a cada participante, lo conformamos, teniendo en cuenta el curso al que pertenecía, número de participante, edad y sexo (anexo 6). En el caso de las notas de campo, a estas le

asignamos una codificación (anexo 21) por años formación y letra que identificase cada tipo de nota. Tuvimos en cuenta tres bloques: metodológico, teórico y descriptivo (anexo 3).

Las herramientas utilizadas en la aplicación de esta metodología fueron:

- **Entrevista en profundidad:** la realizamos entre un entrevistador y un participante con el objeto de obtener información sobre varios aspectos del caso más o menos concretos, como la vida en general, un tema, proceso o experiencia concreta de una persona. Queríamos conocer aquello que era importante y significativo para la persona entrevistada, y de esta forma llegar a comprender cómo veía, clasificaba e interpreta el tema⁽¹¹⁵⁾ (anexo 2).
- **Notas de campo:** Con ellas intentábamos describir con precisión y tan literalmente como nos fue posible, aquello que era observado en el escenario, con el objetivo de relatar de forma descriptiva registros objetivos de lo que estaba sucediendo durante la entrevista. El propósito fue capturar la experiencia vívida de los participantes. Además, procuramos registrar cualquier impacto que tuviera nuestra presencia sobre escenario de recogida de datos. Nos esforzamos en plasmar las reflexiones del investigador, los sentimientos, ideas, momentos de confusión, corazonadas e interpretaciones, entre otros, sobre lo que se observó. Esperábamos que estas pudieran ayudarnos en la redacción de los resultados y la interpretación de los datos⁽¹⁵²⁾ (anexo 3).

5.6. Análisis de los datos

5.6.1. Datos de corte cuantitativo

Por cada una de las variables encaminadas a evaluar la capacidad de los estudiantes para recoger, categorizar, analizar e interpretar datos para la realización del diagnóstico se plantea el siguiente análisis:

Descripción general

El análisis descriptivo general se realizó mediante el programa Microsoft Excel 2013[®] por cada variable del estudio (ver apartado 5.6.1.1. de este capítulo, en la página 155) incluyendo las variables socio-demográficas.

- **Análisis gráfico:** mediante el uso de descripciones gráficas de las proporciones de estudiantes con la variable de interés (gráficas de barra y circular). Con este análisis tuvimos una primera idea de las habilidades para el diagnóstico ocupacional de los estudiantes y su evolución a través de los años en curso.
- **Descripciones generales** que se realizaron por medio de proporciones ya que la mayoría de las variables son categóricas, como por ejemplo, el sexo del participante o si identifica o no la hipótesis. En este aparte incluimos cuadros de resumen de las habilidades de los estudiantes para establecer el diagnóstico ocupacional.
- **Análisis de correlación:** este se realizó con el fin de identificar si existe alguna condición socio-demográfica que influya en la habilidad del estudiante para el diagnóstico ocupacional, de modo que se presentaron como resultados aquellas relaciones que resultaron ser significativas. A diferencia de los ítems anteriores este análisis se realizó en SPSS.22.0[®].

Evaluación de la evolución de las habilidades para el diagnóstico ocupacional

La evaluación de la evolución de las habilidades para el diagnóstico ocupacional se realizó por medio de un modelo de regresión lineal generalizado llamado *modelo logit multinomial*. Por medio de este se evaluó si el hecho de que un estudiante pertenezca a un año de grado determinado aumente significativamente su capacidad para recoger, categorizar, analizar e interpretar el caso clínico. Los modelos fueron realizados mediante el programa R-Studio[®], software estadístico de libre distribución. Para el análisis se tomó un nivel de significación de 5% (0.05), es decir, que todo valor p inferior a este nivel de significación indicará que el año en curso del estudiante determina la probabilidad de que realice un diagnóstico ocupacional correcto.

5.6.1.1. Variables a estudio

Los grupos de variables a estudio correspondieron a la siguiente clasificación: áreas de la función ocupacional humana⁽¹⁴⁴⁾ (actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, sueño/descanso, educación, trabajo, ocio/tiempo libre, juego y participación social), características del usuario, entornos/contextos, destrezas y patrones de ejecución⁽¹⁴⁴⁾.

5.6.1.2. Estructura de análisis de los datos

El análisis de los datos ha sido realizado agrupando las competencias cognitivas en cuatro categorías generales recomendadas por Mosey⁽⁵⁶⁾:

a) Identificación de datos (*collecting data*)

- En este apartado intentamos determinar el número de participantes que identificaron en la recogida de datos aspectos relacionados con los siguientes temas: áreas del desempeño, sintomatología, destrezas y patrones de ejecución, entornos/contextos y factores del cliente relacionados con el caso.

b) Categorización de los datos (*categorizing*)

- Intentamos determinar el número de participantes que categorizaron la información de acuerdo con los tres niveles del componente descriptivo de un diagnóstico ocupacional; a saber: identificar el problema, localizar el área del desempeño afectada así como las actividades específicas relacionadas con el caso a estudio.
- Determinamos el número de participantes que categorizaron la información de acuerdo con los cuatro niveles del componente explicativo de un diagnóstico ocupacional; a saber: factores del cliente, destrezas, patrones y contextos del desempeño ocupacional relacionados con el caso en los que el sujeto presentaba problemas.

c) Análisis y síntesis de los datos (*analyzing/synthesizing*).

- Cuantificamos el número de diagnósticos ocupacionales correctos, de acuerdo a la estructura de razonamiento diagnóstico planteada por Rogers y Holm⁽⁴⁶⁾ (componente descriptivo y componente explicativo), ya sean total o parcialmente:
 - Se consideraron de forma **total** aquellos casos en los que el estudiante identificó **todos** los problemas del caso: *describió tres niveles del componente descriptivo* (identificó el problema, localizó el área del desempeño afectada y las actividades específicas relacionadas con el caso en las que

el sujeto presentaba problemas), y los vinculó con al menos dos variables en el componente explicativo.

- Fue **parcial** cuando el estudiante identificó **al menos uno** de los posibles problemas del caso y los vinculó con al menos una variable en el componente explicativo.
- Fue **nulo** cuando el estudiante no identificó ninguno de los problemas del desempeño del caso a estudio.

d) Interpretación de los datos (*making interpretation*).

- Determinamos la profundidad de los diagnósticos formulados por los participantes, cuantificando el número de componentes explicativos que estaba conformado por dos o más variables.
- En este nivel, nos interesó detallar las modalidades de razonamiento que el alumno utilizó para establecer el diagnóstico ocupacional, y la más predominante.

Así mismo, en este apartado de análisis de los datos es destacable señalar que buscamos algún tipo de conexión entre factores personales y la capacidad para elaborar el diagnóstico ocupacional por parte del alumno tras la lectura del caso a estudio.

Para ello, incorporamos las correlaciones entre las siguientes variables; a saber: variables socio-demográficas (ver anexo 7), compuestas por factores personales (edad), motivo de selección de los estudios de terapia ocupacional (por qué lo conocía y le gustaba, por no haber podido acceder a los estudios que quería originalmente y por la orientación recibida antes de acceder a los estudios), estudios previos (bachillerato, BUP, COU, formación profesional de grado superior, FP II o equivalente, formación profesional de grado medio o equivalente y escuela oficial de idiomas), otros (familiares con estudios en ciencias sociales o de la salud, formación académica de la madre, formación académica del padre,

entorno físico de residencia, calificaciones previas a la universidad) y variantes de establecimiento del diagnóstico ocupacional (ver punto c, *análisis y síntesis de los datos*, de este apartado, página 156) (CPD 3 N+ CPE 2 V: componente descriptivo de tres niveles + componente explicativo de dos variables. CPD 3 N+ CPE 1 V: componente descriptivo de tres niveles + componente explicativo de una variable. CPD 3 N+ CPE 0 V: componente descriptivo de tres niveles + componente explicativo de cero variables).

5.6.2. Datos de corte cualitativo

La información la obtuvimos mediante grabación en formato audio y cumplimentación de las notas de campo. Posteriormente, llevamos a cabo la transcripción y categorización de los datos obtenidos. Este proceso, que fue circular y dinámico, estuvo presente hasta que finalizó el período de exploración. La información dada por cada participante, registrada en formato audio, la transcribimos y le asignamos un código alfanumérico, el cual únicamente los investigadores del estudio conocían. Además, eliminamos los datos de carácter personal que permitían el reconocimiento de la identidad del informante. Posteriormente transcribimos los datos a formato papel debidamente codificados, interpretados y categorizados. Una vez finalizado el estudio, destruimos las grabaciones y transcripciones realizadas.

El tipo de análisis realizado se circunscribió a la teoría fundamentada, utilizando un análisis de contenido⁽¹⁵³⁾ basado en un conjunto de procedimientos de análisis de textos a partir de una generalización del sistema de categorías de los datos analizados. En este análisis nos interesó el texto como ventana a la realidad por medio de unidades de análisis y codificación. El producto de este fue un sistema de categorías y

subcategorías. Todo ello con el objetivo de obtener respuestas de los participantes en relación a “¿qué hacen?”⁽¹⁵³⁾.

Las categorías que conformaron los resultados con un enfoque inductivo emergieron a raíz de las respuestas obtenidas en la entrevista en profundidad. Debido al escaso volumen de datos obtenidos no fue necesario usar un software para el análisis cualitativo de los mismos⁽¹⁵⁴⁾.

Para guiar y concretar cada uno de los niveles en los que se dividió la obtención resultados, entendimos la expresión cita (*quotes*)⁽¹⁵⁵⁾, como el segmento más significativo de los documentos primarios, es decir la expresión literal transcrita que vertieron los participantes. La agrupación de estas citas es lo que denominamos código. En estos códigos, sustituimos un texto determinado que los definía por una expresión significativa que los representaba.

Particularmente, en nuestro caso además un código agrupó varias citas. En cuanto a la subcategoría, la concebimos como la agrupación de estos códigos, es decir, como la congregación inmediatamente superior a estos en la que se sitúan ideas resultantes de los mismos.

Por otro lado, la categoría⁽¹¹⁵⁾ correspondió a la agrupación de subcategorías que facilitaban la comprensión del análisis de respuestas y ordenaban la lectura de los resultados. Para finalizar, los temas⁽¹¹⁵⁾, los entendíamos como la representación superior de este análisis y el espacio que aúna a las categorías.

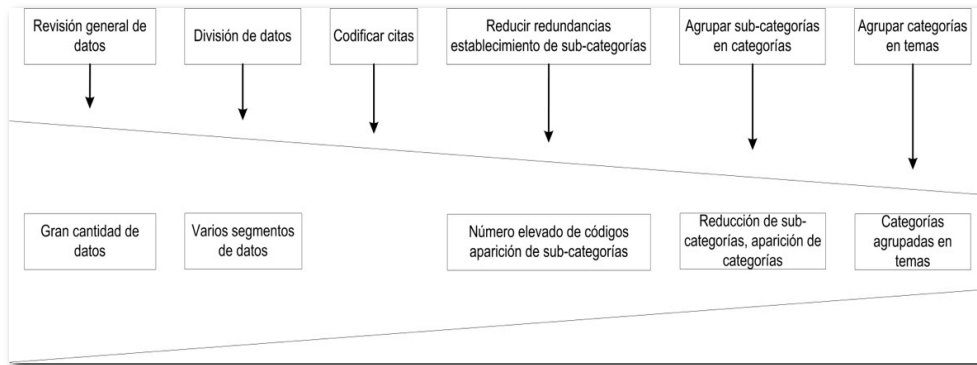


Figura 8. Reducción a sub-categorías, categorías y temas

Fuente: Modificado de Sampieri⁽¹¹⁵⁾

En líneas generales, el procedimiento interpretativo que utilizamos en un primer momento iba de lo más particular a lo más general (*bottom-up*)⁽¹¹⁵⁾ (ver figura 8). Como consecuencia, en esta investigación las citas dieron lugar a la agrupación de códigos y estos a su vez dieron lugar a la creación de subcategorías. Estas se reunieron en categorías que finalmente intentamos relacionar, en función de su contenido, en diferentes temas.

5.7. Rigor de la investigación

Para evaluar el uso del método mixto de investigación realizado, tuvimos en cuenta, entre otros, los siguientes aspectos⁽¹¹⁵⁾:

- Rigor con que se respetan los métodos inherentes a cada enfoque, definiendo la validez interna en la metodología cuantitativa y la credibilidad en la metodología cualitativa.
- Adecuación a través de la cual el investigador empareja o ajusta los distintos métodos y enfoques al planteamiento del problema, describiendo la validez externa en metodología cuantitativa y transferencia en la metodología cualitativa.
- Reconocimiento de las limitaciones de cada método y enfoque en el estudio, describiendo la confiabilidad del instrumento en metodología cuantitativa y la dependencia en metodología cualitativa.
- Explicación de coincidencias y diferencias en los resultados obtenidos por métodos distintos, describiendo la validez del instrumento en metodología cuantitativa y la confirmabilidad en metodología cualitativa.
- Los propios elementos de cada método o enfoque, describiendo la objetividad en la metodología cuantitativa y la confirmabilidad en la metodología cualitativa.

En resumen, y teniendo en cuenta que los diseños mixtos se fundamentan en el concepto de triangulación, esta proporciona una visión holística, múltiple y sumamente enriquecedora. Para el caso que nos ocupa, se llevó a cabo una triangulación de métodos (de dos etapas)⁽¹¹⁵⁾ y de datos (de distinta naturaleza, de distintas fuentes y de distintos tiempos)⁽¹¹⁵⁾.

Además, el uso de dos metodologías (cualitativa y cuantitativa) posibilitó que los datos se reforzaran con los resultados obtenidos, complementando entre sí lo que cada una de las dos metodologías no resuelven por separado. Ante esta situación, mediante la investigación cualitativa intentábamos conocer cómo era la naturaleza y la estructura de las estrategias de razonamiento clínico y de las situaciones que incitan a su uso, mientras que a través de la investigación cuantitativa pretendemos determinar el grado en que los alumnos de terapia ocupacional empleaban las destrezas cognitivas para el desarrollo de las estrategias de razonamiento clínico⁽⁵⁸⁾.

Por último, se contó con un evaluador externo, figura para la cual se seleccionó a un terapeuta ocupacional docente de una facultad de terapia ocupacional con amplio reconocimiento internacional en esta temática debido a las investigaciones y publicaciones realizadas del fenómeno objeto de estudio. Por otra parte, la amplia experiencia docente de este profesor sirvió para objetivar las unidades de observación, dado que se trata de una persona externa al lugar donde se desarrolló la investigación, y quien se encargó de evaluar tanto la información obtenida tras su codificación como los resultados de la investigación. Estuvo presente al final del estudio y realizó una revisión del proceso completo a través de los datos recolectados en las técnicas de recogida de datos. Este profesional no seleccionó la información que se empleó en el estudio, sino que se encargó de supervisar, una vez finalizado este, si los procedimientos utilizados plasmados en las pistas de revisión se encontraban dentro de la práctica aceptada por la mayoría de los investigadores⁽¹⁴⁷⁾.

5.7.1. Metodología cuantitativa

En el caso de la metodología cuantitativa se utilizó el programa R-Studio[®], software estadístico de libre distribución. Para el análisis se tomó un nivel de significación de 5% (0.05), es decir, todo valor p inferior a este nivel de significación, indicará que el año en curso del estudiante, determina la probabilidad de que realice un diagnóstico ocupacional correcto.

En relación al instrumento utilizado, resolvimos los aspectos de validez del instrumento al pasar la prueba del *mapping* y ajustarlo para su posterior utilización en el grueso de los participantes del estudio. Además mantuvimos la objetividad durante todo el proceso, manteniendo el distanciamiento con los participantes y eliminando la tendencia a interferir en la resolución del caso práctico por parte del investigador.

5.7.2. Metodología cualitativa

Se siguieron cuatro criterios, siguiendo a Guba y Lincoln⁽¹⁵⁴⁾:

a) Credibilidad: realizamos un proceso de obtención de categorías tratando los resultados con el mayor rigor posible para poder mantener coherencia en las conclusiones del estudio. Para ello utilizamos una triangulación de fuentes de datos y métodos. Así, con la finalidad de buscar la objetividad y credibilidad en el presente estudio, seguimos los siguientes pasos^(152,156):

- Conservación de las notas de campo que surgieron de las acciones y de las interacciones durante la investigación.
- Uso de transcripciones textuales de las entrevistas para respaldar los significados e interpretaciones presentadas en los resultados del estudio.

- Consideración de los efectos de la presencia del investigador sobre la naturaleza de los datos.
- Discusión de los comportamientos y experiencias en relación con la experiencia de los informantes.
- Uso de la triangulación en la recolección de datos para determinar la congruencia entre los resultados.
- Discusión de las interpretaciones con otros investigadores.
- Tiempo usado para la obtención de datos prolongado, dado que se extendió durante un curso académico (2014/2015).

b) Transferibilidad: esta investigación se describió con gran detalle, con la finalidad de facilitar su ampliación y replicación por parte de otros investigadores en otros programas de formación superior de terapia ocupacional. Describimos con toda amplitud y precisión el ambiente, mientras que el contexto de esta investigación lo circunscribimos a una población definida, en concreto a los estudiantes de grado de terapia ocupacional.

Aun así la descripción detallada del estudio, con el encuadre metodológico (5.1.), la contextualización de la investigación (5.2.), la descripción de la población y el muestreo con los criterios de inclusión y exclusión (5.3.2.), la visión general del estudio (5.4.), la recogida de datos (5.5.) descripción del análisis de los datos (5.6.), la descripción del rigor de la investigación (5.7.) y los aspectos éticos y legales de la investigación (5.8.) permite que este estudio se pueda enmarcar dentro de la estabilidad y replicabilidad de otros de las mismas características.

c) Dependencia: la presencia de varios investigadores garantizaba un mejor equilibrio de las observaciones, los análisis y la interpretación, a la vez que tratamos mantener en todo momento el rigor de confirmar la objetividad de las notas de campo, para asegurarnos de que lo visto y

registrado por el investigador principal coincidía o bien era consistente con lo que veían o decían los participantes del grupo estudiado⁽¹⁵⁷⁾.

Además, se realizó una revisión por parte de un evaluador externo, cuya característica principal es su experiencia en la materia de estudio. Este investigador recibió un informe de los resultados obtenidos junto a nuestra discusión para que de esta forma pudiera realizar cualquier tipo de comentario al respecto.

d) Confirmabilidad: los investigadores no tenían ningún conflicto de interés en la obtención de uno u otro resultado en el desarrollo de la investigación. Por otra parte este estudio no se encontraba financiado por ninguna empresa que obtuviese beneficio alguno de sus resultados ni se buscó en ningún momento recompensa económica por los resultados del mismo⁽¹⁵⁸⁾.

5.8. Consideraciones éticas y legales

Contamos con la aprobación del estudio por parte del Comité de Ética de Investigación (CEI) de Coruña-Ferrol correspondiente a la Red Gallega de Comités de Ética de Investigación, con el código 2014-399 (anexo 16).

Entregamos la información del estudio (anexo 8 y 9) en la sesión informativa (anexo 17) y se solucionaron las dudas que les surgieron a los participantes a lo largo del mismo. Tras ello, firmaron el consentimiento informado (anexo 12 al 15) del participante que redactamos, teniendo en cuenta la Ley 41/2002, de 14 de noviembre⁽¹⁵⁹⁾ y la Ley 3/2005, de 7 de marzo⁽¹⁶⁰⁾, que modifica la Ley 3/2001 de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y la historia clínica de los pacientes⁽¹⁶¹⁾.

No utilizamos datos personales del participante para identificarlo durante el estudio, ya que mantuvimos en todo momento una codificación aleatoria alfanumérica (anexo 6), siendo esta garantía de confidencialidad de la información según la Ley Orgánica de Protección de datos de carácter personal 15/1999, de 13 de diciembre⁽¹⁶²⁾.

Señalamos a cada uno de los integrantes del trabajo de investigación que su participación era estrictamente voluntaria y que podían retirarla libremente en cualquier momento, sin tener ningún tipo de consecuencia por este hecho, sin dar explicaciones y sin que esto repercutiera en su persona.

El estudio lo llevamos a cabo bajo el cumplimiento de normas de buena práctica de la Declaración de Helsinki⁽¹⁶³⁾ y el Convenio relativo a los derechos humanos y biomedicina del Consejo de Europa⁽¹⁶⁴⁾.

Capítulo 6

RESULTADOS

Contenidos de este capítulo**6.1. Análisis descriptivo de la muestra****6.2. Resultados de la metodología cuantitativa****6.3. Resultados de la metodología cualitativa**

En este capítulo expusimos los resultados obtenidos de los datos recabados para la realización de esta investigación. En consonancia con los objetivos planteados en este trabajo, hemos descrito los resultados en tres apartados; a saber:

En primer lugar nos centramos en los análisis descriptivos que nos habíamos planteado con el objetivo de conocer mejor a los participantes.

Seguidamente, describimos los resultados obtenidos tras el uso de la metodología cuantitativa. En éstos, intentábamos contrastar la hipótesis (ver capítulo 3, página 114) planteada para los cuatro primeros objetivos específicos del estudio (ver capítulo 4, página 123). A este respecto, los datos los agrupamos siguiendo las categorías (ver capítulo 5, apartado 5.6.1.2., página 155) recomendadas por Mosey⁽⁵⁶⁾. En cada una de estas categorías, establecimos bloques para la redacción de los datos. Además, en la parte final de este apartado recogimos los datos de las correlaciones detalladas con anterioridad (ver capítulo 5, apartado 5.6.1.2., página 155).

A continuación, y en tercer lugar, expusimos los resultados obtenidos tras el uso de la metodología cualitativa. En éstos, intentábamos contrastar la hipótesis planteada en los tres últimos objetivos específicos del estudio (ver capítulo 4, página 123). A este respecto, se realizó un agrupación por temas, categorías, sub-categorías y códigos, con las respuestas que emergieron de los participantes, (ver capítulo 5, apartado 5.6.2., página 158).

6.1. Análisis descriptivo de la muestra

Contenidos de este apartado

6.1. Análisis descriptivo de la muestra

6.1.1. Características socio-demográficas

6.1.1. Características socio-demográficas

Del total de alumnos de los cursos de primero, tercero y cuarto de terapia ocupacional de la Universidad de A Coruña, que eran susceptibles de participar en este estudio, un 63,01% (n=92) fueron los que conformaron la muestra inicial productora de datos (ver tabla 7), que tras dos bajas al comienzo del estudio 1,35% (n=2), dejó la muestra definitiva de participantes del estudio en un 61,64% (n=90). Por otro lado, las edades de éstos, fluctuaron de los 17 a los 30 años (ver tabla 7). La distribución de los participantes por cursos, oscilo siendo la más numerosa, entre el 68,75% (n=33) de cuarto curso y el 58,33% (n=25) de los alumnos de tercero, que fue la que menor cantidad de participantes tuvo (ver tabla 7).

Tabla 7. Participantes del estudio

C	Género de la población a estudio			Edades población a estudio			
	TA	Mujeres	Hombres	EM	DT	Max	Min
1	50	30	2	18,53	1,29	22	17
3	48	23	2	20,96	1,54	25	19
4	48	32	1	22,30	2,38	30	20

Fuente: elaboración propia. C: curso académico. TA: total de alumnos. EM: edad media. Max: máximo. Min: mínimo

En cuanto al género de los participantes, los datos fueron de predominio femenino (figura 9).

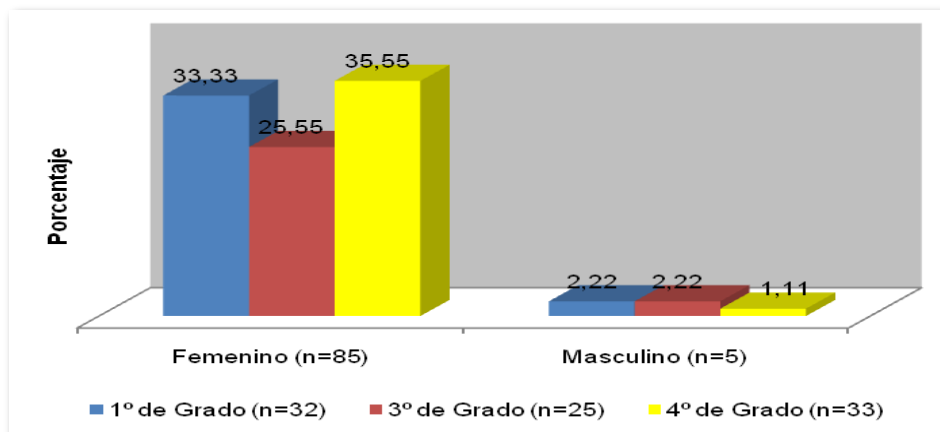


Figura 9. Distribución por CYG de la muestra del estudio (n=90)

Fuente: elaboración propia. CYG: cursos y género

Así mismo, un total del 93% (n=84) de participantes accedió a esta formación de terapia ocupacional, desde estudios de bachillerato unificado y polivalente (BUP) y curso de orientación universitaria (COU). Por su parte, un 21% (n=19) además de éstos estudios, también tenían titulaciones de Formación Profesional de grado superior, FPII o equivalente. Por último, destacar que tan solo un 14% (n=6) poseía conocimientos de algún idioma (ver figura 10).

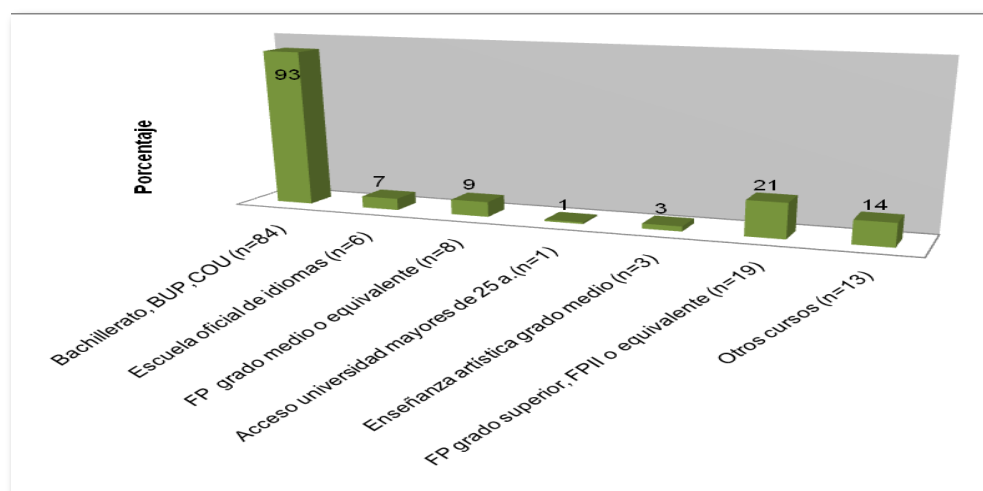


Figura 10. Acceso participantes a la formación de grado en TO

Fuente: elaboración propia. TO: terapia Ocupacional

Por otro lado, señalar que un 25 % (n=28) (ver tabla 8), realizó estudios de grado de terapia ocupacional, al no poder acceder a otra formación.

Tabla 8. Motivo de acceso grado TO de la muestra a estudio

	Porcentaje
Salidas al mercado laboral	8
Creía que era más fácil que otros	1
Por qué lo conocía y me gustaba	28
Porque no sabía que estudiar	6
Por influencia de familiares	7
Por la orientación recibida antes de acceder a los estudios	14
Por influencia de amigos	8
No pude entrar en los estudios que quería originalmente	25
Otras	4

Fuente: elaboración propia. TO: terapia ocupacional

Además, la nota acceso de los participantes a los estudios de terapia ocupacional, fue en un 64,44% (n=57) de puntuaciones medias (ver tabla 9).

Tabla 9. Nota de acceso a los estudios de grado de TO

Puntuación	Curso	Mujer	Hombre	Porcentaje	Puntuación aprox.	DT
Alta	1	11	0	33,33	8,74	0,58
	3	6	1			
	4	12	1			
Media	1	18	1	64,44	7,31	0,52
	3	17	1			
	4	19	1			
Baja	1	1	0	1,11		
	3	0	0			
	4	0	0			
No contesta	1	0	1	1,11		
	3	0	0			
	4	0	0			

Fuente: elaboración propia. TO: terapia ocupacional

Por otra parte, en función de la posible influencia recibida por los participantes a la hora de seleccionar estos estudios (ver figura 11),

destacar que el 34,44% (n=31) de los integrantes del estudio, tenían familiares con formación en ciencias de la salud.

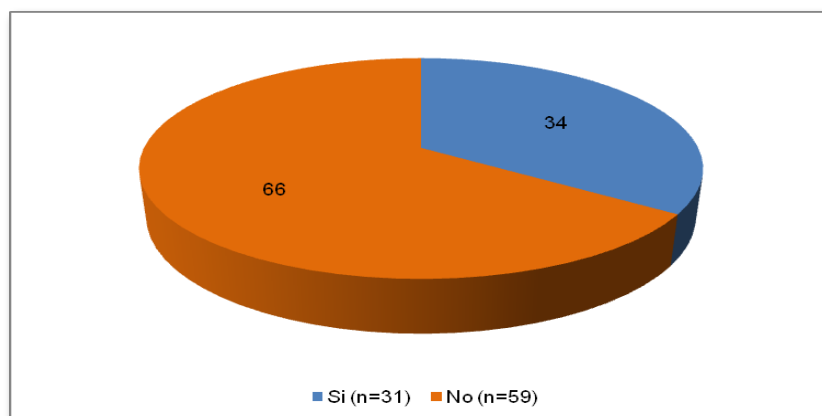


Figura 11. Familiares con estudios en ciencias de la salud (n=90)

Fuente: elaboración propia. Datos expresados en porcentajes

Como dato complementario a estos ya descritos, aclarar que los implicados en este estudio, llegaron a su formación de grado, desde un entorno familiar en el que la formación predominantemente era de estudios de primaria (31.13% rol materno y 28.82% rol paterno) (ver tabla 10).

Tabla 10. Formación de los FAM de los participantes

Nivel educativo	Madre	Porcentaje Madre	Padre	Porcentaje Padre
Sin formación académica	4	3,77	5	4,5
Primaria	33	31,13	32	28,82
Bachillerato	17	16,03	14	12,61
Educación secundaria para adultos	18	16,98	22	19,81
Pregrado Universitario	7	6,6	2	1,8
Especialización universitaria	1	0,94	1	0,9
Diplomatura universitaria	5	4,71	4	3,6
Estudio de posgrado, máster, doctor	3	2,83	8	7,2
Licenciatura universitaria	0	0	1	0,9
Educación secundaria para adultos	18	16,98	22	19,81
Grado superior FP II	0	0	0	0
Otra	0	0	0	0

Fuente: elaboración propia. FAM: familiares.

Por otro lado, en cuanto a el país de nacimiento de los progenitores, como variable a tener en cuenta en el estudiante a la hora de contextualizar el razonamiento (ver figura 12), destacar que en su mayoría los padres nacieron en España y el resto se encontraban repartidos entre nacionalidades Portuguesa, Francesa y Venezolana (países de gran afluencia de emigración de población nacida en Galicia).

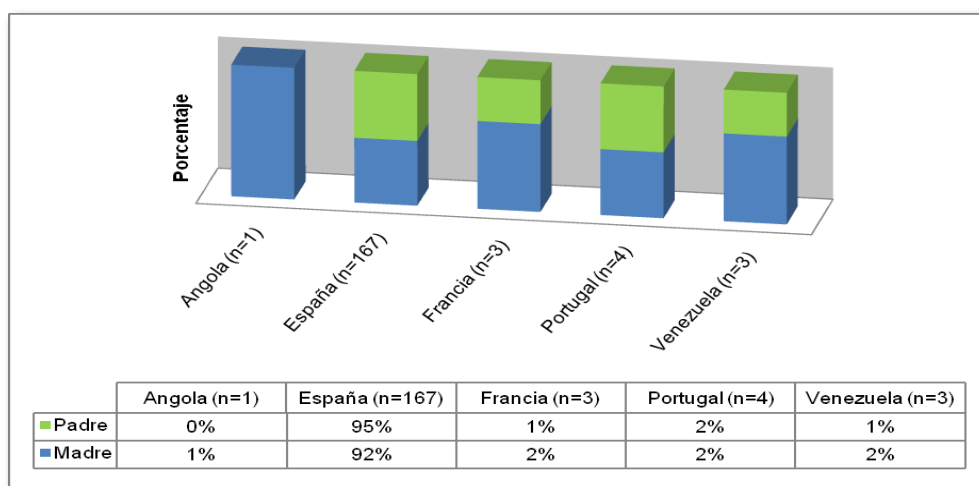


Figura 12. Distribución por género del PNP

Fuente: elaboración propia. PNP: país de nacimiento de los progenitores

Además, comentar que la mayoría de los integrantes de este estudio 96% (n=86) nacieron en España (ver tabla 11). De éstos, destacar un denominador común: un porcentaje elevado nació en la Comunidad Autónoma de Galicia, lugar donde se realizó el estudio. En éste caso (ver tabla 11), la provincia de mayor predominancia en los participantes fue la de A Coruña con un 60% (n=54).

Tabla 11. Nacimiento de los participantes de la muestra a estudio

País	Comunidad Autónoma/Similar	Provincia	Cantidad	Porcentaje
España	Galicia	A Coruña	55	62
		Lugo	11	12
		Ourense	2	2
		Pontevedra	12	14
	Asturias	Oviedo	1	1
	Castilla y León	León	4	4
	Cataluña	Girona	1	1
Suiza	Vauz	Montreux	1	1
		Lausana	1	1
		Braga	1	1
Portugal	Braga	Braga	1	1

Fuente: elaboración propia

Por último, en cuanto al entorno de procedencia del participante destaca que un 31,1% (n=28) provenían de entornos rurales o urbanos y compaginaban éstos durante la formación (ver figura 13).

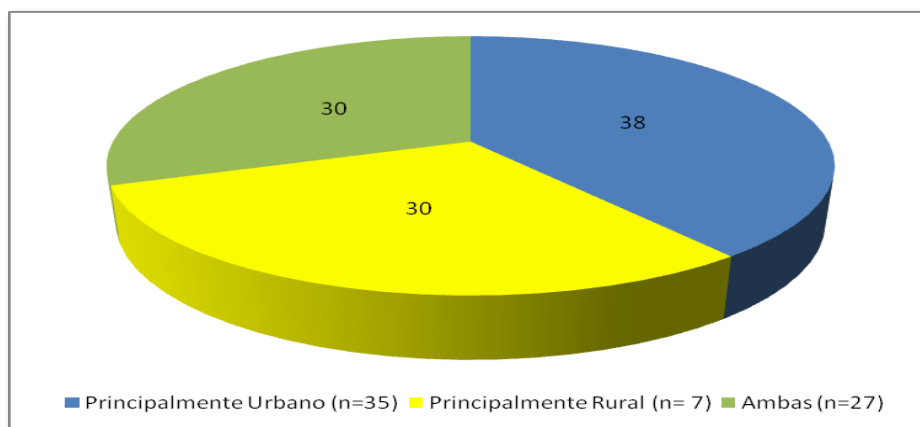


Figura 13. Entorno de PYH de la muestra a estudio

Fuente: elaboración propia. Datos expresados en porcentajes. PYH: procedencia y habilidad

6.2. Resultados de la metodología cuantitativa

Los resultados obtenidos por medio de los análisis estadísticos elaborados en la metodología cuantitativa, se articularon en torno a las cuatro competencias cognitivas básicas implicadas en el proceso de evaluación ocupacional inicial (ver capítulo 2, apartado 2.2.1.1. página 50 y capítulo 5, apartado 5.6.1.2. página 155).

Contenidos de este apartado

6.2. Resultados de la metodología cuantitativa

6.2.1. Identificación de datos (*collecting data*)

6.2.1.1. Resumen del apartado

6.2.2. Categorización (*categorizing*)

6.2.2.1. Resumen del apartado

6.2.3. Análisis y síntesis (*analyzing/synthesizing*)

6.2.3.1. Resumen del apartado

6.2.4. Interpretación (*making interpretation*)

6.2.4.1. Resumen del apartado

6.2.5. Correlaciones entre variables socio-demográficas y variantes seleccionadas por los participantes para elaborar el diagnóstico ocupacional

6.2.1. Identificación de datos (*collecting data*)

En este apartado, determinamos el número de participantes que identificaban en la recogida de datos, aspectos relacionados con: Áreas, sintomatología, destrezas y patrones de ejecución, entornos/contextos y factores del cliente relacionados con el estudio del caso.

Respecto a la identificación de los datos vinculados con las **áreas de desempeño**, un 66%(n=59) del total de participantes, logro reconocer aspectos relacionados con al menos alguna de éstas, siendo los

participantes de cuarto curso los que más problemas describieron con un 35,55% (n=32) (ver tabla 12). Al relacionar las áreas de desempeño por años de formación, observamos la siguiente distribución (ver tabla 12).

Tabla 12. Relación de áreas del desempeño por año de formación

C	0 problemas		1 problema		2 problemas		3 problemas		4 problemas		5 problemas	
	Np	%	Np	%	Np	%	Np	%	Np	%	Np	%
1	20	22,22	8	8,89	4	4,44	0	0	0	0	0	0
3	10	11,11	6	6,66	4	4,44	3	3,33	2	2,22	0	0
4	1	1,11	0	0	0	0	1	1,11	6	6,66	25	27,77

Fuente: elaboración propia. C: curso académico. Np: número de participante

Teniendo en cuenta, el número de problemas identificados del total de participantes, los datos arrojaron una distribución, en la que un 27,8% (n=25) reconocieron cinco problemas del caso a estudio, mientras que un 4,4% (n=4) reconocieron tres problemas (ver figura 14).

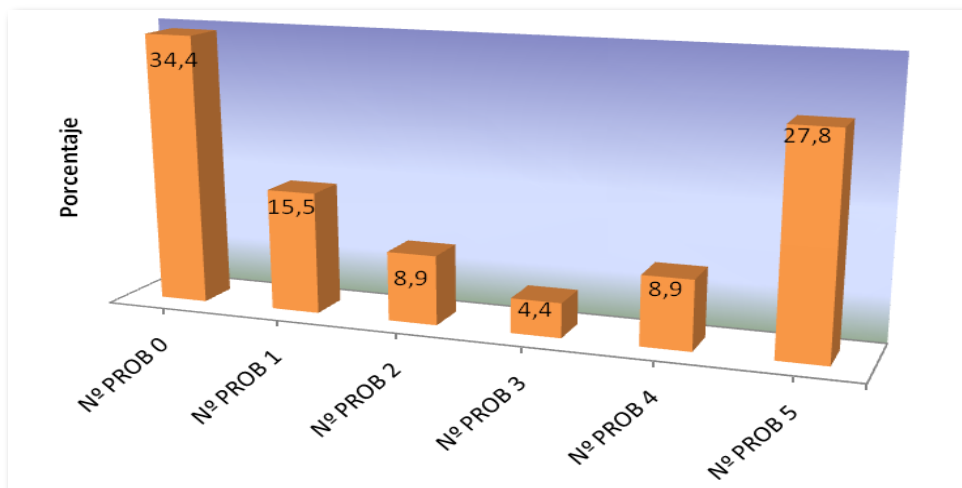


Figura 14. Número de PD identificados por los participantes

Fuente: elaboración propia. PD: problemas en el desempeño ocupacional N° PROB: número de problemas del desempeño ocupacional

Mientras tanto, en los datos relacionados con la **sintomatología**, un 7,8%(n=7) (ver tabla 13), logró identificar aspectos asociados con

síntomas y signos. Ahora bien, si relacionamos la sintomatología con los años de formación, observamos que los participantes de cuarto curso fueron los que mayor cantidad de síntomas y signos identificaron con un 6,7% (n=6) (ver tabla 13).

Tabla 13. Relación de síntomas y signos por año de formación

C	0 sint/sig		1 sint/sig		2 sint/sig		3 sint/sig		4 sint/sig		5 sint/sig	
	Np	%	Np	%	Np	%	Np	%	Np	%	Np	%
1	31	34,4	0	0	1	1,1	0	0	0	0	0	0
3	25	27,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	27	30,0	5	5,6	0	0	1	1,1	0	0	0	0

Fuente: elaboración propia. Sint: síntomas. Sig: signos. C: curso académico. Np: número de participante

Por último, en lo que respecta al número de síntomas, se aprecia que sólo el 5,6% (n=5) reconocieron en su mayoría un síntoma (ver figura 15).

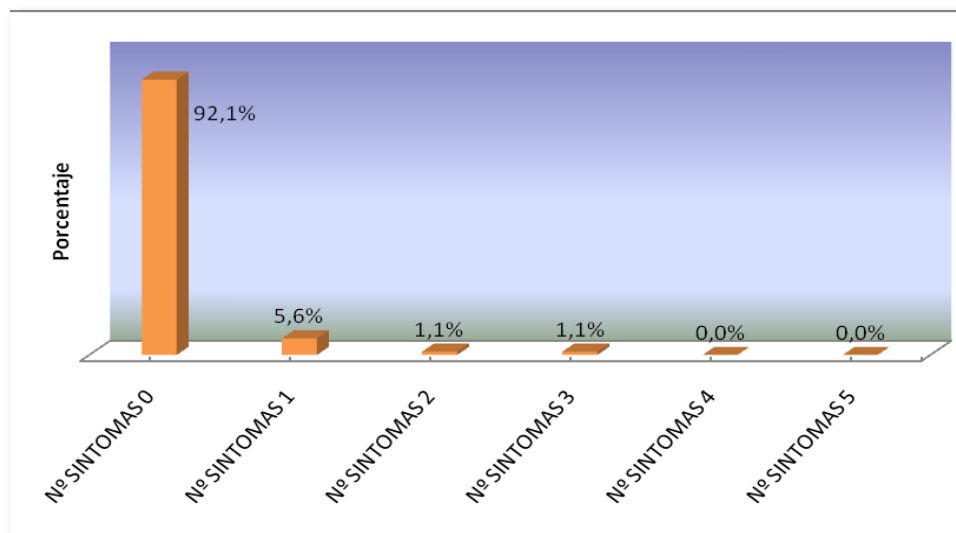


Figura 15. Identificación de síntomas por parte del participante

Fuente: elaboración propia. Número de veces que un participante identifica síntomas en los problemas del caso a estudio

Por otra parte, en los datos asociados con las **destrezas de ejecución ocupacional**, un 2,2% (n=2) del total de participantes, logró identificar

aspectos relacionados con éstas, siendo éstos participantes de primer curso. Al relacionar estas destrezas por años de formación, observamos la siguiente distribución (ver tabla 14):

Tabla 14. Relación de las DEJ por año de formación

C	0 destrezas		1 destreza		2 o más destrezas	
	Np	%	Np	%	Np	%
1	30	33,3	2	2,2	0	0
3	25	27,8	0	0	0	0
4	33	36,7	0	0	0	0

Fuente: elaboración propia. DEJ: destrezas de ejecución. C: curso académico. Np: número de participante

Además, en cuanto al número de destrezas identificadas por los participantes, un 2,2% (n=2) localiza que al menos una de éstas, guardaba relación con el problema del caso a estudio (ver figura 16).



Figura 16. Identificación de DEJ por parte del participante

Fuente: elaboración propia. Número de veces que un participante identifica destrezas de ejecución en los problemas del caso a estudio. DEJ: destrezas de ejecución

Teniendo en cuenta que las destrezas para el estudio de caso de la investigación, fueron las destrezas cognitivas, los datos arrojaron la peculiaridad de que ningún alumno identificó éstas como responsables de algún problema en el caso a estudio, seleccionando la destreza como factor que dificulta la actividad, pero no especificando de qué destreza se trata (ver tabla 15):

Tabla 15. Relación DCG del caso a estudio por año de formación

Curso académico	Destrezas de ejecución: Destrezas cognitivas			
	SI		NO	
	Np	%	Np	%
1	0	0	32	36
3	0	0	25	28
4	0	0	33	36

Fuente: elaboración propia. Participantes que identifican destrezas cognitivas en los problemas del desempeño del caso a estudio. DCG: destrezas cognitivas. Np: número de participante

Al mismo tiempo, un 12,2% (n=11) de los participantes contemplaron que los **patrones de ejecución** del desempeño ocupacional, influían en la resolución del caso a estudio (ver tabla 16). Por su parte, vinculamos estos patrones a los cursos de formación, y fueron los alumnos de cuarto con 12.2% (n=11) los que más patrones identificaron (ver tabla 16).

Tabla 16. Relación de los PEJ por año de formación

C	0 patrones		1 patrón		2 patrones		3 patrones		4 patrones		5 patrones	
	Np	%	Np	%	Np	%	Np	%	Np	%	Np	%
1	32	35,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	25	27,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	22	24,4	6	6,7	1	1,1	0	0	0	0	4	4,44

Fuente: elaboración propia. PJE: patrones de ejecución. C: curso académico. Np: número de participante

Por otro lado, un 6,75% (n=6) de los participantes, reconocieron al menos un patrón de ejecución (ver figura 17).

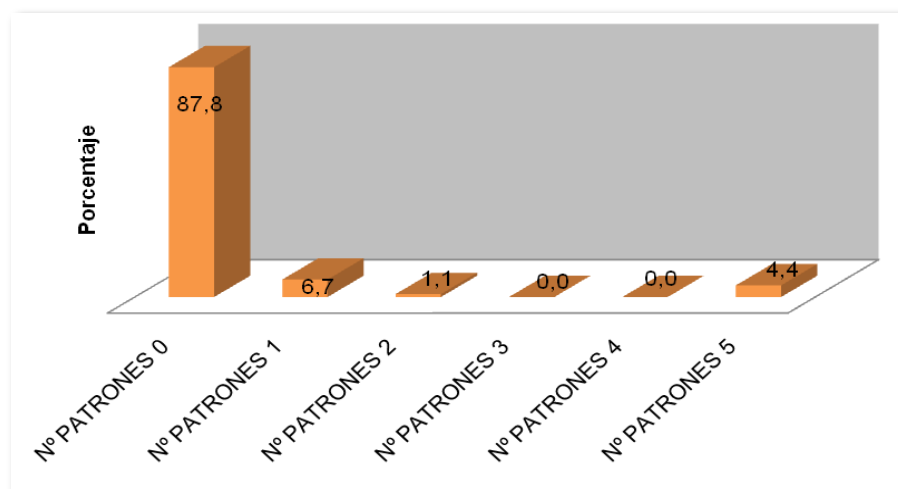


Figura 17. Identificación de PEJ por parte del participante

Fuente: elaboración propia. Número de patrones de ejecución identificados por los participantes en los problemas del caso a estudio. PEJ: patrones de ejecución

Explicar además que, los patrones del caso a estudio estaban conformados por hábitos, rutinas y roles, repartiéndose los datos por cursos de formación de la siguiente forma (ver tabla 17):

Tabla 17. Relación PEJ del caso estudiado por año de formación

Curso académico	Patrones de ejecución					
	Hábitos		Rutinas		Roles	
	Np	%	Np	%	Np	%
1	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0
4	8	8,89	4	4,44	1	1,11

Fuente: elaboración propia. Participantes que identifican patrones de ejecución en los problemas del caso a estudio. PEJ: patrones de ejecución. Np: número de participante

Respecto a la identificación de datos vinculados con los **entornos y contextos de desempeño ocupacional**, un 17,8% (n=16), logró asociar alguna de estas variables, siendo los participantes de cuarto curso los que más entornos y contextos de desempeño reconocieron con un 15,5% (n=14) (ver tabla 18).

Tabla 18. Relación de los E/C por año de formación

C	0 E/C		1 E/C		2 E/C		3 E/C		4 E/C		5 E/C	
	Np	%	Np	%	Np	%	Np	%	Np	%	Np	%
1	32	35,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3	23	25,6	2	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4	19	21,1	6	6,7	5	5,6	2	2,2	1	1,1	0	0,0

Fuente: elaboración propia. E/C: entorno/contexto. C: curso académico. Np: número de participante

Como complemento, en lo que respecta al número de entornos y contextos identificados por los participantes, los datos muestran que un 8,9% (n=8) consideran que los contextos y entornos influían en los problemas del caso a estudio (ver figura 18).

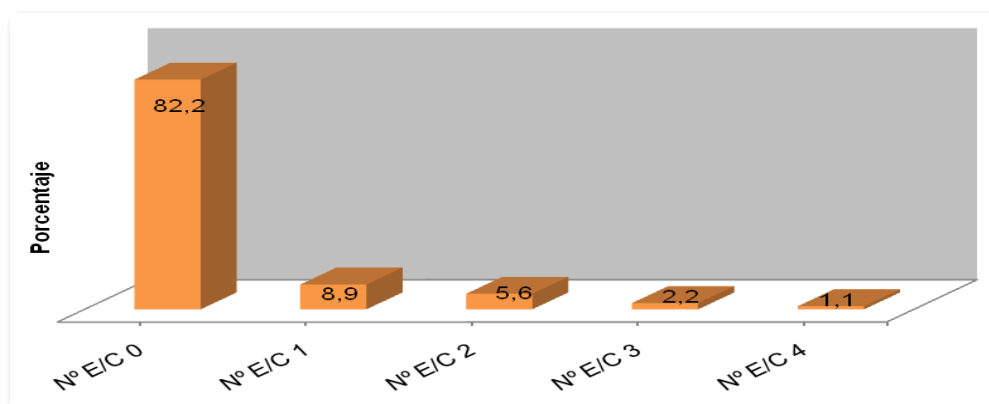


Figura 18. Identificación de E/C por parte del participante

Fuente: elaboración propia. Número de veces que un participante identifica E/C en los problemas del caso a estudio. E/C: entornos/contextos. Nº E/C: número de entorno/contexto

Al mismo tiempo, y asumiendo que los entornos y contextos que se encontraban con problemas en el caso a estudio eran el entorno físico y social, el contexto cultural, y el entorno social, los datos se distribuyeron de la siguiente forma (ver tabla 19):

Tabla 19. Relación de E/C del caso a estudio por año de formación

Curso académico	Entornos y contextos					
	Contexto Cultural		Entorno Social		Entorno Físico y Entorno Social	
	Np	%	Np	%	Np	%
1	0	0	0	0	0	0
3	2	2,22	0	0	0	0
4	8	8,89	6	6,7	5	5,6

Fuente: elaboración propia. Participantes que identifican entornos y contextos en los problemas del desempeño del caso a estudio. E/C: entorno/contexto. Np: número de participante

Además, en último lugar, en cuanto al reconocimiento de los datos sobre **factores del cliente** por años de formación, observamos que un 99% (n=89) no relaciona esta variable en los problemas del desempeño del caso a estudio (ver tabla 20).

Tabla 20. Relación de los FC por año de formación

C	0 FC		1 FC		2 o mas FC	
	Np	%	Np	%	Np	%
1	32	35,55	0	0	0	0
3	25	28	0	0	0	0
4	32	35,55	1	1,11	0	0

Fuente: elaboración propia. FC: factor del cliente. C: curso académico. Np: número de participante

Mientras tanto, en lo que respecta al número de factores del cliente relacionados con el caso a estudio, del total de participantes, los datos arrojan la siguiente distribución (ver figura 19):

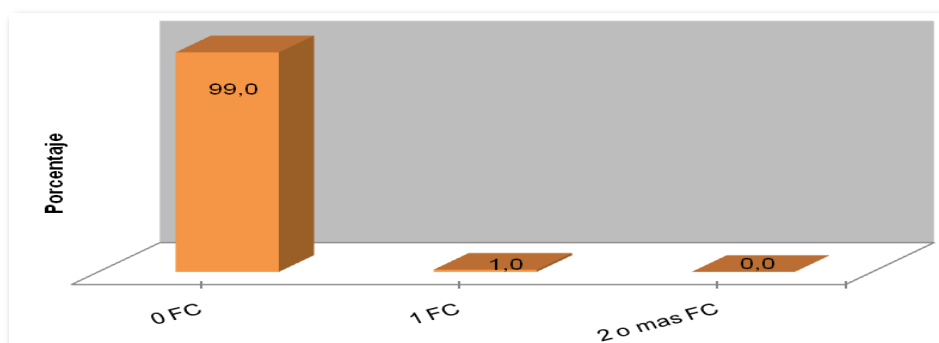


Figura 19. Identificación de FC por parte del participante

Fuente: elaboración propia. Número de veces que un participante identifica factores del cliente en los problemas del caso a estudio. FC: factor del cliente

Por último, en concordancia al número de factores del cliente relacionados con el caso a estudio y el curso académico de los participantes, destacar la escasa identificación de ésta variable en cualquiera de los años de formación (ver tabla 21):

Tabla 21. Tipos de FC del caso a estudio por año de formación

Curso académico	Factores del cliente			
	Funciones corporales		Valores	
	Np	%	Np	%
1	0	0	0	0
3	0	0	0	0
4	1	1,11	0	0

Fuente: elaboración propia. Participantes que identifican funciones corporales o valores en los problemas del desempeño del caso a estudio. FC: factores del cliente. Np: número de participante

6.2.1.1. Resumen del apartado

Los participantes de cuarto curso identificaron en su mayoría cinco problemas del caso a estudio, mientras que los participantes de primero fueron incapaces de reconocer problema alguno. Tan solo un número pequeño de alumnos de primero y tercero (en semejantes puntuaciones) fueron capaces de reconocer entre uno y dos problemas.

En cuanto a los síntomas, ninguno de los cursos fue capaz de identificarlos durante la lectura de caso. La distribución sucede de forma similar con los factores del cliente y las destrezas de ejecución. En el caso de los patrones de ejecución comprometidos en el caso a estudio, una proporción elevada de la muestra no fue capaz de identificarlos, mientras que el resto lo hacía de forma puntual. Para la identificación de los entornos pudimos evidenciar que los participantes de cuarto fueron los que más tenían en cuenta esta situación en la resolución del caso a estudio.

6.2.2. Categorización (*categorizing*)

Al igual que hicimos con el apartado anterior, expusimos los resultados en dos bloques de datos e intentamos mostrar de forma secuencial las cifras obtenidas para esta competencia.

De ahí, que en primer lugar, correspondiente al **bloque 1**, exhibimos los datos relacionados con el número de participantes que categorizaban **la información del componente descriptivo de un diagnóstico ocupacional de tres niveles**; a saber: aquellos que identificaron el problema, localizaron el área del desempeño afectada, y las actividades específicas relacionadas con el estudio del caso en las que el sujeto presentaba problemas. Los datos que arrojó el análisis estadístico fueron (ver figura 20):

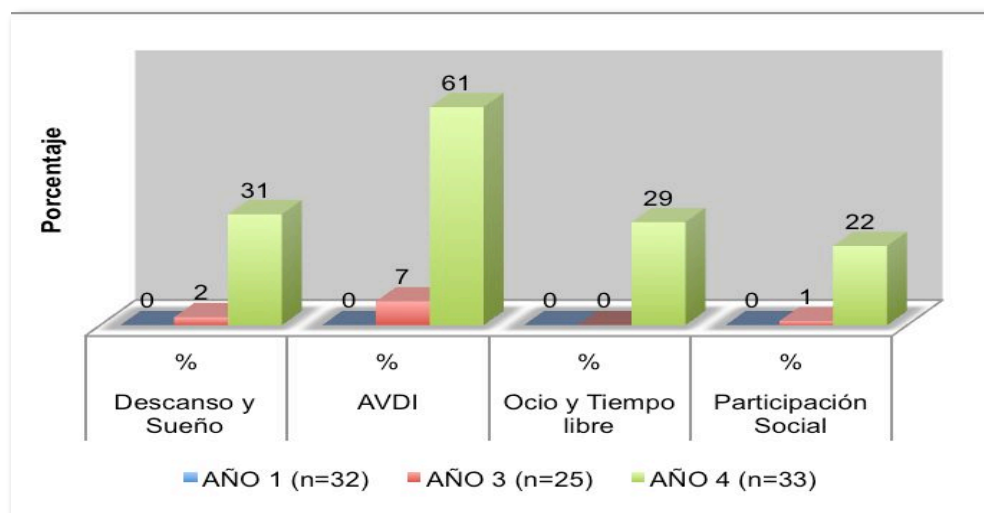


Figura 20. Número participantes que categorizan un CPD3N

Fuente: elaboración propia. AVDI: actividades de la vida diaria instrumental. CPD3N: componente descriptivo de tres niveles

En un intento de desgranar los datos que aparecieron en la construcción del componente descriptivo y que se detallaron en la figura 20, procedimos a realizar una agrupación específica por áreas, comenzamos por exponer las cifras relacionadas con el área de **descanso y sueño**, posteriormente el área de **actividades de la vida diaria instrumental (AVDI)**, a continuación el **área de ocio y tiempo libre** y por último los datos relacionados con la construcción del componente descriptivo del área de **participación social**.

Así por tanto, en un primer lugar, para el área de **descanso y sueño**, los alumnos realizaron múltiples combinaciones para estructurar el componente descriptivo del caso a estudio. Entre los datos obtenidos, destacamos que un 56,66% (n=51), no categorizó los datos que manejaba para establecer componente descriptivo alguno. En este caso, no fueron capaces de identificar que esta área y sus actividades se encontraban con problemas en el desempeño (ver figura 21).

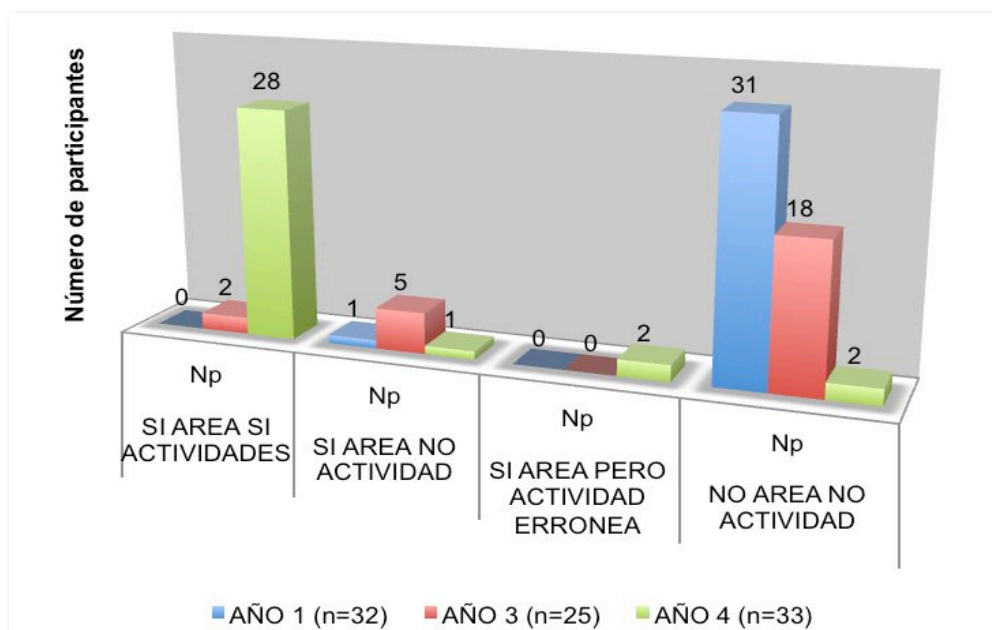


Figura 21. Categorización de área y actividades para el D/S

Fuente: elaboración propia. D/S: descanso y sueño. Np: número de participantes

En relación a la figura anterior, la combinación denominada *si área si actividad*, se corresponde, con un componente descriptivo de tres niveles, en el que el participante identifica el área, la nombra y localiza la actividad con problema para su realización. Por consiguiente, destacamos que un 33,33% (n=30), identificaron positivamente en la resolución del caso a estudio, las actividades de descansar y dormir (ver figura 22).

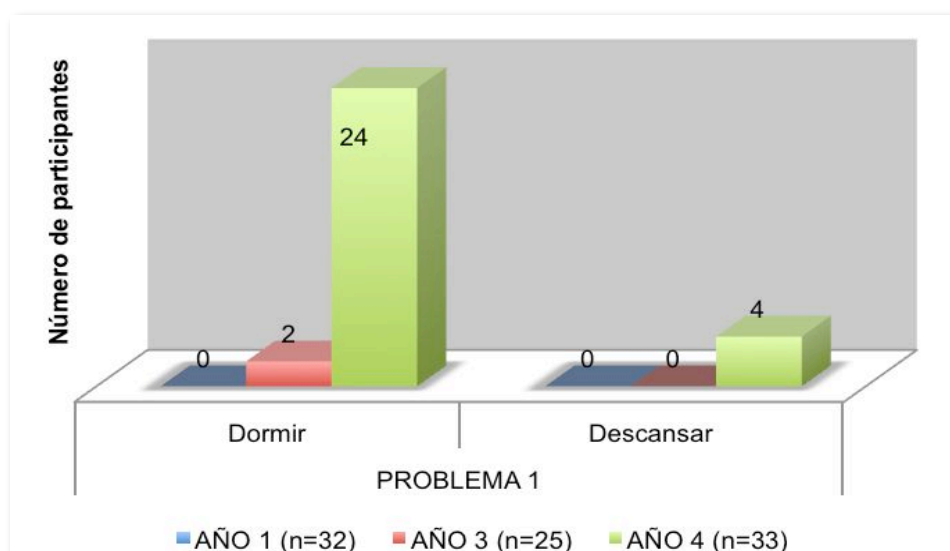


Figura 22. Categorización de actividades en problema de D/S

Fuente: elaboración propia. D/S: descanso y sueño

El resto de los datos que no aparecen en la anterior figura hasta completar el total de la muestra 66,66% (n=60), se correspondía a los participantes que no identificaron problemas en estas actividades del área o que seleccionaron actividades de forma errónea como afectadas en el caso a estudio. En esta situación, los alumnos de cuarto curso en un 2,22% (n=2) cometieron el error de categorizar en la resolución del caso una actividad que no se encontraba afectada, describiendo la participación en el sueño como actividad con problemas, siendo en esta situación las actividades de dormir y descansar las que presentaban problemas (ver tabla 22).

Tabla 22. Actividad errónea seleccionada en el área de D/S

C	Área de descanso y sueño			
	Actividad errónea seleccionada por el alumno		No categoriza actividad para el área de D/S	
	Np	%	Np	%
1	0	0	32	35,55
3	0	0	25	27,25
4	2	2,22	31	34,41

Fuente: elaboración propia. Participantes que identifican actividades erróneas como problemáticas en el área de descanso y sueño. D/S: descanso y sueño. C: curso académico. Np: número de participante

En el área de descanso y sueño, observamos que al cursar tercer año se reduce significativamente la probabilidad de que el participante identifique problemas de descanso y sueño, mientras que en cuarto año se aumenta la probabilidad o las habilidades de un participante para identificar problemas en esta área, los resultados del modelo logístico usado para esta evaluación se presentan en la siguiente tabla, y se resalta los valor p que resultan ser estadísticamente significativos (ver tabla 23).

Tabla 23. Resultado modelo logístico para CPD de D/S

Curso académico	Componente descriptivo del área de descanso y sueño			
	Estimación	Std. Error	z value	Valor p
Año 1	-19.5661	1,901.0589	-0.0100	0.9918
Año 3	-1.6582	0.5455	-3.0400	0.0024
Año 4	1.7228	0.4855	3.5480	0.0004

Fuente: elaboración propia. CPD: componente descriptivo. D/S: descanso y sueño

En segundo lugar, para el área de **actividades de la vida diaria instrumental**, comentar que los resultados fueron la fusión de dos problemas del desempeño del caso a estudio (problema 2 y 3). Esta situación la llevamos a cabo, al tratarse de dos problemas pertenecientes a una misma área del desempeño.

Destacar, al igual que sucedía en el área anterior, que los participantes en un número elevado, no identificaron que ésta y sus actividades se encontraban con problemas en el desempeño, mientras que tan solo un

pequeño grupo de alumnos de tercero y cuarto reconocieron problemas en esta área y en las actividades con dificultades (ver figura 23).

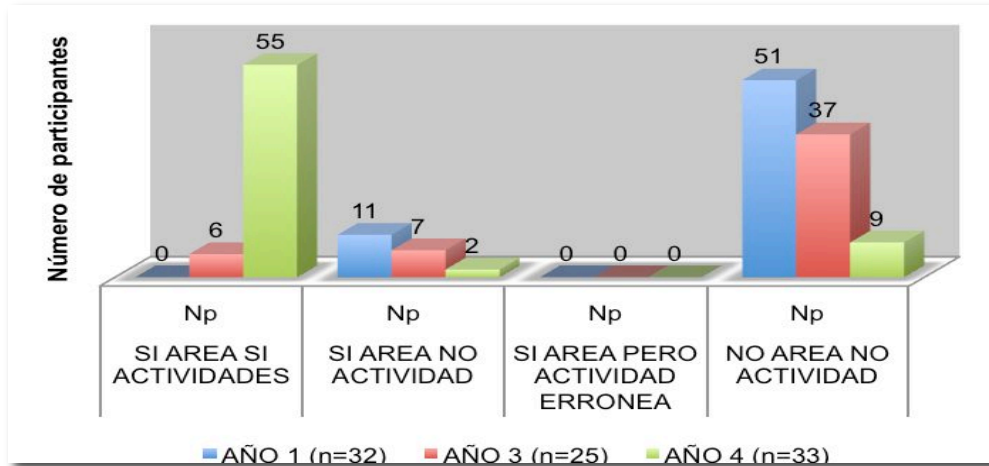


Figura 23. Categorización de área y actividades para las AVDI

Fuente: elaboración propia. Los resultados fueron de dos problemas de desempeño correspondientes a las actividades de la vida diaria. AVDI: actividades de la vida diaria instrumental. Np: número de participantes

Teniendo en cuenta los datos vertidos por la figura anterior, destacamos que un 67,77% (n=61) realizaron un componente descriptivo de tres niveles para problemas de esta área e identificaron acertadamente las actividades problemáticas del caso a estudio (ver figura 24).

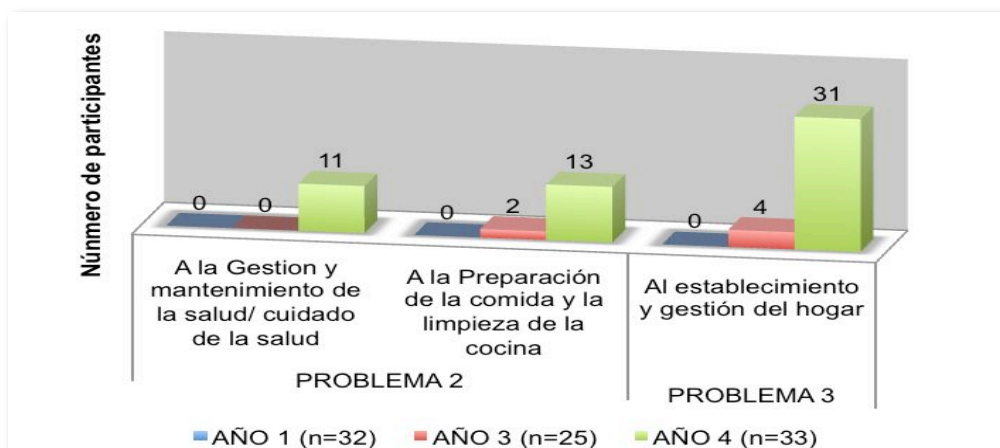


Figura 24. Categorización de actividades en área AVDI

Fuente: elaboración propia. AVDI: actividades de la vida diaria instrumental

El resto de los participantes que no se encontraban recogidos en la figura detallada con anterioridad, no identificaron problemas en estas actividades. Teniendo en cuenta que las respuestas acertadas en estos problemas serían: gestión y mantenimiento salud, preparación de la comida y limpieza para el problema 2 y la de establecimiento del hogar para el problema 3, un 2,22% (n=2) de alumnos de primer curso, erraron en la localización de la actividad afectada del protagonista del caso a estudio en el problema 3, nombrando la actividad de preparar la comida y limpiar la cocina como afectada (ver tabla 24).

Tabla 24. Actividad errónea seleccionada en el área de AVDI

C	Actividades de la vida diaria instrumental			
	Actividad errónea seleccionada por el alumno		No categoriza actividad para el área de AVDI	
	Np	%	Np	%
1	2	2,22	30	33,33
3	0	0	25	27,75
4	0	0	33	36,63

Fuente: elaboración propia. Participantes que identifican actividades erróneas como problemáticas en el área de AVDI. AVDI: actividades de la vida diaria instrumental. C: curso académico. Np: número de participante

La siguiente tabla (ver tabla 25) muestra que en el área de actividades instrumentales de la vida diaria los participantes de cuarto año tuvieron una probabilidad significativamente más alta de identificar un problema que los participantes de primer y tercer año, en donde la identificación de un problema es poco probable según el modelo de regresión logística planteado.

Tabla 25. Resultado modelo logístico para CPD de AVDI

Componente descriptivo del área de AVDI				
Curso académico	Estimación	Std. Error	z value	Valor p
Año 1	-2.7081	0.7303	-3.7080	0.0002
Año 3	-1.3863	0.5000	-2.7730	0.0056
Año 4	2.7408	0.7296	3.7570	0.0002

Fuente: elaboración propia. CPD: componente descriptivo. AVDI: actividades de la vida diaria instrumental

En cuanto al área de **ocio y tiempo libre**, un 28,88% (n=26) de los participantes realizaron un componente descriptivo de tres niveles. Se mantuvo la tónica general, y es que 60% (n=52) de los participantes no localizaron problemas y actividades con dificultades (ver figura 25).

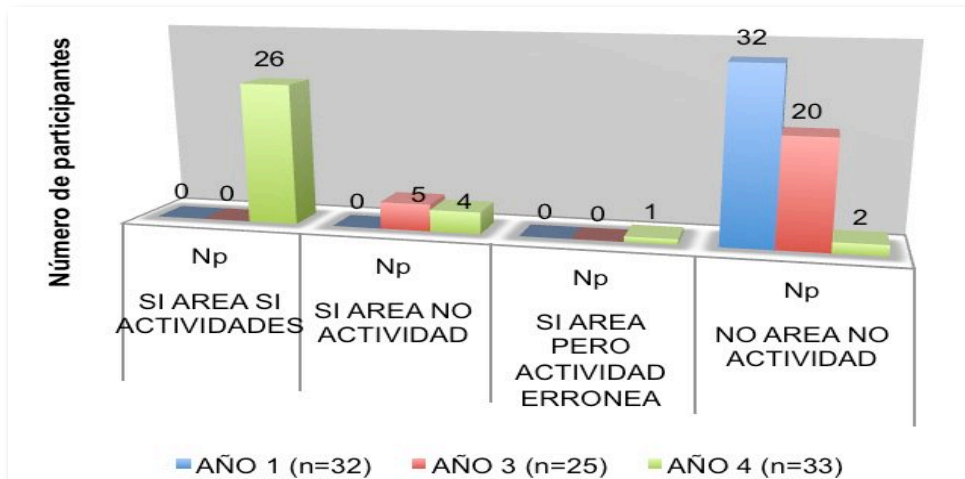


Figura 25. Categorización de área y actividades para el OTL

Fuente: elaboración propia. Np: número de participantes. OTL: ocio y tiempo libre

Para esta área, los integrantes de cuarto con un 28,88 % (n=26) fueron los únicos, que acertaron a definir la participación en el ocio, como actividad con dificultades en su realización (ver figura 26).

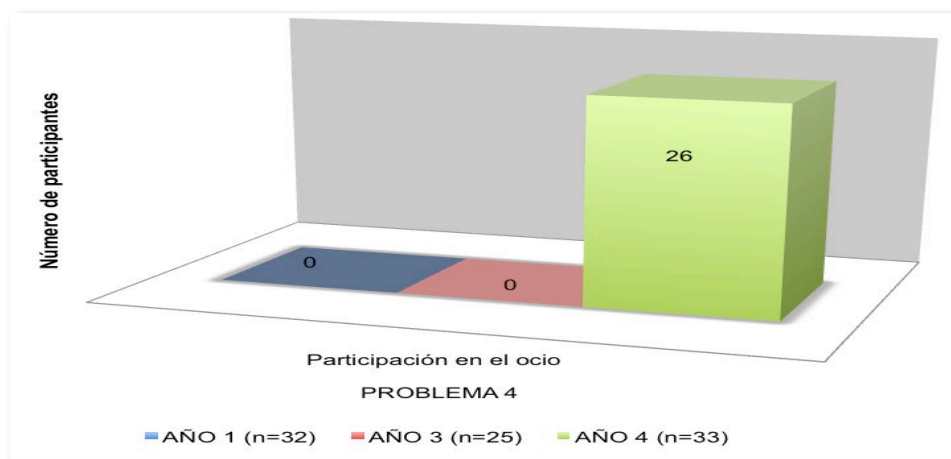


Figura 26. Categorización de actividades en área de OTL

Fuente: elaboración propia. OTL: ocio y tiempo libre

Por otro lado, un 61,11% (n=57) no categorizó actividades implicadas en el área de **ocio y tiempo libre** como problemáticas o error en su respuesta. En este caso, la actividad errada por el estudiante de cuarto curso fue la de exploración del ocio, mientras que la respuesta correcta a este problema sería la de participación en el ocio (ver tabla 26).

Tabla 26. Actividad errónea seleccionada en el área de OTL

C	Ocio y tiempo libre			
	Actividad errónea seleccionada por el alumno		No categoriza actividad para el área de ocio y tiempo libre	
	Np	%	Np	%
1	0	0	32	35,55
3	0	0	20	22,22
4	1	1,11	0	2,22

Fuente: elaboración propia. Participantes que identifican actividades erróneas como problemáticas en el área de ocio y tiempo libre o que incluso no las categorizan. C: curso académico. OTL: ocio y tiempo libre. Np: número de participante

En el área de ocio y tiempo libre observamos que estar en tercer año se reduce significativamente la probabilidad de que el participante identifique problemas en esta área, mientras que en cuarto año se aumenta la probabilidad o las habilidades de un participante para identificar problemas de ocio y tiempo libre, los resultados del modelo logístico usado para esta evaluación se presentan en la siguiente tabla, y se resalta los valor p que resultan ser estadísticamente significativos (ver tabla 27)

Tabla 27. Resultado modelo logístico para CPD de OTL

	Componente descriptivo del área de ocio y tiempo libre			
	Estimación	Std. Error	z value	Valor p
Año 1	-19.5661	1,901.06	-0.01	0.992
Año 3	-1.3863	0.5	-2.773	0.006
Año 4	2.7408	0.7296	3.757	0.000

Fuente: elaboración propia. CPD: componente descriptivo. OTL: ocio y tiempo libre

En cuarto y último lugar, en lo que respecta al área de **participación social**, podemos concretar que se mantiene la tónica habitual de no realizar un componente descriptivo de tres niveles, y que del resto de los participantes, una gran parte 15,54 % (n=14) identifica y categoriza el área con dificultades, pero no identifican la actividad en la que el protagonista del caso a estudio tiene problemas (ver figura 27).

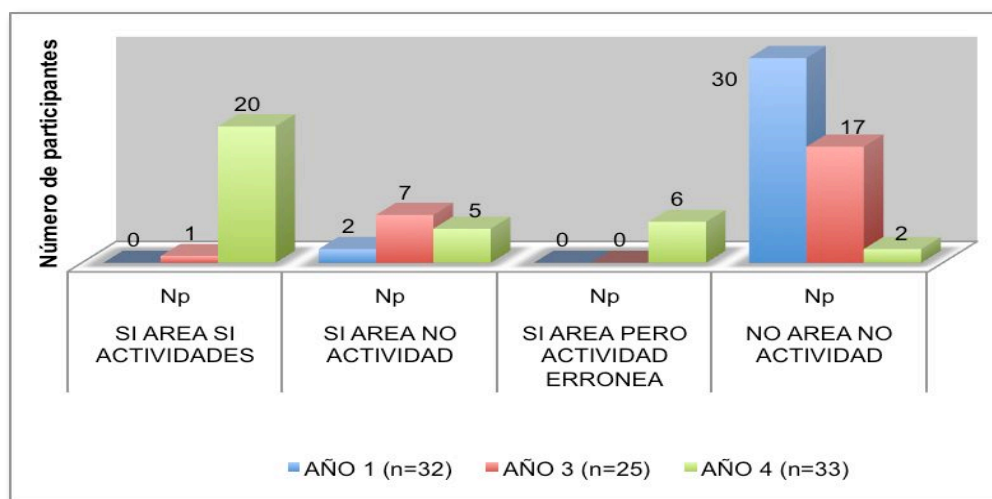


Figura 27. Categorización de área y actividades para PS

Fuente: elaboración propia. PS: participación social. Np: número de participantes

En relación con la figura anterior y tomando como referencia la clasificación *si área si actividad* (correspondiente a un componente descriptivo de 3 niveles), podemos detallar que los participantes 23,33% (n=21) localizaron de forma acertada las actividades en las que el protagonista del caso a estudio tiene dificultades (ver figura 28).

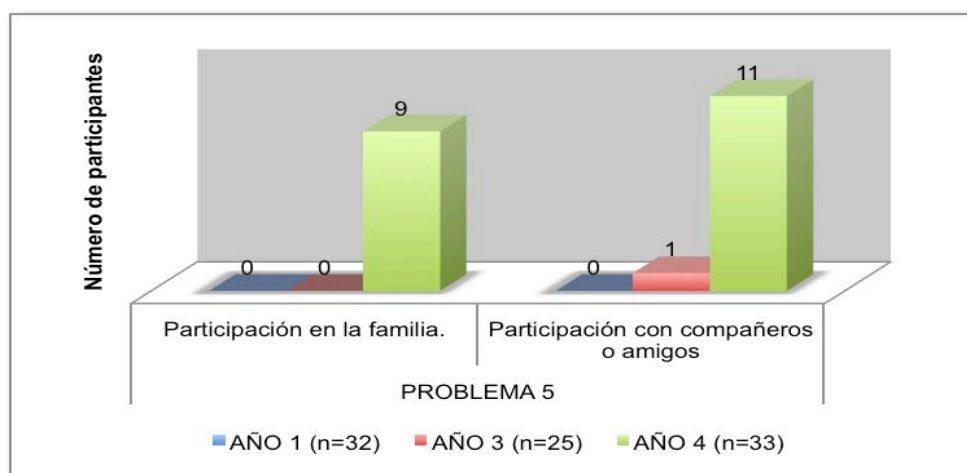


Figura 28. Categorización de actividades en área de PS

Fuente: elaboración propia. PS: participación social

El resto de los participantes que no se encontraban recogidos en la figura detallada con anterioridad, no identificaron problemas en estas actividades. Tan solo un 6,66 % (n=6) de alumnos de cuarto, erraron en la localización de las actividades del caso a estudio (ver tabla 28).

Tabla 28. Actividad errónea seleccionada en el área de PS

C	Participación social			
	Actividad errónea seleccionada por el alumno		No categoriza actividad para el área de participación social	
	Np	%	Np	%
1	0	0	30	33,33
3	0	0	17	18,88
4	6	6,66	6	6,66

Fuente: elaboración propia. Participantes que identifican actividades erróneas como problemáticas en el área participación social o que incluso no las categorizan. PS: participación social. C: curso académico. Np: número de participante.

La siguiente tabla (ver tabla 29), muestra que en el área de participación social, los integrantes de cuarto tuvieron una probabilidad significativamente más alta de reconocer un problema que los de primer y tercer año, en donde la identificación de un problema es poco probable según el modelo de regresión logística planteado.

Tabla 29. Resultado modelo logístico para CPD de PS

Componente descriptivo del área de participación social				
Curso académico	Estimación	Std. Error	z value	Valor p
Año 1	-2.7081	0.7303	-3.7080	0.0002
Año 3	-0.9445	0.4454	-2.1200	0.0340
Año 4	2.3026	0.6055	3.8030	0.0001

Fuente: elaboración propia. CPD: componente descriptivo. PS: participación social

A continuación, en segundo lugar, expusimos los resultados correspondientes al **bloque 2**, en los que se agruparon los datos del número de participantes que categorizaban la información del **componente explicativo de un diagnóstico ocupacional**; a saber: factores del cliente, destrezas, patrones y contextos del desempeño ocupacional relacionados con el estudio del caso en las que el sujeto presentaba problemas. Respecto a la categorización de éstas variables, los datos que arrojaron los análisis estadísticos fueron (ver figura 29):

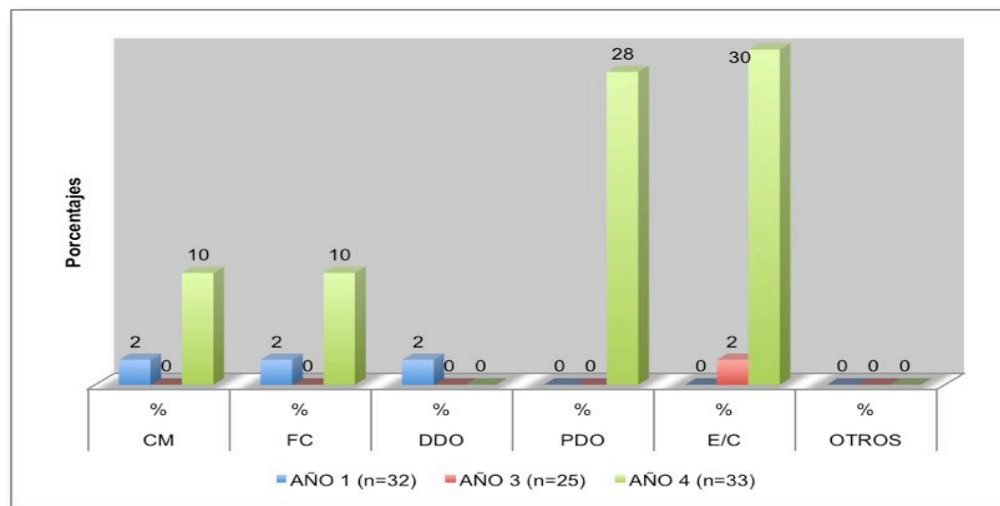


Figura 29. Categorización de variables en un CPE

Fuente: elaboración propia. Número de participantes que categorizan variables en un CPE. CPE: componente explicativo. PS: participación social. CM: signos y síntomas. FC: factores del cliente. DDO: destrezas de desempeño ocupacional. PDO: patrones de desempeño ocupacional. E/C: entorno/contexto

De acuerdo a la anterior figura 29, a partir de aquí, presentamos las cifras obtenidas de los participantes en relación a la categorización de variables

que conforma el componente explicativo; a saber: **signos y síntomas, factores del cliente, destrezas de ejecución, patrones de desempeño ocupacional y entornos/contextos.**

En primer lugar, en cuanto a **síntomas y signos**, concretamos que los participantes de tercero no los categorizaron durante la resolución del caso a estudio, mientras que los participantes de primer curso en un 24,44 % (n=22), fueron los que más los categorizaron en la construcción del componente explicativo del caso a estudio (ver tabla 30).

Tabla 30. Relación SIG/SINT por problemas y años de formación

C	Problema 1		Problema 2		Problema 3		Problema 4		Problema 5	
	Np	%	Np	%	Np	%	Np	%	Np	%
1	20	22,22	0	0	1	1,11	0	0	1	1,11
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	5	5,55	1	1,11	1	1,11	2	2,22	0	0

Fuente: elaboración propia. SIG/SINT: signos y síntomas. C: curso académico. Np: número de participante

Del mismo modo, podemos precisar que únicamente un 1,11% (n=1) de los participantes categorizó los **factores del cliente** en el componente explicativo de los problemas del desempeño del caso a estudio (ver tabla 31).

Tabla 31. Relación de FC por problemas y años de formación

C	Problema 1		Problema 2		Problema 3		Problema 4		Problema 5	
	Np	%	Np	%	Np	%	Np	%	Np	%
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	1	1,11	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: elaboración propia. FC: factores del cliente. C: curso académico. Np: número de participante

Mientras tanto, en relación con las **destrezas de ejecución**, sorprende que un 2,22% (n=2) de los participantes las categorizó como parte del componente explicativo de alguno de los problemas en el estudio del caso (ver tabla 32).

Tabla 32. Relación de DEJ por problemas y años de formación

C	Problema 1		Problema 2		Problema 3		Problema 4		Problema 5	
	Np	%	Np	%	Np	%	Np	%	Np	%
1	0	0	0	0	2	2,22	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: elaboración propia. DEJ: destrezas de ejecución. C: curso académico. Np: número de participante

A este respecto, además puntualizamos que un 31,09% (n=28) incorporaron al componente explicativo de alguno de los problemas de caso a estudio, los **patrones de ejecución** (ver tabla 33).

Tabla 33. Relación de PEJ por problemas y años de formación

C	Problema 1		Problema 2		Problema 3		Problema 4		Problema 5	
	Np	%	Np	%	Np	%	Np	%	Np	%
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	10	11,11	5	5,55	5	5,55	4	4,44	4	4,44

Fuente: elaboración propia. PEJ: patrones de ejecución. C: curso académico. Np: número de participante

Para finalizar en quinto lugar, fueron los participantes de cuarto en su mayoría con un 32,19 % (n=29), los que integran los **entornos y contextos** como parte del componente explicativo del caso a estudio (ver tabla 34).

Tabla 34. Relación de E/C por problemas y años de formación

C	Problema 1		Problema 2		Problema 3		Problema 4		Problema 5	
	Np	%	Np	%	Np	%	Np	%	Np	%
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	1	1,11	1	1,11	0	0	0	0
4	0	0	8	8,88	7	7,77	4	4,44	8	8,88

Fuente: elaboración propia. E/C: entornos y contextos. C: curso académico. Np: número de participante

6.2.2.1. Resumen del apartado

La categorización de un componente descriptivo de tres niveles (CPD3N) (identificar el problema, localizar el área de desempeño afectada y describir las actividades comprometidas) fue llevada a cabo por un elevado porcentaje de alumnos de cuarto para el área de actividades de la vida diaria instrumental y en menor medida para el resto de problemas del caso a estudio (descanso/sueño, ocio/tiempo libre y participación social). Los participantes de primero y tercero no fueron capaces de categorizar un CPD3N. En este caso, los participantes de tercero en su mayor parte categorizaron los problemas del caso a estudio con un componente descriptivo de dos niveles CPD2N (identifican el problema, localizan el área del desempeño afectada), pero con porcentajes muy bajos, ya que en su mayoría, al igual que los participantes de primero, ni tan si quiera identificaron y categorizaron problemas en las áreas del desempeño del caso a estudio.

Por otro lado, los participantes del estudio no categorizaron factores del cliente ni destrezas de ejecución para la elaboración del componente explicativo (CPE). Lo mismo sucedía con los patrones de ejecución y los síntomas, salvo que en estas variables únicamente los alumnos de cuarto las categorizaron para la elaboración de un CPE. La única variable con una cierta representación a la hora de categorizar un CPE en los problemas del caso a estudio se situó en el entorno/contexto, donde los participantes de cuarto nuevamente la categorizaban en un número elevado, en comparación con el resto de cursos que participaron de la investigación, donde el número de aciertos fue menor.

6.2.3. Análisis y síntesis (*analyzing/synthesizing*)

A continuación en este apartado, pretendimos cuantificar el número de diagnósticos ocupacionales correctos, de acuerdo a la estructura de razonamiento diagnóstico planteada por Rogers y Holm⁽⁴⁶⁾ (componente descriptivo y componente explicativo), ya sean total o parcialmente.

Para ello agrupamos los datos en tres grupos, con la idea de exponer los resultados de forma más clara.

GRUPO 1º. Totalmente

El participante identificó **todos** los problemas del caso, es decir: tendría que haber identificado el problema, localizado el área del desempeño afectada, y las actividades específicas relacionadas con el estudio del caso en las que el sujeto presentaba problemas, y debería haberlos vinculado con al menos dos variables en el componente explicativo.

En este sentido, ningún participante en el estudio elaboró un diagnóstico ocupacional completo (ver tabla 35).

Tabla 35. Relación CPD3N+CPE2V por problemas del desempeño

CPD+CPE	P1+P2+P3+P4+P5		%	
	SI	NO	SI	NO
CPD 3 N+ CPE 2 V	0	90	0	100

Fuente: elaboración propia. Relación CPD3N + CPE2V por agrupamiento de problemas CPD3N: componente descriptivo de 3 niveles. CPE2V: componente explicativo de 2 o más variables. CPD: componente descriptivo. CPE: componente Explicativo. P1: problema 1. P2: problema 2. P3: problema 3. P4: problema 4. P5: problema 5

GRUPO 2º. Parcialmente

El participante identificó **al menos uno** de los posibles problemas del caso a estudio y los vinculó con al menos una variable en el componente explicativo.

En primer lugar, en este caso a estudio un total de 64,42% (n=61) utilizaron para estructurar su razonamiento diagnóstico alguna variante de componente descriptivo (CPD) y de componente explicativo (CPE) (ver figura 30). Por otro lado, la variante más utilizada por los participantes para describir los problemas del desempeño ocupacional del caso a estudio fue la que se vincula a un CPD 3 + CPE 1 V (componente descriptivo de tres niveles + componente explicativo de una variable) en un 58,88% (n=53). Mientras que la más idónea que sería la de CPD 3 + CPE 2 V (componente descriptivo de tres niveles + componente explicativo de dos variables) tan solo tuvo representación en un 5,55% (n=5) de los participantes (ver figura 30).

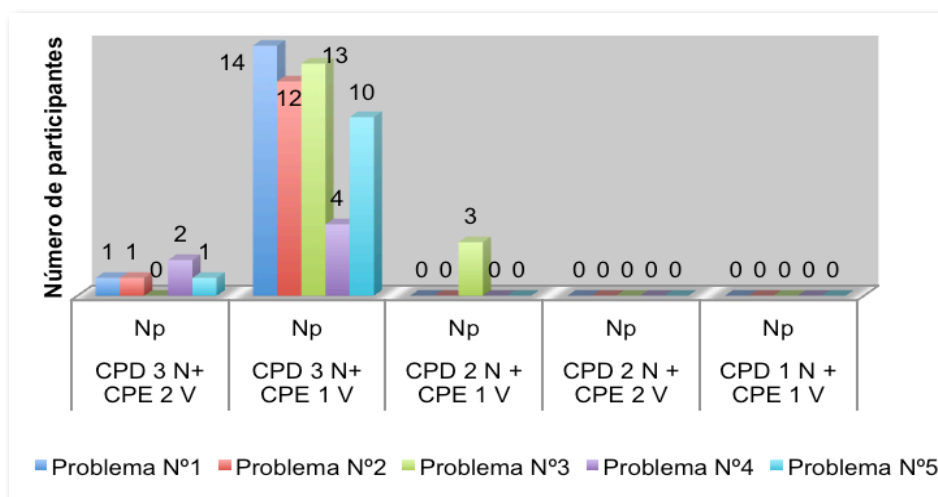


Figura 30. Composición del razonamiento diagnóstico por PD

Fuente: elaboración propia. PD: problemas del desempeño ocupacional. CPD3N + CPE2V: componente descriptivo de tres niveles + componente explicativo de dos variables. CPD3N + CPE1V: componente descriptivo de tres niveles + componente explicativo de una variable. CPD2N + CPE1V: componente descriptivo de dos niveles + componente explicativo de una variable. CPD2N + CPE2V: componente descriptivo de dos niveles + componente explicativo de dos variables. CPD1N + CPE1V: componente descriptivo de un nivel + componente explicativo de una variable

Para desglosar los datos relacionados con la figura anterior, hemos procedido a detallar las diferentes combinaciones de diagnósticos parciales utilizadas por los participantes del caso a estudio, agrupándolas por áreas, es decir, realizaremos la descripción de estas combinaciones para el **área de descanso y sueño**, posteriormente para las **actividades de la vida diaria instrumental, ocio y tiempo libre** y para finalizar el **área de participación social**. Estas combinaciones agrupadas por años tuvieron su representación de la siguiente forma:

En primer lugar, respecto a los datos vinculados con los diagnósticos ocupacionales parciales por años de formación, un 16,66% (n=15) los realizaron en el problema del **descanso y sueño** con un CPD 3 N (componente descriptivo de tres niveles), siendo tan solo un 1,11% (n=1) los que utilizaron un CPE E 2 V (componente explicativo de dos variable) (ver figura 31).

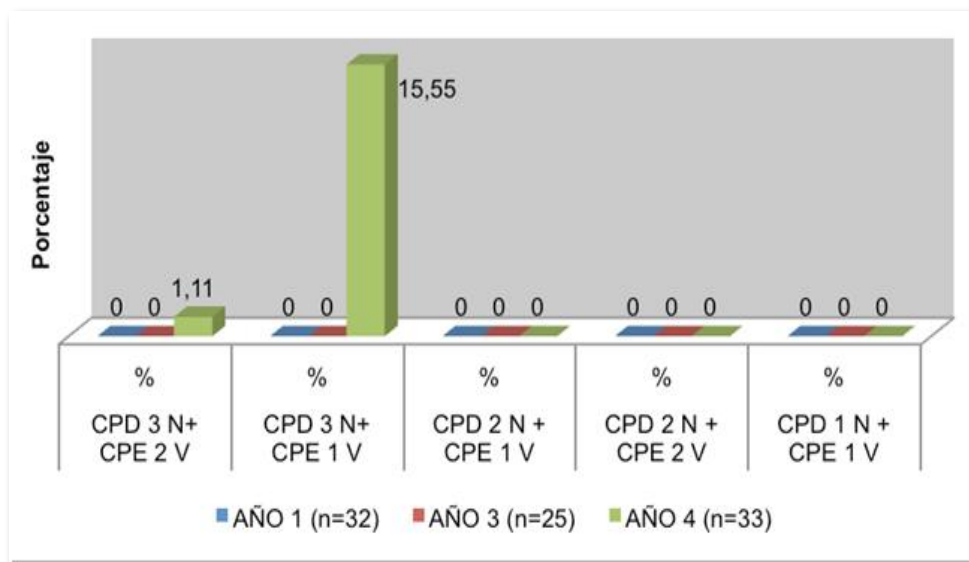


Figura 31. Composición RD en problema D/S

Fuente: elaboración propia. RD: razonamiento diagnóstico. D/S: descanso y sueño. CPD3N+ CPE2V: componente descriptivo de tres niveles + componente explicativo de dos variables. CPD3N+ CPE1V: componente descriptivo de tres niveles + componente explicativo de una variable. CPD2N+ CPE1V: componente descriptivo de dos niveles + componente explicativo de una variable. CPD2N+ CPE2V: componente descriptivo de dos niveles + componente explicativo de dos variables. CPD1N + CPE1V: componente descriptivo de un nivel + componente explicativo de una variable

Al igual que sucedió en otros apartados de estos resultados, comentar que los problemas del desempeño vinculados con las **actividades de la vida diaria instrumental** se han agrupado para su análisis. En este caso, y al igual que sucedió con anterioridad, dos de los problemas del desempeño del caso a estudio conforman esta figura (ver figura 32). Así por tanto, con referencia a las actividades de la vida diaria instrumental (AVDI), los diagnósticos ocupacionales parciales agrupados por años y posibles variantes de resolución del caso a estudio, revelaron que un 13,33.% (n=12) realizó la interpretación del problema 2 de actividades de la vida diaria instrumental con un CPD 3 N (componente descriptivo de tres niveles), siendo el mismo resultado para el problema 3, salvo que en éste, el total de los participantes 13,33 % (n=12), utilizaron una combinación un CPD 3 N (componente descriptivo de tres niveles) y un CPE E 1 V (componente explicativo de una variable) (ver figura 32).

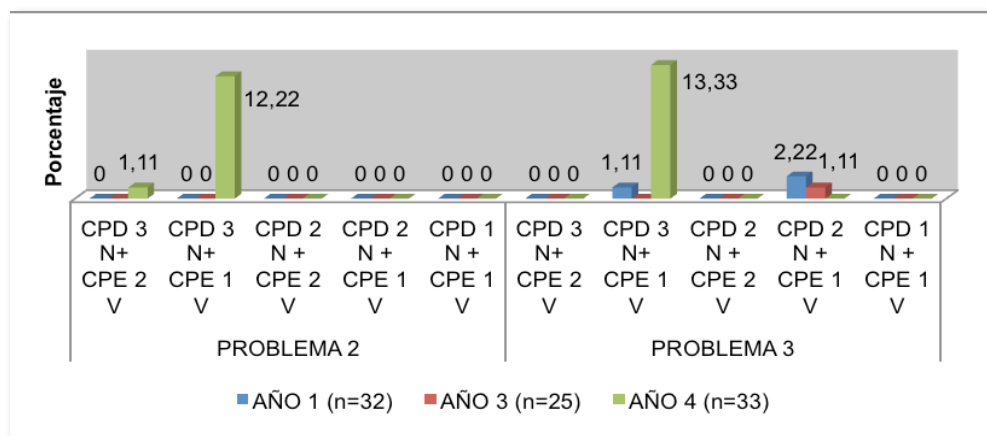


Figura 32. Composición RD en problemas de AVDI

Fuente: elaboración propia. RD: razonamiento diagnóstico. AVDI: actividades de la vida diaria instrumental. CPD3N+ CPE2V: componente descriptivo de tres niveles + componente explicativo de dos variables. CPD3N+ CPE1V: componente descriptivo de tres niveles + componente explicativo de una variable. CPD2N+ CPE1V: componente descriptivo de dos niveles + componente explicativo de una variable. CPD2N+ CPE2V: componente descriptivo de dos niveles + componente explicativo de dos variables. CPD1N+ CPE1V: componente descriptivo de un nivel + componente explicativo de una variable

A continuación, los resultados arrojan que un 6,66% (n=6) de los participantes, realizan una interpretación del problema número 4 correspondiente al **ocio y tiempo libre**. De acuerdo con estos datos, los diagnósticos ocupacionales parciales por años muestran que los participantes realizaron un CPD 3 N (componente descriptivo de tres niveles), siendo tan solo un 2,22% (n=2) los que lo compaginaron con un CPE 2 V (componente explicativo de dos variables) (ver tabla 36).

Tabla 36. Composición RD en problemas de OTL

PROBLEMA 4										
Curso académico	CPD3N+ CPE2V		CPD3N+ CPE1V		CPD2N + CPE1V		CPD2N + CPE2V		CPD1N + CPE1V	
	Np	%	Np	%	Np	%	Np	%	Np	%
AÑO 1 (n=32)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AÑO 3 (n=25)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AÑO 4 (n=33)	2	2,22	4	4,44	0	0	0	0	0	0

Fuente: elaboración propia. RD: razonamiento diagnóstico. OTL: ocio y tiempo libre. Np: número de participante. CPD3N+ CPE2V: componente descriptivo de tres niveles + componente explicativo de dos variables. CPD3N+ CPE1V: componente descriptivo de tres niveles + componente explicativo de una variable. CPD2N+ CPE1V: componente descriptivo de dos niveles + componente explicativo de una variable. CPD2N+ CPE2V: componente descriptivo de dos niveles + componente explicativo de dos variables. CPD1N + CPE1V: componente descriptivo de un nivel + componente explicativo de una variable

Por último, en cuarto lugar, un 11,1% (n=10) realizó la interpretación del problema 5 de **participación social**, con un CPD 3 N (componente descriptivo de tres niveles), siendo tan solo un 1,11% (n=1) los que lo compaginaron con un CPE 2 V (componente explicativo de dos variables), estas cifras, vinculados con los diagnósticos ocupacionales parciales por años de formación, muestran la siguiente representación (ver figura 33):

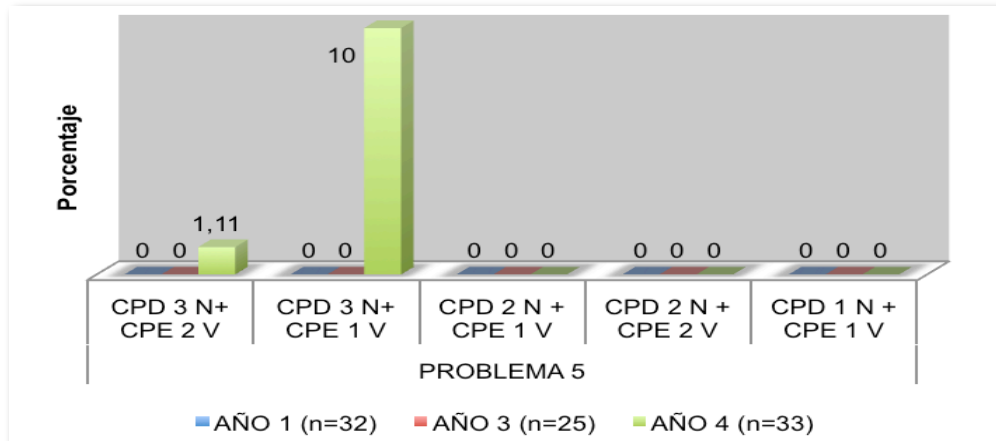


Figura 33. Composición RD problema de PS

Fuente: elaboración propia. RD: razonamiento diagnóstico. PS: participación social. CPD3N+ CPE2V: componente descriptivo de tres niveles + componente explicativo de dos variables. CPD3N+ CPE1V: componente descriptivo de tres niveles + componente explicativo de una variable. CPD2N+ CPE1V: componente descriptivo de dos niveles + componente explicativo de una variable. CPD2N+ CPE2V: componente descriptivo de dos niveles + componente explicativo de dos variables. CPD1N + CPE1V: componente descriptivo de un nivel + componente explicativo de una variable

GRUPO 3º. Nulo.

En este caso los participantes en un 34,44% (n=31), no identificaron ninguno de los problemas del desempeño del caso a estudio (ver figura 34).

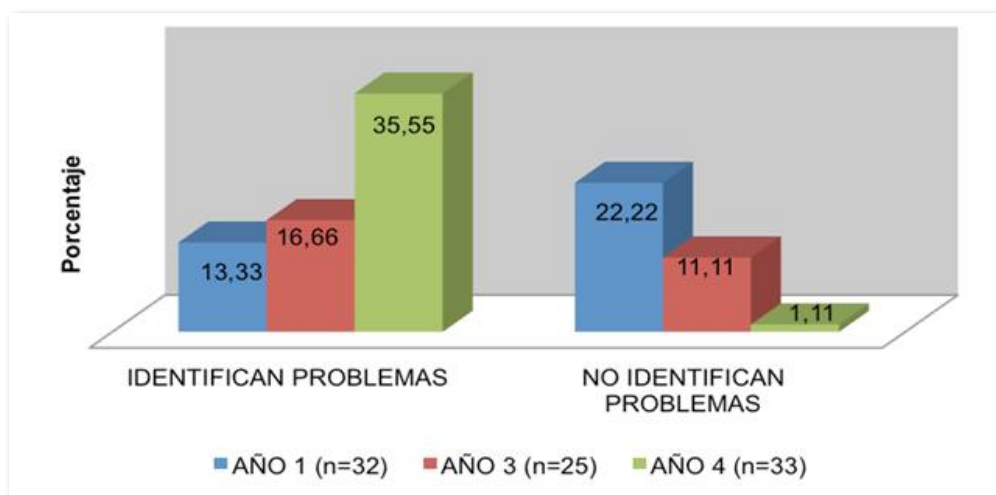


Figura 34. Identificación de los problemas en el caso a estudio

Fuente: elaboración propia. Identificación por cursos de los problemas en el caso a estudio

6.2.3.1. Resumen del apartado

En cuanto a la destreza de los participantes para analizar y sintetizar la información, ningún participante sintetizó todos los problemas en el desempeño del caso a estudio con un CPD3N+CPE2V. Solo de forma puntual, pero no en todas las áreas, una representación mínima de participantes estableció esa combinación. El resto de los escasos participantes que reconocieron problemas en alguna de las áreas del desempeño ocupacional utilizaron una combinación de CPD3N+CPE1V para así dar respuesta a los problemas del caso a estudio. Por otro lado, un elevado número de participantes no identificaron problema alguno, por lo que no pudieron utilizar combinación alguna que sintetizara la explicación de los problemas del desempeño del caso a estudio.

6.2.4. Interpretación (*making interpretation*)

Este apartado, los dividimos en **dos bloques**, a saber: uno de ellos correspondió a la profundidad de análisis de los participantes, respecto a los diagnósticos ocupacionales elaborados. Para ello identificamos el número de participantes que elaboraron un componente explicativo de al menos dos o más variables. El otro bloque implicó detallar las modalidades de razonamiento que el participante utilizó para establecer el diagnóstico ocupacional.

En primer lugar, en cuanto al análisis de los participantes, destacar que fueron los de cuarto curso, los que desarrollan en un 59,99% (n=54) un razonamiento diagnóstico más completo en cuanto a niveles de componente descriptivo y uso de variables de componente explicativo (ver figura 35).

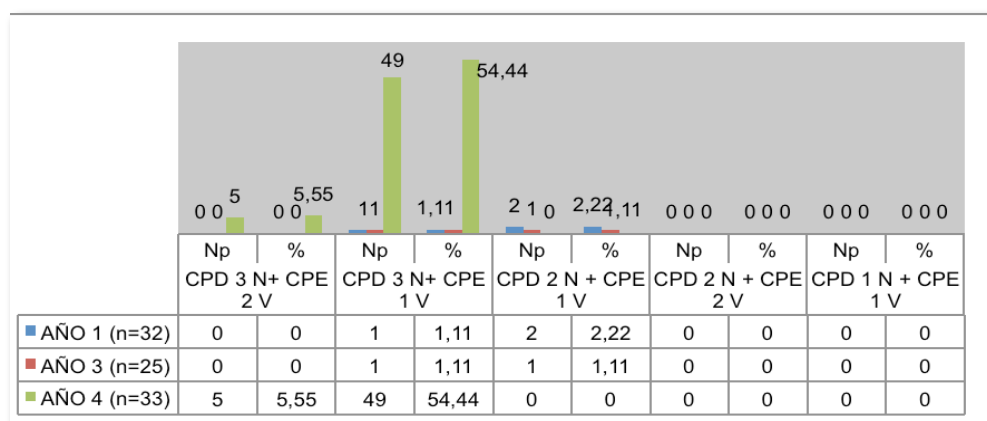


Figura 35. Identificación por cursos de problemas del desempeño

Fuente: elaboración propia. Identificación por cursos de los problemas en el caso a estudio. CPD3N+ CPE2V: componente descriptivo de tres niveles + componente explicativo de dos variables. CPD3N+ CPE1V: componente descriptivo de tres niveles + componente explicativo de una variable. CPD2N+ CPE1V: componente descriptivo de dos niveles + componente explicativo de una variable. CPD2N+ CPE2V: componente descriptivo de dos niveles + componente explicativo de dos variables. CPD1N + CPE1V: componente descriptivo de un nivel + componente explicativo de una variable

En segundo lugar, y en relación con el tipo de razonamiento utilizado por el participante, destacar que los de cuarto curso utilizan en un 48 % (n=16) un razonamiento procesal al igual que los participantes de tercero 44% (n=14) y los de primero en un 8% (n=8). En un 9% (n=3), los participantes de cuarto comparten un razonamiento procesal y condicional durante la resolución del caso a estudio, mientras que el resto de los participantes no utilizan ningún tipo de razonamiento implicado en el razonamiento diagnóstico durante la resolución del estudio del caso (ver figura 36).

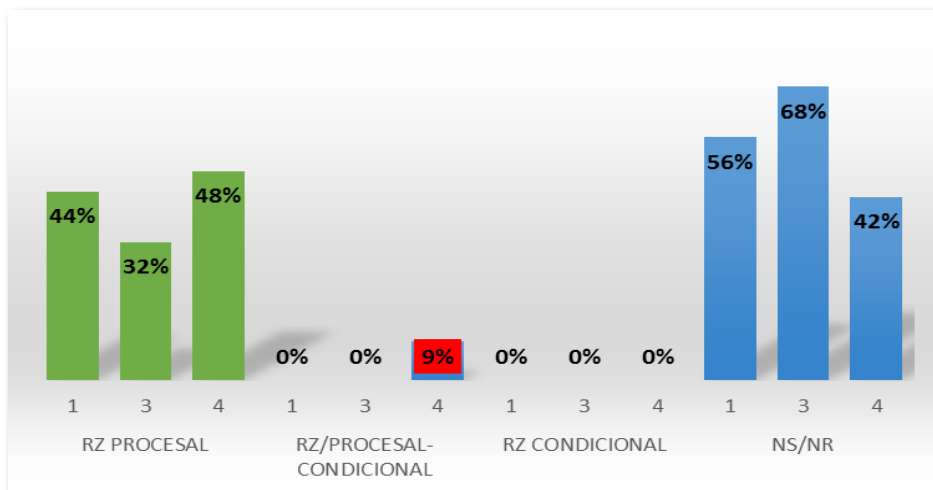


Figura 36. Tipos de RZ utilizados por los participantes

Fuente: elaboración propia. Tipos de razonamientos utilizados por los participantes en el caso a estudio RZ: razonamiento. NS/NR: no sabe/no responde

6.2.4.1. Resumen del apartado

En este apartado resulta destacable que la profundidad de análisis de los participantes en relación a los problemas del caso a estudio resultó baja. La mayoría de sus interpretaciones se limitaron a combinaciones de una sola variable (CPE1V) que explicaban los problemas del desempeño ocupacional que acontecen al protagonista del caso a estudio. Por otro

lado, los participantes que utilizaban la opción de CPE2V o superior fue casi imperceptible.

Al mismo tiempo es reseñable que el tipo de razonamiento con más recurrencia entre los participantes de primero y cuarto grado fue el de corte procesal, mientras que no se dio ningún tipo de razonamiento en la mayoría de los alumnos de tercero. Además, de forma puntual, los participantes de cuarto curso mantuvieron un razonamiento procesal y condicional para resolver el caso a estudio.

6.2.5. Correlaciones entre variables socio-demográficas y variantes seleccionadas por los participantes para elaborar el diagnóstico ocupacional

En este caso y tras la obtención de los datos relacionados con los cuatro apartados anteriores (6.2.1. al 6.2.4. de este capítulo 6), hemos realizado correlaciones entre las variables socio-demográficas (ver anexo 7) y las diferentes variantes de construcción del diagnóstico ocupacional por parte del participante tras resolver el caso a estudio. Destacar, que en este caso, las variantes de diagnóstico ocupacional para correlacionar con las variables socio-demográficas fueron las relacionadas con los participantes de cuarto curso, ya que en los participantes de primero y tercero los resultados sobre la construcción del diagnóstico ocupacional fue de cero (ver apartado 6.2.3. de éste capítulo). Por tanto el análisis de correlaciones se realizó para los 33 estudiantes de cuarto año de terapia ocupacional que participaron en el estudio.

La matriz de correlaciones muestra en las columnas las variables socio-demográficas, y en las filas las variables CPD3N+CPE2V (componente descriptivo de tres niveles + componente explicativo de dos variables), CPD3N+CPE1V (componente descriptivo de tres niveles + componente explicativo de una variable), CPD2N+ CPE0V (componente descriptivo de dos niveles + componente explicativo de cero variables), para los 5 problemas planteados en el caso a estudio, el contenido de la matriz muestra el valor de la correlación de cada una de las variables de análisis y síntesis y las socio-demográficas y el nivel de significancia o valor p de estas correlaciones. En este caso se prescindió de hacer esta correlación con CPD3N+ CPE2V (componente descriptivo de dos niveles + componente explicativo de dos variables) ya que el número de participantes que realizaron esta variante de diagnóstico ocupacional era de cero.

De manera general se observa que las variables de análisis y síntesis del caso de Modesto y las variables socio-demográficas no tienen relación alguna por tanto la realización de CPD3N+CPE2V no depende de las características socio-demográficas de los estudiantes y más aún, dado que son tan pocos los estudiantes (3) con CPD3N+CPE2V esta variable parece asociarse más a las habilidades individuales de cada estudiante.

Por ese motivo, y teniendo en cuenta que los problemas del caso a estudio fueron cinco, los datos arrojan la siguiente distribución (ver tabla 37).

Tabla 37. Correlaciones entre VSD y variantes de DGTO OCUP

P	Variable de Análisis y síntesis	RTO						Formación previa						Otras					
		E	PC+MG	REB	PO	BUP/COU	FPII	FPG	EOI	FCSS	FAM	FAP	ER	CU					
1	Correlación	-.174	-.171	-.117	.375	.066	-.108	-.031	-.056	.117	-.056	-.052	.039*	.066					
	valor <i>p</i>	.333	.340	.518	.032*	.717	.549	.863	.757	.518	.756	.775	.831	.717					
	Correlación	-.219	.234	.072	-.057	.025*	-.152	.155	.032	-.212	-.136	-.114	-.057	.753					
2	valor <i>p</i>	.220	.689	.689	.753	.890	.399	.389	.858	.237	.451	.529	.753						
	Correlación	-.337	-.115	-.034*	.124	.194	-.289	-.060	.026*	.173	.166	.059	.743						
	valor <i>p</i>	.055	.525	.851	.491	.280	.103	.739	.884	.336	.356	.743	.743						
3	Correlación	-.083	.066	-.108	-.031	.559	.117	-.041	-.052	.039*	.066	.066	.066						
	valor <i>p</i>	.645	.717	.549	.863	.001*	.518	.822	.775	.831	.717	.717	.717						
	Correlación	-.066	-.144	-.125	-.224	.187	-.186	-.117	.154	.263	.263	.263	.263						
4	valor <i>p</i>	.717	.423	.488	.211	.299	.301	.516	.391	.140	.140	.140	.140						
	Correlación	-.039	.234	-.020	-.187	-.188	-.141	-.062	-.298	-.298	-.298	-.298	-.298						
	valor <i>p</i>	.831	.190	.912	.298	.294	.434	.732	.092	.092	.092	.092	.092						
5	Correlación	-.134	-.020	.087	-.183	-.114	.165	.281	.281	.281	.281	.281	.281						
	valor <i>p</i>	.458	.912	.629	.309	.527	.359	.114	.114	.114	.114	.114	.114						
	Correlación	-.155	-.032	-.046	-.114	-.114	-.114	-.319	-.319	-.319	-.319	-.319	-.319						
6	valor <i>p</i>	.389	.858	.799	.529	.529	.071	.071	.071	.071	.071	.071	.071						
	Correlación	-.080	.167	-.081	-.074	.208	.094	.094	.094	.094	.094	.094	.094						
	valor <i>p</i>	.657	.352	.655	.681	.246	.602	.602	.602	.602	.602	.602	.602						
7	Correlación	.245	-.106	-.064	.192	.138	.138	.138	.138	.138	.138	.138	.138						
	valor <i>p</i>	.170	.557	.725	.283	.444	.444	.444	.444	.444	.444	.444	.444						
	Correlación	-.319	-.231	-.241	-.184	-.184	-.184	-.184	-.184	-.184	-.184	-.184	-.184						
8	valor <i>p</i>	.070	.197	.177	.305	.305	.305	.305	.305	.305	.305	.305	.305						
	Correlación	-.052	.039*	.066	.066	.066	.066	.066	.066	.066	.066	.066	.066						
	valor <i>p</i>	.775	.831	.717	.717	.717	.717	.717	.717	.717	.717	.717	.717						
9	Correlación	.065	.245	.245	.245	.245	.245	.245	.245	.245	.245	.245	.245						
	valor <i>p</i>	.720	.170	.170	.170	.170	.170	.170	.170	.170	.170	.170	.170						
	Correlación	-.314	-.076	-.076	-.076	-.076	-.076	-.076	-.076	-.076	-.076	-.076	-.076						

Fuente: elaboración propia. Correlaciones entre variables socio-demográficas y variantes de DO en participantes de cuarto curso **p*: <0,05. VSD: variables socio-demográficas. DGTO OCUP: diagnóstico ocupacional. RTO: razones para estudiar terapia ocupacional. P: problema número. E: Edad. PC+MG: por qué lo conocía y me gustaba. REB: no puede entrar en los estudios que quería originalmente. PO: por la orientación recibida antes de acceder a los estudios. BUP/COU: bachillerato, BUP, COU. FPII: formación profesional de grado superior, FPII o equivalente. FPG: formación profesional de grado medio o equivalente. EOI: escuela oficial de idiomas. FCSS: algún familiar tiene estudios en ciencias sociales y de la salud?. FAM: formación académica de la madre. FAP: formación académica del padre. ER: entorno físico de residencia. CU: como eran sus calificaciones previas a la universidad. CPD3N+ CPE2V: componente descriptivo de tres niveles + componente explicativo de dos variables. CPD3N+ CPE2V: componente descriptivo de tres niveles + componente explicativo de dos variables. CPD3N+ CPE0V: componente descriptivo de dos niveles + componente explicativo de dos variables. CPD3N+ CPE0V: componente descriptivo de dos niveles + componente explicativo de dos variables. CPD3N+ CPE0V: componente descriptivo de dos niveles + componente explicativo de dos variables.

6.3. Resultados de la metodología cualitativa

Los resultados obtenidos por medio del análisis elaborado en la metodología cualitativa, intentaron dar respuesta a los tres últimos objetivos específicos de estudio (ver capítulo 4 y 5, página 123 y 125).

Contenidos de este apartado

6.3. Resultados de la metodología cualitativa

6.3.1. Interpretación teórica relacionada con la comprensión de la salud

6.3.1.1. Notas de campo

6.3.1.2. Resumen del apartado

6.3.2. Organización del conocimiento durante el razonamiento diagnóstico

6.3.2.1. Bloque temático 1: diagnóstico ocupacional

6.3.2.2. Bloque temático 2: procedimiento de evaluación inicial

6.3.2.3. Cuaderno de campo

6.3.2.4. Resumen del apartado

6.3.3. Profundidad de interpretación en el razonamiento diagnóstico.

6.3.3.1. Cuaderno de campo

6.3.3.2. Resumen del apartado

La obtención de temas y categorías resultantes tras el análisis de las respuestas de los participantes, fue la que se refleja en la figura 37.

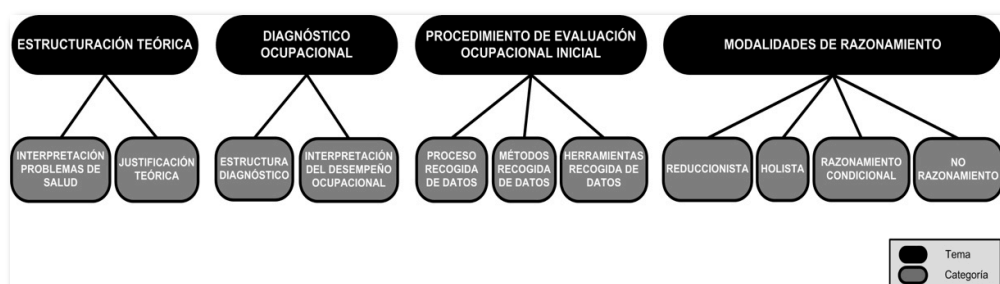


Figura 37. Temas y categorías obtenidas en la investigación (anexo 22)

Fuente: elaboración propia. Para comprensión de la figura, se recomienda la lectura siguiendo un orden descendente

En cada uno de los siguientes apartados (del apartado 6.3.1. al apartado 6.3.3.), se reflejaron los verbatim de los tres cursos implicados en el estudio. En éstos se podrán identificar rápidamente los temas, categorías y sub-categorías de cada grupo de participantes (ver anexos 23 al 29). La diferenciación de los verbatim, se realizó mediante el código alfanumérico asignado para cada uno de los participantes (ver apartado 5.5. *Recogida de datos*, página 151 y ver anexo 6).

Así, por tanto, los resultados obtenidos mediante la entrevista en profundidad y las notas de campo, se agruparon en tres apartados siguientes.

6.3.1. Interpretación teórica relacionada con la comprensión de la salud

En este nivel, emergieron las categorías y sub-categorías (ver anexos 23 y 24) que explicaron las percepciones relacionadas con la argumentación teórica de los participantes de primer, segundo y tercer curso (ver figura 38).

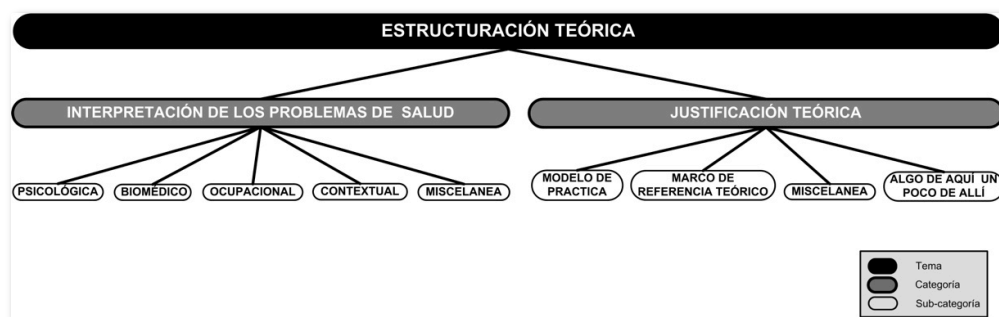


Figura 38. Diagrama CAT y SUBCAT tema estructuración teórica (anexo 30)

Fuente: elaboración propia. Para comprensión de la figura, se recomienda la lectura siguiendo un orden descendente. CAT: categoría. SUBCAT: sub-categoría

a) Interpretación de los problemas de salud

En relación a esta categoría, los participantes de los tres cursos generaron una forma teórica de dar respuesta al problema de salud del protagonista del caso a estudio (ver anexo 23), fundando en un total de cuatro sub-categorías (ver figura 39), a saber: **psicológica, biomédico, ocupacional, contextual y miscelánea**.

En primer lugar, esta sub-categoría, agrupó los verbartim vinculados con una teoría **psicológica** para poder dar respuesta al estado de salud del protagonista del caso. Ante esta situación los participantes, redujeron las causas a *problemas en los sentimientos y problemas con la fase de duelo*. En cuanto los *problemas en los sentimientos*, destacar que los participantes *matizan la tristeza o la soledad* como responsables:

“Más o menos lo que escribí la otra vez, debido a la falta de su mujer ahora siente un sentimiento de soledad.” (P.010318M).

“Está desanimado y triste..., (hace un chasquido y agrega) desde que la mujer murió, las hijas marcharon..., ahora no sale de casa...,no hace las tareas..., no tiene ocupaciones.” (P.042022M).

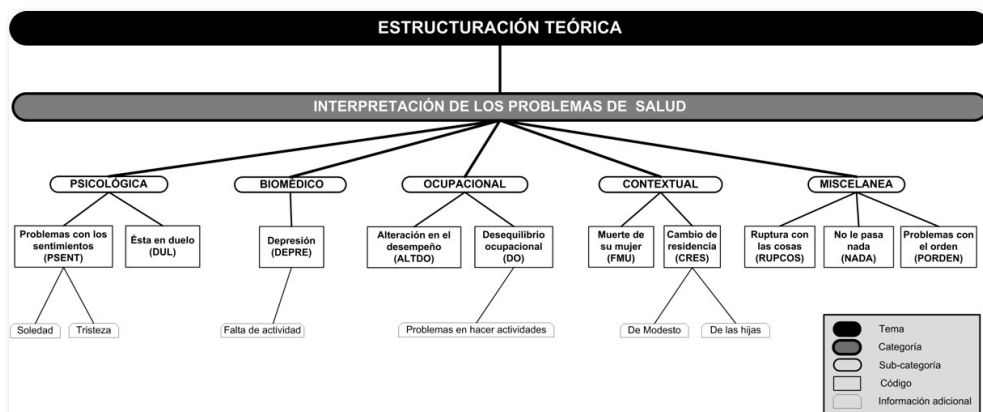


Figura 39. Diagrama CAT interpretación problemas de salud (anexo 31)

Fuente: elaboración propia. Para comprensión de la figura, se recomienda la lectura siguiendo un orden descendente. Diagrama de la categoría *interpretación de los problemas de salud*, junto a sus sub-categorías y sus códigos. CAT: categoría

Al mismo tiempo, en relación con el *duelo* dos alumnos de cuarto, la documentaron de la siguiente forma:

“Yo creo que..., para mí..., está pasando una fase de duelo... El duelo es..., la causa de los problemas no tiene motivaciones..., esa falta de motivación le hace que no tenga que levantarse a una hora...,no tiene nada que hacer...,ni para quien..., por encima se le suma el malestar producido por el duelo..., (acentúa con el golpe de la mano).” (P.042323M).

Al mismo tiempo y en segundo lugar, participantes de primer y tercer curso definieron el problema, vinculado con un con una teoría **biomédica**, al explicar que lo que le sucedía al protagonista del caso a estudio era una depresión. Localizamos diferencias entre las respuestas ofrecidas por los participantes, así por ello, mientras que para algunos *la falta de actividad* fue la responsable de ésta situación:

“Creo que tiene una depresión por falta de actividades..., bueno..., llevaba una vida muy activa en familia, y ahora de no tiene más ocupación..., no tiene incentivos de seguir viviendo.” (P.010522M).

Para otros, fue la *jubilación* el factor clave en la depresión del protagonista del caso a estudio:

“Ha entrado en una especie de depresión debido a los cambios tan radicales que ha tenido en su vida, la pérdida de su mujer, jubilación, cambio de barrio y la pérdida de contacto con sus hijas.” (P.010217M).

Otro grupo de participantes, interpretó la condición de salud del protagonista del caso a estudio, desde una teoría vinculada con la **ocupación**. En ésta, con las respuestas de los participantes de tercero y cuarto, aparecen dos sub-categorías. La primera relacionada con *el desequilibrio ocupacional* y la segunda con *las alteraciones en el desempeño*. En cuanto al *desequilibrio ocupacional* los participantes presentaban las siguientes respuestas:

“Creo que tiene un desequilibrio no sé muy bien definirlo..., diría que tiene un desequilibrio en las ocupaciones..., porque eso es que emplea más tiempo en un área que en otra.” (P.031625H).

A la par, para otros participantes, el *desequilibrio ocupacional* fue consecuencia de problemas en las actividades:

“¡Hombre!..., algo sí que le pasa (se queda pensativo) creo que Modesto se encuentra en un desequilibrio ocupacional yo que creo que es por la afectación de diferentes áreas, me refiero, deja de hacer actividades... (se queda pensativo).” (P.030221M).

En cambio a la *alteración en el desempeño* fueron únicamente participantes de tercero y de cuarto, los que la describieron su narración de forma somera y sin profundidad:

“En el momento de leer el caso..., consideraba que tenía alterado el desempeño ocupacional puesto que no era independiente, no hacía actividades y no tenía un buen desempeño ocupacional..., ahora que lo vuelvo a leer..., considero que es lo mismo que puse en su momento (subraya y rodea conceptos en el texto).” (P.042821M).

En cuarto lugar, para interpretar los problemas de salud desde teorías supeditadas al **contexto**, percibimos diferencias en las causas que eran responsables de ésta situación, así por ello, mientras que para algunos participantes el fallecimiento de su mujer, fue la causante:

“Pois que..., tuvo un..., desequilibrio ocupacional a lo largo de su vida desde que se prejubiló..., luego tuvo situaciones vitales en su vida..., que hicieron que se fueran cambiando esas ocupaciones y esos roles..., primero por el fallecimiento de personas cercanas a él.” (P.030120M).

Para otros, *el cambio de residencia de sus hijas o del protagonista del caso a estudio*, fue la explicación que le dieron para comprender su problema de salud:

“(Movimientos oculares rápidos) se pasa que..., las hijas se fueron a vivir fuera, él no está acostumbrado, se le viene todo encima y agobiado y que no puede con todo.” (P.011718M).

“Creo que sus ocupaciones están alteradas, no existe un equilibrio real y no está satisfecho con su rutina diaria..., y eso repercute directamente en su estado de salud... es..., ahora está en otro espacio, en otro sitio que para él es desconocido.” (P. 040724M).

En quinto y último lugar, otra de las sub-categorías que emergió correspondió a la denominada *miscelánea*, en donde se agruparon aquellas respuestas, vertidas principalmente por los participantes de cuarto curso, y que de forma puntual y dispar aparecieron en sus discursos, a saber: *problemas con el orden, ruptura con las cosas, no le pasa nada*. En cuanto a los *problemas con el orden*, los participantes comentaban:

Tiene problemas en la organización, el desencadenante de todo es la soledad que presenta..., (da chasquidos con la lengua expresando disconformidad) la falta de ocupación.” (P.042621M).

En este caso, fueron los alumnos de cuarto curso, los que comentan que el problema de salud del protagonista del caso, fue la *ruptura con las cosas que antes hacía*

“Simplemente..., yo creo no una enfermedad, no un trastorno..., si no que ha cambiado las cosas que hacía..., ha sufrido una ruptura con las cosas que hacía antes..., pues eso, le crea malestar e insatisfacción.” (P.042921M).

Por último, sorprendentemente, mencionar que algunos participantes, destacaron la *ausencia de problema* de salud en el caso:

“...(risa en búsqueda de una complicidad) a Modesto no le pasa nada..., claro...,eso no es un problema...,no viene dado por nada...,no sabría decirte..., Modesto está así por la muerte de su mujer...pero pasarle no le pasa nada.” (P.040521M).

b) Concepción teórica

Por otra parte, las narrativas de los participantes se circunscribieron a diversos postulados (ver anexo 24). En éstos, pudimos detectar el andamiaje teórico sobre el que se asentaban a la hora de interpretar el problema del caso a estudio (ver figura 40).

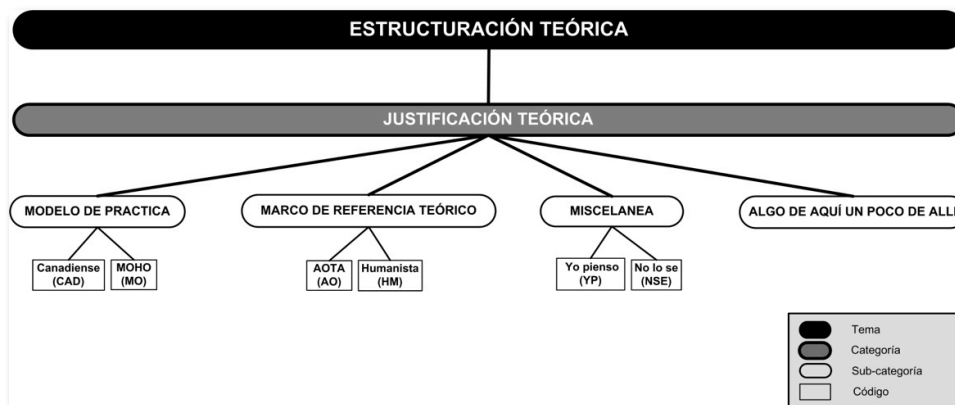


Figura 40. Diagrama CAT justificación teórica (anexo 32)

Fuente: elaboración propia. Para comprensión de la figura, se recomienda la lectura siguiendo un orden descendente. Diagrama la categoría *justificación teórica*, junto a sus sub-categorías y sus códigos. CAT: categoría

En primer lugar, algunos participantes de tercero, detallaron respuestas que dieron lugar a la aparición de la sub-categoría **modelo de práctica**. Estas respuestas, se asentaron sobre propuestas teóricas propias de la disciplina: “*el modelo canadiense*” y “*el modelo de ocupación humana*”:

“Todo esto te lo explico desde el canadiense..., más o menos si..., todo ello por que utilicé ambiente social...,” (P.030920M).

“Desde el Modelo de Ocupación Humana...,quizás inconscientemente desde ese modelo...,conscientemente estoy dando mi opinión..., no estamos acostumbrados, estamos acostumbrados a que nos planteen un caso, y nosotros decimos...creo que le pasa esto..., pues creo que le pasa eso..., no nos ponemos bajo un modelo o teoría concreta..” (P.030221M).

En este caso, hubo participantes que de forma errónea, definieron el *marco humanista como modelo humanista* para dar respuesta al problema del estado de salud del caso de esta investigación.

“Nada de teoría, utilicé el modelo humanista..., la depresión le llega porque su mujer muere y con la depresión tiene problemas de insomnio..” (P.032621M).

En segundo lugar, respuestas de participantes de tercero y cuarto, situaron el problema de salud del caso a estudio en torno a estructuras teóricas compartidas con otros profesionales, así de esta forma surgió la sub-categoría denominada **marco de referencia teórico (MRT)**, en la que se evidencia un solo MRT, el *marco de referencia teórico humanista*:

“Teoría..., mira el caso clínico..., ahora mismo no sé qué decir..., lo que te expliqué te lo dije porque lo pensaba..., para mí lo que te expliqué te lo expliqué desde un marco humanista..., pero no sé..., dudo.” (P.031220M).

Además, y aún sabiendo que el marco de la AOTA, no es un MRT, común a otros profesionales, lo situamos en esta sub-categoría, al ser denominado por los participantes como tal:

“ (Risa nerviosa) te hablo desde el marco de la AOTA... porque estoy nombrando las siete áreas..., podría haber elegido el canadiense, pero lo hice desde la AOTA..., porque están más diferenciadas.” (P.030623M).

En tercer lugar, tuvo lugar una agrupación de respuestas de participantes realizándose al amparo de la sub-categoría **miscelánea**. Ésta contenía justificaciones teóricas que no se correspondía a ninguna de las anteriores. Principalmente, los participantes de primero y alguno de tercero/cuarto, utilizaron la expresión *“lo que yo pienso”* para argumentar teóricamente problema de salud del protagonista del caso a estudio, sin encontrarse su explicación en teórica fundada más que en suposiciones personales:

“Alguna teoría (se queda pensativo mirando a un punto fijo del papel) como ¿qué teoría? non dimos moitas cosas relacionadas con esto en realidad. Lo reconozco por lo que yo sé de fuera... no estoy al 100% segura pero creo que puede ser por lo que deduzco yo creo que es una depresión.” (P.010718M).

La expresión *“yo no lo sé”*, fue utilizada de forma puntual por alumnos de los tres cursos, ante la imposibilidad de circunscribir a una teoría lo que le sucedía al protagonista del caso a estudio.

“¿Cómo teorías?...¿qué es eso?... (mira asombrada) haber no estoy muy familiarizada..., pero ¿podría ser..., un diagnóstico ocupacional?, porque busco la causa que sería la depresión que le influye en las áreas del desempeño...,no tengo teoría..” (P.032520M).

“¿Te estás refiriendo a modelo de práctica? no acabo de entender que se pueden mezclar unos y otros..., nos dicen los profesores que se pueden mezclar... lo podría resumir desde un marco humanista..., (expresa incertidumbre en sus palabras) ¿no? supongo..., los profesores siempre me dicen que tengo que explicar todo desde un marco humanista no me lo dejan claro, haber me estoy centrando en el sujeto... yo no lo sé.” (P.042323M).

Para finalizar, la cuarta sub-categoría, se denomina **algo de aquí un poco de allí**, y durante toda la entrevista, aparecieron de forma constante comentarios de los participantes a referencias de clases magistrales, ofrecidas por los docentes. El uso de la expresión “*me lo dijeron en clase mis profesoras*” o similares, aparecía en un afán de justificar partes de su discurso. Así por tanto, y en palabras de los participantes, supuestamente, los docentes generaron una marcada influencia sobre los participantes en aspectos relacionados con la teoría. En algunos casos *imponiendo* una estructura teórica, en otros *recomendando* no usar otra, en algunos ofreciendo la posibilidad de *mezclar* varios aspectos teóricos, todo ello generó en el participante una cierta confusión, que se reflejó en:

“Un poco el marco de la AOTA..., por todas las áreas y el MOHO por la influencia del ambiente..., utilicé una parte para las áreas y otra para el ambiente, porque me gusta así... menuda mezcla (desciende el tono de voz)” (P.030720M).

“Utilizo mi propia teoría..., creo que no basé en nada de lo que estudié..., por ejemplo del MOHO sí que utilizo la motivación..., que Modesto le hace falta..., del Canadiense cuando hablaba de considerar a la persona como un todo..., creo...,aunque no se pueden mezclar cosas...,es lo que nos recomiendan los profesores en clase...,que cojamos algo de aquí y algo de allí (disminuye el tono de la voz llegando a convertirse en un susurro).” (P.041623M).

“¿Te estás refiriendo a modelo de práctica? Yo los modelos y marcos estoy bastante..., los mezclo todos...,nos dicen los profesores que se pueden mezclar..., todo lo que te dije creo que lo podría resumir desde un marco

humanista..., (expresa incertidumbre en sus palabras) ¿no? supongo..., los profesores siempre me dicen que tengo que explicar todo desde un marco humanista..., yo no lo tengo claro..., no me lo dejan claro... y claro acabo mezclando.” (P.042621M).

“Hay mucho conflicto con que utilizar, según el profesor, hay conflicto en mí, porque unos me dicen que el marco de la AOTA, otros que no..., yo necesito uno para recoger información, al final acabo pillando un poco de uno y un poco de otro.” (P.042720M).

“Nos dijeron en clase los profesores que decir lo que le pasa a una persona y explicarlo así es muy mecanicista...,yo pienso que, los marcos y modelos están bien fundamentarlos...,pero lo que pasa que yo cuando voy a trabajar con una persona..., pincho en mi cabeza voy a trabajar con esta persona desde el canadiense..., el humanista. Yo no entendí los paradigmas, ni los marcos, ni los modelos, no los supieron explicar..., estoy muy descontenta..., y sinceramente tenemos un batiburrillo en la cabeza, ¿tendremos que explicar lo que sucede? pero eso nos dicen que es mecanicista, si tuviera que fundamentar mi discurso en algo, lo explicaría desde el marco de trabajo, al final sabes... acabo mezclando todo.” (P.041224M).

“Desde un modelo holístico..., quizás un enfoque desde el marco canadiense..., más bien...,paradigma contemporáneo...,pero el modelo no lo tengo claro (abre ambas manos al mismo tiempo para indicar desacuerdo y malestar) me baso en describir lo que le sucede a Modesto..., es que tengo un batiburrillo en la cabeza, intenté explicar lo que le pasa a Modesto..., en función de lo que he leído (curva los labios)...,aunque no se pueden mezclar cosas...,es lo que nos recomiendan los profesores en clase...,que cojamos algo de aquí y algo de allí (disminuye el tono de la voz llegando a convertirse en un susurro).” (P.041121M).

6.3.1.1. Notas de campo

En este caso, la agrupación de notas del cuaderno de campo recogidas durante y al finalizar las entrevistas, vertieron los siguientes datos en cuanto a anotaciones de corte metodológico:

“Cada alumno entra de forma individual a la entrevista, han sido convocados dándole una hora aproximada. Los alumnos de este curso entran en el aula decididos, sin apariencia de nervios, interactúan conmigo realizando preguntas simples y poco personales. No se extrañan de ver una grabadora en la mesa, a algunos de ellos les entra una risa «floja», pero rápidamente todos se olvidan de que está ahí. Durante la entrevista, hay silencios en cada pregunta, al principio son silencios tensos, posiblemente no están seguros de sus respuestas, buscan durante toda la entrevista mi aprobación, bien ocularmente o través de preguntas directas. Las entrevistas han finalizado siempre preguntándome si habían resuelto bien el caso, si sus compañeros lo resolvieron de esa forma y si esa sería la más acertada. Salen del aula sin estar convencidos de sus respuestas, algunos de ellos comentan estar exhaustos y agotados.” (NC4M).

“Los alumnos de primero se encuentran todos en una misma aula antes de dar inicio a las entrevistas. Se encuentran nerviosos y así lo expresan verbalmente, refieren que nunca antes habían hecho una entrevista y tienen miedo a no saber contestar a las preguntas, refieren “estar aterrizando” en la carrera. En algunos casos, entran en el aula, con el móvil en la mano, lo ponen encima de la mesa produciendo que tanto ellos como yo en un primero momento nos quedemos mirando tanto para el móvil como para la grabadora. Leen atentamente el caso clínico, lo hacen varias veces, subrayan datos, hay participantes que entran con el estuche para subrayar en diferentes colores manifestando que les ayuda a comprender el texto. La mayoría de ellos, miran a su alrededor nunca antes habían estado en esa aula. Siento que viven la entrevista como un examen, pero aún así se sienten dispuestos a colaborar, a priori su pensamiento no está sesgado por opiniones de otros docentes.” (NC1M).

“Estos alumnos han sido los últimos y mientras se han realizado estas entrevistas también se realizaron entrevistas a los alumnos de primer curso. Se ha intentado crear un ambiente que favoreciera el razonamiento, siendo mi papel el de mediador o indagador más que el de transmisor de conocimientos. Me preguntan por qué tomo anotaciones mientras hago la entrevista, algunos participantes incluso miran de reojo el cuaderno donde tomo las notas, les comento que tomo notas de campo, aunque ya se lo comenté al principio de la entrevista, ellos me comentan que así, se

sienten analizados. Tomo la decisión de dejar de tomar notas durante la entrevista y hacerlo al finalizar cada una de ellas.” (NC3M).

En el plano teórico, las anotaciones realizadas, se estructuraron en:

“Los alumnos, en su mayoría, no han sido capaces de generar las ideas centrales del caso desglosando mentalmente cada pregunta de la entrevista que se le estaba formulando. Han utilizado las mismas argumentaciones longitudinales a lo largo de la entrevista. No ha habido debate en ninguna de las entrevistas porque únicamente había una sola perspectiva. Los participantes no han establecido conexiones entre dos o más unidades de conocimiento o hechos no relacionados aparentemente, creo que muchos de ellos no comprendieron el caso, quedándose en la superficialidad del mismo. Pocos exponen preguntas al «aire», salvaguardaban sus respuestas implicando alguna clase de juicio.” (NC4T).

“Exploran la información si hacer referencia a ningún autor de la disciplina, no relacionan respuestas con prácticas profesionales, tampoco relacionan sus respuestas con acontecimientos prácticos que han visto.” (NC1T).

“Los alumnos de tercero han sopesado más mis preguntas, intentado en todo momento explorar suposiciones y fuentes con preguntas tipo ¿cuál es el supuesto? ¿por qué alguien diría o haría eso? Son capaces de explicar los problemas en el desempeño de forma muy superficial, sin hacer mención a un componente explicativo. Sorprende que no lo vinculen a teorías concretas. Les cuesta mucho reconocer información y agruparla en formas teóricas. Algunos comentan que se notan que evolucionaron mucho a nivel teórico, aunque a la mayoría se les nota dificultad para vincular conocimientos teóricos con datos de la práctica del ejercicio. Es decir y por poner un ejemplo, interpretan la información que leen, desde un tipo de teoría, normalmente suele ser biomédica o psicológica, pero ellos no son conscientes, y aseguran que su pensamiento es humanista. Algunos, reconocen su escaso control teórico y hacen referencia a que no les explican como un modelo de práctica les ayudaría a estructurar el pensamiento. Ante esa situación, ahora es comprensible que no desgranen el desempeño ocupacional en un CPD y un CPE.” (NC3T).

Para finalizar, las notas tomadas de corte descriptivo fueron:

“Es la primera vez que realizo las entrevistas y este curso ha sido seleccionado como el primero simplemente por la disponibilidad que tenían los alumnos. Los he citado en un aula neutra, en ella no imparten clases sino que realizan talleres. Posiblemente es descrita por alumnos como un aula de paso, es fría y sin personalidad pero lo suficiente neutra y luminosa para realizar las entrevistas de una forma cómoda debido a que no es un lugar de tránsito. Sus paredes están caracterizadas por objetos cotidianos

sin embargo, en una de ellas hay un gran ventanal enfocado hacia un tanatorio, sus vistas son peculiares para un entorno académico. Este ha sido el lugar seleccionado para realizar todas las entrevistas, no se ha querido cambiar ni transformar el espacio con el objeto de que éste no pueda influir en las respuestas dadas. Las entrevistas fueron realizadas en el franjas horarias similares, con el objeto de que fuera al igual que el espacio una propiedad inamovible para todos los participantes”. (NC4D).

“Su cara denota una tensión elevada durante toda la exposición, en ocasiones les tiemblan las manos y la voz. Tienden a tocarse el pelo constantemente y muchos buscan reafirmar con una mirada lo que dicen. Algunos, se muestran más relajados, aunque su tono de voz es débil. Comienzan sus respuestas con decisión, pero en cuanto avanzan en su discurso, su tono de voz desciende, en ocasiones es imperceptible. Otros, en cambio se muestran confiados, y con una cierta osadía, no tienen tanto miedo a confundirse, aun no tienen teoría que estructure su pensamiento, pero sus respuestas son certeras y casi se convierten en sentencias. Se arriesgan mucho al asegurar respuestas llenas de opiniones personales con la certeza de que son teóricamente irrefutables. Referente a las preguntas que han realizado con el fin de explorar más el caso se han centrado en la indagación, preguntas ordinarias, cerradas. Además, han usado otras con fin de clarificar, por ejemplo: ¿qué quieres decir con eso?, ¿podrías darme un ejemplo? O con el de investigar las evidencias ¿en qué criterios basas este argumento?”. (NC1D).

“Sus explicaciones son extremadamente teóricas en ocasiones abstractas y llenas de parafrasear conceptos de la disciplina pero sin llegar a que estos confluyan en explicaciones concretas y llenas de sentido a la hora de interpretar los datos.” (NC3D).

6.3.1.2. Resumen del apartado

Durante el anterior apartado, podemos concretar que los participantes, mostraron diferentes formas de interpretar los problemas de salud, donde predominan las teorías y conceptos comunes a otras disciplinas, versus las teorías propias de la terapia ocupacional. Todas estas interpretaciones las construyeron bajo pobres andamiajes teóricos, con predominio de la confusión en la que la formación docente no les ayuda a resolver este caos.

6.3.2. Organización del conocimiento durante el razonamiento diagnóstico

Comprender como se estructura la información obtenida, facilitó la percepción del establecimiento de sus razonamientos. Con las respuestas (ver anexos 25 al 28) se conformaron dos temas (ver figura 41).



Figura 41. Diagrama TEM y CAT organización del conocimiento (anexo 33)

Fuente: elaboración propia. Para comprensión de la figura, se recomienda la lectura siguiendo un orden descendente. Diagrama temas y categorías surgidos en el apartado *organización del conocimiento durante el razonamiento diagnóstico*. TEM: tema. CAT: categoría

6.3.2.1. Tema 1: diagnóstico ocupacional

Fue aquí, (ver figura 42) donde se obtuvo información de cómo el participante **estructuraba el diagnóstico ocupacional** (ver anexo 25) resultante de su razonamiento.

a) Estructura diagnóstica.

Los participantes del estudio, dieron lugar con sus respuestas a esta categoría (ver anexo 25).

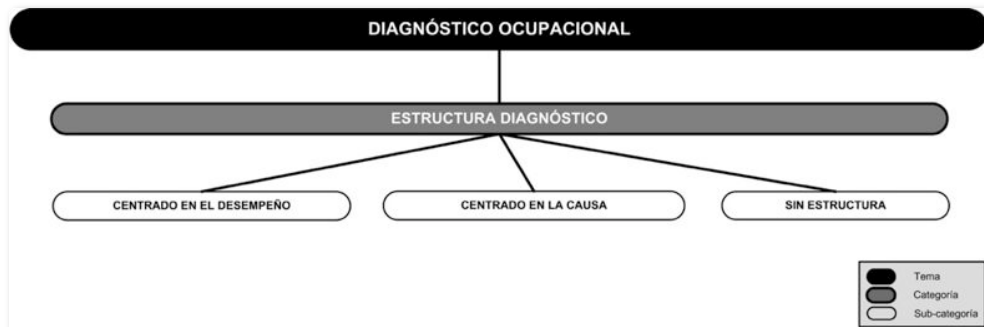


Figura 42. Diagrama CAT y SUBCAT tema DGTO OCUP (anexo 34)

Fuente: elaboración propia. Para comprensión de la figura, se recomienda la lectura siguiendo un orden descendente. Diagrama de categorías y sub-categorías del tema *diagnóstico ocupacional*. CAT: categoría. SUBCAT: sub-categoría

Destacó la escasa comprensión de la estructura de razonamiento diagnóstico. Aparece una segmentación de la interpretación del caso a estudio. Los participantes no son capaces de agrupar los datos de forma clara para explicar los problemas del desempeño. De esta forma, algunos, expusieron con detalle los problemas del desempeño, centrándose solo en *la causa*, otros solo en el *desempeño*. Incluso, algunos mostraban una *falta de estructura*, a la hora de realizar el razonamiento diagnóstico (ver figura 43).

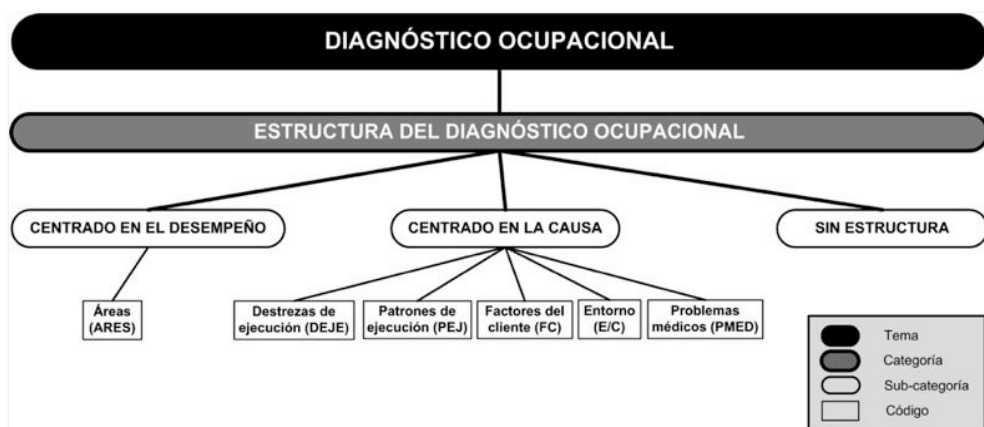


Figura 43. Diagrama CAT DGTO OCUP (anexo 35)

Fuente: elaboración propia. Para comprensión de la figura, se recomienda la lectura siguiendo un orden descendente. Diagrama de la categoría *estructura diagnóstico*, junto a sus sub-categorías y sus códigos. CAT: categoría. DGTO OCUP: diagnóstico ocupacional

Algunos participantes, nombraban exclusivamente como el protagonista del caso a estudio, tenía **problemas en el desempeño**. En este caso, estaba ausente la profundidad de análisis, ya que la respuesta del problema en la realización de actividades, se circunscribía exclusivamente al área donde supuestamente había problemas. Aparecía una descripción somera del caso, con ausencia de relación entre una actividad comprometida, el área nombrada o el vínculo con la causa que generaba tal situación.

“Mis profesoras, me dicen que solo tengo que nombrar el área, ya que el resto es adornar el caso, y que con que diga que tiene problemas en tal área sobra.” (P040521M).

“Yo con decir el área con problemas, en el caso de que los tenga, me sobra, para que más..., con el área ya sé como intervenir..., y eso es lo que nos dicen en clase que hagamos... me dicen... localiza el área e intervén.” (P043122M).

Así, las respuestas que más aparecieron, entre los integrantes, se vincularon a dar respuestas de problemas en el desempeño, nombrando exclusivamente, “las supuestas” áreas comprometidas en el protagonista del caso a estudio:

“Supuestamente sus ocupaciones se han visto interrumpidas..., si tengo que hacer hipótesis, hubo una ruptura de las áreas, pues las instrumentales se ven afectadas.” (P.030420M).

“Tiene problemas en sus ocupaciones..., creo... por qué no lo tengo claro, que supuestamente tiene problemas en el ocio, la participación, las actividades de la vida diaria. Tiene comprometida las instrumentales, el descanso y sueño, la participación social y el ocio.” (P.030321M).

“Creo que..., supuestamente, al perder la participación social..., motivó a que Modesto no le queden ganas de hacer absolutamente nada.” (P.041121M).

“Tiene un desequilibrio ocupacional en las básicas, instrumentales y participación social..., viene condicionada por su condición actual..., seguro que tiene trastorno físico y psíquico.” (P.043320M).

Por otro lado, algunos participantes solo explicaban lo que sucedía, desde **la causa**, sin vincularlo al desempeño ocupacional. Las respuestas que más aparecieron, entre los integrantes de tercer y cuarto curso, fueron:

“Yo no me tengo una estructura clara, solo explico la causa de lo que le sucede a Modesto, no tiene sentido hacer nada más.” (P032221M).

“Lo que le sucede, no lo sé, pero si te puedo explicar que es porque no tiene a su familia cerca.” (P042821M).

En ese caso, los participantes, exclusivamente detallaban en primer y único lugar las explicaciones relacionadas con las **causas** del problema del protagonista del caso a estudio. Estas, respuestas carecían de una explicación que vinculase actividades y causas. Parece que el análisis del desempeño lo realizaban solo focalizando en la causa del mismo. en:

Destrezas de ejecución:

“¿Soy yo la única que lo ve?..., no sabe hacer nada, no tiene capacidad para hacer nada de casa, te das cuenta que no sabe hacer nada, eso es lo que le pasa.” (P042022M).

Patrones de ejecución:

“Tiene una desestructuración de sus hábitos de sus rutinas y que no es capaz de orientar su vida una vez que se ha jubilado y que se ha muerto su mujer.” (P.041224M).

Factores del cliente:

“Decir que tiene un problema es muy relativo..., (risa nerviosa) tiene un problema porque no está contento como está, no está feliz..., que no sepa planchar..., que no sepa cocinar..., no es un problema en el desempeño..., pero si en los valores.” (P.042720M).

Entornos y contextos:

“Lo que te dije antes..., está triste por el cambio de sus hijas.” (P.030221M).

“Creo que lo que le pasa es que tiene problemas en los contextos (durante unos minutos está en silencio mirando fijamente para el texto), el entorno social.” (P.030623M).

Cuadro médico:

“la causa de todo tiene que ver con su depresión, se siente triste, no hace nada..., muy mal.” (P.011018M).

“tiene una demencia de libro.” (P.041623M).

De las respuestas de los participantes, apareció la tercera sub-categoría en donde se denotaba **una falta de estructura** a la hora de construir el diagnóstico ocupacional, al menos el discurso que utilizaron los participantes, estaba lleno de alusiones a palabras de sus profesores en cuanto a la *no elaboración de un diagnóstico ocupacional*, e incluso relacionadas con la *no necesidad de realizar hipótesis* a la hora de explicar las dificultades en el desempeño ocupacional:

“Formular hipótesis..., me hace ser cuadrículada..., es lo que me dicen en clase. La ocupación te llena y estás implicado..., te proporciona bienestar esa es mi hipótesis porque hablo de la ocupación... al menos eso es lo que me dicen mis profesores en clase. En cuanto a hacer un listado, eso no es cosa mía ni de terapeutas ocupacionales..., eso nos dicen en clase los profesores, yo solo tengo que trabajar con él. ¿Hipótesis? ¿hipótesis inicial? Había una ruptura de las ocupaciones..., lo que no me atrevo a decir...es decir causa-efecto ¡no! Lo que me dicen los profesores es que la causa-efecto., quiere decir que si a una persona le pasa lo mismo..., tendría el mismo efecto y desde mi punto de vista no creo que tenga que ser así.” (P.042921M).

“Depende de que profesor tengo que hacerlo de una forma o de otra, aquí nos dicen que tenemos que hacer una conclusión de la evaluación pero el diagnóstico ocupacional no es eso..., claro entre tantos profesores diferentes nos dijeron tantas cosas diferentes. Hay algunos que no te aclaran como harían esta parte, incluso algunos no te dejan hacerlo pero el diagnóstico ocupacional no te dejan ni ponerlo. Si yo pongo diagnóstico ocupacional se que algunas profesoras me lo van a tachar y encima me van a suspender Le digo a una persona que le pasa una cosa y es consecuencia de un entorno..., esto ya no es tan reduccionista porque es comunitario, tampoco les vale..., dicen que no tengo que poner nada de por qué le sucede..., porque eso es mecanicista y que no es terapia ocupacional.” (P.042621M).

Incluso, supuestamente, relatan ciertas imposiciones por parte del docente, de *no hacer hipótesis, ni diagnóstico ocupacional* en los momentos que se tenga que resolver un caso a estudio.

“Yo no soy nadie ni tengo los conocimientos para decir un diagnóstico, es más a mi me dicen en clase los profesores que no lo tengo que hacer.. Saber lo que pasa a Modesto no es lo mismo que hacer un diagnóstico, mis profesoras me dicen que no tengo que hacerlo. Como terapeuta ocupacional, no podré hacer hipótesis, ni diagnóstico, ¡no!, mis profesoras que es muy reduccionista, yo digo que tienen problemas en la ocupación ya sobra..., eso es lo que me dejan hacer en clase..., decir las áreas..., pero nada más.” (P.030720M).

“Es una interpretación subjetiva no creo que me base en modelo alguno..., (risas)..., eso nos dicen en clase los profesores que no hay que razonar..., aunque quizás esté hablando desde una teoría humanista que es la que dicen los profesores que es la que tenemos que decir..., también nos dicen los profesores..., que al intentar categorizar cosas..., tenemos una parte más médica..., nosotros no hacemos hipótesis (mira fijamente intentando buscar la aprobación a sus palabras).” (P.042323M).

6.3.2.2. Tema 2: procedimiento de evaluación inicial

En esta ocasión, las respuestas de los participantes (ver anexo 26 al 28), facilitó que apareciera éste bloque. Sus contribuciones se fundamentaron en el **proceso, los métodos y las herramientas** para la obtención de datos durante el procedimiento de evaluación inicial (ver figura 44).



Figura 44. Diagrama CAT y SUBCAT del tema PROEOI (anexo 36)

Fuente: elaboración propia. Para comprensión de la figura, se recomienda la lectura siguiendo un orden descendente. Diagrama de categorías y sub-categorías del tema *procedimiento de evaluación ocupacional inicial*. CAT: categoría. SUBCAT: sub-categoría. PROEOI: procedimiento de evaluación ocupacional inicial

a) Proceso de recogida de datos

Para poder cumplir con la tarea de elaborar una evaluación inicial y de esta forma confeccionar un diagnóstico ocupacional, existen varios pasos que no podemos obviar. En este caso los participantes del estudio, con sus respuestas (ver anexo 26) facilitaron la creación de tres sub-categorías para éste proceso (ver figura 45).

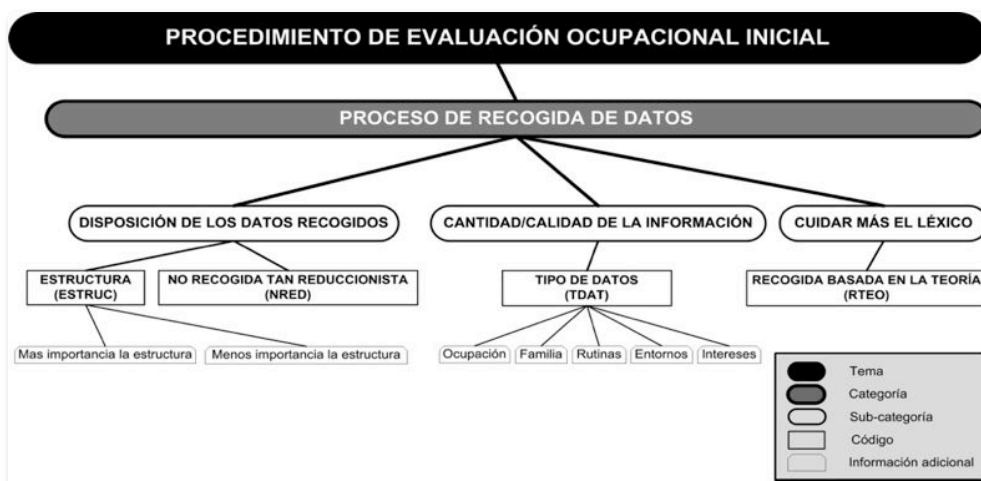


Figura 45. Diagrama CAT PROEOI (anexo 37)

Fuente: elaboración propia. Para comprensión de la figura, se recomienda la lectura siguiendo un orden descendente. Diagrama de categoría *proceso de recogida de datos*, junto a sus sub-categorías y sus códigos. CAT: categoría. PROEOI: procedimiento de evaluación ocupacional inicial

La sub-categoría **disposición de datos recogidos**, aunó la creencia de los participantes sobre la *estructura y la forma* de los datos logrados. Destacar que los participantes, mostraban una cierta confusión en la necesidad de establecer una *estructura de los datos obtenidos*. Algunos otorgaban relevancia a mantener una estructura, considerándola importante para procesar la información posteriormente:

“Tendría que tener un orden, es importante que los datos estén ordenados para no mezclar. Aunque me gusta la narración, necesito tener un orden para no olvidarme de los datos que recojo.” (P.031625H).

“Escribir con esta estructura si lo consideraría y lo dejaría..., utilizaría la AOTA. Lo estructuraría por partes que resuman toda la información, para que otros pueda verlo más fácil..., y no tenga que leerse el documento entero.” (P.043122M).

Al mismo tiempo, otros, mostraban algo de confusión al darle *menos importancia a la estructura de recogida de datos*:

“Creo que no haría algo estructurado..., creo que la evaluación ocupacional inicial debería reflejar sus sentimientos. Hay que dejarlo un poco al aire, yo creo que generar una estructura limita, todo esto lo sé..., tras contacto con profesores, tras las clases teóricas que recibo me insisten mucho que no hay que tener un esquema tan definido.” (P.040521M).

Éste caos descrito con anterioridad, se vinculó a la maraña de información que presentaban, según ellos, por lo que supuestamente se decía en clase. Ante esta situación, los participantes comentaban que recoger datos y documentarlos de forma estructurada o sistemática era un error, al menos eso es lo que, supuestamente dicen recibir en sus clases. Por tanto todo lo que sea estructurar o sistematizar la recogida de datos, se convirtió según ellos en una *recogida reduccionista*, tal y como supuestamente les enseñan en la docencia presencial. Este falso reduccionismo que detallan, incluso lo asocian a tener mente cuadrículada, aspecto del que huyen en todo momento.

“Lo veo muy reduccionista, muy cuadrículado, esto es muy reduccionista..., (mira el caso a estudio)...., mis profesoras me insisten mucho que hacer tanta estructura no es bueno, que te vuelves

reduccionista...., yo no quiero ser reduccionista, en contraposición están los holísticos...., yo quiero ser de esos... no creo que la evaluación deba estructurarse, además...., (señala el caso)... fijate... antes recogí información sobre las instrumentales... y mira el orden que tiene... es horrible, todo encasillado por áreas, y actividades...., ahora lo veo más grande..., al estudiar comunitaria ya no haría eso... apuntaría lo que le gusta y lo que quiere... nada de buscar problemas... nada de cuadrricular... nada de ser reduccionista.” (P.041224M).

Al mismo tiempo, otros participantes comentaron que en la realización del informe de evaluación inicial de terapia ocupacional, espacio donde se agrupan los datos obtenidos durante el proceso de recogida de información, se les enseñaba que *no debía tener una estructura concreta*, ya que eso generaba nuevamente “reduccionismo”. La recomendación que se les realizaba, *era que hicieran un “remix” de datos evitando de esa forma tener una estructura tan definida*, ya que según palabras de los alumnos, en alusión a la enseñanza docente, “la cuadrícula de la estructura es reduccionismo puro”:

“Primero me reuniría con él para establecer relación terapéutica..., si pero una entrevista no estructurada que él me pueda contar lo que él me quiera contar..., luego redactaría un informe de evaluación... como decirte...., que no sea estructurado..., eso es cuadrículado y reduccionista..., eso me lo dicen en clase las profesoras..., que el reduccionismo es malo.” (P.031720M).

“Creo que no haría algo estructurado..., creo que la evaluación ocupacional inicial debería reflejar sus sentimientos. Hay que dejarlo un poco al aire, yo creo que generar una estructura limita, tras contacto con profesores de prácticas..., de clase..., no hay que tener un esquema tan definido. No a todo el mundo se le puede aplicar el mismo modelo porque la filosofía de cada persona es muy diferente por eso aparece el modelo Kawa.” (P.040521M).

“Seguiría la misma estructura..., primero anamnesis, entornos, contextos..., pero no lo redactaría así..., pondría las cosas más redactadas, haría un remix, lo que nos dicen los profesores en clase..., eso además serviría para que otros puedan leer el informe..., pues facilitarle mejor la lectura, es decir no hablaría de cada actividad en cada área.” (P.043320M).

“Está muy estructurado..., yo creo que esto lo haría redactando, eso nos dicen en clase que no hay que ser tan cuadrulado..., que hay que ser mas narrativo. Yo hablaría en su contexto en general. Lo haría todo junto, más narrativo..., como nos dicen en clase las profesoras, más humanista no tan reduccionista, eso es terapia.” (P.042921M).

En segundo lugar, la sub-categoría de **cantidad y calidad de la información**, surgió, sobre todo en los participantes, de tercer y cuarto curso, donde denotaron la importancia de recoger menos datos de corte biomédico:

“¿Por qué tengo que poner yo lo depresión? interpreté los síntomas porque los reconocí y definí depresión porque lo estudié..., ahora no iría tanto a identificar síntomas.” (P.030321M).

“En lo que viene siendo la estructura de recogida de datos..., es muy médica, no tanto basarse en la sintomatología, si no en las actividades de la vida diaria cambiaría hacia una recogida de datos de carácter ocupacional.” (P.041121M).

O más inquietud por obtener datos sobre la *ocupación* del protagonista del caso a estudio, de la relación con su *familia*, sus *rutinas* o como eran sus *entornos* y sus *intereses*.

Ocupación:

“Me centraría más en la ocupación que aquí poco recogí.” (P.030623M).

Rutinas:

“Seguro que algo mas cambiaría pero ahora..., quizás las rutinas (dice mientras mira el caso a estudio) y no son beneficiosas para la salud y de las actividades que le gustaba hacer.” (P.030120M).

Entorno:

“Aunque quizás aumentaría más información sobre entornos..., aunque si no tengo la información tampoco puedo ponerlo.” (P.043122M).

Familia:

“De la relación con la familia, en estos meses, me di cuenta que el ambiente y el entorno es importante porque muchas veces dificulta mucho el desempeño, ya no solo físico si no de la sociedad.” (P.030720M).

Intereses:

“Saber cuáles son sus prioridades, aunque claro todo lo que te digo es información que no aparece..., todo debería estar en la recogida de datos..., pero claro si lo pongo ahí.” (P.043122M).

Por otro lado, en tercer lugar destacaron la importancia de **cuidar más el léxico** en sus informes, de esta forma, según ellos se daba más rigor a sus anotaciones:

“No utilizaré disfunción ocupacional porque creo que la persona no se divide en funciones y componentes, si no en todo. Utilizaría más desempeño que desequilibrio o disfunción, si lo miramos en la paradigma de la terapia ocupacional ¿esto es una evaluación?, ¿no? (mira el caso) cambiaría donde puse lo de mi evaluación, porque no es mía. Es importante que utilicemos léxico propio de nosotros, ¿no crees?” (P.031625H).

Incluso, algunos destacaron la necesidad de utilizar una *estructura teórica* para documentar lo que sucede.

“Intentaría recoger datos seguir un marco teórico, para este caso, no usaría el modelo de ocupación humana..., por qué no sabría hablar de los subsistemas, no tengo información ni formación para hacerlo, me basaría más en el marco de la AOTA y no en ningún modelo.” (P.031819M).

b) Métodos de recogida de datos

En esta categoría, los participantes produjeron cinco sub-categorías (ver figura 46), cuatro de ellas vinculadas a la recogida de datos, y una quinta que nada tiene que ver con el proceso de evaluación ocupacional inicial, ya que se circunscribía al proceso de intervención. La hemos situado en este nivel, ya que muchos participantes sorprendentemente la vincularon a la recogida de datos (ver anexo 27).

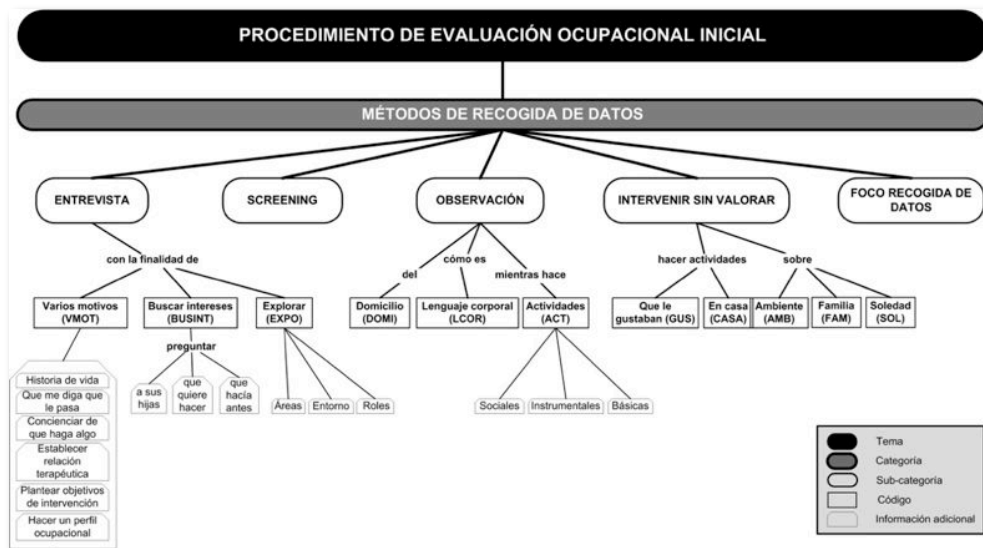


Figura 46. Diagrama CAT métodos de recogida de datos (anexo 38)

Fuente: elaboración propia. Para comprensión de la figura, se recomienda la lectura siguiendo un orden descendente. Diagrama de la categoría *métodos de recogida de datos*, junto a sus sub-categorías y sus códigos. CAT: categoría

En primer lugar, en cuanto a la **entrevista**, estaba presente con bastante repetición en cuarto, tercero y menos en los de primer curso. Los diferentes formatos de entrevista, reflejados en los participantes denotan la necesidad de interaccionar siempre con el protagonista del caso. En este caso la finalidad de la entrevista es variopinta. Por un lado algunos participantes utilizaban las *entrevistas por varios motivos, entre ellos para obtener datos sobre la historia de vida*:

“Primero haría una entrevista..., le haría una historia de vida..., es lo que nos dicen en clase las profesoras..., que nos narre cómo se siente ahora..., que piensa y que interioriza de su problema..., y luego establecer ya relación con él.” (P.030720M).

Por su parte, tan solo en cuarto curso, concretaron el uso de la entrevista en búsqueda de obtener un *perfil ocupacional*:

“En paralelo al ir a su casa..., un perfil ocupacional es donde considero las necesidades ocupacionales del usuario, lo haría recogiendo información con entrevista, si puede ser también de la familia o personas cercanas.” (P.042821M).

Incluso, algunas entrevistas se asociaban a *concienciar que haga algo*:

“Se le puede concienciar de la importancia de colocar su casa, planchar su ropa..., que se mentalice de que pueden venir a verlo a casa..., pues que la tenga limpia para eso..., así tiene la casa limpia.” (P.031220M).

Otros, en su mayoría los de tercer y cuarto cursos, entrevistaban en búsqueda de respuestas por parte del protagonista del caso a estudio de que *“que me diga que le pasa”*,

“Que me cuente de primera mano por qué se encuentra así y por qué le sucede, confiaría 100% en Modesto en lo que me dice.” (P.031625H).

“Saber su visión... no fiarme del informe solo para conocerle..., me interesaría saber que me dijera él que le pasa.” (P.041623M).

Así mismo, un número importante de participantes, concretaron el uso de la entrevista para generar *una relación terapéutica*:

“Mi entrevista sería para crear la relación de empatía..., si no me lo gano no tengo nada..., porque sabiendo lo que le sucede ya puedo trabajar con él(acentúa con el golpe de la mano)..” (P.041623M).

A la par, aproximadamente el mismo número de participantes, enfocaron sus respuestas a la necesidad de entrevistar para *plantear objetivos de intervención*:

“Consensuar con él los objetivos para alcanzar las metas establecer prioridades..., pero vamos utilizaría una entrevista para saber por dónde intervenir..., es más importante querer que poder.” (P.042720M).

En cuanto a las entrevistas sobre la *búsqueda de intereses*, los participantes lo circunscribían a *preguntar a sus hijas*:

“Habría con la familia..., les haría una entrevista,, podría hablar con familiares..., tener contacto con ellos..., les preguntaría para contrastar la información.” (P.012118M).

Incluso de forma regular los tres cursos, se mostraron interesados en entrevistar para preguntar al protagonista del caso *que hacía antes*:

“Preguntarle más afondo su vida como trabajador..., los intereses que tenía cuando trabajaba..., enseñándole las actividades del hogar, recogería en la entrevista datos sobre las cosas que le gusta hacer, con el objetivo de buscar ocupaciones que resulten productivas para él (mueve los ojos hacia arriba).” (P.010522M).

En su mayoría fueron los estudiantes de tercer curso los que utilizarían la entrevista para preguntarle a él que *quiere hacer* ahora:

“Pues hacerle una entrevista..., para ver qué cosas son importantes para él ahora mismo ¡hombre! lo ideal sería, ya lo puse aquí que se apuntase a un curso (mira fijamente intentando buscar la aprobación a sus palabras).” (P.010217M).

En cambio otros participantes, usaron la entrevista para *explorar*, en algunos casos el *entorno*, *las áreas del desempeño* o *los roles*.

“Me entrevistaría con él..., exploraría áreas que le puedan resultar de interés a raíz de la información que aparece en el caso clínico no podemos pautar una intervención porque no nos muestra que es lo que quiere, es lo que nos dice en clase las profesoras.” (P.040521M).

“Una evaluación con él..., una entrevista con el objetivo de evaluar o examinar profundamente los roles, tanto los que no hace como los que le interesaría hacer (mira fijamente a los ojos del entrevistador buscando la aprobación) ahora mismo,, no tienen roles..” (P.030120M).

“Una entrevista en su domicilio..., para observar el entorno..., donde se desenvuelve todos los días..., su actitud.” (P.030623M).

En segundo lugar, los participantes, relataron la necesidad de realizar un **screening** para la obtención de información. En este caso, el uso de recortes de revistas y dibujos del protagonista del caso a estudio, fue la fuente de recopilación de información propuesta.

“Buscar información con revistas, recortar cosa, palabras significativas para él, que dibujara algo..., de ahí también sacaría información, eso me lo dijeron en clase..., mi profesora..., me dijo que me fijara en lo que significa el dibujo, eso me serviría para saber información de él, de lo que siente,” (P.011820M).

La **observación** fue la tercera propuesta realizada. En este caso, los alumnos principalmente de tercer y cuarto curso, fueron los que más recurrieron a ella durante su discurso. Además aparecieron diferentes finalidades para el uso ésta. En el caso de la *observación del domicilio*, son los alumnos de cuarto, los que se precisan más datos de esta persona en el lugar físico donde pasa el día:

“Para observarle haría una entrevista en su domicilio, observar el entorno, su actitud..., para ver como se desenvuelve en su vida diaria.” (P.030623M).

Para otros, el objetivo de la *observación*, no era otro que *observar su lenguaje corporal*. Al parecer, dicha observación daría resultados de si el protagonista del caso a estudio, engañaba en su discurso mostrando otra actitud en su expresión corporal.

“A parte de la entrevista usaría la observación porque el lenguaje no verbal me daría más información que el verbal..., le observaría dependiendo un poco de cómo evolucionase la entrevista.” (P.041623M).

En cambio para otros participantes, la *observación* en esta fase, se ceñiría a obtener datos mientras *realiza actividades sociales, instrumentales o básicas*:

“Observación de las instrumentales con el fin de acabar interviniendo..., que vuelva a realizar ocupaciones o agenciarle un rol..., proporcionarle oportunidades para saber si acaba asumiendo un rol que a él le motive y ayudarle a salir de su vida..., para que sea más activa(disminuye el tono de la voz llegando a convertirse en un susurro).” (P.030120M).

“Mediante la observación de como se relaciona con la gente..., pero no tanto sobre los cuestionarios me parece que no recogen toda la información, estoy de acuerdo con mis profesores que dicen que no hay que pasara tantas evaluaciones y más intervenir.” (P.042720M).

En cuarto lugar, la sub-categoría que emergió en este nivel, correspondía a la **intervención sin valorar**. Como detallamos en párrafos anteriores, la incluimos en este nivel, por tratarse de un grupo de participantes, en su totalidad alumnos de primer curso y de forma llamativa algunos participantes de tercero y cuarto, los que mostraron un gran

desconocimiento al proceso de evaluación, situando la intervención en este procedimiento. Destacaron dos agrupaciones en este nivel tales como *hacer actividades que le gustaba y que haga actividades en casa*:

“(Relee nuevamente el caso, fija la vista en la pared) saber lo que le gustaba hacer..., lo que estaba siempre acostumbrado a realizar..., las que les gusta hacer, las que le interesa, pues intentar buscar alguna que le gustaba.” (P.011718M).

“Plantearle diferentes actividades que le pueda resultar interesante..., quizás enseñarle a cocinar..., primero tiene que sentirse bien consigo mismo.” (P.011018M).

Además en esta sub-categoría, los participantes, propusieron una intervención sin valoración, *sobre el ambiente*:

“Claro..., yo intentaría acercar a Modesto a una hija..., para que Modesto vaya haciendo cosas..., que su hija le enseñe, yo creo que modificando el entorno familiar Modesto mejoraría.” (P.010318M).

“Le busco a los vecinos para que hable con ellos, además mis profesoras me dicen que hable con los vecinos que hable mucho, que la participación social es buena..., aunque no tengas problemas en ella.” (P.030623M).

Sobre la familia:

“Que no esté tan solo..., yo trabajaría con la a familia.” (P.031819M).

O sobre la soledad, supuestamente padecida por el protagonista del caso:

“Intervendría sobre ese sentimiento de soledad y tristeza..., sería a lo que daría más importancia.” (P.010718M).

“Si la mujer muere..., y él no lo tiene superado... por mucho que le enseñes a cocinar creo que no lo tiene superado..., el resto no lo haría... yo trabajaría la soledad.” (P.042022M).

Incluso los participantes dicen que la influencia docente está tan marcada en sus discursos, que éstos, asumen los comentarios, supuestamente vertidos por docentes, vinculando técnicas de otras disciplinas como ejes de intervención de terapia ocupacional.

“Además hay muchas técnicas que las profesoras nos dicen en clase que se pueden usar por parte de los terapeutas ocupacionales..., muchas técnicas psicológicas que tendremos que hacer con él..., ya que si no las hacemos como parte de nuestro trabajo nunca mejoraría su salud.” (P.042022M).

Para finalizar, **el foco de recogida de datos**, estaba presente en todas las respuestas ofrecidas por los participantes. Esta situación, generó diversas formas de recoger datos, ya que gracias a los docentes se amplía la visión general del alumno, situando la exploración del entorno/contexto o ambiente en el que el protagonista del caso a estudio realiza su desempeño ocupacional, como clave a tener en cuenta:

“Recogería su historia de vida..., las ocupaciones significativas, que le gusta hacer y todo eso..., y si quiere hacer terapia, nos dicen en clase los profesores que hay que ir a su casa (hace un chasquido y agrega).” (P.012118M).

“Ayudando a que participe en la comunidad..., porque una cosa importante que nos dieron en clase las profesoras..., es que la participación social es muy importante en este tipo de usuarios..., más que otras cosas, relacionarse con otras personas es lo mejor.” (P.010718M).

“Recogería información de áreas..., y recogería información clínica e incluso información sobre lo que hay en sus entornos... exploraría áreas y recursos..., eso es lo mejor para la terapia ocupacional..., es lo que nos dice en clase las profesoras.” (P.040521M).

d) Herramientas de recogida de datos.

Como apoyo a los métodos descritos (ver figura 47), en la recogida de información, los participantes incorporaron el uso de herramientas de evaluación (ver anexo 28).

“Se le pueden pasar instrumentos de evaluación..., para saber un poco hacia donde pueden ir los objetivos de la intervención.” (P.030321M).

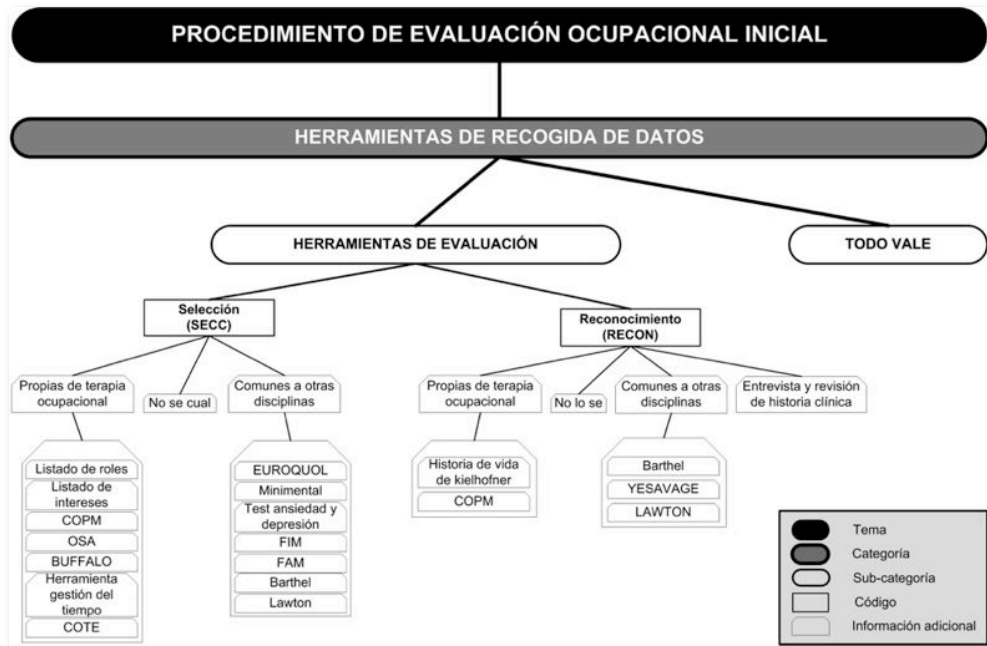


Figura 47. Diagrama CAT herramientas de recogida de datos (anexo 39)

Fuente: elaboración propia. Para comprensión de la figura, se recomienda la lectura siguiendo un orden descendente. Diagrama de la categoría *herramientas de recogida de datos*, junto a sus sub-categorías y sus códigos. CAT: categoría

En cuanto a las **herramientas de evaluación**, comentar que en esta sub-categoría, se agruparon las respuestas en dos niveles: *selección* y *reconocimiento de herramientas de evaluación*. En cuanto a la *selección de herramientas de evaluación*, los participantes de primero denotaban un claro desconocimiento de herramientas de evaluación, esto generó que tan solo aportaran datos en este nivel, algunos participantes de tercer y cuarto curso.

“¿Aquí? (señala la hoja del caso a estudio)..., no tengo idea..., los que redactaron este documento seguro que utilizaron alguna, pero yo no conozco ningún test de esos de terapia” (P.010318M).

Aunque, en este nivel de desconocimiento, también se encontraban bastantes alumnos de cuarto y alguno de tercero.

“No lo sé, seguro que alguna se puede utilizar, pero no recuerdo ninguna (risa nerviosa)..., ya sé que estoy en cuarto pero..., lo de las escalas no es lo mío...,” (P.042323M).

Ante esta situación, el resto de alumnos de tercero y cuarto, aportaron información de forma distinta, parece que se vincularon más a las herramientas que conocen, ya sean propias de terapia ocupacional o comunes a otras disciplinas, que al uso de las mismas en el caso a estudio.

“Yo de escalas utilizaría “un poco” el mini-mental..., Barthel..., Lawton..., COTE..., BUFFALO..., listado de roles de interés..., de depresión y ansiedad y más que no recuerdo cuantas más escala pase..., mas información aunque no se ajusten a Modesto alguna información me dará, aunque las escalas ahora mismo no sé muy buen para que se usan pero me las dijeron en clase los profesores.” (P.042821M).

Así, por tanto, en cuanto a la selección de herramientas para la obtención de información, y recopilación de datos que apoyen la construcción de hipótesis, destacar que las herramientas que más se repitieron en las entrevistas de los participantes de tercero y cuarto fueron en su mayoría y por orden de mención: *el listado de intereses y roles, Lawton, COPM y Barthel.*

“Se le pueden pasar instrumentos de evaluación..., el listado de intereses y roles..., para saber hacia dónde pueden ir los objetivos de la intervención.” (P.030321M).

“(risa nerviosa) Lawton para actividades instrumentales por que no sabe cocinar.” (P.030623M).

“Utilizaría la COPM..., también me gustaría usar las del MOHO..., pero no sé si se puede usar, no sé si es compatible el listado de roles, el listado de intereses.” (P.031625H).

“(Risa distendida y no controlable) Pasaría la COPM para ver su perfil..., me cuesta pensar” (P.042621M).

“Utilizaría el índice de Barthel para saber cómo es el desempeño en estas áreas..., aunque no tengo idea si el Barthel estaría bien para él..., aunque yo lo acabaría pasando aunque no tenga problemas..., eso nos dicen en clase..., que pasemos que pasemos.” (P.030822M).

Además de éstas anteriormente detalladas, los participantes en menor medida seleccionaron las siguientes: *FIM, FAM, OSA, BUFFALO, COTE, herramienta de gestión del tiempo, mini-mental, EUROQUOL.*

“Escala FIM porque el Barthel no me gusta. Luego si utilizo algún modelo las propias del MOHO..., aunque si utilizo la AOTA..., (mueve los ojos hacia arriba) utilizaría escalas como la FIM o el FAM.” (P.030720M).

“Quizás tenga que cambiar mi fundamentación teórica y utilizar la OSA.” (P.030822M).

“Yo de escalas utilizaría un poco el mini-mental..., Barthel..., Lawton..., COTE..., BUFFALO..., listado de roles de interés..., de depresión y ansiedad y más que no recuerdo... cuantas más escala pase mas información tengo... aunque no se ajusten a Modesto alguna información me dará, aunque las escalas ahora mismo no sé muy bien para que se usen.” (P.042821M).

“Otra de calidad de vida EUROQUOL..., sobre la calidad de vida de la persona y luego le preguntaría de los entornos y eso..., en la entrevista.” (P.042621M).

Destacar además, que participantes de cuarto curso, comentaron que utilizarían para esta ocasión, y con el ánimo de recopilar datos para elaborar las hipótesis ocupacionales algún *test de ansiedad y depresión.*

“Pues, por lo que pone el caso..., que tendría algún tipo de trastorno, distimia o depresión..., hay escalas de depresión que nos hablaron y utilizaría eso, para saber..., para saber el grado en el que se encuentra y a partir de ahí en un conjunto en general que áreas suelen estar afectadas.” (P.043320M).

Por otro lado, en cuanto al *reconocimiento de herramientas de evaluación*, los participantes, en su mayoría presentaban un completo desconocimiento de cuales se podían haber utilizado para la redacción del caso a estudio.

“No identifico ninguna herramienta de evaluación..., bueno ahora que lo dices..., escala médica tipo DSM..., pero de terapia ocupacional..., yo no reconozco ninguna.” (P.043320M).

Aunque el predominio era de desconocimiento de herramientas utilizadas, algunos de los participantes bosquejaron el nombre de alguna, sin mucha decisión y con grandes dudas:

“La historia de vida de Kielhofner..., (risas nerviosa) hace referencia a discursos que él dice..., es que claro (silencio prolongado)..., la historia de vida que nos dicen las profesoras..., dicen que hay que hacerla desde que nació (movimiento constante de piernas)..., pero aquí no está (tono de voz en descenso).” (P.030623M).

“Pues así leyendo no me doy cuenta que usen nada..., no sabría identificar aunque aparezcan datos de la COPM o Lawton o Barthel por como tal y como están redactados, todas las escalas que te dije son numéricas y aquí no hay nada numérico (mira el caso), ¿puede ser?” (P.042621M).

No obstante, los participantes del estudio, sobre todo los de cuarto curso, que aseguraron reconocer algún dato de alguna herramienta de evaluación ocupacional en la descripción del caso a estudio, lo relacionaron con el *Lawton*, *COPM* y de forma sorprendente con la *YESAVAGE*, denotando mayor conocimiento de herramientas comunes a otras disciplinas que las propias de terapia ocupacional..

“Igual utilizaron el de Lawton Brody..., o el COPM ¿puede ser?..., quizás YESAVAJE..., porque aporta mucha información sobre eso.” (P.041623M).

Tan solo una mínima parte de los participantes de tercer curso, destacó que el caso a estudio estaba redactado siguiendo los resultados de una *entrevista*.

“Creo que se basó en entrevista con el usuario..., porque se basaba constantemente en lo que el usuario decía..., porque pone verbatim entrecomillados..., creo que entrevista.” (P.030321M).

Por otro lado, en la sub-categoría **todo vale**, aparecieron respuestas de los participantes sobre el *uso de herramientas de evaluación*, en la que los docentes les insisten de que las utilicen siempre, tanto que en ocasiones, el discurso del participante se ajusta a la recogida de datos de forma indiscriminada, sin un fin aparente.

“Utilizaría una herramienta incluso algún test como el Barthel, de los que me dicen las profesoras..., me insisten en que obtenga datos... que recopile información y que la escriba... que de algo me servirá.” (P.030321M).

“El COPM..., aunque el COPM es del Canadiense, lo importante es pasar herramientas que eso es lo que nos dicen los profesores en clase..., así tenemos toda la información de Modesto... así tenemos mucha información.” (P.030822M).

“Utilizaron la historia de vida de Kielhofner..., (risas nerviosa) la historia de vida que nos dicen las profesoras..., dicen que hay que hacerla desde que nació..., pero aquí no está... además en la infancia hay muchos traumas que luego afectan cuando eres mayor...eso me dicen mis profesoras.” (P.030623M).

Incluso algunas en las que los discursos de los docentes, calan tan profundo que muchos participantes interiorizan la necesidad de *no hacer tanta evaluación y si más intervención.*

“Buscaría pasarle alguna escala..., de todas formas...yo tengo que intervenir porque mis profesoras dicen que lo importante es intervenir que es lo que hace que la persona mejore, no hay que hacer tanta evaluación que eso de poco sirve.” (P.041224M).

6.3.2.3. Cuaderno de campo

En cuanto a las notas de corte metodológica que conforma este tema, fueron:

“No es hasta la mitad de la entrevista, cuando la mayoría de los participantes deciden aprovechar estos silencios para puntualizar sus respuestas haciéndolas lo más neutras posibles. Intento no interferir en sus respuestas, solo lo hago con sus respuestas han quedado confusas o no han podido ser registradas debidamente por la grabadora. Solamente tres personas hacen dibujos y esquemas, intentan planificar lo más rápido posible sus respuestas verbales, intentando hilar sus comentarios dándole componente teórico.” (NC4M).

“La mayoría de ellos traen sus carpetas, folios y rotuladores no saben a lo que se pueden enfrentar lo viven como una prueba de evaluación. Intenta realizar una supra-organización, la cual se derrumba cuando se enfrenta a

las preguntas de la entrevista. Muchos de los participantes refieren que se imaginaban el caso práctico como un comentario de texto, es decir que la información del texto sería la propia respuesta a la pregunta y que más bien la respuesta estaría en la rapidez suya. Los datos organizados en flechas y en colores quedan en el olvido, ya no los visualizan sino que intentar recordar conceptos y estructuras las cuales no les han quedado claras. Refieren no tener un pensamiento propio de la disciplina, muchos no saben en qué consiste la misma ni cuál es el objetivo de los profesionales. Al finalizar la entrevista refieren sentirse confusos, manifiestan que no tenían conocimientos para solventar las dudas y la confusión que tienen para resolver casos prácticos.” (NC1M).

“La mayoría entran con móvil en la mano que dejan sobre la mesa, vienen sonrientes y todos hablan de la sensación de examen que tienen, se sienten juzgados y así lo manifiestan, es necesario, generarles tranquilidad y hablarles de la importancia de que no se encuentre así. Preguntan de forma reiterada por como hicieron las entrevistas otros cursos y que tal les salieron. Muestran una cierta anarquía en las respuestas que ofrecen sobre cómo organizar la información. Al escuchar sus discursos, siento que están confusos, utilizan muchas referencias teóricas para narrarme como ordenarían la información, pero en sus discursos, no se evidencia la integración de los conocimientos entre lo que piensan y lo que dicen.” (NC3M).

Las anotaciones realizadas sobre la entrevista en profundidad sobre la teoría fueron:

“Los alumnos durante la entrevista han puntualizado la necesidad de que sus respuestas no fuesen encaminadas a una causa efecto, han procurado que ese esquema me quedara claro, sin embargo en la práctica, es decir a la hora de responder a la pregunta han realizado lo que ellos no querían realizar. Este esquema mental tan común, ha sido justificado en algunos de los participantes simplemente utilizando las palabras de los profesores pero visualizando que esos comentarios no han sido interiorizados. Sus mapas mentales carecen de estructuras conceptuales que les ayuden a darle sentido a su organización, produciendo erratas en semántica y en secuencias simples. Solamente una persona ha realizado un esquema de suceso cíclico, el cual no ha querido que se tuviera en cuenta para la interpretación de sus argumentaciones por su falta de seguridad en la estructura teórica. Me ha dejado visualizarlo, en ese esquema, el participante demostraba la secuencia del proceso produciendo el mismo resultado en este caso la necesidad de que el Modesto volviese a entorno como forma de que todo se solucionara.” (NC4T).

“Los alumnos, muestran un conocimiento personal que es el que utilizan para gestionar todos sus razonamientos. Han tenido unas escasas estrategias de organización de la información ya que han emitido juicios de valor y han jugado la credibilidad e una fuente argumentando a la escasa teoría que hasta la fecha se le ha impartido. Manifiestan no tener claro cómo organizar los datos ni cuáles son los más representativos, desconocen una estructura teórica para organizarlos ni cuál sería la más adecuada dependiendo del caso práctico. En este caso, se evidencia la falta de teoría sobre terapia ocupacional. Acaban de llegar a su formación, muchos de ellos así lo manifiestan como excusa antes sus respuestas.” (NC1T).

“Los alumnos de tercero han tenido una desorganización en sus argumentos y al ser los últimos en ser entrevistados se ha podido ver que esa desorganización era mayor que otros cursos. Han preguntado acerca de puntos de vista o perspectivas como por ejemplo ¿qué otra forma habría para decir eso? ¿en qué se diferencia tu idea de la mía? Los rasgos más destacados es que no buscaban claridad en el planteamiento de preguntas, es decir, exploran mucho pero sin sentido. Intentan comprender la actividad que tiene con problemas pero jamás hablan de la causa. No han buscado con minuciosidad información relevante es decir no han tenido sensatez en la selección y aplicación de criterios sino que simplemente “se han dejado llevar” con lo que estaba expuesto en el caso práctico y se han centrado en formular posibles intervenciones. Exploran constantemente los intereses, con el fin de intervenir sobre ellos, pero no se plantean trabajar sobre los problemas del desempeño, solo pretenden nombrar el área o la actividad comprometida.” (NC3T).

Por último las notas de campo descriptivas vertieron los siguientes datos:

“Los estudiantes no han intentado organizar la información una vez que habían terminado de leer el caso clínico, simplemente han esperado la entrevista, es decir no han puesto orden a sus conocimientos. Los participantes han respondido a muchas de las preguntas formulando o leyendo literalmente la información del caso clínico, es decir, no han interiorizado la información del caso ni le han dado importancia a los acontecimientos claves.” (NC4D).

“En el aula hoy hace frío, pero curiosamente ellos sudan. Sus rostros están llenos de sudor y tienen las mejillas rojas. Sus respuestas son rápidas, casi sin pensar. No vacilan, les interesa que les sigas preguntando. Se muestran aparentemente confiados, llenos de ilusión y de ganas. Les rodea un halo de seguridad, aunque sus expresiones y comentarios denoten todo lo contrario. Organizan la información bajo estructuras

personales y con recursos que ellos «traen de la calle» lo que algunos de ellos denominan «la bolsa de registro personales.» (NC1D).

“Tienen un pensamiento profesional nada estructurado y un miedo atroz a que estructurar y sistematizar su pensamiento profesional sea convertirse en unos profesionales “mecanicistas”. El temor del mecanicismo, les llega según ellos de los comentarios docentes en los que, según ellos, les asocian que el mecanicismo es estructurar y sistematizar el trabajo de recogida de datos.” (NC3D).

6.3.2.4. Resumen del apartado

A lo largo de este apartado y en relación a los dos bloques temáticos que surgieron, podemos concretar que los participantes, mostraron una nula destreza de razonamiento diagnóstico. Esto genera una pobre, capacidad para estructurar el diagnóstico ocupacional, y una escasa destrezas para la interpretación del desempeño ocupacional. En general presentan una dispersión de respuestas en torno a la evaluación ocupacional inicial, propiciada, entre otros, por una recogida de datos sin orden, sin estructura y sin sistematización. Esto, propició que a los participantes les costara concretar objetivos concretos y específicos para el uso de los diferentes métodos de recogida de datos. A esto, hubo que sumarle la confusión reinante en los participantes, ante la selección o reconocimiento de herramientas de evaluación. Como dato a destacar, y de forma positiva, apareció una marcada influencia docente ante la necesidad de evaluar el entorno/contexto o el ambiente donde se desarrolla la ocupación de la persona, comunidad u organización como parte indivisible del desempeño ocupacional.

6.3.3. Profundidad de interpretación en el razonamiento diagnóstico

En este bloque, se obtuvieron datos de cómo los participantes construían el discurso sobre sus razonamientos, dotándoles de una profundidad o superficialidad (ver anexo 29). En este caso surgieron (ver figura 48) las categorías de *reduccionista* y *holista*. Además, de las repuestas de los participantes, emergieron diferentes formas de razonamiento profesional, dando lugar a la categoría *razonamiento condicional*. De forma puntual aparecieron ciertos atisbos de razonamiento pragmático y razonamiento ético, pero no con la claridad suficiente como para detallarlos en estos resultados. Por otro lado, la influencia docente, supuestamente, por los comentarios que realizaban los participantes, sigue estando presente. Esto dio lugar a una categoría en la que los participantes *no razonan*.

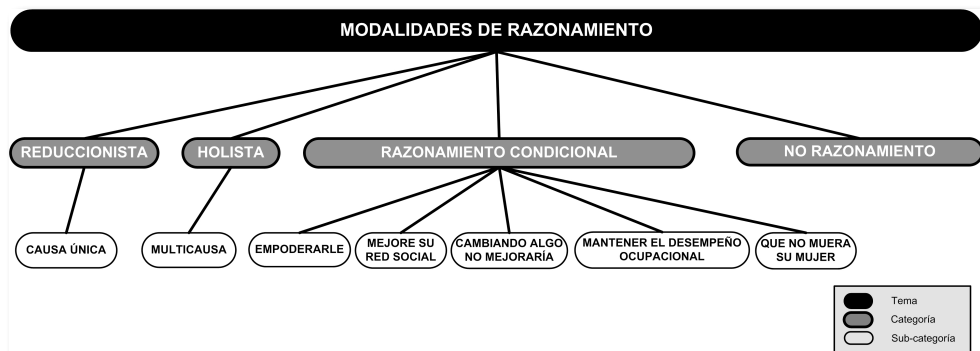


Figura 48. Diagrama CAT y SUBCAT del tema MORAZ (anexo 40)

Fuente: elaboración propia. Para comprensión de la figura, se recomienda la lectura siguiendo un orden descendente. Diagrama las categorías, sub-categorías del tema *modalidad de razonamiento*. CAT: categoría. SUBCAT: sub-categoría. MORAZ: modalidad de razonamiento

a) Reduccionismo.

En la primera categoría que emergió de las respuestas de los participantes (ver anexo 29), apreciamos que éstos solo vinculaban una variable que causaba problemas en el desempeño y detectamos que son muy pocos los que consiguen establecer una relación entre problemas en las actividades y la causa de esa situación.

“Modesto no sabe hacer las cosas, tan básicas como ir a comprar..., al no estar en su entorno.” (P.030720M).

“A nosotros nos dicen que busquemos una única causa, solamente una..., ¿sabes? En este caso está claro que la causa es que las hijas no cumplen la función de hijas. Modesto no hace las cosas de casa porque las hijas se han ido.” (P.041224M).

En este caso, el reduccionismo produjo respuestas que sesgaron las respuestas del caso a estudio, ya que una sola variable que explique el problema en el desempeño ocupacional del protagonista del caso a estudio, genera una visión unifocal de la situación, incluso a aunque esta sea el entorno, contexto o comunidad donde se desarrolla la ocupación.

“Cada persona hace sus actividades en su comunidad, le quitas la comunidad y aparece la causa de que Modesto no se relacione, hay que llevarlo a donde procedía.” (P.042323M).

Y es de esta forma, como los protagonistas llegaron a dar respuesta a lo que sucedía al protagonista del caso a estudio, desde una posición principalmente reduccionista:

“Ha perdido el rol de trabajador, es un rol muy potente en una persona..., yo creo que eso ha producido que Modesto no le apetezca hacer nada.” (P.043122M).

“Que le hayan cambiando de barrio es la causa de que Modesto no haga nada de lo que antes hacía..., ya tiene una edad (mira fijamente al entrevistador buscando la aprobación), debería volver a su anterior barrio aunque fuera a una casa distinta así se arreglaría todo.” (P.031819M).

Nos sorprendió, que en los participantes, esté extendida la costumbre de mantener niveles de reduccionismo teórico que solventan con incluir tan solo el entorno o contexto en su respuesta. Así de esta forma, y de forma errónea, aseguran que el ambiente engloba todo:

“El problema que tiene esta persona es a nivel comunitario ¿me explico? Es decir si Modesto vuelve a la anterior comunidad sabría hacer todo o casi todo, pero el problema lo tiene porque está ahí, en un ambiente distinto, además cuando hablo de ambiente, hablo de todo..., el ambiente da respuesta a todos los problemas de las personas, eso lo aprendí este año en la asignatura de comunitaria y estoy totalmente de acuerdo con lo que me enseñaron..., incluso de esta forma (mira fijamente al entrevistador), es más fácil resolver los casos, ya que todo es problema de la comunidad..., así evito ser reduccionista..., de esta forma contemplo a la persona en su totalidad... ¿verdad? (busca aprobación del entrevistador).” (P.042720M).

b) Holista.

Al mismo tiempo (ver anexo 29), de forma puntual, aparecieron respuestas en las que los participantes mostraron un nivel de profundidad multicausal para explicar los problemas de desempeño del caso a estudio.

“Los problemas de Modesto son varios, entre ellos está que dejó de ser abuelo ya no tiene esa faceta..., es decir perdió su rol, además a todo eso contribuyó que sus hijas se marcharan lejos..., todo eso influye.” (P.042022M).

De todas formas, este nivel de profundidad, parecía no corresponder con la concepción que presentaban los participantes, ya que ellos, parecía mostrar una gran confusión en lo que implicaba este término y su correspondencia con la resolución del caso.

“Los cambios bruscos y continuos han producido que Modesto no haga nada con su vida, sus hijas se han ido, ya no tiene a sus nietos, no tiene trabajo, no está en su barrio..., (se queda pensativo) esto ha provocado que Modesto no sepa hacer nada (risas), dios mío si me escuchara una de mis profesoras... lo que acabo de hacer es causa y efecto... eso no se puede hacer, ¿no? (busca aprobación del entrevistador).” (P.040521M).

“Ahora entiendo!, me estas pidiendo que haga lo de causa-efecto, claro pero eso no lo puedo hacer..., eso es reduccionista..., aunque espera que lo intento... por intentarlo..., yo creo que ha perdido el rol de abuelo, ese rol lo motivaba a llevar mejor la muerte de su mujer, además, la mujer le hacía la comida, y ahora él no sabe hacer nada por un cúmulo de sucesos.” (P.041623M).

“Son varias las causas..., Modesto está así porque ya no tiene el rol de padre, el rol de abuelo ni el rol de trabajador ¿qué rol tiene? Yo creo que si las hijas volvieran con sus nietos todo volvería a ser como era antes o igual le pasa algo que no sabemos..., de todas formas me estoy arriesgando mucho en ser tan cuadrículada, porque al intentar dar una respuesta de por qué le sucede, estoy siendo cuadrículada..., causa y efecto... eso no... es me dicen en clase las profesoras que no se hace.” (P.041121M).

c) Razonamiento condicional.

Con esta categoría, pudimos apreciar la respuesta del participante sobre factores vinculados con la evolución del caso. La dispersión, fue la tónica habitual, desde aspectos pasados, presentes o futuros. Así, destacan agrupaciones de datos (ver figura 49) en las que algunos participantes, subrayaban la importancia de **empoderarle** para que mejorarse, otros **destacan la necesidad de mejorar su red social**, en algunos casos comentaron que aun **cambiando algo no mejoraría nada**, otros a su vez proponen seguir **manteniendo el desempeño ocupacional**, incluso algunos participantes, sorprenden con sus respuestas al proponer cambiar el destino evitando que la **mujer fallezca** (ver anexo 29).

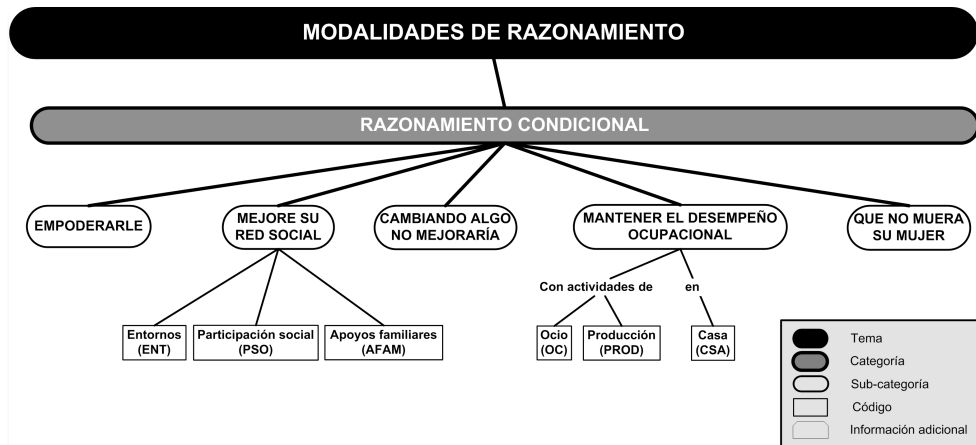


Figura 49. Diagrama CAT Y SUBCAT razonamiento condicional (anexo 41)

Fuente: elaboración propia. Para comprensión de la figura, se recomienda la lectura siguiendo un orden descendente. Diagrama las sub-categorías y códigos de la categoría *razonamiento condicional*. CAT: categoría. SUBCAT: sub-categoría

En primer lugar, una gran mayoría de participantes que ofrecieron sus respuestas, sujetos a la necesidad de **empoderar** al protagonista del caso a estudio, como paso para que éste pudiera mantener una adecuada condición de salud:

“Le empoderaría..., que vuelva a hacer como una recuperación de una persona a nivel de sus habilidades y ocupaciones.” (P.030120M).

Por otro lado, que **mejore su red social**, es la idea que otros participantes destacan tras la lectura del caso a estudio. En este caso, la mejora de entornos, participación social y apoyos familiares fue la máxima que los participantes destacaron. Estos participantes comentan la necesidad de cambiar los *apoyos familiares* que el protagonista del caso presenta.

“Si mejora la cercanía de su familia..., él se sentiría mejor y se recuperarían el resto de las áreas..., o el apoyo familiar que tiene si él pudiera volver a tener relaciones o apoyo sólido le ayudaría a sentirse mejor.” (P.043320M).

De forma puntual, participantes de primero, tercero y cuarto destacan otros aspectos a cambiar tales como *entorno*:

“Con respecto a la participación en la comunidad cambiaría el entorno de una forma indirecta, no incidiría directamente, seguro que..., mejoraría.”(P.040521M).

O mejorar la participación social

“Lo enfocaría en la participación social..., en que se relacione.”(P.011820M)

“Que haga actividades de participación social.” (P.030120M)

“Es más importante la socialización que las instrumentales..., porque si por medio de una participación social se siente más útil puede encontrarse con más personas que hablen con él y pueda salir de casa.” (P.041224M).

En tercer lugar, un grupo de participantes, sorprende al asegurar que aún ***cambiando algo*** no se mejoraría nada.

“No modifico nada porque nada cambiaría.” (P.032421M).

“Tampoco estoy segura de que mejorase igual..., pero igual un porcentaje alto.” (P.042921M).

A la par, ***mantener el desempeño ocupacional***, era otro de los factores que los participantes destacaban para que el protagonista del caso a estudio se pudiera recuperar. Con este planteamiento, pensaban recuperar la condición de salud que al parecer no estaba presente. Éstas, nombradas se circunscribían a actividades de ocio:

“Algún factor que le influya en la evolución del caso..., incorporaría actividades de ocio que a Modesto le pueda interesar..., porque seguro que avanza, aunque no es la única solución..., puede ser que mantenerlo ocupado y con la adquisición de hábitos y rutinas..., darle una ocupación otra vez..., puede ayudar.” (P.030221M).

Productivas

“Si pudiéramos darle algo para que se sintiese útil seguro que mejoraría..., yo le pondría también actividades de Banca..., no sé matemáticas, una actividad de..., pues de cálculo, quizás si le gustaría informática o de iniciación a la informática..., cosas que le hagan salir de casa.” (P.041224M).

De casa

“Si solventa el problema con las tareas de casa..., si tiene una serie de rutinas más saludables dentro de su casa..., quizás cambiando esos factores se arreglaría todo.” (P.030221M).

Incluso, algunos plantearon la necesidad de volver a realizar las actividades que el protagonista del caso de esta investigación realizaba con anterioridad y que le *gustaba realizar*:

“Cambiando algún factor seguro que Modesto mejora..., (mira el caso y expresa duda en sus palabras) si volviera a realizar actividades de las que le gustaba..., seguro que mejoraba..., yo tengo la fe de que haciendo cosas, como por ejemplo cosas de banca... que antes hacía... Modesto mejoraría.” (P.011718M).

Aunque lo más insólito de las respuestas, se sitúa en participantes de tercer y cuarto curso, propusieron que la única forma de que esta persona, mejorase, era cambiar curso del destino, **evitando que su mujer fallezca**

“Factor ¿en qué sentido? ¡Hombre! probablemente cambiaría el curso de su vida, que su mujer no muriera.” (P.031819M).

d) No razonamiento.

En este caso, muchos de los participantes expresan sus dudas de que el razonamiento sirva para algo, y lo confundían con una interpretación personal (ver anexo 29). En este caso, los discursos se centraban, supuestamente, en explicaciones recibidas en su formación por parte de los docentes, en los que hacían clara alusión a evitar realizar un razonamiento diagnóstico.

“No entiendo porque tengo que razonar, mira... yo creo que esto es mas reduccionista que otra cosa, ¿Qué es eso de tener que estar explicando lo que le pasa a una persona?, eso es muy médico... al menos eso me dicen en clase, que yo tengo que intervenir, no razonar...que eso es de gente muy cuadrículada, yo no quiero ser así...” (P.042821M).

“Soy anti-razonamiento, no me preguntes que le pasa y que te lo explique por qué no lo voy a hacer, en clase me insisten mucho que el razonamiento... el diagnóstico, eso no es cosa nuestra (mira al entrevistador a los ojos).” (P.041224M).

6.3.3.1. Cuaderno de campo

Las notas de metodológicas sobre este tema, fueron:

“Los alumnos inician la entrevista intentado dar respuestas simples y escuetas, es decir tengo la sensación de que no quieren que sus argumentaciones se agoten hasta el final de la entrevista. Sin embargo, esta situación se modifica a lo largo de la entrevista ya que muchas preguntas la responden con las mismas preguntas y hasta con las mismas frases por eso no es hasta la mitad de la misma cuando empiezan a realizar argumentaciones más complejas y más deshilachas. Realizan un análisis simple y no se concentran en los puntos fuertes de sus narrativas, puntualizan hechos intrascendentes.” (NC4M).

“El análisis que realizan es superfluo, no describen profundidad ningún término o concepto sino que rescatan sus argumentaciones y experiencias personales para dar respuesta a la pregunta, muchas veces respondiendo con las palabras textuales que se usan en el caso práctico.” (NC1M).

“Sus comentarios al igual que los alumnos de los demás cursos, están influidos por las asignaturas que hasta ese momento estaban dando, si han salido de una tutoría anteriormente a la entrada de la entrevista o si llevaban horas en la facultad realizando trabajos en grupo.” (NC3M).

Las anotaciones realizadas sobre aspectos de la teoría en las notas de campo fueron:

“La pregunta de la entrevista donde se alude a la perspectiva teórica produce confusión y grandes interrogaciones. No están acostumbrados a pensar a teóricamente sino a realizar esquemas abstractos «cogidos por pinzas» y sin fundamento teórico ¿qué provoca? Ha provocado que una

pregunta tan simple con esa hiciera caer y destruir lo que hasta ahora creían que estaban construyendo bajo cimientos sólidos. En esa pregunta se han agobiado por el miedo a no entenderla, y algunos han sido vergüenza de no saberla responder. No han sido capaces de argumentar sus respuestas bajo autores, sino que usaban ciertas escalas cuyos nombres en su mayoría no recuerdan y no saben a ciencia cierta si son reales o las características de las mismas.” (NC4T).

“En su mayoría los participantes me han realizado preguntas a mí, no sólo si la argumentación dada era válida sino que le gustaría saber mi punto de vista sobre este tema. Los alumnos no tienen desarrolladas habilidades necesarias para resolver problemas y para comparar y contrastar conceptos propios de la disciplina. Los alumnos manifiestan tener habilidades relacionadas para juzgar, sopesar y emitir juicios de valor argumentando que la evaluación crítica que hacen sobre el caso clínico en particular está influida por su experiencia personal, comprensión, perspectiva cognitiva y sus valores. Es decir, sus respuestas están llenas de contenidos personales, se evidencia comienzo de formación en sus palabras. Intentan en todo momento llegar al fondo del asunto, pero poniendo el foco de sus interpretaciones en teorías biomédicas o psicológicas.” (NC1T).

“Manifiestan su resistencia a generar hipótesis. Destacan éstas como lo más próximo a lo que ellos llaman “reduccionismo”. Al intentar explicarme el concepto, todos ellos lo vinculan a algo que no tienen que hacer, que eso es lo que en clase les insisten. Su cara expresa perplejidad, e incluso se les cambia cuando entra en juego el término diagnóstico ocupacional, ya que todos, expresan una negativa a su uso, y todos expresan que eso es lo que les dicen en clase. Que el diagnóstico ocupacional no se puede hacer. No muestran ningún tipo de razonamiento diagnóstico, máxime cuando ellos comentan que les insisten en clase que ese tipo de razonamiento no es propio de terapia ocupacional. Mostraban incertidumbre en sus conocimientos teóricos, y en ningún momento han mostrado seguridad en sus comentarios por ello en todas las narrativas se escuchó la necesidad de fundamentar sus conocimientos.” (NC3T).

Para finalizar, las notas de campo descriptivo, recogieron los siguientes aspectos:

“Los participantes al finalizar la entrevista, recalcan el «batiburrillo» que tienen en los modelos y marcos de referencia, sienten que no saben poner nombre a lo que han estudiado y que debido a la cantidad de profesores invitados que vienen no saben realizar un esquema único, es decir no tienen una estructura teórica y definida. Su análisis está influido por la asignatura actual que están cursando y muchas veces transmiten el temor

de no saber si están respondiendo de una forma adecuada o si por ello sería penalizado como en clase sucede. Demuestran tener ganas de aprender y muchos de ellos preguntan por la respuesta al caso práctico o por el esquema que he utilizado para conformarlo.” (NC4D).

“Tienden a mostrar expresiones de frustración cuando algo parece que no les cuadra. Llegan a manifestarlo, son muy sinceros con lo que dicen, muchos hablan desde esa sinceridad cuando expresan su creencia a que están dando una respuesta errónea. Por el contrario, algunos se muestran confiados con sus respuestas, que de forma superficial expresan, aunque la realidad es que les cuesta mucho mantener un patrón de respuesta concreto.” (NC1D).

“Dudan mucho de sus razonamientos, incluso de la posibilidad de razonar. Sus análisis, son triviales, extremadamente superficiales para el curso en el que se encuentran. Discurso muy general, escaso léxico de terapia ocupacional. Les cuesta mucho concretar lo que sucede, son más opiniones personales y muy generales. No realizan hipótesis, lo que les dificulta la comprensión del caso.” (NC3D).

6.3.3.2. Resumen del apartado

A lo largo de este apartado, resumir que los participantes, presentaron una modalidad de razonamiento reduccionista para interpretar desde el razonamiento diagnóstico el caso a estudio, además de una pobre y confusa interpretación del holismo a la hora de dar respuesta a los problemas del desempeño del protagonista del caso relacionado con la investigación. A la par, apareció un razonamiento condicional en sus respuestas en donde aparecieron ciertos momentos de sensatez, acompañados de otros de inequívoca utopía. Todo ello, enmarcado por un pensamiento influido en la escasa necesidad de establecer el razonamiento diagnóstico a lo largo de la resolución del caso a estudio, ya que esta situación, genera, supuestamente y en palabras de los docentes que les imparten clase, una terapia ocupacional reduccionista.

Capítulo 7

DISCUSIÓN

Contenidos de este capítulo

- 7.1. Discusión correspondiente a datos obtenidos mediante metodología cuantitativa**
- 7.2. Discusión correspondiente a datos obtenidos mediante metodología cualitativa**
- 7.3. Discusión de ambas metodologías**
- 7.4. Limitaciones de la investigación**
- 7.5. Consideraciones para estudios futuros**

Los resultados del estudio demuestran que las destrezas cognitivas evolucionan durante la formación, si bien es cierto que en los participantes de la investigación predomina la dificultad de vincular estas destrezas a la práctica en la resolución del caso a estudio.

En relación a los objetivos específicos, los hallazgos reflejan que la identificación de datos por parte de los participantes del estudio resulta reducida o insuficiente. La mayoría de los participantes de cuarto categorizan problemas del desempeño, mientras que en primer lugar los alumnos de primero y a continuación los de tercero tienen dificultades para establecer dicha categorización. Por otro lado, el análisis y síntesis de los resultados es pobre en cuanto a la calidad del diagnóstico ocupacional planteado por los participantes bajo la estructura del razonamiento diagnóstico propuesto por Rogers y Holm⁽⁴⁶⁾. En relación a la interpretación de datos, la profundidad de análisis realizada por los participantes ha sido muy baja, con una dimensión muy superficial de explicación de los problemas en el caso a estudio. Con respecto a las diferentes destrezas cognitivas en la resolución del caso propuesto, no aparecen datos que evidencien la evolución de estas en función de una u otra variable personal. Por otro lado, se pone de manifiesto la dificultad por estructurar un pensamiento profesional en el momento de interpretar la información. En este caso, la selección de estrategias y métodos para la obtención de datos por parte del participante es diversa, pero sin

evidenciar una comprensión total de las mismas, así como su función y utilidad. Con respecto a las modalidades de razonamiento que aparecen en los participantes, destaca que el pragmático y ético sean los que aparezcan longitudinalmente, mientras que el razonamiento condicional y diagnóstico aparecen representados principalmente en los alumnos de tercero y cuarto. Resulta reseñable, además, que la calidad de estos razonamientos, en especial del razonamiento diagnóstico, es baja, lo que dificulta la elaboración de hipótesis del caso a estudio.

En la discusión se analizarán los principales resultados de la investigación a partir de la secuencia empleada en la exposición de los resultados. Por ese motivo, en el primer bloque, vertimos el análisis de los principales resultados de la investigación relacionados con la obtención de datos al utilizar la metodología cuantitativa. De esa forma, seguimos la siguiente estructura, a saber: el primer apartado se dirige a la identificación de datos realizada por el estudiante en el caso a estudio. La categorización de la información recopilada será el segundo epígrafe, mientras que en tercer lugar documentamos el análisis y síntesis de los datos realizados por los participantes. El cuarto epígrafe nos lleva a mostrar la información sobre la interpretación del caso a estudio realizada por los integrantes del estudio. A lo largo de los cuatro apartados anteriores, reflejamos las comparativas entre los cursos a la hora de resolver el caso a estudio y para finalizar en el quinto apartado nos referimos a las posibles correlaciones entre variables socio-demográficas y variantes del diagnóstico ocupacional propuestas por el participante.

A continuación, el análisis de los datos obtenidos de la investigación con la metodología cualitativa, conformará el segundo bloque. En este caso, la estructura que seguimos sigue el siguiente orden: en un primer momento comentamos los resultados a partir de los temas, para posteriormente comparar los resultados obtenidos entre los diferentes cursos, las

categorías comunes a los tres cursos y aquellas específicas de cada curso.

En cuanto al tercer bloque, intentamos vincular el análisis de los datos de ambas metodologías que han servido para dar respuesta al objetivo general de este estudio. Por ese motivo en este apartado detallamos las conexiones entre respuestas de los participantes en ambas metodologías y las comparamos con el resto de los integrantes del estudio.

El cuarto y quinto bloque ofrecen aspectos relacionados con limitaciones de la investigación y recomendaciones para futuras investigaciones.

7.1. Discusión correspondiente a datos obtenidos mediante metodología cuantitativa

Contenidos de este apartado

7.1. Discusión correspondiente a datos obtenidos mediante metodología cuantitativa

7.1.1. Identificación de información de acuerdo al marco teórico utilizado por los participantes

7.1.1.1. Resumen del apartado

7.1.2. Categorización de información de acuerdo al marco teórico utilizado por los participantes

7.1.2.1. Resumen del apartado

7.1.3. Descripción de la organización y de la síntesis de la información recabada por los participantes

7.1.3.1. Resumen del apartado

7.1.4. Estudio de las características de las hipótesis formuladas por los participantes

7.1.4.1. Resumen del apartado

7.1.5. Correlaciones entre variables socio-demográficas y variantes del diagnóstico ocupacional propuesto por el participante

7.1.5.1. Resumen del apartado

7.1.1. Identificación de información de acuerdo al marco teórico utilizado por los participantes

Según Mosey⁽⁵⁶⁾, esta destreza se compone de un proceso de recopilación de piezas de información con el fin de responder a una pregunta. En función de esto, qué información se recopila y la manera de obtenerla depende en gran medida de la pregunta planteada. El proceso de recopilación de datos puede ser altamente sistematizado, rigurosamente delimitado por un determinado tipo de práctica, o por el contrario puede ser no sistematizado, de forma que el profesional se guíe más por la oportunidad y lo que acontezca durante el proceso de recolección de datos. En el primero de ellos, más cercano al método

científico, la destreza se situará más en explorar la naturaleza del fenómeno que tiene lugar y seleccionar las herramientas adecuadas para la recopilación de datos. Desde el primer momento el estudiante debe ir ganando gradualmente capacidad de identificar y discriminar los datos relevantes dentro del caso a estudio. Si esta primera destreza no se ejecuta de forma adecuada, la resolución de un caso se verá comprometida, ya que la información obtenida será tan extensa o tan tangencial que el estudiante se perderá en el resto de las fases del caso a estudio^(11,56).

Los participantes estudiados se caracterizan por la dificultad en identificar los datos que aparecen a lo largo de caso a estudio. Esta situación influye en el resto de las fases de la evaluación y elaboración del diagnóstico ocupacional, dado que la identificación de datos es condición indispensable para la elaboración de un diagnóstico ocupacional^(11,28,32) correcto. Ante esta situación, la relevancia de la comprensión de pistas o datos se torna imprescindible^(10,56,63) para un estudiante de terapia ocupacional, máxime cuando es la base sobre la que asentar el resto del trabajo de localización de los problemas del desempeño. Esta situación no es solo necesaria en terapia ocupacional, según Gutman *et al.*⁽¹⁶⁵⁾ sino que es común al resto de las disciplinas en las que la actividad laboral se realiza en la completa interacción entre usuario y profesional^(166,167). De esta situación depende que el profesional pueda guiar su trabajo desde el primer momento en el reconocimiento de datos clave para el devenir de la resolución del caso.

En cuanto a los resultados obtenidos sobre esta primera destreza, cabe destacar que son los participantes de último año de formación los que en su mayoría despuntan sobre el resto de los cursos a estudio. En este caso la evolución de la formación es clave para entender esta situación. Los estudios de Schell y Schell⁽²⁾ señalan que el desarrollo en destrezas

en el profesional está directamente relacionado con los años dedicados a su labor, y en este caso podemos apreciar que sucede lo mismo en la formación, según los estudios de Carneiro⁽¹⁶⁸⁾ o de May *et al.*⁽¹⁶⁹⁾. En nuestro trabajo son los alumnos de cuarto los que más datos identifican en la resolución del caso a estudio y no es de extrañar, ya que son los que más formación tienen al estar al final de su etapa universitaria de terapia ocupacional.

El hecho de que los alumnos de cuarto curso sean los que más datos identifican no es garantía de que sea el modo más adecuado para la resolución del caso vinculado a esta investigación. Esta situación denota una dificultad por vincular la teoría ofrecida durante su formación y la obtención de datos tras la lectura del caso a estudio. Además, en este caso la identificación de datos por parte de los estudiantes de cuarto es muy baja si lo comparamos con el resto de la muestra, resultando casi imperceptible, lo que hace que sea más llamativa la situación al encontrarse en su último año de formación, en el que supuestamente tienen más facilidad por identificar datos de los casos a estudio.

En esta relación entre el reconocimiento y la identificación de datos aparecen lagunas en la comprensión de aspectos teóricos que vinculen un dato a una teoría. Las investigaciones realizadas por Ikiugu y Smallfield⁽¹⁷⁰⁾ sostienen que un alumno que no tiene definida e interiorizada una teoría que apoye su práctica tendrá una mayor dificultad en identificar y explicar aquello que les sucede a las personas con las que trabaja.

De forma más pormenorizada, resulta destacable que los alumnos de tercero y cuarto que participaron de la investigación sean capaces de identificar que el protagonista del caso a estudio presenta una serie de problemas en el desempeño. De todas formas, y al igual que sucedía con

los participantes de cuarto curso anteriormente descritos, esto no es una garantía de que los problemas en el desempeño del caso a estudio se encuentren bien resueltos por parte de estos participantes.

Por otro lado, de entre los estudiantes de primer curso que participaron en el estudio, existe un gran porcentaje que no localiza tantos problemas en el desempeño en comparación con otros cursos debido a que su interpretación teórica resulta evidentemente menor que la de sus compañeros. Esta situación es responsable en gran medida de la dificultad para identificar problemas en el caso a estudio.

En cuanto a la identificación de síntomas, los datos aportados en la resolución del caso por parte de los participantes son muy bajos. Se mantiene la tónica que se repetirá en más ocasiones a lo largo de esta discusión, en la que los alumnos de cuarto curso son los que más síntomas identifican, pese a que el nivel de identificación resulta insuficiente como para que puedan acometer con garantías la resolución del caso a estudio. En este caso, además, los síntomas identificados constituyen la principal explicación sobre lo que le acontece al protagonista del caso a estudio. Incluso la mayoría de las identificaciones de síntomas o cuadro médico se vinculan al primer problema del caso a estudio. Resulta curiosa la relación que se ofrece entre un problema y una explicación de los participantes, ya que en vez de identificar el problema en el desempeño, identifican de forma muy visible el cuadro médico, colocando este en primer lugar de su lista de aspectos comprometidos en el protagonista del caso a estudio, al igual que sucede en los estudios de Kautzmann⁽¹⁷¹⁾.

En este orden de cosas, reflejar que, a pesar de que la mayoría de los estudiantes de primer y cuarto curso no tenga destrezas suficientes como para identificar los síntomas, son los estudiantes de tercer curso los que

peores resultados obtuvieron, ya que ninguno mostró destrezas de identificación de síntomas. Este aspecto resulta sorprendente ya que parece que la formación obtenida hasta ahora por los participantes en sus dos cursos previos no haya sido suficiente como para identificar datos. En líneas generales, en los tres cursos de esta investigación se evidencia una ausencia de estructuras teóricas que sustenten la identificación de datos tras la lectura del caso a estudio.

De la misma forma ocurre en relación con las destrezas de ejecución⁽¹⁴⁴⁾, en las que los participantes de los tres cursos no identifican ni una sola de ellas. Así, parece que ningún alumno destaque la importancia de que las destrezas puedan influir en los problemas del desempeño del caso a estudio. Esta situación es anómala, máxime cuando las destrezas de ejecución son las habilidades que muestran las personas para llevar a cabo acciones a lo largo de su día⁽¹⁷²⁾, y, en este caso, el protagonista del caso a estudio tenía graves problemas en la ejecución de algunas actividades. Además, y relacionado con esto último, las destrezas de ejecución están íntimamente relacionadas y se utilizan de forma combinada para permitirle a la persona llevar a cabo sus actividades, por lo que la identificación de estas se convierte en una pieza clave en el trabajo del terapeuta ocupacional. En este caso, esta situación no se ha llevado a cabo, y es por eso que los participantes han perdido la capacidad para entender las transacciones entre los factores subyacentes que apoyan o limitan el compromiso en las ocupaciones y el desempeño ocupacional de la persona⁽¹⁴⁴⁾.

Sorprende que los participantes de primero, de forma puntual, identifiquen destrezas relacionadas con los problemas en el desempeño en contraposición con los de tercer y cuarto curso de formación, quienes no tienen en cuenta que las destrezas influyen en los problemas del desempeño. Este hecho resulta alarmante, dado que a lo largo de su

formación académica se recogen temáticas de análisis de actividades⁽¹⁾, formación en modelos de práctica y en marcos de referencia teóricos, entre otros, que les permitirían resolver el caso a estudio⁽¹⁷³⁾.

En relación con la identificación de los patrones de ejecución⁽¹⁴⁴⁾, entre los que se encuentran los hábitos, las rutinas, los roles y los rituales⁽¹⁴⁴⁾, sigue siendo tónica habitual que los estudiantes de tercer curso no sean capaces de identificar ni un solo patrón de ejecución que tenga vinculación con los problemas del caso a estudio. Y esta situación es preocupante puesto que el reconocimiento de estos patrones permite que el terapeuta ocupacional entienda mejor la frecuencia y la manera en las cuales las destrezas de ejecución están integradas en la vida de la persona⁽¹⁴⁴⁾. Esto puede crear en los estudiantes dificultad por reconocer la importancia de competencia de una persona, ya que se supone que cuando una destreza se generaliza se desarrollan patrones de ejecución en los que existe un compromiso con la ocupación, la salud y la participación de la persona⁽¹⁴⁴⁾.

En cuanto a los alumnos de cuarto, sus aptitudes de reconocimiento e identificación siguen resultando alta, y entre ellas destacan los hábitos de forma clara entre las rutinas y roles⁽¹⁴⁴⁾. Esta situación denota confusión en la identificación de este patrón de ejecución, ya que en el caso a estudio, son las rutinas o los roles los que más se encuentran comprometidos en los problemas del desempeño del protagonista del caso a estudio. En este caso, la confusión que presentan los participantes a la hora de identificar un término u otro (hábito por rutina o viceversa) originará que este alumno presente problemas en la resolución del caso a estudio, ya que la confusión entre términos le llevará a interpretar los problemas en el desempeño de una forma errónea. Esta situación derivará en una mala gestión del caso, además de un planteamiento de intervención erróneo tal y como apuntan en sus estudios Carrier *et al.*⁽¹⁷⁴⁾.

En relación con la identificación de entornos y contextos⁽¹⁴⁴⁾ y teniendo en cuenta que ambos términos se usan para reflejar la importancia de considerar una amplia variedad de condiciones interrelacionadas tanto internas y externas a la persona y el modo en que estas influyen en su desempeño, es normal que sean los alumnos de cuarto los que más reconozcan estos en la resolución del caso propuesto⁽¹⁴⁴⁾. Esta situación se produce porque la comprensión de los problemas del desempeño ocupacional para un alumno de cuarto curso no solo se circunscribe a la persona, sino también, según Letts *et al.*⁽¹⁷⁵⁾, al ambiente o entorno en el que desarrolla su actividad cotidiana. Es por ello que no es de extrañar que, a lo largo de la resolución del caso a estudio, estos sean capaces de identificar más datos sobre entornos y contextos en el caso a estudio que el resto de sus compañeros de investigación que pertenecen a otros años de formación.

Vuelve a destacar nuevamente la escasa representación de los alumnos de tercer curso en la identificación del caso a estudio. Denota una falta de formación a la hora de reconocer los datos y nombrarlos que parece acompañarles durante todo el proceso de resolución del caso. Es relevante en esta situación que los pocos estudiantes que identifican entornos y contextos⁽¹⁴⁴⁾ lo hagan en solo una ocasión, sobre todo teniendo en cuenta que en los problemas del caso a estudio, el entorno o el contexto influye en tres de ellos. Al mismo tiempo, los participantes que localizan la información establecen diferencias entre entornos y contextos⁽¹⁴⁴⁾, de forma que relacionan los contextos cultural⁽¹⁴⁴⁾, el entorno social⁽¹⁴⁴⁾ o los entornos físicos⁽¹⁴⁴⁾ y sociales como causantes de los problemas del desempeño del caso.

Del mismo modo, es destacable que los entornos y contextos⁽¹⁴⁴⁾ constituyan el grupo más numeroso identificado por los participantes de cuarto curso. En este caso, los participantes mostraron facilidad en

reconocer que las costumbres, creencias, y expectativas aceptadas por la sociedad en el caso del contexto cultural afectaban al protagonista del caso. Además los alumnos otorgaron una gran importancia a la presencia de relaciones y expectativas de las personas (entorno social)⁽¹⁴⁴⁾, al ambiente natural construido, no humano, así como a los objetos dentro de este (entorno físico)⁽¹⁴⁴⁾.

En el caso de los factores del cliente⁽¹⁴⁴⁾, y teniendo en cuenta que estos están formados por aquellas habilidades, características o creencias que residen en la persona y que pueden afectar a su rendimiento en el desempeño de una ocupación⁽¹⁴⁴⁾, casi la totalidad de la muestra no reconoce ni identifica a lo largo de la lectura del caso a estudio ninguno de ellos. Resulta sorprendente este hecho dado que los profesionales de terapia ocupacional deberían tener una visión holística de la persona e incorporar a su interpretación del caso factores involucrados con los valores, las creencias, la espiritualidad, o las funciones y estructuras corporales del sujeto objeto del análisis⁽¹⁴⁴⁾.

Al igual que sucede con anteriores agrupaciones, cuando un participante no identifica adecuadamente que los factores del cliente⁽¹⁴⁴⁾ influyen en los problemas del desempeño, puede generar por su parte una respuesta errónea de las dificultades para la ejecución del desempeño del protagonista del caso a estudio. Además, es remarcable que, a lo largo del caso, algunos estudiantes identificaron, entre otros, destrezas⁽¹⁴⁴⁾ afectadas o entornos y contextos⁽¹⁴⁴⁾ comprometidos, si bien no fueron capaces de señalar factores del cliente, siendo estos responsables de que las destrezas se desarrollen o que la persona realice actividades en su entorno.

Aunque la identificación de factores del cliente no tiene por qué ser la única opción descrita por los participantes, sí llama la atención el hecho

de que esta no aparezca representada en ninguna de las evaluaciones ocupacionales realizadas durante la investigación⁽¹⁴⁴⁾. Además, destacar que, en este caso, es comprensible que los participantes no identifiquen destreza alguna, ya que si no son capaces de identificar factores del cliente, les será difícil reconocer las subsiguientes destrezas. Es decir, no son capaces de ver la relación que existe entre las funciones del cliente⁽¹⁴⁴⁾ y las destrezas⁽¹⁴⁴⁾, y sorprende ya que según Rogers y Holm⁽¹⁷⁶⁾, durante las destrezas de ejecución específicas a la tarea, varias funciones y estructuras corporales se unen en combinaciones únicas, emergiendo para influir en el desempeño de la persona. Es más, la falta de reconocimiento de los datos que aparecen en el caso a estudio sobre estos factores del cliente puede afectar a la interpretación de los estudiantes sobre la identidad de la persona, al ser incapaces de identificar valores, creencias o estructuras y funciones corporales que se ponen en funcionamiento a la hora de realizar una actividad⁽¹⁾. Esto provocará que el estudiante no entienda la dimensión o la relevancia de ofrecer uno u otro servicio que pueda proveerse.

7.1.1.1. Resumen del apartado

La mayor parte de los participantes no reconoce ni identifica los datos del caso a estudio. Esto evidencia una adquisición pobre de la destreza relacionada con la identificación de datos relevantes. Además, dificulta realizar una evaluación ocupacional adecuada que permita comprender las alteraciones en el desempeño y sus posibles causas. Asimismo, cuando se da, la identificación de datos clínicos relevantes parece estar muy influida por teorías asociadas a un modelo biomédico o teorías sociales en detrimento de teorías o modelos más acordes con los principios teóricos básicos de la terapia ocupacional, que se evidencia en la dificultad para identificar áreas, destrezas y patrones de desempeño.

7.1.2. Categorización de información de acuerdo al marco teórico utilizado por los participantes

Las investigaciones realizadas por Mosey⁽⁵⁶⁾ definen la destreza de categorizar como el proceso de organización de los datos obtenidos en grupos para clasificarlos de alguna manera. El objetivo de este procedimiento es facilitar que podamos estudiar categorías individuales así como sus relaciones, en vez de acumular cientos de datos que despisten nuestra comprensión. Es por ese motivo que cobra especial relevancia la categorización de la información obtenida. Esta destreza se desarrollará en el alumno de forma gradual tras la comprensión de las teorías propias de la disciplina. Si esta situación no se desarrolla tal y como debería, el estudiante seleccionará categorías vinculadas a otras teorías que recibe durante su formación, tales como la medicina.

Es importante que el estudiante incorpore a su formación las teorías propias de la disciplina que estudia, ya que es la única forma de percibir el mundo desde esa óptica y de este modo poder desarrollar su labor desde ese nivel. Aunque para algunos investigadores el proceso de categorización es inconsciente, para otros esta destreza se adquiere mediante la capacidad del estudiante para interaccionar entre los datos obtenidos y la teoría aprendida durante la formación. A mayor comprensión teórica, mejor destreza de categorización.

Esta categorización, además, cumple otra misión relevante, y es la de conseguir que la jerga del terapeuta ocupacional se haga comprensible a personas ajenas a la disciplina. En este caso, las categorías son parte de un lenguaje profesional que surge de los constructos teóricos propios de la disciplina y que facilitará, como es lógico, la interacción y comprensión entre terapeutas ocupacionales, otras profesiones, personas, organizaciones o comunidades con las que trabajamos.

En cuanto a la categorización de la información, es necesario que tengamos en cuenta que los participantes deberían establecer dos grandes grupos para dar respuesta a los problemas del desempeño. Estos conjuntos deberían haberse ajustado a las categorías propuestas por Rogers y Holm⁽⁴⁶⁾ sobre la estructura del razonamiento diagnóstico. Y es que para que se pueda acometer una explicación razonable de lo que está sucediendo y realizar una fundamentación acerca de sus causas, es necesario que el estudiante tenga las destrezas de reconocimiento e identificación de datos para posteriormente poderlos agrupar en categorías^(52,56). El ajuste de la información identificada en categorías facilita que el profesional sistematice la información obtenida y comprenda con mayor agilidad la interacción entre la persona y el entorno/contexto donde desarrolla su vida⁽¹⁷⁵⁾.

Por ese motivo, los datos que vamos a exponer se ajustan a dos grupos, por un lado el componente descriptivo (CPD)⁽⁴¹⁾ y por otro el componente explicativo (CPE)⁽⁴¹⁾.

En cuanto al primero de ellos, es destacable que la profundidad de estructura del CPD es correcta en los estudiantes de cuarto, por lo que tienen más probabilidad de reconocer un problema que los alumnos de tercero y primero, cuya profundidad tiende a ser menor, ya que los participantes de estos dos cursos, establecen un componente descriptivo de dos niveles en los que solo reconocen que hay un problema e identifican el área (CPD2N).

La experiencia en cuanto a contenidos teóricos y prácticos para realizar la categorización de datos sigue siendo fundamental⁽¹⁷⁷⁾; es por eso que los participantes de cuarto llevan a cabo esta destreza con mayor facilidad, por lo que tienen mayor éxito de respuesta en el problema relacionado con el sueño/ descanso, seguidos de los problemas del desempeño

ocupacional de las actividades de la vida diaria instrumental (AVDI)⁽¹⁴⁴⁾ y en menor medida los problemas de ocio/tiempo libre⁽¹⁴⁴⁾ y participación social⁽¹⁴⁴⁾.

En relación con el problema en el desempeño ocupacional del área de sueño y descanso⁽¹⁴⁴⁾, cabe señalar que era de esperar que a los alumnos de primero les fuese difícil categorizar el CPD de este problema, situación que se repetirá durante toda la investigación, confirmando de esa forma los estudios sobre la evolución de las destrezas en estudiantes de terapia ocupacional elaborados por Mccannon *et al.*⁽⁸⁾. Destacar en la categorización del problema del desempeño ocupacional relacionado con este área que los participantes de cuarto presentan una categorización completa, de forma que se encuentran a la cabeza de los participantes en reconocer el problema, identificar el área y nombrar la actividad comprometida (CPD3N). Resulta especialmente destacable en este apartado los resultados de los participantes de tercer curso, entre los cuales la categorización de CPD es mínima. Así, tan solo reconocen dos niveles de este CPD (reconocen el problema e identifican el área). Existe un problema de profundización en la categorización del CPD que les puede acarrear problemas para interpretar el caso según VanLeit⁽¹⁷⁸⁾ o Neistadt *et al.*⁽⁵⁴⁾, y plantear una intervención⁽¹⁷⁴⁾. Cuando esto sucede, aparece una gran dispersión de las intervenciones, se crea confusión en la persona con la que se trabaja y se establece una gran dificultad para que otros profesionales entiendan nuestra labor, en opinión de Rivard *et al.*⁽¹⁷⁹⁾ y Talavera⁽¹⁸⁰⁾. Cuando esto sucede, nos convertimos en acompañantes ocupacionales, en vez de desarrollar nuestra función como terapeutas ocupacionales⁽¹¹⁾.

En relación con la segunda área con problemas en el desempeño ocupacional del protagonista del caso a estudio, que es el área de actividades de la vida diaria instrumental (AVDI)⁽¹⁴⁴⁾, señalar que el

número de participantes que destaca en una correcta ejecución (CPD3N) es menor que el número de participantes que no realizan un CPD3N. Pese a este descenso, los estudiantes de cuarto curso siguen siendo los que presentan mayor profundidad en la categorización del CPD, mientras que los participantes de primer y tercer curso siguen mostrando un nivel muy superficial de categorización del CPD. Es sorprendente ver cómo los datos que arroja el estudio, el cual revela que esta situación tiende a ser normal a la par que preocupante, y se corresponde con otro de los hallazgos de la investigación en este apartado.

Las áreas que presentan más dificultad por categorizar el CPD de los problemas del desempeño son las de ocio/tiempo libre y participación social. En ambas se mantiene la tónica habitual de este estudio, siendo los participantes de cuarto los que de forma clara realizan un CPD3N. Incluso estos participantes son capaces de definir con bastante claridad la actividad vinculada a este CPD sin tener problema en ello.

La categorización del CPD pierde profundidad teórica de forma progresiva cuanto menor sea el nivel de este. En esta investigación tan solo los alumnos de cuarto curso se mantuvieron en un CPD3N, teniendo en cuenta que por debajo de ese CPD la comprensión de los problemas del desempeño ocupacional se vuelve trivial. En este caso se ha constatado que los participantes de tercero igualan en resultados a los de primer curso en la categorización de los problemas en el desempeño desde un CPD2N (reconocer el problema y nombrar el área). Resulta especialmente alarmante que esto ocurra nuevamente, puesto que parece que los estudiantes de tercer curso que han participado de esta investigación se mantienen a un mismo nivel que un alumno recién llegado a la formación de terapia ocupacional. Estos datos refutan los resultados de las investigaciones guiadas por Mosey⁽⁵⁵⁻⁵⁷⁾ sobre la evolución de las destrezas y el conocimiento de estudiantes a lo largo de

su formación. Mosey⁽⁵⁵⁻⁵⁷⁾ destaca que esta evolución se puede dar si se establece una buena interacción entre varios fenómenos. De esta forma, la investigadora⁽⁵⁵⁻⁵⁷⁾ asegura que el desarrollo de destrezas va a depender de, entre otras, un aprendizaje en razonamiento influenciado por las capacidades inherentes del estudiante en un entorno facilitado por el docente donde el estudiante desarrolle su potencial y comprenda lo que se le está enseñando. A su vez el docente debe valerse del mayor número de estrategias y métodos de enseñanza para facilitar la comprensión del razonamiento y como este se desarrolla a la largo de la formación universitaria. Sin embargo, ante los sorprendentes resultados que estamos obteniendo parece que esta situación no se está llevando a cabo en el proceso de formación los alumnos objeto de estudio.

Como aspecto a tener en cuenta, un número determinado de participantes de cuarto curso ha errado en la definición de la actividad comprometida en el desempeño ocupacional del protagonista del caso, en un intento de categorizar un resultado de CPD3N. Esta situación, por anecdótica que parezca, refleja la dificultad de los estudiantes en comprender la teoría sobre la que sustentar la resolución del caso. En otras palabras, si el participante conociera e interiorizara los constructos teóricos de la terapia ocupacional, no erraría en la respuesta. Sin embargo, en este caso, la respuesta ofrecida por los participantes del estudio difiere de la que tendría que haberse ofrecido. Por consiguiente, cuando esta situación tiene lugar, y teniendo en cuenta que sucedió en participantes de último año, nos atrevemos a asegurar que esto es signo y un síntoma de que la teoría que estructura el pensamiento profesional presenta grietas, lo que podría provocar una pérdida de identidad profesional^(170,180,181) y una mala praxis^(11,10,182).

Por otro lado, en relación con la destreza del participante para categorizar el CPE, destacar que los participantes de cuarto curso siguen

mostrado mayor destreza que el resto de los cursos implicados en esta investigación a la hora de categorizar la información obtenida.

Estos participantes agrupan en su mayoría las variables implicadas en el CPE, mostrando una predilección por los entornos/contextos, puesto que es la variable más utilizada en los CPE de los problemas del desempeño ocupacional del protagonista del caso a estudio. En menor medida los participantes recurren a categorizar los datos obtenidos tras la lectura del caso a estudio en las variables de patrones de ejecución o síntomas/signos/cuadro médico, y en último lugar optan por las destrezas de ejecución y los factores del cliente, por lo que son las variables menos categorizadas por los participantes de esta investigación.

En esta investigación sorprende el elevado porcentaje de alumnos de primero que vinculan un síntoma/signo o cuadro clínico al CPE para explicar el problema del desempeño ocupacional en el área de descanso y sueño del protagonista del caso a estudio. Esta categorización es inversamente proporcional en los participantes de cuarto a la hora de generar un CPE para este problema del desempeño. Nosotros consideramos que este fenómeno es resultado de la formación, ya que la docencia de los alumnos de primero está fundamentada principalmente en asignaturas de corte biomédico, mientras que en otros niveles formativos existen otras alternativas al margen de esta^(170,171,183). Con esta situación, podemos corroborar que a mayor tiempo de formación académica influenciada por la teoría de terapia ocupacional, menos importancia se le conceden a las teorías biomédicas^(37,170). Sin embargo, no se trata esta afirmación de una máxima referida a este estudio, dado que los alumnos de tercero no identifican síntoma/signo/cuadro médico alguno en los problemas del caso a estudio. Parece en este caso, y al igual que sucedía en el resto de las destrezas a estudio, que los alumnos de tercero tienen verdaderas dificultades en identificar y categorizar

información del caso objeto de estudio y por consiguiente tiene afectadas las capacidades o destrezas para llevar a cabo su labor de razonamiento diagnóstico.

Si en la categorización de los síntomas que hemos realizado en el párrafo anterior se ha podido vislumbrar un cierto atisbo relacionado con la destreza de categorizar variables, en el resto (factores del cliente, destrezas, patrones y entornos/contextos), el panorama es desolador. En ellos los participantes de primero y tercero no categorizan datos, salvo casos excepcionales. Parece que hayan pasado por la lectura del caso sin que haber entendido nada de él. En los alumnos de primero esta situación es comprensible, puesto que su contacto académico es reciente y superficial y no cuentan con apenas recursos teóricos, pero los alumnos de tercero, cuya formación en terapia es de al menos dos años de duración, resulta preocupante que presenten resultados similares a los integrantes de primer curso. Así, ante la falta de categorización de datos en el CPE, es prácticamente imposible realizar un razonamiento diagnóstico⁽⁴⁶⁾ en forma y ajustado a la práctica profesional. De esta forma, los alumnos de tercer curso se enfrentan a una situación en la que el nivel de análisis y profundidad de interpretación de un caso a estudio se considera inviable. Esta situación repercute negativamente en la capacidad de estos para utilizar una terminología propia que defina, diferencie e identifique la verdadera labor del terapeuta ocupacional^(86,180, 181).

Siguen siendo en este caso los participantes de cuarto curso aquellos que mantienen un nivel de categorización con un cierto nivel de profundidad, aunque el número de estudiantes que en este caso son capaces de identificar variables que conformen el CPE en el caso a estudio es muy bajo, casi imperceptible, con lo que conformar un diagnóstico ocupacional

o al menos intentarlo va a ser inviable, como posteriormente veremos en este capítulo.

Aun así, los participantes de cuarto curso tienden a categorizar las variables como patrones de ejecución y entornos/contexto con la mayoría de los problemas del desempeño ocupacional de las áreas de AVDI, ocio/tiempo libre y en menor medida participación social.

Cabe recuperar algo que ya aportamos en el apartado anterior, y que resulta fundamental para entender lo que sucede en los participantes a la hora de realizar un CPE. Anteriormente describíamos la dificultad que presentaban los participantes en identificar factores del cliente y las posibles consecuencias que esto tendría (página 281), pues bien, en este momento podemos apreciar con mayor claridad esta situación. Un alumno que no ha identificado ni un solo factor de cliente es difícil que categorice la información en una destreza de ejecución. Esta situación es así porque ambas variables están estrechamente ligadas, de forma que no se puede categorizar una sin haber identificado previamente la otra. Sin embargo, esta circunstancia aún puede empeorar más, ya que los mismos participantes que no identifican factores del cliente ni categorizan destrezas de ejecución, en cambio, sorprendentemente, son capaces de categorizar patrones de ejecución, que solo se dan cuando ambas variables descritas se desarrollan con naturalidad^(144,184). En otras palabras, existe una gran confusión por parte de los estudiantes de esta investigación en reconocer, identificar y categorizar la información obtenida del caso a estudio, hecho que provoca que sus CPE se encuentre sin variables, causando con esto que en sus CPE incidan exclusivamente en la variable entorno/contexto como la única que genera los problemas en el desempeño del caso a estudio.

Es por eso que, aunque la destreza de categorización esté presente en los participantes de cuarto curso en este estudio, esta aptitud no es suficiente, tal y como veremos en apartados posteriores, ya que la categorización de CPD y CPE no se encuentra completa en los resultados obtenidos. Es por eso que en el anterior apartado comentábamos que el factor de identificación de datos había sido tan escaso por parte de los participantes que la comprensión del CPE se iba a ver mermada, como recogemos en este apartado.

Por otro lado, y teniendo en cuenta aspectos teóricos, Mosey⁽⁵⁶⁾ destaca que una categorización de datos requiere de una teoría que fundamente los mismos y los agrupe de forma clara basada en un constructo teórico que distinga la disciplina de otras ciencias^(28,41,185). En este caso, vislumbrar la teoría que utilizan los participantes para realizar la categorización de datos, como ya vimos en este apartado, es imposible. Se torna complicado definir la asunción teórica del participante, ya que es tan confusa a la hora de realizar un CPE que crea mucha dificultad en percibirla, al menos desde una perspectiva basada en la ocupación. En el caso de la CPD es mucho más fácil identificar el postulado utilizado por los participantes, ya que se asemeja a las propuestas teóricas utilizadas en esta investigación, que no es otra que el *Occupational Therapy Practica Framework: Domain & Process*⁽¹⁴⁴⁾. De todas formas, aunque esta propuesta⁽¹⁴⁴⁾ no se pueda considerar formalmente como un modelo de práctica o como un marco de referencia teórico, es usada con regularidad por los estudiantes y profesionales ya que reúne las creencias centrales de la profesión en relación positiva entre la ocupación-salud y su visión de las personas como seres ocupacionales⁽¹⁴⁴⁾. Debido a la claridad con la que este documento define el dominio y el proceso de la práctica, se torna en un documento clave que acompaña a los estudiantes durante su formación, tal y como se puede apreciar a lo largo de los datos obtenidos en la investigación

De todas formas y para finalizar, cabe destacar el elevado número de participantes de primero y tercero e incluso algunos de cuarto que no son capaces de llevar a cabo las siguientes destrezas: realizar un CPD (identificar un problema determinado, agruparlo en un área y localizar una actividad específica comprometida en la persona), o de componer un CPE (identificar información que sea la causa del problema en el desempeño, categorizarla en variables, agruparla en más de una variable en este componente). Esta situación es alarmante, especialmente cuando durante la formación recibida aparecen asignaturas con competencias vinculadas con la necesidad de categorizar información de casos a estudio. Esta realidad obtenida a partir de la investigación nos lleva a plantearnos que nuestra investigación no se puede apoyar en los estudios de Mccannon *et al.*⁽⁸⁾, en los cuales los participantes de último curso tenían mayor capacidad para describir de forma más minuciosa lo que estaba aconteciendo en los casos a estudio. Se sitúan en la misma línea las investigaciones de Kuipers⁽⁹⁾ sobre la evolución del aprendizaje, en donde el conocimiento de los estudiantes evolucionaba de novato a experto durante su formación obteniendo una mayor categorización de datos en cursos superiores, causado fundamentalmente por el reconocimiento de experiencias en las prácticas formativas, sumado todo ello a una mayor comprensión teórica de los contenidos ofrecidos en las aulas según Gibson *et al.*⁽¹³⁵⁾ y Harries *et al.*⁽¹⁸⁶⁾. En cambio, sí se puede evidenciar similitud con los trabajos de Unsworth CA⁽¹³³⁾, Unsworth⁽¹²⁵⁾, Mitchell y Unsworth⁽¹⁷⁷⁾, Kuipers y Grice⁽⁹⁾ o Carrier *et al.*⁽¹⁷⁴⁾, en los que se comenta que los estudiantes novatos van a tener mayor dificultad para resolver un caso, dado que no presentan destrezas de razonamiento suficientes, según estudios de Unsworth CA⁽¹³³⁾, Unsworth⁽¹²⁵⁾ y Robertson L⁽¹⁸⁷⁾.

Ante esta situación de confusión teórica y escasa destreza en razonamiento diagnóstico, tendremos que plantearnos que no solo la responsabilidad es de los participantes. Es el momento de focalizar la

atención sobre la docencia recibida, ya que esta es parte implicada en el desarrollo de destrezas de los alumnos a lo largo de su formación, según los estudios de Nolinske⁽¹⁸⁸⁾. En este caso, desconocemos las estrategias docentes utilizadas con los participantes para aprender a resolver un caso a estudio, pero sí es llamativo que entre los alumnos no aparezca esta sensibilidad para establecer categorías con un nivel mayor de profundidad adecuado en el CPD y un mejor nivel de claridad en el CPE. Ante este hecho, el razonamiento diagnóstico⁽⁴⁶⁾ no se podrá desarrollar, y menos aún establecer relación alguna entre la docencia, el aprendizaje por parte del alumno y la resolución de problemas, situación ideal según los estudios de Benson *et al.*⁽¹⁸⁹⁾, Seif *et al.*⁽⁴⁷⁾, Kramer *et al.*⁽¹⁹⁰⁾, Gallew⁽¹⁹¹⁾ o Vroman y MacRae⁽¹⁹²⁾.

7.1.2.1. Resumen del apartado

Para adquirir la destreza de categorizar datos se debe completar el proceso que implica una buena identificación de la información. Si no sucediese de esa forma, la categorización sería un proceso vacío de contenido. Por todo lo detallado hasta ahora en este apartado, podemos concretar que los participantes de cuarto curso destacan en la elaboración de un CPD de tres niveles con mayor facilidad que el resto, tal y como refleja el modelo de regresión logística utilizado en la investigación. Los alumnos de tercero, por el contrario, suelen establecer un CPD de dos niveles en los que exclusivamente reconocen el problema y localizan el área, mientras que los participantes de primero, tienden a no identificar el problema, o si lo identifican suelen mostrar ciertas dificultades por vincularlo a un área del desempeño ocupacional. En cuanto al CPE, la profundidad de análisis no se logra en ninguno de los cursos a estudio. Además es alarmante en este caso que los estudiantes de tercero y primero presenten datos similares, en tanto y cuanto los participantes de tercero tiene más recorrido formativo que los de primer año.

7.1.3. Descripción de la organización y de la síntesis de la información recabada por los participantes

El análisis es el proceso de distinción y separación de las partes de un todo hasta llegar a conocer sus principios o elementos. Es decir, es un método usado para cuantificar la importancia de cada uno de los factores actuantes en un fenómeno⁽¹⁹³⁾. En este caso, Mosey⁽⁵⁶⁾ comenta que mediante el análisis se realiza un examen de los componentes que intervienen en un fenómeno, con el fin de comprender lo que sucede y facilitar la elaboración de un diagnóstico. Este proceso de análisis se basa desde el primer momento en un sistema o marco de conceptos que influencia y facilita el trabajo al terapeuta ocupacional para llevar a cabo el análisis de los datos obtenidos y que previamente se agruparon en categorías. Este análisis puede llevar asociada de partida una concepción teórica, o bien esta puede seleccionarse durante el proceso. Es importante destacar la imposibilidad de realizar el análisis a una entidad sin que esté presente en el terapeuta ocupacional una concepción teórica que lo estructure.

Por otro lado, cuando hablamos de síntesis estamos refiriéndonos a la composición de un todo por la reunión de sus partes. Es decir, se trata de la suma y compendio de la información anteriormente analizada con el objetivo de obtener un compuesto a partir de sustancias más sencillas⁽¹⁹³⁾. En palabras de Mosey⁽⁵⁶⁾, para el caso que nos ocupa, ese compuesto correspondería a las diferentes partes que componen el diagnóstico ocupacional. Al igual que el análisis era relevante para comprender el fenómeno, la síntesis determina qué elementos se utilizan en un proceso y de qué manera pueden ser combinados. Esta síntesis puede aparecer por casualidad, pero en la mayoría de las situaciones este procedimiento tiene una meta, una idea o una estructura conceptual que se utiliza como guía para llevarlo a término. En nuestro caso sería la estructura del

razonamiento diagnóstico de Rogers y Holm la que da lugar al diagnóstico ocupacional propuesto por Moruno⁽³²⁾, Moruno y Talavera⁽²⁸⁾ o Talavera⁽¹¹⁾.

La unión de análisis y de síntesis que se producen de forma cotidiana en todas las actividades que realizamos están tan conectadas entre sí que en ocasiones tienden a confundirse. En este caso, y para evitar un posible desconcierto entre ambas, en el momento en que se observa el desempeño durante una evaluación los elementos esenciales del mismo serían el análisis, y la posibilidad de identificar las actividades y sus áreas problemáticas se correspondería con la síntesis. Los dos errores más comunes en esta relación son: realizar una mala síntesis, ya que se pueden “clasificar” de forma incorrecta aspectos que no se han llegado a comprender. Y, en segundo lugar, si se plantea un análisis sin llevar a cabo una síntesis no se podrá llegar a ninguna conclusión relevante ni explícita sobre la información obtenida.

En primer lugar, y dentro de los hallazgos realizados en nuestro estudio, uno de los más llamativos corresponde al razonamiento diagnóstico de los participantes. En este caso los estudiantes que participaron del estudio presentan una gran dificultad por estructurar su pensamiento en base al razonamiento diagnóstico propuesto por Rogers y Holm⁽⁴⁶⁾. No solo el problema se encontró en organizar y sintetizar la información recopilada, sino en dar forma a hipótesis diagnósticas tras la lectura del caso a estudio. Durante la investigación, y en este nivel, ninguno de los alumnos participantes fue capaz de establecer un patrón completo de razonamiento diagnóstico en todos los problemas del caso a estudio. Las dificultades que aparecieron durante la identificación y categorización de la información obtenida podrían haber contribuido a que esto fuera así. Consecuentemente, nos encontramos con estudiantes que no son

capaces de agrupar los datos recogidos y establecer un patrón de respuesta ante la información obtenida de un caso a estudio.

Algo similar ocurre con el orden y la síntesis de los datos. Así, este proceso no se puede llevar a cabo si no hay datos que manejar⁽¹⁷⁸⁾, incluso en momentos de confusión hay datos que gestionar, pero en este caso la confusión no existía, puesto que la calidad de información manejada por los participantes era escasa. El resultado de esta mala gestión de destrezas (identificar, categorizar y analizar-sintetizar) es desalentador, al documentar que ningún participante fue capaz de formular un diagnóstico ocupacional completo con el reconocimiento y desarrollo de la estructura teórica propuesta por Rogers y Holm⁽⁴⁶⁾.

Ante esta situación, es destacable que los participantes de cuarto curso son los que más se aproximan a la resolución de alguno de los problemas del desempeño del caso a estudio pero en un nivel escasamente significativo como para poder obtener un patrón que describa cómo resuelven el caso. Así, no son capaces de articular qué le sucede al protagonista del caso a estudio y los motivos por los que no mantiene el desempeño ocupacional de manera adecuada. La resolución infructuosa de problemas conlleva que las supuestas intervenciones pautadas por los estudiantes se encuentren vacías de contenido y significado terapéutico según Rassafiani *et al.*⁽¹⁰⁾, Gibson *et al.*⁽¹³⁵⁾, Neistadt *et al.*⁽⁵⁸⁾, Hooper⁽⁸²⁾, Neistadt⁽⁹⁸⁾, en tanto en cuanto no van a ser capaces de vincular un problema del desempeño y su causa, ya que esta relación (problema de desempeño-motivo de esa situación) no existe en el pensamiento profesional de los estudiantes. Es decir, va a resultar imposible verificar la eficacia de nuestros quehaceres profesionales, justificando la probabilidad de éxito de las intervenciones diseñadas⁽¹⁹⁴⁾.

Destaca de entre todos los participantes un patrón que aparece tras el análisis de los datos obtenidos en la investigación. En este caso, una parte de los participantes parece identificar dónde está el problema (lo reconocen, definen el área y alguno concreta la actividad), es decir, realizan un CPD, pero por el contrario no son capaces de explicar la causa del mismo. Esta situación se torna preocupante, ya que la parte responsable de la composición del CPE no es otra que la teoría recibida durante la formación. Los modelos de práctica o los marcos de referencia teórico definen y organizan el pensamiento del estudiante y del profesional, según Creek y Feaver^(195,196).

La estructura teórica tiene un papel clave en nuestra ciencia y se encarga de interpretar, describir, explicar y predecir la realidad⁽¹⁹⁴⁾. Sin embargo, los resultados proporcionados por este estudio muestran un nivel de manejo de estos principios teóricos casi inexistente, ya que los participantes no son capaces de nutrir con sus reflexiones la práctica de resolución de este caso a estudio. Además, con este panorama, no existe forma alguna de intercambiar información entre profesionales. Es decir, estos participantes no serán capaces de articular conceptos y dotarlos de la importancia que tienen para favorecer la comunicación entre disciplinas según Moruno y Talavera⁽¹⁹⁴⁾ o Hagedorn⁽⁷⁰⁾.

Por otra parte, esta falta de recorrido y aporte teórico que muestran los participantes repercute directamente en las habilidades para organizar el conocimiento y establecer una base conceptual sólida que sustente el ejercicio profesional, constituyendo la base científica que servirá de guía a la práctica clínica en opinión de Moruno y Talavera⁽¹⁹⁴⁾ y Kielhofner^(197,198). Así mismo, esta falta de gestión teórica colapsará la posibilidad de desarrollar el contraste empírico de las hipótesis profesionales, disminuyendo el consenso, la unidad entre los terapeutas

ocupacionales^(194,197,198) y llevando por lo tanto a una falta de identidad profesional en nuestras acciones⁽¹⁸⁰⁾.

La situación recogida en estas líneas se venía fraguando al comienzo del estudio, cuando los participantes tuvieron dificultades en el reconocimiento e identificación de datos y una pobre categorización posterior. Esto provocó que realizaran una mala síntesis del CPE, y por ende una mala construcción de las respuestas a las causas de los problemas del desempeño ocupacional. Todo ello acarrea unas consecuencias, circunscritas a la falta de comprensión del caso a estudio. Ello denota una dificultad por parte de los estudiantes para desarrollar las destrezas de pensamiento crítico según Hammel *et al.*⁽¹⁹⁹⁾, Schemm *et al.*⁽²⁰⁰⁾, Schaber y Shanedling⁽²⁰¹⁾ o Schön⁽²⁴⁻²⁶⁾, razonamiento profesional según Nielsen *et al.*⁽²⁰²⁾, Towns y Ashby⁽²⁰³⁾ Kielhofner^(31, 197,198) y gestión de resolución de problemas en palabras de Hammel *et al.*⁽¹⁹⁹⁾, Stern⁽²⁰⁴⁾, Vroman y MacRae⁽¹⁹²⁾, Spalding y Killett⁽²⁰⁵⁾, Stern y D'Amico⁽²⁰⁶⁾ o McCarron y Amico⁽²⁰⁷⁾.

En segundo lugar, si descendemos en el rigor teórico y situamos nuestro análisis en obtener datos sobre si al menos los participantes son capaces de localizar alguno de los problemas del desempeño ocupacional del caso a estudio, entonces nos encontramos muchos más datos y más resultados que no podemos dejar de pasar por alto. Ante esa situación, en la que no se pide que todos los problemas del desempeño sean nombrados bajo una estructura teórica concreta⁽⁴⁶⁾ (CPD3N+CPE2V), los estudiantes que participaron del estudio muestran diversas respuestas, expuestas en diferentes combinaciones de CPD y CPE.

Hay que tener en cuenta que estos CPD y CPE son el resultado de la combinación de datos establecida por el participante en las destrezas de identificación y categorización, y dependiendo de su capacidad para

articularlos, tendrá mayor o menor destreza para construir un diagnóstico ocupacional y dotarlo de profundidad o dejarlo en la trivialidad, como si de una anécdota se tratase. En este caso, correspondiendo al segundo hallazgo de este apartado, tenemos que concretar que las destrezas de analizar y sintetizar, que dan paso a la construcción de un razonamiento diagnóstico acorde a la teoría⁽⁴⁶⁾, han resultado casi imperceptibles a la muestra. Se trata esta de una situación alarmante, sobre todo si tenemos en cuenta que una hipótesis acerca al terapeuta a la comprensión de la interacción entre la persona y el entorno/contexto o ambiente donde se desarrolla la ocupación Greenstein^(208,209). Ante la ausencia de hipótesis existe un vacío de conocimiento de la realidad, lo que provoca que el terapeuta ocupacional se pierda en divagaciones sin importancia y superficiales⁽¹¹⁾, algo que se contrapone a los principios de Rogers y Holm⁽⁴⁶⁾, que refieren la necesidad de generar hipótesis para integrar los datos que guíen la práctica del terapeuta ocupacional Cameron *et al.*⁽²¹⁰⁾.

En este caso, las variantes de construcción de hipótesis sobre los problemas en el desempeño ocupacional han fluctuado entre la mejor, considerada como la ideal (CPD3N+CPE2V), hasta la peor (CPD1N+CPE1V). Así de esta forma, los estudiantes que dieron una respuesta correcta fueron capaces de establecer al menos dos problemas en el desempeño en algunas áreas, si bien es cierto que en un número poco significativo frente a los que se acercaban a la respuesta menos deseable. Del mismo modo, la mayoría de los participantes se situaron en un CPD3N+CPE1V, para explicar tan solo uno, y en el menor de los casos dos problemas del desempeño. No presentaron destrezas para identificar, categorizar, organizar y sintetizar los cinco problemas del desempeño que se planteaban en el caso a estudio.

Ante todo esto, la forma de organizar la información es pobre, alejada de los estándares de la práctica y del aporte teórico^(46,32, 28, 195,196). Podríamos

considerar que al menos en el último curso son capaces de establecer la síntesis de algún problema del desempeño, pero este dato no es relevante cuando la organización debería haber sido CPD3N+CPV2N para el caso de esta investigación, y en cambio los participantes que hicieron hipótesis las estructuraron en su mayoría en CPD2N+CPV1N. Las consecuencias que esta situación puede acarrear se vinculan a la escasa destreza del estudiante para interrelacionar informaciones que recoge del caso a estudio. Estas interrelaciones son la base para hacer una interpretación holística o multicausal de lo que acontece^(11,28,32,144), huyendo del reduccionismo^(11,28,32,56) imperante en las respuestas de los participantes, que en la actualidad inundan sus argumentos (CPE1V).

Lo más preocupante del caso sigue siendo la muestra perteneciente al tercer curso, quien de forma recurrente parece no presentar destreza alguna de aquellas estudiadas hasta ahora (identificación, categorización, análisis y síntesis). Esta situación es alarmante, sobre todo si revisamos sus datos, ya que están más próximos a los alumnos de primero que a los de cuarto. Es de extrañar que este hecho tenga lugar, y más aún que suceda en toda la muestra de participantes de tercero, ya que se supone que en este nivel de formación el estudiante, según los estudios de Kuipers⁽⁹⁾, Schell⁽²⁾, Unsworth CA⁽¹³³⁾, Unsworth⁽¹²⁵⁾ o Mitchell y Unsworth⁽¹⁷⁷⁾, tendría que estar preparado para identificar y categorizar datos obtenidos, y además tendría que presentar una cierta síntesis, si bien no de forma completa. Recordar que los estudios de Kuipers⁽⁹⁾, Harries *et al.*⁽¹⁸⁶⁾, Gibson *et al.*⁽¹³⁵⁾ o Kornblau⁽²¹¹⁾ destacan la importancia de que en los últimos años de formación existiese una mayor correlación entre aportes teóricos y experiencias prácticas, situaciones estas que deberían completar y complementar la formación del alumno^(174, 187, 212).

Por otro lado, se hace preciso señalar que los participantes de cuarto son los que más destrezas de análisis y síntesis presentan de toda la muestra, aunque no es esta una afirmación sin reservas, ya que la organización y

síntesis de las variantes para explicar los problemas del desempeño ocupacional (CPD+CPE) del caso a estudio, al igual que sucede en los estudios de Kuipers y Grice⁽⁹⁾ o Shell⁽²⁾, se sitúan en el punto más bajo a la hora de alcanzar la estructura propuesta en la teoría sobre razonamiento diagnóstico⁽⁴⁶⁾, clave a la hora de realizar el diagnóstico ocupacional^(11,28,32) del caso utilizado en esta investigación.

En el caso de los alumnos de primero, la escasa aportación teórica sobre razonamiento diagnóstico de terapia ocupacional y la escasa contribución docente ofrecida sobre marcos de referencia teóricos y modelos de práctica contribuye a que aparezca un panorama virgen, vinculado a la explicación de los problemas en el desempeño ocupacional del caso a estudio, tal y como relatan Kuipers y Grice⁽⁹⁾ y Shell⁽²⁾ en sus estudios .

En tercer lugar, en cuanto a las variantes de CPD y CPE utilizadas para explicar los problemas en el desempeño, los participantes encontraron mayor facilidad para establecer un CPD3N+CPE1V en las áreas de descanso y sueño o actividades de la vida diaria instrumental. Estas categorizaciones se dieron en menor medida en el área de participación social, y de forma muy puntual en el área de ocio y tiempo libre.

Destacar entre todos los datos obtenidos que siguen siendo los alumnos de cuarto curso los que de forma clara muestran mayor capacidad para establecer relaciones entre el CPD y el CPE, aun teniendo en cuenta que esta variante de generar una hipótesis sobre lo que sucede al protagonista del caso a estudio se aleja de la respuesta ideal al caso en cuestión. En los resultados de los alumnos de cuarto curso destacan la facilidad para la identificación, categorización, organización y síntesis de la información, dando forma a una hipótesis (CPD3N+CPE1V) sobre el problema en el desempeño ocupacional de las áreas de descanso y sueño, actividades de la vida diaria instrumental y participación social.

Es en la elaboración de la hipótesis sobre el problema de actividades de la vida diaria instrumental donde apreciamos que un número muy bajo de alumnos de primero son capaces de construirla, aunque alejándose de los que consideramos como respuesta. En este caso, utilizan un CPD2N+CPE1V para dar respuesta a lo que le sucede al protagonista del caso a estudio. Esta situación no se volverá repetir en los participantes de primer curso en ningún otro problema del desempeño, ya que su construcción de hipótesis bajo convenciones teóricas⁽⁴⁶⁾ es inexistente, apoyando de esa forma los resultados de los estudios de Harries *et al.*⁽¹⁸⁶⁾. Gibson *et al.*⁽¹³⁵⁾, Unsworth^(125,133), Mitchell y Unsworth⁽¹⁷⁷⁾, Kuipers y Grice⁽⁹⁾, Robertson L⁽¹⁸⁷⁾, Harries y Gilhooly⁽²¹²⁾ o Carrier *et al.*⁽¹⁷⁴⁾, quienes destacan la dificultad por organizar el conocimiento, usar estrategias, reconocer patrones, capacidad para reconocer señales o para organizar el pensamiento en los participantes más novatos⁽²⁾.

En relación a la elaboración de una hipótesis como medio para explicar el problema de ocio, sorprende la escasa relevancia que este presenta para los participantes del estudio, ya que los niveles de respuesta y elaboración de hipótesis son casi inexistentes. Las variantes de CPD+CPE, fluctúan entre la respuesta óptima (CPD3N+CPE2V) y el CPD3N+CPE1V.

En cuarto lugar, hemos dejado para el final de este apartado aquel que consideramos el último hallazgo más importante del mismo, y el que consideramos como el más inverosímil de esta investigación. En este caso, un elevadísimo número de participantes de la investigación no identificaba problema alguno en el caso a estudio. Este hecho es inverso en función de los cursos, ya que un número elevado de alumnos que no analizan ni sintetizan la información son alumnos de primer curso, mientras que los alumnos de cuarto analizan y sintetizan los datos del

caso, pero con escasa profundidad, como ya se ha dicho con anterioridad. Por el contrario, los alumnos de tercero ofrecen datos realmente alarmantes puesto que casi la mitad de los que participaron en la investigación no identifican problema alguno en el caso a estudio, evidenciando la falta de destrezas que hasta ahora hemos estudiado y que anteriormente reflejábamos.

Por todo ello, podemos asegurar que los tres cursos a estudio no presentan destrezas de análisis y síntesis. Aun así, y dentro de esta generalidad, tan solo unos pocos participantes de cuarto parecen mostrar ciertas capacidades para establecer un razonamiento diagnóstico completo, en detrimento de la mayoría, quienes resuelven el caso a estudio con un escaso control sobre los problemas del desempeño ocupacional del sujeto del caso a estudio y una exigua concepción de su razonamiento diagnóstico. Esta dificultad por definir la práctica dentro de cauces teóricos tiene consecuencias visibles especialmente en la dificultad por comprender lo que acontece en la interacción entre la persona con la trabajamos y su entorno donde realiza su ocupación, en opinión de Lee⁽²¹³⁾.

7.1.3.1. Resumen del apartado

Los participantes de este estudio presentan una respuesta insuficiente a la hora de desarrollar su razonamiento diagnóstico bajo el formato recomendado por Rogers y Holm. Esto dificulta en gran medida poder establecer un diagnóstico ocupacional y lo que es más preocupante, los alumnos no son capaces de concretar los problemas en el desempeño ocupacional del caso a estudio. Ya no estamos considerando la necesidad de localizar y definir todos los problemas del caso a estudio, sino que nos estamos limitando a la capacidad en determinar alguno de ellos dentro de los límites teóricos, situación que tampoco se ha cumplido.

Llama enormemente la atención que ninguno de los participantes se haya acercado de forma clara a la resolución de los problemas del caso a estudio, situando su proximidad al establecimiento de entre una y tres hipótesis, fuera de rango deseado (CPD3N+CPV2V).

7.1.4. Estudio de las características de las hipótesis formuladas por los participantes

En este caso, mediante esta destreza debería ser posible que se pudiese explicar o declarar el sentido de algo, es decir, explicar acciones o sucesos que pueden ser entendidos de diferentes modos. Así, esta habilidad implica la necesidad de concebir, ordenar o expresar de un modo profesional la realidad observada⁽¹⁹³⁾. Por ello Mosey⁽⁵⁶⁾ define que la elaboración de interpretaciones como el proceso de dar sentido a los datos observados, por lo que la interpretación va más allá de la mera documentación de lo observado.

Los terapeutas ocupacionales tienen la responsabilidad de dar sentido a sus hallazgos, puesto que un informe de investigación sin ninguna interpretación no está completo, en ese sentido no sería más que una declaración de hallazgos. En este caso, la interpretación debería aclarar los descubrimientos localizados, por lo tanto el terapeuta ocupacional debería ser capaz de profundizar todo lo posible en la interpretación de los hallazgos con el fin de explicar pormenorizadamente en qué modo se ve afectado el desempeño así como sus causas. Es importante tener en cuenta que no se puede confundir la destreza de interpretar la realidad profesional, asentada en concepciones teóricas, con la posibilidad de que el profesional haga juicios, ya que la elaboración de un juicio no requiere de un andamiaje teórico.

En primer lugar, en relación a la interpretación de datos, la profundidad de análisis realizada por los participantes ha sido muy baja, con una dimensión muy superficial de explicación de los problemas en el caso a estudio. En estas circunstancias, los participantes de cuarto curso han sido los únicos que al menos se acercaron a un razonamiento diagnóstico tal y como contempla la teoría⁽⁴⁶⁾, fundamentado en un

CPD3N+CP2V^(11,28,32), a pesar de que en su mayoría se situaron en un CPD3N+CP1V.

El dato alarmante, y esto es algo que ya hemos ido exponiendo a lo largo de esta discusión, se sitúa en los alumnos de tercer curso y se corresponde con el primer hallazgo relevante de este apartado. En este caso, sorprende ver cómo la composición del diagnóstico ocupacional es inexistente para estos participantes de tercero, cuyos datos son parejos a los resultados de los alumnos de primer curso, e incluso inferiores, dado que en ocasiones los participantes de primer curso establecen una estructura de diagnóstico ocupacional compuesta por un CPD2N+CPE1V.

Otro de los descubrimientos de este apartado se sitúa en la facilidad de los participantes para establecer un CPD y la gran dificultad de los mismos para elaborar un CPE. En el caso de los CPD, en su mayoría son reconocidos por los estudiantes y su reconocimiento, identificación y categorización es mucho más eficaz. Aun así, en este caso tampoco tiende a ser tan relevante la obtención de esta información, máxime cuando la realidad es que en el reconocimiento de las áreas comprometidas por el protagonista del caso no acertaron a realizar un CPD completo, es decir, un CPD3N.

Salvo los estudiantes de cuarto, el resto tuvo problemas en categorizar los datos sobre la actividad, y no solo esto, sino también ser capaz de acertar en su ajuste. El mayor problema reside sin duda en la gestión del CPE, el cual está constituido, tal y como detallábamos en el capítulo dos, por el conjunto de hipótesis formuladas por el terapeuta para explicar la causa o naturaleza de cada condición, situación o problema. Es decir, se correspondería con las causas hipotéticas de tales alteraciones^(11,28,32,46).

Por ese motivo la preocupación es máxima, ya que los alumnos no son capaces de articular un CPE en condiciones, esto es, con ciertas garantías. De esta forma los participantes se han perdido a un nivel tal que no serán capaces de plantear las posibles causas del problema del desempeño creando una gran dificultad, puesto que la intervención no se ajustará a la realidad de la persona a estudio^(11,28). Además, si tenemos en cuenta que el CPE plantea las posibles hipótesis relacionadas con esta dificultad en el desempeño, el estudiante no podrá reducir su explicación a una sola causa (como es el caso de esta investigación). En este tipo de esquema es donde la teoría específica de la terapia ocupacional debería estar presente^(32,46). La forma de explicar lo que sucede está estrechamente relacionada con el modelo teórico que el terapeuta ocupacional utilice para la explicación de las modificaciones en el desempeño ocupacional según Yancosek y Howell⁽²¹⁴⁾ o Craik y Rappolt⁽²¹⁵⁾. En este caso, y tal y como planteamos, la investigación del caso a estudio, en el CPE el participante debería presentar datos sobre funciones, estructuras corporales y valores, además debería incluir destrezas de ejecución, sin pasar por alto la incorporación de datos relacionados con los patrones de desempeño (hábitos, rutinas, roles), o con los entornos/contextos.

La consecuencia de esta situación con un CPD y CPE de escasa profundidad es la creación de profesionales con dudosa comprensión de “saber qué es lo que se evalúa”, ya que cuando se tiene claro el cuerpo teórico a utilizar durante la resolución de un caso a estudio, entonces se sabrá con claridad cuál es la misión profesional^(7,11). Es decir, cuanto más definidos se encuentren los niveles del conocimiento, más fácil será que un profesional desarrolle su práctica^(32,70). En este caso no se puede confundir el CPE con material teórico de otras disciplinas y menos aún que este sea incompleto, ya que esta situación denota que el aprendizaje no es el más adecuado en cuanto a la comprensión de la teoría propia de

la disciplina⁽¹¹⁾. Ante ese hecho, las metodologías o estrategias docentes tendrá que ser puestas en tela de juicio para detectar si el conocimiento ofrecido se ha mostrado de la mejor forma posible para su comprensión según Nielsen *et al.*⁽²⁰²⁾, Lysaght y Bent⁽²¹⁾, Bailey y Cohn⁽²¹⁶⁾.

Es decir, tal y como argumentábamos en el capítulo dos de este documento, de nada sirve que un terapeuta ocupacional ponga a funcionar su razonamiento clínico si, en el momento de gestionar el razonamiento diagnóstico, el componente descriptivo no aporta datos sobre la ocupación del ser humano y en el componente explicativo no aparezcan las variables que aclaren lo que sucede y por qué sucede desde los postulados propios del cuerpo epistemológico de nuestra disciplina⁽⁴⁶⁾.

En segundo lugar, en relación a los razonamientos utilizados por los participantes durante la resolución del caso a estudio, es destacable que la mayor parte de ellos utilizaron en gran medida un razonamiento procesal frente a otros como el condicional, narrativo o interactivo. En nuestro caso, un número de participantes muy reducido perteneciente a cuarto curso utilizó razonamiento procesal y condicional. Lo que sorprende del estudio es que el uso de razonamiento procesal para alumnos de primero y cuarto fue casi el mismo. En este caso, y si tenemos en cuenta que el razonamiento evoluciona a lo largo de la formación⁽¹³³⁾, no podemos perder de vista que la similitud en ambos cursos difiere claramente de esta afirmación teórica, hecho que sitúa a los participantes de cuarto curso en una posición harto complicada de comprender. Esto se debe que a estas alturas de formación el participante debería tener, en palabras de Schell y Schell⁽²⁾, un adecuado nivel de organización del conocimiento, con una estructura concreta con una cierta estrategia desarrollada a la hora de resolver un problema determinado. Asimismo debería poseer ciertas habilidades para categorizar patrones en

la memoria a largo plazo, lo que facilitaría ganar un cierto automatismo en los pasos a seguir para reconocer las señales que aparecen y procesar la información obtenida.

Aun así, y siendo un problema todo lo anteriormente comentado sobre el uso del razonamiento, la mayor sorpresa aparece en el momento en que fijamos la atención sobre la dificultad del participante para utilizar cualquier tipo de razonamiento profesional. De este modo, este se trata de otro de los hallazgos localizados en este apartado de la investigación. En esta situación resulta esperable que en alumnos de primer curso más de la mitad de ellos no utilicen ningún tipo de razonamiento profesional para resolver el caso a estudio.

Sin embargo, en esta cuestión existen dos aspectos que no podemos pasar por alto. En primer lugar, resulta alarmante al apreciar que gran parte de los estudiantes de tercero no utilizasen razonamiento alguno durante la resolución del caso a estudio, mientras que únicamente una pequeña parte de ellos utilizaron un razonamiento procesal. El segundo de ellos implica a los participantes de cuarto curso, ya que casi la mitad de los alumnos de ese año tampoco utilizó razonamiento alguno para resolver los problemas del protagonista del caso vinculado a esta investigación.

Ante este panorama, deberíamos prestar atención y tener en cuenta cómo ha sido la formación teórica durante sus cuatro años de formación, ya que es ahí donde reside el germen de la evolución del estudiante según los estudios de Talavera⁽¹¹⁾, Falk-Kessler *et al.*⁽²¹⁷⁾, Neistadt^(52,53), Neistadt *et al.*⁽⁵⁴⁾ o Nielsen *et al.*⁽²⁰²⁾.

Las consecuencias de esta situación quizás podrían tener su causa en la formación, ya que cuando una educación en materia de razonamientos no

surte efecto en la población a la que se dirige aparecen consecuencias de este estilo, según Rassafiani *et al.*⁽¹⁰⁾, Hooper⁽⁸²⁾ o Talavera⁽¹¹⁾. No obstante, si profundizamos un poco más en la situación, podremos encontrar estudiantes que están a punto de graduarse que presentan gran dificultad en comprender lo que está sucediendo con las personas con las que trabajan, en opinión de Scheirton *et al.*⁽²¹⁸⁾. Así, este sistema educativo forma profesionales empobrecidos en pensamiento crítico que cuentan con escasa capacidad para resolver problemas y sobre todo forja generaciones de terapeutas ocupacionales con cierta pérdida de identidad sobre su disciplina, en tanto y en cuanto no son capaces de pensar con los razonamientos propios de la misma según Scanlan *et al.*⁽¹⁸¹⁾ o Talavera⁽¹⁸⁰⁾.

Por todo ello, podemos asegurar que los tres cursos a estudio no presentan destrezas de interpretación de datos. No son capaces de articular su pensamiento a la hora de relacionar con profundidad los problemas en el desempeño y la causa de tales situaciones, a pesar de ciertos atisbos de estructura de razonamiento diagnóstico que aparecen en algunos participantes de cuarto curso. Sin embargo, su interpretación diagnóstica es superficial, nada usual para estudiantes de cuarto curso, en los que según Schell y Schell⁽²⁾ deberían de estar presentes las destreza de interpretación y profundidad de análisis.

7.1.4.1. Resumen del apartado

La ausencia de destrezas de interpretación por parte de los participantes de la investigación dificulta enormemente la capacidad de estos para profundizar tanto en los problemas del desempeño ocupacional como en la causa que los provoca. Sin duda alguna, la limitación principal se encuentra en la superficialidad con la que manejan los datos recopilados sobre el caso a estudio. La consecución de una interpretación con una

profundidad adecuada se corresponde con el final de un recorrido por otras destrezas. Es por esto que si estas aptitudes no se ajustaban a ciertos niveles, es comprensible que la interpretación no se desarrolle como debería. En este caso, la formación recibida debería haberles servido para establecer vínculos entre la teoría y la práctica, aspecto que en este momento no presentan. De ahí que los razonamientos usados por los participantes sean exclusivamente de corte procesal en los participantes de primer, tercer y cuarto curso, sin que exista presencia de otras formas de razonamiento para resolver el caso a estudio.

7.1.5. Correlaciones entre variables socio-demográficas y variantes del diagnóstico ocupacional propuesto por el participante

Los estudios de Gibson *et al.*⁽¹³⁵⁾ o Carrier *et al.*⁽¹⁷⁴⁾ aportan datos sobre la relación entre variables socio-demográficas y la capacidad para el estableciendo del razonamiento en los estudiantes^(2,9,133,187).

En nuestro caso el perfil del estudiante que ha participado en la investigación en la Universidad de A Coruña se corresponde con una persona en su gran mayoría mujer, con edades habitualmente comprendidas entre los 18 y 22 años, y un porcentaje menor situado entre 23 y 25 años.

El principal motivo de ingreso en la carrera de terapia ocupacional es porque ya lo conocían con anterioridad y les gustaba, y en segundo lugar porque no pudieron ingresar en otro programa educativo. En general, la mayoría obtuvo notas medias en todos los cursos previos a su ingreso en la universidad, y el país de origen de los participantes en su mayoría corresponde a España, y más concretamente la comunidad autónoma de Galicia. Los participantes provienen de entornos rurales y urbanos casi en la misma medida, y es en esos lugares donde completaron su formación previa a los estudios universitarios compartiendo ambos entornos durante la formación académica. Los progenitores, cuya nacionalidad es habitualmente española, en líneas generales presentan un nivel educativo bajo y no tienen relación con actividades laborales relacionadas con ciencias de la salud.

Teniendo en cuenta este perfil, y al realizar las correlaciones con las posibles variantes de CPD3N+CPE2V, destacamos, siendo el principal hallazgo en este apartado, que se observa que las variables de análisis y

síntesis del caso a estudio en esta investigación y las variables socio-demográficas no tienen relación alguna.

Por tanto, la realización de CPD3N+CPE2V no depende de las características socio-demográficas de los estudiantes y más aún, dado que son tan pocos los estudiantes (n=3) con CPD3N+CPE2V, esta variable parece asociarse más a las habilidades individuales de cada alumno que a un componente socio-demográfico.

En este caso, las destrezas del estudiante, o al menos de aquellos a los que se hace referencia (n=3), se adquieren a lo largo de la formación, y es relevante destacar que esta habilidad es el resultado de la una fusión entre teoría y práctica. Lo interesante de esta situación es que se dé un nivel tan bajo a la hora de elaborar un CPE3N+CPE2V, especialmente cuando la preparación es igual para todos.

En este caso los estudios de Gibson *et al.*⁽¹³⁵⁾ o Carrier *et al.*⁽¹⁷⁴⁾ en los que aseveraba que los factores socio-demográficos repercutían en las destrezas del alumno para realizar un razonamiento adecuado no es aplicable a los resultados obtenidos, alejándose además de los frutos de los estudios de James y Musselman⁽²¹⁹⁾, los cuales corroboraban que los atributos personales y factores socio-demográficos influían en el desarrollo del razonamiento clínico. Es preciso tener en cuenta que la condición de que sean solo tres personas las que tengan un adecuado CPD3+CPE2V también influye, ya que es menor la capacidad para obtener datos sobre estas correlaciones.

7.1.5.1. Resumen del apartado

La ausencia de destrezas de interpretación por parte de los participantes de la investigación dificulta enormemente la capacidad de estos para profundizar tanto en los problemas del desempeño ocupacional como en la causa que los provoca. Sin duda alguna, la limitación principal se encuentra en la superficialidad con la que manejan los datos recopilados sobre el caso a estudio. La consecución de una interpretación con una profundidad adecuada se corresponde con el final de un recorrido por otras destrezas. Es por esto que si estas aptitudes no se ajustaban a ciertos niveles, es comprensible que la interpretación no se desarrolle como debería. En este caso, la formación recibida debería haberles servido para establecer vínculos entre la teoría y la práctica, aspecto que en este momento no presentan. De ahí que los razonamientos usados por los participantes sean exclusivamente de corte procesal en los participantes de primer, tercer y cuarto curso, sin que exista presencia de otras formas de razonamiento para resolver el caso a estudio.

7.2. Discusión correspondiente a datos obtenidos mediante metodología cualitativa

Contenidos de este apartado

7.2. Discusión correspondiente a datos obtenidos mediante metodología cualitativa

7.2.1. Interpretación de la información presentada por los participantes

7.2.1.1. Resumen del apartado

7.2.2. Organización de las estrategias de recogida y procesamiento de datos usadas por los participantes

7.2.2.1. Resumen del apartado

7.2.3. Análisis de la información presentada por los participantes

7.2.3.1. Resumen del apartado

7.2.1. Interpretación de la información presentada por los participantes

Tal y como proponen Moruno y Talavera⁽²⁸⁾, los procedimientos de recogida de información, denominados variables, son claves en el proceso de terapia ocupacional y son la base para “*darle valor a algo*”⁽²²⁰⁾. Las variables están delimitadas por los conceptos y las estructuras teóricas que soportan nuestras reflexiones profesionales y dirigen nuestro trabajo. En otras palabras, las teorías que utilizamos para interpretar la condición de salud son el soporte sobre el cual fundamentamos nuestra práctica, damos sentido y definimos el problema para guiar nuestra intervención y desarrollar posibles soluciones⁽⁴⁶⁾.

Nuestro trabajo se fundamentará en determinados aspectos, otorgándoles más importancia sobre otros en función del marco de referencia teórica o modelo de práctica que utilice cada terapeuta ocupacional. Por ello,

Moruno y Talavera⁽²⁸⁾ destacan la importancia de adoptar un sistema teórico que permita definir variables y guiar el razonamiento subyacente al proceso de terapia ocupacional. Si esto no sucede, estos autores⁽²⁸⁾, afirman que nuestro pensamiento profesional se perdería, y por consiguiente el razonamiento diagnóstico⁽⁴⁶⁾ vinculado a él.

A lo largo de nuestro caso de estudio, los alumnos que participaron de la investigación mostraron una gran confusión tanto a la hora de interpretar los problemas de salud como en el momento de justificar de forma teórica sus impresiones sobre los problemas del desempeño ocupacional.

En este apartado hemos hallado cuatro indicios vinculados a la investigación que denotan que ciertas competencias en el alumno no se están llevando a cabo. El primero de estos hallazgos muestra en los participantes una forma interpretar el caso a estudio desde una perspectiva preferentemente biomédica, en la que interpretan la salud desde un enfoque a través del cual son capaces de identificar diagnósticos médicos tras el reconocimiento de síntomas y signos que aparecen en la lectura del caso. Debe señalarse que esta teoría se da en su mayoría en participantes de primer curso, mientras que está presente de forma puntual en los estudiantes de tercer y cuarto curso.

Es ahí donde reside la importancia de este hallazgo, ya que la evolución de los conocimientos sobre la disciplina debe ser exponencial a lo largo de la formación, en palabras de Gibson D *et al.*⁽¹³⁵⁾, Unsworth^(133,221) o Schell y Schell⁽²⁾. De este modo quedaría reflejado entre los estudiantes un desarrollo hacia teorías propias de la disciplina provocando que estos documenten sus interpretaciones sobre aquello que ocurre en los casos a estudio desde un prisma más cercano a postulados relacionados con la ocupación que a otros. En este caso, según Walters y Hirsh⁽²²²⁾ o Kielhofner⁽³¹⁾, las “lentes conceptuales” con las que el profesional debería

ver su trabajo no se encuentran presentes, por lo que resulta extraño que los datos arrojados en nuestra investigación no coincidan con estas afirmaciones.

De esta forma, hemos observado que los participantes en su mayoría se han centrado en interpretar los problemas de salud del caso a estudio desde focos relacionados con problemas en los sentimientos (referenciando situaciones relacionadas con la tristeza o la soledad), más propios de teorías psicológicas. Además, otros participantes llegaron incluso a negar que le sucediera algo al protagonista del caso a estudio, mostrando en ocasiones interpretaciones extremadamente superficiales en donde no existía casi conexión con la información descrita en el caso en cuestión.

Sin embargo, no todo es caótico a este nivel, sino que algunos participantes de tercer y cuarto curso incorporan a sus discursos sobre la interpretación del estado de salud teorías ocupacionales, según Wong y Fisher⁽²²³⁾, o contextuales, en opinión de Magasi *et al.*⁽²²⁴⁾, propias de la disciplina y que alientan a que estos sean realmente la vanguardia de un grupo de profesionales que focalizan su respuesta profesional sobre aspectos vinculados con la terapia ocupacional. Pese a esto, las respuestas vertidas por los participantes presentan un nivel alto de trivialidad y una interpretación plana de lo que acontece, y en el caso de las participantes que se vinculan a teorías ocupacionales su nivel de descripción es mínimo, necesitando apoyarse en todo momento en otras teorías tales como la biomédica o psicológica para dar fuerza a su discurso. En el caso de los estudiantes que utilizan teorías más relacionadas con los contextos, evidenciamos que estos no son más que meras reproducciones de discursos docentes, donde no se evidencia una verdadera introspección de los contenidos. Así, estos participantes ofrecen respuestas en las que sitúan el problema de forma abstracta en

postulados sociales o comunitarios sin vínculo alguno con la realidad del caso a estudio. Por lo tanto se convierten en discursos prototípicos, carentes de contenido, en ocasiones demagogos y con escaso calado en los problemas del caso a estudio, similares a los resultados de investigaciones de Gibson *et al.*⁽¹³⁵⁾, en los que los estudiantes con escaso control del razonamiento muestran más dificultades a la hora de diferenciar los datos o informaciones importantes. Estos estudios⁽¹³⁵⁾ hablan del efecto “libro de recetas” mediante el cual el estudiante repite de forma reiterativa lo aprendido en la docencia teórica sin plantearse si lo que está verbalizando se ajusta a la realidad del caso a estudio. En otras palabras, el alumno no realiza un proceso de identificación, categorización y de análisis-síntesis con la información obtenida del estudio del caso.

Por lo tanto, parece que la evolución esperada en los estudiantes, en base a los estudios de Robertson^(23,187), no se ajusta a la mostrada por los participantes en nuestro estudio. Esta evolución puntual en la respuesta de algunos participantes se asemeja, en menor medida, a los estudios de Robertson⁽¹⁸⁷⁾ o Unsworth⁽¹³³⁾, en los que los estudiantes de los últimos cursos mostraban un nivel de interpretación de la condición de salud más próxima a modelos propios de la disciplina que a otros comunes a otras ciencias, o al menos parecían tener mucho más estructurada la representación de los problemas del desempeño a estudio, contraponiéndose a los estudiantes de los primeros cursos, que se encuentran más guiados por modelos teóricos biomédicos⁽¹³³⁾.

Esta situación descrita podría crear la tangencialidad descrita por autores como Reed⁽²²⁵⁾, Rassafiani *et al.*⁽¹⁰⁾, Gibson *et al.*⁽¹³⁵⁾, Neistadt *et al.*⁽⁵⁴⁾, Hooper⁽⁸²⁾ o Neistadt⁽⁹⁸⁾ a la hora de estructurar la práctica profesional, las intervenciones y los posibles resultados de las mismas. Esta situación, en donde las teorías propias de la disciplina se relegan a un segundo plano en detrimento de otras que ganan peso, provoca la desnaturalización de

la práctica así como la involución de la disciplina a estadios anteriores, según Shannon⁽²²⁶⁾ o Levine⁽²²⁷⁾, creando, entre otras, una pérdida de identidad profesional y una gran confusión en las personas, organizaciones, comunidades y profesionales con los que trabajamos, en palabras de Scanlan *et al.*⁽¹⁸¹⁾ o Gray⁽²²⁸⁾.

De todas formas, las interpretaciones realizadas por los participantes con teorías propias de la terapia ocupacional son pobres y extremadamente superficiales, con un claro predominio de otras ciencias como la medicina o la psicología que siguen siendo colonizadoras de la terapia ocupacional, tal y como reflejan los estudios de Wong y Fisher⁽²²³⁾ y Hammel⁽²²⁹⁾. Esta situación provoca en los estudiantes una gran dificultad por comprender los puntos centrales de la teoría vinculada con la ocupación que se supone deberían estar presentes durante su formación; motivo este que da lugar al segundo hallazgo de nuestro caso en este apartado.

El segundo descubrimiento evidencia la falta de comprensión teórica que parece estar instaurada en los participantes a todos los niveles. Los alumnos pertenecientes a tercer y cuarto curso son capaces de nombrar los modelos de práctica o los marcos de referencia teóricos, pero no ahondan más en su contenido, es decir, los señalan pero no los integran en sus discursos, no existe una reflexión más allá ni aparecen respuestas hilvanadas en las que se evidencie un control teórico de los mismos. Sus expresiones son claramente de “escaparate”, en las que se denota una falta de conocimiento para vincularlos con los problemas del desempeño. Asimismo, a lo largo de sus interpretaciones teóricas hablan indistintamente de repertorios pertenecientes a modelos diferentes; así, cuando hablan del modelo de práctica o marco de referencia teórico, sus expresiones son circulares y superficiales e incluso esta situación les lleva a la confusión entre marco de referencia teórico y modelo de práctica a la hora de documentar su respuesta, tal y como evidencian los estudios de

Ikiugu y Smallfield⁽²³⁰⁾ en donde se descubrió que un estudiante que no asimile conceptos teóricos va a mostrar una superficialidad extrema.

Además llama la atención su empeño por huir de teorías reduccionistas o mecanicistas, pese a ser conscientes de su utilidad haciendo uso de comentarios en los que los docentes les piden que así sea y que guíen sus explicaciones a concepciones humanistas u holísticas. Estas recomendaciones parecen haber calado hondo en el discurso de los participantes, quienes lo reproducen hasta la saciedad sin que esto tenga repercusión alguna en sus conocimientos, ya que utilizan un modelo biomédico en su mayoría para interpretar el estado de salud de la persona. Ante esta situación los estudios de Schön^(16,24-26) marcan un antes y un después en las estrategias y métodos docentes, donde se prima más la formación reflexiva y el pensamiento crítico que el reduccionismo docente⁽²³¹⁾, a pesar de que estas técnicas parecen no haberse llevado a cabo con los participantes de este estudio.

Esta confusión teórica nos lleva al tercer hallazgo de este apartado, en el que se evidencia que la docencia ofrecida a los participantes quizás podría haberles creado confusión, causada a su vez por la anarquía teórica y un gran desorden de conceptos que les lleva a plantear como explicación teórica la fusión de diversas teorías propias de terapia ocupacional. Sus interpretaciones teóricas sobre los problemas de salud habitualmente presentan confusión, caos, ambigüedades, divagaciones y cierto desorden. En este caso la mayoría de los participantes que no se vinculan a teorías biomédicas muestra gran confusión en el uso de las teorías propias de terapia ocupacional. Por lo tanto, las respuestas dadas por la muestra apuntan hacia una docencia que conlleva la mezcla de conceptos, de modo que, tomando un modelo teórico como base de un modelo teórico, lo contaminan con trazos de otro y a su vez le añaden nociones de uno o varios marcos de referencia teórico. Esta situación

provoca que el estudiante no sea capaz de guiar su práctica en la resolución de problemas en el desempeño ocupacional por una ruta definida, con las consiguientes limitaciones en la proyección de su trabajo⁽⁸²⁾. Del mismo modo, genera en los participantes las limitaciones que evidenciamos en sus respuestas en relación a otros temas tales como la estructura de sus razonamientos, o bien la ausencia de estos. Tanto los estudios de Mitchell y Unsworth⁽¹⁷⁷⁾ como los de Schell y Schell⁽²⁾ señalan que alumnos perdidos en marañas de conocimientos desordenados serán profesionales con dudas e incertidumbres en su trabajo y no podrán dar respuesta con las teorías propias de la disciplina dado que no las conocen ni manejan con propiedad. Por ello, optarán por utilizar las comunes a otras disciplinas, lo que redundará en una pérdida de identidad profesional según Levine⁽²²⁷⁾ o Breines⁽²³²⁾ y de desarrollo profesional según Dige⁽²³³⁾, similar a lo acontecido en la grandes crisis de la disciplina allá por los años 70, en opinión Shannon⁽²²⁶⁾. Ante esta situación, autores como Falk-Kessler y Ciaravino⁽²³⁴⁾ o Lysaght y Bent⁽²¹⁾, proponen que las metodologías docentes se circunscriban, según Albanese y Mitchell⁽¹⁰⁰⁾, al desarrollo de destrezas de aprendizaje basadas en la resolución de problemas, o bien de docencias fundamentadas en prácticas de comprensión y experimentación según Neistadt^(52,53,98) y Neistadt *et al.*⁽⁵⁴⁾, o de sesiones de aprendizaje de razonamiento clínico de Rogers⁽⁴⁾ o Neistadt⁽⁵²⁾ con el objetivo de conseguir que los estudiantes adquieran destrezas y competencias suficientes como para poder de esa forma presentar una adecuada proyección profesional. Por lo tanto, en nuestro caso parece que no se están alcanzando estos estándares recomendados por Harries *et al.*⁽¹⁸⁶⁾, Gibson *et al.*⁽¹³⁵⁾ o Unsworth⁽²²¹⁾, ya que el caos y los conflictos predominan en las concepciones teóricas que presentan.

La base de estos conflictos será el cuarto hallazgo de este apartado, en el que cabría suponer cómo un determinado postulado teórico es

continuamente apartado por los docentes de los discursos de los participantes. El marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional de la asociación americana⁽¹⁴⁴⁾, parece ser el elegido por algunos docentes, en palabras de los alumnos, como la máxima expresión del reduccionismo y el mecanicismo de la terapia ocupacional. Resulta sorprendente que, de ser cierto, algunos docentes pudiesen proponer esta corriente en su formación, máxime cuando el marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional⁽¹⁴⁴⁾, “*surge como un documento en donde están las creencias centrales de la profesión en una relación positiva entre la ocupación y la salud, y su visión de las personas como seres ocupacionales*”⁽¹⁴⁴⁾, incluso se trata de un documento en constante revisión cada cinco años. Es por ello que no podemos dejar de asombrarnos al localizar de forma reiterada en las respuestas de los participantes tales comentarios y especialmente el énfasis con que lo manifiestan, ya que debe partir de profesionales que tienen una presencia constante en su formación. En este caso, no podemos olvidarnos de que el grueso de los conocimientos de la disciplina debe enseñarse para que el estudiante tenga un mayor abanico de posibilidades reales de comprender su práctica y desarrollar su profesión, tal y como señalan los estudios de Falk-Kessler *et al.*⁽²¹⁷⁾. Ante esto, la mala praxis estaría en anteponer el criterio profesional como docente en vez de documentar el mayor número posible de constructos teóricos posibles. Este hecho sorprende dado que se pensaba estaba desterrado de la formación al disminuir las clases magistrales propuestas por Neistadt^(52,53,98) o Neistadt *et al.*⁽⁵⁴⁾, que consistían en una modalidad de formación más dada a imponer un tipo de pensamiento rígido y al incremento de la formación basada en competencias, según Schell *et al.*⁽²³⁵⁾, en la que supuestamente el alumno debería experimentar con los recursos de la disciplina en un intento de que teoría y práctica se encontrasen, en palabras de Boniface y Seymour⁽²³⁶⁾. Se esperaba que esta última concepción favoreciese el pensamiento crítico^(26,24-26), alejado de un

pensamiento único que es el supuestamente promovido por el docente al eliminar una concepción teórica propia de la disciplina de la mente de un estudiante⁽²³¹⁾ y promover otra que para él/ella podría ser considerada la mejor opción para el aprendizaje del alumno.

Pese a esto, y tras este hallazgo, se hace preciso comentar que en la mayoría de los discursos de los participantes está si cabe más arraigado e integrado en sus discursos el uso del marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional⁽¹⁴⁴⁾ que otros modelos o marcos de referencia teóricos supuestamente ofrecidos en la formación teórica. Esto denota, en primer lugar, que el vínculo entre la teoría y la práctica favorece otros tipos de pensamiento profesionales al margen de los ofrecidos durante la formación en las aulas. Por otro lado, motiva que una propuesta estructurada y fácil de comprender, en opinión de Youngstrom⁽²³⁷⁾, basada en la ocupación, centrada en la persona así como en su entorno/contexto y fundamentada en la evidencia como es la del marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional⁽¹⁴⁴⁾, es la mejor garantía para poder comprender las dos secciones en las que este documento está organizado, por un lado el dominio de la disciplina, por otro el proceso de la profesión⁽¹⁴⁴⁾.

7.2.1.1. Resumen del apartado

Los participantes de este estudio utilizan en su mayoría teorías biomédicas para interpretar el estado de salud del protagonista del caso a estudio. En los cursos de tercero y cuarto, de forma testimonial y superficial, se aprecia una interpretación más ocupacional y contextual, siempre acompañada de teorías de corte biomédico o psicológico que complementan la respuesta dada. Esto es resultado de una concepción teórica que muestra una elevada anarquía teórica, un gran desorden de conceptos y, en suma, un galimatías que les lleva a mostrar en sus

interpretaciones teóricas sobre los problemas de salud, confusión, caos, ambigüedades, divagaciones y desorden. Incluso presentan conflictos a la hora de seleccionar una u otra teoría propia de la disciplina, en su mayoría debido a las sugerencias de sus docentes de utilizar una en detrimento de otras. Todas estas situaciones tienen un elevado peso en las destrezas de razonamiento diagnóstico, ya que se evidencia una falta de estructura en la interpretación y uso de conceptos teóricos que las metodologías y las estrategias docentes no son capaces de cubrir.

7.2.2. Organización de las estrategias de recogida y procesamiento de datos usadas por los participantes

El diagnóstico ocupacional es el resultado de la evaluación ocupacional inicial. Durante esta fase, según Moruno y Talavera⁽²⁸⁾ *“realizaremos una serie de acciones encaminadas a determinar los problemas ocupacionales de una persona y sus posibles causas, con el objetivo de poder elaborar un plan de intervención. Dichas acciones nos permitirán recopilar datos, por medio de la consulta de diferentes técnicas o métodos que aportarán información de índole cualitativa o cuantitativa, objetiva y subjetiva, entre otras. Esta fase es requisito ineludible para cualquier terapeuta ocupacional y constituye una etapa esencial de la práctica, puesto que a partir de ella se generan las explicaciones provisionales que sirven de eje alrededor del cual se articula el resto del procedimiento terapéutico”*. Además, la culminación de la evaluación ocupacional inicial lleva implícita la redacción del diagnóstico ocupacional, el cual, en palabras de Rogers y Holm⁽⁴⁶⁾ y de Moruno y Talavera⁽²⁸⁾, contribuirá a una mejor aprehensión de la causalidad multidimensional de los problemas en el desempeño ocupacional, en tanto en cuanto este diagnóstico ocupacional nos ayudará a ordenar y clarificar los resultados de la totalidad del proceso de evaluación ocupacional inicial.

Por ese motivo, es de suma importancia que los estudiantes de terapia ocupacional posean lo antes posible mediante su formación dos conceptos claros: en primer lugar que para poder elaborar un diagnóstico ocupacional se debe realizar una evaluación ocupacional inicial en donde se establezcan una serie de métodos y herramientas que aporten datos suficientes como para poder poner en funcionamiento el razonamiento diagnóstico. Por otro lado, el segundo concepto se corresponde con la necesidad de dotar al estudiante de las destrezas suficientes para poder elaborar un diagnóstico ocupacional estructurado y holístico que le

capacite para explicar el problema del desempeño ocupacional y la causa del mismo desde una perspectiva en la que se evidencie la interacción entre la persona y el entorno donde desarrolla su ocupación.

En relación a este apartado, hemos obtenido cuatro evidencias que ponen de manifiesto la falta de organización de los participantes para recoger y procesar la información recopilada con la idea de realizar un razonamiento diagnóstico⁽⁴⁶⁾ que les permita concretar el diagnóstico ocupacional^(11,28,32) del caso a estudio.

De estos hallazgos, uno de los más preocupantes tiene que ver con la concepción que presenta el alumno sobre su razonamiento diagnóstico⁽⁴⁶⁾ y por consiguiente con la elaboración del diagnóstico ocupacional^(11,28,32).

Un pequeño porcentaje de los participantes realiza parte del razonamiento diagnóstico del caso a estudio de forma superficial y no como se esperaba de ellos, tal y como relatan los estudios de Unsworth⁽¹³³⁾, Kuipers y Grice⁽⁹⁾, Gibson *et al.*⁽¹³⁵⁾, Mccannon *et al.*⁽⁸⁾, en los que el estudiante en estos momentos debería tener destrezas para establecer un razonamiento procesal, marco idóneo para comprobar si el razonamiento diagnóstico del estudiante se encuentra establecido según Unsworth⁽¹³³⁾ o Schell y Schell⁽²⁾. Así, de esa forma, los estudiantes no presentan destrezas de razonamiento diagnóstico puesto que no son capaces de organizar y procesar la información obtenida. Se evidencia una marcada confusión en documentar de forma teórica los problemas en el desempeño ocupacional y sus causas^(11,28), aspecto que deberían poder realizar con mayor facilidad los estudiantes de cuarto curso según Unsworth⁽¹³³⁾, Schell y Schell⁽²⁾ o Mccannon *et al.*⁽⁸⁾. Los resultados obtenidos en este estudio sobre razonamiento diagnóstico⁽⁴⁶⁾ y sobre la evolución de este en los estudiantes⁽⁵⁾ se alejan de los resultados de las investigaciones propuestas por Chapman *et al.*⁽⁵⁾ o Neistadt⁽²³⁸⁾ en las que

señalan que los alumnos pertenecientes a etapas avanzadas de formación deberían presentar dichas destrezas.

Así, en nuestra investigación los participantes plantean un razonamiento que no se pueden considerar diagnóstico, dado que no presenta la forma propuesta por la teoría. Mientras que autores como Rogers y Holm⁽⁴⁶⁾ proponen un razonamiento diagnóstico compuesto, entre otros, por un componente descriptivo y un componente explicativo, los participantes del estudio únicamente centran su destreza profesional en localizar uno u otro sin relacionarlos. Es decir, para que un razonamiento diagnóstico se complete se debería establecer un nexo entre el componente descriptivo (problema en el desempeño) y componente explicativo (causa de tal problema), que en estos participantes no está presente.

Una muestra muy reducida de las explicaciones, de hecho son las menos habituales, se sitúan en focalizar la explicación centrándose en el desempeño, pero únicamente lo logran de forma superficial, de modo que ni siquiera llegan a analizar o interpretar lo que sucede. Estos participantes muestran de forma puntual un discurso en el que aparece el área con problemas en el desempeño, pero sin llegar a concretar de forma específica el grupo de actividad/es comprometidas. Sorprende que esto sea así, ya que parece que no posean destrezas para vincular teoría y práctica en el momento de establecer vínculos entre lo que ve y la forma que tienen de interpretar esa situación. Esto denota una ausencia de constructos teóricos claves en la interpretación del desempeño, en contraposición a los estudios de Chapman *et al.*⁽⁵⁾ o Mccannon *et al.*⁽⁸⁾, en los que aseguran que un estudiante de último curso debería poseer los fundamentos teóricos básicos para poder argumentar su práctica. Esta situación podría venir dada por la formación recibida, teniendo en cuenta las respuestas dadas por los participantes. En opinión de estos se les exige exclusivamente mostrar destrezas para el uso de un razonamiento

superficial, sin llegar a profundizar en los problemas del desempeño ocupacional y evitando, de esta forma, convertirse en un terapeuta ocupacional reduccionista. La falta de formación teórica narrada por los alumnos no es comprensible, ya que el reduccionismo nada tiene que ver con la localización de los problemas en el desempeño ocupacional así como la explicación de sus causas. Estos se consideran los puntos centrales de modelos de práctica tales como el Modelo Canadiense, una de las teorías propias de terapia ocupacional, en palabras de Banks⁽²³⁹⁾, con un elevada y marcada influencia humanista y holista.

Por otro lado algunos participantes, pertenecientes principalmente a tercero y cuarto curso, vertebran su discurso con el relato de las causas, de forma que vinculan aquello que le sucedía al sujeto con problemas en su entorno o en sus sentimientos, entre otros. De esta forma, sitúan el centro de su explicación ocupacional en la causa y no en el desempeño, tal y como proponen Morgan *et al.*⁽²⁴⁰⁾ en sus estudios. Mediante este modo de proceder, la gestión de su trabajo se alejará y desvinculará del foco central de la disciplina, que en palabras de Wilcock⁽²⁴¹⁾ no es otra que la ocupación y el vínculo con la salud de la persona, organizaciones o comunidades con las que se trabaje.

Esta situación evidencia lagunas teóricas sobre razonamiento diagnóstico que llevan a los estudiantes a incurrir en errores a la hora de realizar su trabajo. De este modo, se alejan de los estándares recomendados para la práctica, en palabras de Brayman *et al.*⁽²⁴²⁾. No son capaces de elaborar un razonamiento diagnóstico, y de hecho una gran mayoría ni lo intenta poner en práctica, dado que no entiende la relevancia de este tipo de razonamiento como método para establecer un diagnóstico en terapia ocupacional. En sus comentarios sobre la vinculación del problema exclusivamente al área comprometida, hay una parte de los alumnos que sostiene que un terapeuta ocupacional no puede buscar las causas de lo

que acontece en los problemas del desempeño ocupacional. Estas afirmaciones suponen un problema metodológico, dado que el estudiante no es capaz de vincular un problema en el desempeño (componente descriptivo), con la causa que lo produce (componente explicativo), tal y como proponen Rogers y Holm⁽⁴⁶⁾, Moruno⁽³²⁾, Moruno y Talavera⁽²⁸⁾ o Talavera⁽¹¹⁾. Por lo tanto, el hecho de que esta situación tenga lugar entre alumnos de tercer y cuarto curso resulta alarmante, ya que esconde una falta de comprensión teórica y una escasa integración de la práctica realizada.

Pero lo más inquietante de este descubrimiento no se encuentra tanto en que los participantes de tercer y cuarto curso no hilvanen componente descriptivo y explicativo como en que la mayor parte de estos participantes ni tan siquiera se plantea la necesidad de documentar su razonamiento diagnóstico⁽⁴⁶⁾. Argumentan que, de llevarlo a cabo, estarían incurriendo, en palabras de sus docentes: *“en una situación reduccionista o mecanicista, que no es competencia del terapeuta ocupacional”*. Estas afirmaciones, al parecer, son referidas por los docentes durante su formación, quienes señalarían que explicar los problemas del desempeño y documentar la causa equivale a ser un *“cabeza cuadrada”*, e incluso podría ser causa de suspenso de la asignatura impartida. Esta situación no deja de sorprendernos, ya que según Neistadt^(238, 243) y Neistadt *et al.*⁽⁵⁴⁾ la elaboración del razonamiento diagnóstico por parte del terapeuta ocupacional facilita la comprensión de la interacción entre la ocupación de la persona así como el entorno/contexto donde la realiza. Es por tanto una reflexión sobre una concepción holística de la persona, en tanto y en cuanto este razonamiento diagnóstico es individual para una persona y no es común para individuos con similares perfiles^(11,28,46). Resulta especialmente sorprendente que las afirmaciones supuestamente hechas por los docentes se contradigan con los planes de estudios de terapia

ocupacional, dado que esta forma de razonamiento se encuentra de forma implícita en algunas de las asignaturas impartidas por estos profesores y forma parte de la formación del estudiante^(150,173).

En segundo lugar, otro de los hallazgos en este apartado tiene que ver con el procedimiento de evaluación ocupacional inicial que utilizan los participantes para obtener información del caso a estudio y evidencian una falta de conceptos relacionados con el razonamiento, o destrezas de categorización, análisis y síntesis de los datos.

Como es evidente, los participantes de primer curso no muestran control en este procedimiento, debido a su reciente incorporación a la formación de terapia ocupacional. El dato alarmante se sitúa en los participantes de tercero y cuarto, no tanto porque desconozcan el procedimiento de terapia ocupacional sobre la evaluación ocupacional, sino por el caos y confusión que demuestran tener con sus respuestas. En ellas se puede apreciar un elevado nivel de anarquía teórica a la hora de dotar la evaluación ocupacional inicial de una cierta estructura. Se supone, según los estudios de Talavera⁽¹¹⁾, y Moruno y Talavera⁽²⁸⁾, que para poder facilitar la comprensión de datos y realizar un adecuado razonamiento diagnóstico que lleve a establecer un diagnóstico ocupacional previo a la intervención, todo profesional debería tener una estructura que defina según Smith y Bohmfalk⁽²⁴⁴⁾, sustente según Reed y Sanderson⁽⁷⁹⁾ y agilice su trabajo según Creek⁽²⁴⁵⁾ o Moruno y Talavera⁽²⁸⁾. Así mismo, si bien los planes de estudios sobre los que se oferta la docencia de terapia ocupacional lo recogen en numerosas asignaturas^(150,173), un número elevado de participantes no parece tener integrados tales conocimientos teóricos, ya que en sus respuestas se explicita una oposición férrea a dotar de una organización el proceso de evaluación ocupacional inicial. Al parecer, la formación recibida sería la responsable de esta situación, y destaca en particular el argumento que esgrimen en el que afirman que

durante su formación se les insiste en que no caigan en el reduccionismo mediante la estructuración de la recogida de datos. Sorprende esta situación máxime si tenemos en cuenta los estudios de Sames⁽²⁴⁶⁾, Jane⁽²⁴⁷⁾, Kuipers y Grice⁽⁹⁾, Moruno y Talavera⁽²⁸⁾ y Talavera⁽¹¹⁾, que revelan la necesidad de organizar y sistematizar los datos obtenidos con la finalidad de aclarar los problemas del desempeño ocupacional y las causas de tal situación antes de proceder a intervenir con la persona, organización o comunidad con la que estamos trabajando. A destacar que aquellos que le dan importancia a estructurar los datos en la evaluación ocupacional inicial refieren que les parece mucho más operativo para ordenar su pensamiento.

A este hallazgo sobre el procedimiento de evaluación ocupacional inicial, hay que sumarle un aspecto que tiene que ver con la relevancia del léxico utilizado y la cantidad/calidad de información recopilada. En relación al primero, los participantes destacan el vínculo entre la identidad profesional⁽¹⁸⁰⁾ y el uso de un léxico propio de terapia ocupacional en sus informes de evaluación ocupacional. Sobresalen del mismo modo que los estudios de Smith y Bohmfalk⁽²⁴⁰⁾, quienes señalan que cuanto más propia de la disciplina sea la jerga utilizada, más fácil será la comprensión entre terapeutas ocupacionales y población en general, quien de esta forma entenderá nuestro trabajo bajo el prisma teórico de la disciplina.

En relación a la cantidad/calidad de la información recopilada, los participantes de los últimos cursos sostienen en sus respuestas la necesidad de incorporar menos datos médicos a sus evaluaciones ocupacionales iniciales y muchos más datos de corte ocupacional-contextual, aludiendo a la formación como responsable de esta situación, corroborando los resultados de los estudios de McCarron y Amico⁽²⁰⁷⁾, Scanlan y Hancock⁽¹⁹⁾, Coates y Crist⁽⁴⁸⁾, Smucny y Epling⁽⁹⁹⁾ y Coker⁽¹⁰⁹⁾, que argumentan que cuanto más formación sobre la terapia ocupacional

se posee, más se centra la evaluación ocupacional sobre las variables implicadas en el desempeño ocupacional del ser humano. A pesar de esto, resulta sorprendente esta postura por parte del alumnado, especialmente si tenemos en cuenta que la gran mayoría de las personas que recopilan datos y los agrupan no van a poner en funcionamiento su razonamiento diagnóstico para establecer un diagnóstico ocupacional, tal y como mencionábamos anteriormente al principio de este apartado. Ante esta situación, por lo que evidencian sus respuestas, el interés principal del grupo está en recopilar datos, agrupar información y presentar un informe de evaluación ocupacional inicial lo más completo posible en lo que a datos se refiere, pero sin interpretación alguna. Este aspecto, en opinión de Mosey⁽⁵⁶⁾, no tiene sentido en la práctica profesional, ya que todos los terapeutas ocupacionales que recopilan datos deben facilitar la interpretación de ellos desde su prisma profesional. Los motivos que llevan a recoger datos y no realizar interpretación alguna, según este autor⁽⁵⁶⁾, son evidencia de la dificultad que les supone a los alumnos comprender los constructos teóricos de la disciplina, quienes tampoco realizan el razonamiento diagnóstico. Esto, según Mosey⁽⁵⁶⁾, genera *torpeza y temor*, en el terapeuta ocupacional, quien, al verse observado o cuestionado por otros profesionales, evita poner en funcionamiento su razonamiento diagnóstico, y de este modo no construye hipótesis⁽⁴⁶⁾ ni se plantea establecer un diagnóstico ocupacional^(11,28,32). Llegados a este punto, como sucede entre los participantes de nuestro estudio, supuestamente se evidencian ciertas grietas en las estrategias o métodos docentes que podrían ser las responsables de esta situación, al menos teniendo en cuenta las respuestas vertidas por los participantes que apuntan en esa dirección, dado que en ellas se pueden observar lagunas en su formación teórica básica.

El tercero de los descubrimientos en este apartado apunta hacia los métodos utilizados por los participantes para la obtención de información

durante la evaluación ocupacional inicial. Podemos advertir que se evidencia un reconocimiento de las diferentes prácticas para obtener datos durante esta primera evaluación, y que este va en aumento en función del grado de formación, siendo los alumnos de último año los que más despuntan en este grupo, al igual que sucede con los estudios de Scanlan y Hancock⁽¹⁹⁾, Coates y Crist⁽⁴⁸⁾. Aun así, es destacable que el conocimiento de estos métodos de recogida de datos no implica que los estudiantes utilicen en el formato adecuado para el nivel en el que se encuentran en estos momentos (evaluación ocupacional inicial). Así, tomando como ejemplo las entrevistas, estas son consideradas como el primer paso en los métodos de recogida de datos por los participantes de todos los cursos, quienes así mismo comprenden la necesidad de utilizarla para recopilar datos, pero existe una gran confusión en cuanto al objetivo de la misma. El hecho de no tener una estructura ni una idea clara de la finalidad en la evaluación ocupacional inicial, como pudimos apreciar con anterioridad, provoca que las entrevistas muchas veces se realicen para aumentar el conocimiento sobre la persona, recopilar datos de forma compulsiva o incluso establecer pautas de relación terapéutica. Todos estos aspectos denotan que esta no se circunscribe a la entrevista de evaluación ocupacional inicial, donde, según Moruno y Talavera⁽²⁸⁾, Creek⁽²⁴⁵⁾ o Neistad⁽²⁴⁸⁾, Moruno⁽²⁴⁹⁾, se deberían captar a través de la narración de la persona aspectos tales como la percepción de los problemas del desempeño ocupacional y como estos repercuten en la interacción de este con el entorno/contexto. Por ese motivo, la recopilación de datos sobre el desempeño ocupacional se hace necesaria para establecer hipótesis que guíen la resolución del caso. Además, aquellos que refieren el uso del *screening*, no logran identificar el potencial de esta fase, no muestran casi interés por ella y tampoco la dotan del rigor que presenta. Dado que mediante este procedimiento no estructuran su razonamiento diagnóstico, esta fase se convierte en un puente para otra, por lo que resulta casi imperceptible en las respuestas

de los alumnos. Incluso las personas que la nombran, la vinculan a interpretaciones de corte psicológico más que a interpretaciones vinculadas con el desempeño ocupacional de la persona a la que se realiza dicho *screening*, revelando que su uso es superficial. Esta situación se contrapone a los estudios de Reed y Sanderson⁽⁷⁹⁾ o Neistad⁽²⁴⁸⁾, que sitúan la fase *screening* dentro de las más relevantes de la recogida de datos, teniendo en cuenta que mediante ella se comienzan a bosquejar las hipótesis que guían y estructuran la posterior evaluación comprensiva. Por lo tanto, el análisis y síntesis de la información recopilada en esta parte se convierte en un paso crucial en el proceso de toma de decisiones que estructura el razonamiento diagnóstico en terapia ocupacional, según Moruno y Talavera⁽²⁸⁾. Algo semejante ocurre con la observación, donde se evidencia confusión en el objetivo de este método por parte de los alumnos. Los participantes no parecen disponer de las destrezas necesarias en la utilización de este procedimiento, a juzgar por las respuestas dadas. Se supone que una observación en el proceso de evaluación ocupacional inicial, según Moruno⁽²⁴⁹⁾, Moruno y Talavera⁽²⁸⁾ o Neistad⁽²⁴⁸⁾, facilita poder captar la percepción subjetiva de los problemas ocupacionales de la persona para poder elaborar posteriormente las hipótesis sobre el desempeño ocupacional. Por ese motivo la información aportará datos sobre el desempeño de las áreas de la ocupación⁽¹⁴⁴⁾ y del modo en que la persona las ejecuta en su entorno⁽¹⁴⁴⁾, es decir, obtener información sobre lo que Rogers y Holm⁽⁴⁶⁾ definen como componente descriptivo y componente explicativo, partes del razonamiento diagnóstico del terapeuta ocupacional. En este estudio resulta destacable, al igual que ocurría en anteriores métodos, que los participantes tienen la necesidad de observar para recopilar datos, nunca con la idea de concretar variables que expliquen los motivos de las dificultades en el desempeño ocupacional. Incluso en los participantes de cuarto se evidencia una gran necesidad de observar los entornos/contextos más por reiteración docente que por comprensión del objetivo de observar este espacio

donde se desarrolla la ocupación del ser humano. Así mismo, incluso, algunos participantes proponen la intervención con las personas sin realizar evaluación ocupacional alguna, es decir, sin plantearse establecer razonamiento diagnóstico alguno en un afán de intentar detectar como terapeuta ocupacional las posibles dificultades en el desempeño ocupacional que pueden aparecer. Esta situación denota una falta de control teórico, ya que la propuesta de intervenir sin valorar es inviable según Moruno y Talavera⁽²⁸⁾, Neistad⁽²⁴⁸⁾ o Reed y Sanderson⁽⁷⁹⁾, máxime cuando la evaluación ocupacional inicial⁽²⁸⁾ implica identificar, categorizar, analizar-sintetizar y tomar decisiones que ayudan a establecer el razonamiento diagnóstico que es pieza indispensable para elaborar el diagnóstico ocupacional. En este caso la idea de intervenir sin valorar es descabellada e implica, en palabras de Moruno y Talavera⁽²⁸⁾, Neistad⁽²⁴⁸⁾ o Reed y Sanderson⁽⁷⁹⁾, una ausencia teórica evidente unida a una dificultad de integrar conocimientos-teórico prácticos.

Toda esta situación descrita tiene su origen en la formación recibida, ya que en opinión de Towns y Ashby⁽²⁰³⁾ o Beer y Vorster⁽²⁵⁰⁾ de esta depende que los estudiantes sean capaces de establecer destrezas y aumentar la comprensión de la teoría que sustenta su práctica. Sin embargo, se hace preciso señalar que los docentes en el caso de esta investigación, al igual que en los estudios de Tryssenaar⁽²⁵¹⁾, ampliaron el foco de recogida de datos de los estudiantes, pasando de una recogida eminentemente biomédica a una de corte ocupacional-contextual. No obstante, fueron incapaces de capacitar a una mayoría de participantes en el uso de métodos de recogida de datos, tal y como reflejan las supuestas constantes reflexiones sobre su recogida que marcaron en gran medida al participante, quien más lejos de comprender el motivo de esta recogida de datos consideró su realización como un procedimiento importante y necesario, pero sin objetivo alguno. Toda esta situación lleva a pensar que a pesar de que estén presentes de forma teórica los

diferentes métodos de recogida de información en el participante, estos no se utilizan de manera adecuada para la obtención de datos de forma que sirvan para poner en funcionamiento el razonamiento diagnóstico. Debido a esto, no podemos más que sorprendernos debido a este descubrimiento, ya que los estudios de McCarron y Amico⁽²⁰⁷⁾, Scanlan y Hancock⁽¹⁹⁾ o Coates y Crist⁽⁴⁹⁾ destacan que los alumnos, especialmente en los últimos cursos, presentan las destrezas necesarias para utilizar los métodos de recogida de datos con el fin de localizar los problemas en el desempeño y describir las causas de tal situación.

En cuanto al cuarto de los descubrimientos, y al igual que sucedía en los casos anteriormente señalados, la recogida de datos con herramientas de evaluación es indiscriminada, desordenada y confusa. Los participantes de tercero y cuarto tienen mayor conocimiento de estas herramientas, como cabía esperar, frente a los de primer curso, pero la gestión de las mismas es indiscriminada y poco ajustada a la realidad del caso a estudio. Es decir, si bien se evidencian un gran número de herramientas para la recogida de datos, a la hora de utilizarlas no tienen en cuenta si estas se ajustan al perfil de caso a estudio. Incluso en la selección de herramientas de evaluación utilizan aquellas propias de la disciplina o comunes a ella y ocurre de la misma forma el reconocimiento de las herramientas de evaluación utilizadas para la redacción del caso a estudio. En este caso, los participantes relacionan herramientas propias de terapia ocupacional o comunes a otras disciplinas de manera confusa sin plantearse realmente si estas aportan esa información al caso en concreto. Todo esto denota falta de control teórico sobre ellas de modo que puedan identificarlas, así como los motivos que les llevan a usarlas. Algo similar ocurre en los estudios de Cantero *et al.*⁽²⁵²⁾, en los que descubrieron que los terapeutas ocupacionales se limitaban a citar a nivel teórico la utilización de un modelo de práctica propio de terapia ocupacional con las consiguientes herramientas de evaluación, sin

embargo, a continuación únicamente ponían en práctica las herramientas de evaluación comunes a otras disciplinas. Por lo tanto, los datos del presente estudio parecen demostrar que los alumnos nos son capaces de poner en práctica las herramientas de evaluación, a pesar de que a nivel teórico las reconozcan y estudien, creando por tanto un vacío de conocimiento en los estudiantes a la hora de relacionar conceptos teóricos y prácticos⁽¹⁰⁹⁾.

Tras la revisión de estas respuestas, consideramos que esta situación podría tener lugar debido a la ausencia de estándares apropiados en la docencia, puesto que si bien muchos de los participantes comentaban su evolución en la comprensión de datos teóricos sobre herramientas de evaluación, la realidad dista mucho de estas afirmaciones. Inclusive los estudios de Cox *et al.*⁽²⁵³⁾ señalan que en ocasiones los estudiantes aseguran presentar una evolución de sus conocimientos que no se corresponde con la realidad, como ocurre entre los estudiantes de tercer y cuarto curso, quienes hablan del progreso efectuado en esta materia sin evidenciarlo en la práctica.

Todo esto podría estar causado por la calidad de la docencia, ya que a juzgar por las respuestas de los participantes a lo largo de la formación recibida cualquier método es válido para recoger datos. Esta situación es confusa y genera una cierta desorientación en los estudiantes, que les lleva a una presentar una escasa construcción teórica y una gran dificultad para utilizar todo el potencial de las herramientas de evaluación, al menos durante la evaluación ocupacional inicial, tal y como relatan los estudios de Cantero *et al.*⁽²⁵²⁾ y Dunn y Musolino⁽²⁵⁴⁾.

7.2.2.1. Resumen del apartado

Los participantes de este estudio no presentan la estructura de razonamiento diagnóstico esperada, en especial los cursos más avanzados. Ante este hecho, el proceso de evaluación ocupacional inicial se vuelve confuso y falto del objetivo principal de toda evaluación ocupacional inicial, que no es otro que llegar a comprender las dificultades del desempeño ocupacional que pueden presentar las personas, organizaciones o comunidades con las que trabajamos. Además, en este caso, dado que no se plantea un razonamiento diagnóstico ni se fundamenta la evaluación ocupacional inicial sobre ese objetivo, los diferentes métodos de recogida de datos se convertirán en meros recopiladores de información, tal y como sucede entre los participantes, evidenciándose una falta de control sobre los diferentes métodos o herramientas a utilizar dependiendo de la ocasión para obtener la información apropiada para fundamentar el razonamiento diagnóstico. Al mismo tiempo, todo esto genera, sobre todo en los participantes de último curso, un cierto caos que les lleva a proponer intervención sin tan siquiera haber realizado una evaluación que les lleve a desarrollar su razonamiento diagnóstico. En resumen, los estándares de calidad en la docencia, *a priori*, no se estarían cumpliendo, a juzgar por las respuestas dadas por unos participantes que no muestran destrezas tal y como sería de esperar si tomamos como referencia otros estudios ya realizados.

7.2.3. Análisis de la información presentada por los participantes

En este caso, teniendo en cuenta que el razonamiento clínico es, en palabras de Moruno y Talavera⁽²⁸⁾, un proceso cognitivo complejo que está implicado en todas las etapas del proceso de terapia ocupacional y que nos ayuda a tomar decisiones en la práctica cotidiana, en consecuencia tendremos que ser conscientes de que no podremos enfrentarnos al trabajo de terapia ocupacional sin plantearnos que estos razonamientos van a estar presentes durante todo el tiempo con el fin de facilitarnos la comprensión de datos, ayudándonos a reflexionar sobre la información obtenida e incluso proporcionándonos la capacidad de comprender las narrativas de las personas, organizaciones o comunidades con las que trabajemos. Así, por tanto, los conocimientos teóricos y las destrezas que posean los estudiantes facilitarán la profundidad (holismo/multicausal) de los razonamientos en contraposición a la superficialidad del análisis (reduccionismo), condicionando como es lógico el resto de nuestro trabajo. Por ese motivo, autores como Schell y Schell⁽²⁾ destacan la importancia de recibir una formación teórica lo más adecuada posible en materia de razonamiento para que posteriormente esta facilite el desarrollo de estos razonamientos clínicos del terapeuta ocupacional en la práctica clínica.

En relación con este apartado, los estudiantes que participaron de la investigación muestran un marcado razonamiento reduccionista a la hora de documentar los problemas del desempeño ocupacional del protagonista del caso a estudio. Además, no aparecen otros tipos de razonamientos clínicos o profesionales implicados en la resolución del caso, por lo que principalmente los alumnos pertenecientes a los cursos de tercero y cuarto tan solo obtienen razonamiento condicional confuso y casi sin profundidad en su elaboración. Por otro lado, la confusión

reinante sobre la necesidad o no de utilizar los razonamientos profesionales lleva a los estudiantes a mostrar anarquía y desorganización en el proceso de resolución del caso a estudio.

En este apartado hemos obtenido dos hallazgos que, vinculados a la investigación, denotan que ciertas competencias en el alumno no se están llevando a cabo. El primero de ellos, relacionado con la profundidad de análisis en los pocos participantes que se acercan a establecer un razonamiento diagnóstico. Como anteriormente hemos descrito en el apartado anterior, el escaso desarrollo de un razonamiento diagnóstico (componente descriptivo y componente explicativo)⁽⁴⁶⁾ por parte de los estudiantes de los últimos años de que participaron en esta investigación, pone de evidencia una laguna teórica importante cuya repercusión se hace notar en otros aspectos, como se verá a continuación. Así, los pocos participantes que intentaron llevar a cabo este razonamiento sorprenden por su escasa profundidad de análisis y síntesis, la cual les lleva a plantear un razonamiento diagnóstico de corte reduccionista. En este caso, tal y como afirman Moruno y Talavera⁽²⁸⁾, el reduccionismo aparece cuando el estudiante no tiene en mente que el componente explicativo debe presentar una causalidad multidimensional de los problemas del desempeño ocupacional en el que se encuentren implicadas variables del tipo de factores, estructuras corporales, destrezas y patrones de ejecución o entornos y contextos de realización de las actividades, entre otros⁽¹⁴⁴⁾. Llama la atención esta situación, especialmente cuando en todo momento, en palabras de los participantes, se les insiste desde la formación docente en que deben ser holísticos y nada reduccionistas en sus planteamientos. Creemos en este caso que la confusión se encuentra en el sujeto emisor de información, es decir, el cuerpo docente, ya que teniendo en cuenta los testimonios de los alumnos el profesorado vincularía el reduccionismo al uso de cualquier tipo de razonamiento o estructura formal que asiente la recogida de datos. Es por esto que los

participantes rehúsan en todo momento de llegar a plantearse razonamientos profesionales o incluso estructurar la recogida de datos para facilitar la interpretación de los mismos, aspecto que recomiendan Rogers y Holm⁽⁴⁶⁾, Creek⁽²⁴⁵⁾, Neistad⁽²⁴⁸⁾, Moruno y Talavera⁽²⁸⁾, o Reed y Sanderson⁽⁷⁹⁾.

Ante esta situación, es comprensible que los escasos participantes que llegan a acercarse a un razonamiento diagnóstico desarrollen un razonamiento reduccionista, en tanto y en cuanto seleccionan una única variable en el componente explicativo para comentar los problemas en el desempeño ocupacional de protagonista del caso a estudio frente a aquellos que utilizaron un componente explicativo multicausal u holístico con más de dos variables. Este dato resulta sorprendente, especialmente si se tiene en cuenta que la formación recibida por estos estudiantes se ha vinculado a evitar la interpretación del estado de salud de una persona desde una sola dimensión frente a una explicación más holística. Sin embargo, tomando las respuestas de los participantes como referencia, consideramos que esta visión holística está mal construida puesto que focaliza sobre el entorno/contexto la falsa creencia de que es la única variable capaz de crear una visión holística en la interpretación de los problemas en el desempeño. Para autores como Finlay⁽²⁵⁵⁾, Yerxa⁽²⁵⁶⁾, Kielhofner⁽²⁵⁷⁾ o Christiansen y Baum⁽²⁵⁸⁾, una interpretación holística de la persona permite comprender un fenómeno desde el punto de vista de las múltiples interacciones que lo caracterizan, es decir, se trata de un enfoque global en el que todo es considerado en continua relación con los fenómenos espirituales, sociales, culturales, psicológicos, biológicos y físicos. Por ese motivo un terapeuta ocupacional nunca podrá hablar desde un punto de vista holístico si no tiene en cuenta que el holismo implica, en palabras de Finlay⁽²⁵⁵⁾, entre otros, concebir a los seres humanos como seres únicos donde se entrelazan la mente, cuerpo y espíritu, o tener en cuenta que los estados de la salud y la enfermedad

surgen de una interacción de factores físicos, psicológicos, sociales, y ambientales.

De todas formas creemos haber encontrado una respuesta tras la revisión de las transcripciones de los participantes a esta situación. Los estudiantes ofrecen una sola variable en el componente explicativo, influenciados por la docencia teórica, al situar el ambiente o entorno/contexto como único generador de problemas en el desempeño, tal y como reflejan las respuestas que aparecen de forma recurrente, y obviando el resto de factores de los que se compone el ser humano como un todo. Consideramos que tanto la concepción holística como su consiguiente enseñanza a los alumnos no se corresponde con la definición dada con anterioridad, creando de esta forma una confusión similar a la que los participantes de este estudio presentan ya descrita en los estudios de Finlay⁽²⁵⁵⁾.

Debido a todo lo citado hasta ahora, podemos concretar que los participantes no se ajustan a los estudios sobre razonamiento diagnóstico propuestos por Chapman *et al.*⁽⁵⁾ Rogers y Holm⁽⁴⁶⁾ o Welch y Dawson⁽²⁵⁹⁾ en los que los estudiantes con mayor formación poseían un razonamiento diagnóstico que les capacitaba para guiarlos en la selección y aplicación de diversas teorías y conocimientos para recopilar información y realizar una síntesis previa a la planificación de una intervención⁽¹⁴⁴⁾. Cuando esto sucede, Harries y Gilhooly⁽²¹²⁾ destacan la dificultad que presentarán estos estudiantes para comprender el motivo de la interacción entre ellos y las personas, poblaciones o comunidades con las que se esté trabajando.

El segundo hallazgo de este apartado tiene que ver con la confusión reinante que presentan los estudiantes sobre la necesidad de utilizar razonamiento alguno. Esto les lleva a mostrar una pobre respuesta de los

razonamientos profesionales que Mccannon *et al.*⁽⁸⁾ o Schell y Schell⁽²⁾, aseguran se ponen en juego durante la resolución del caso a estudio. Así, según Unsworth⁽¹³³⁾, en estos momentos los estudiantes deberían presentar en gran medida un razonamiento procesal/diagnóstico para que este le ayude a organizar, almacenar y recuperar su conocimiento sobre eventos comunes asociados con determinadas condiciones similares, lo que posibilita un procesamiento eficaz de la información – proporcionando así estrategias eficaces para manejar información muy compleja – y le permite generar hipótesis que dirigen la búsqueda de información durante la evaluación^(2,11). Asimismo, y en menor medida deberían mostrar un razonamiento procesal/interactivo para ajustar sus niveles de empatía, manejo de actitud no verbal y todo lo que rodea a una interacción para apoyar y obtener la cooperación del usuario^(2,11), y de forma puntual un razonamiento procesal/condicional, el cual se da habitualmente en estudiantes pertenecientes a los últimos cursos de formación dado que tienen una mayor formación teórico-práctica^(2,11), para poder “predecir” múltiples futuros basados en experiencias pasadas y el modo en que estas guardan relación con la información que obtienen de los usuarios con los que trabajan. En nuestro estudio los participantes presentaban de forma exclusiva un razonamiento diagnóstico incompleto, un razonamiento condicional disperso y en menor medida y casi sin estructurar un razonamiento interactivo y un razonamiento pragmático.

En cuanto a la aparición del razonamiento condicional en las respuestas de los participantes, destacar que muestran un patrón de dispersión en sus respuestas. Estas abarcan tanto contestaciones más reales a las más utópicas, e incluso en estas últimas sorprende que sean participantes de cuarto curso las que lo manifiesten. En aquellos casos que se ajustan más a la realidad aparecen opciones sobre algunos factores clave de la evolución ocupacional del caso, más cercano a postulados sobre el razonamiento condicional propuesto por Schell y Schell⁽²⁾. En cambio,

existen dos grupos de respuestas que no pueden ser obviadas, ya que tanto en forma como en contenido reflejan una gran dificultad por conectar, relacionar, encadenar y enlazar aspectos teóricos de la disciplina, de forma que muestran una visión más práctica de la terapia ocupacional. De estas dos respuestas, una de ellas puede ser considerada como la más utópica y fuera de un control total por parte del alumno, dado que no puede decidir que la mujer del protagonista del caso no muera, y sitúa al participante en un nivel de escasa gestión de su razonamiento en donde no hay tan siquiera un visión realista de la situación y sobre todo no existe ningún tipo de involucración teórico-práctica por parte del estudiante. Por otro lado parece que este caso no exista un continuo entre sus conocimientos aprendidos durante la formación y la interpretación de estos ante un caso a estudio, tal y como debería realizarse según los estudios de Chapman *et al.*⁽⁵⁾. La otra respuesta se circunscribe a una falta de visión y control teórico sobre la disciplina, puesto que se argumenta que a pesar de la intervención del terapeuta ocupacional sobre el protagonista del caso a estudio, su situación actual no sufriría cambio alguno y tampoco mejoraría. Esta respuesta denota una falta de asunción de constructos teóricos de terapia ocupacional y una escasa visión de la disciplina que se asemejan a los estudios de Unsworth⁽¹³³⁾, donde estudiantes sin control del razonamiento condicional no eran capaces de focalizar hacia un futuro de la persona con la intervención que se está realizando o está a punto de realizarse^(2,11). Estas grandes lagunas en este tipo de razonamiento son responsables de una mala interacción entre aspectos teóricos y prácticos de los estudiantes. A pesar de lo dicho es muy posible que, si no existe una formación adecuada en razonamientos como parece que se repite a lo largo de la investigación, esta sea la principal causa de este desconcierto en el uso de los razonamientos en los estudiantes que participan de esta investigación y se asemeja a los estudios de Cohn⁽⁹⁴⁾ en los que asegura que antes de poder desarrollar cualquier tipo de

razonamiento profesional en la práctica clínica es necesario que el estudiante posea una estructura clara de ellos en la formación teórica, aspecto este que según parece por lo que podemos detectar a lo largo de la investigación no se está materializando.

Creemos que en los estudios de Cohn⁽⁹⁴⁾ está la respuesta a los problemas que no dejan de aparecer durante la investigación ante la ausencia de los razonamientos profesionales que deberían presentar los participantes de la investigación según los estudios, entre otros, de Unsworth⁽¹³³⁾, Schell y Schell⁽²⁾, Robertson⁽¹⁸⁷⁾ o Gibson *et al.*⁽¹³⁵⁾. En los estudios de Cohn⁽⁹⁴⁾, aparecen claras referencias a la necesidad de moldear de forma teórica al estudiante para que posteriormente pueda desarrollar todo su potencial en la práctica clínica. Creemos que el binomio entre ambas situaciones no se está materializando y que es imposible exigirle a un estudiante que en la práctica clínica construya su razonamiento si carece de la base teórica para llevarlo a cabo. Si a este supuesto desconocimiento de la estructura teórica que muestran los alumnos se le suma una concepción docente que asocia razonamiento a reduccionismo o mecanicismo, es comprensible y hay argumentos lo suficientemente sólidos para que un alumno no tenga en mente fomentar sus razonamientos durante su formación como terapeuta ocupacional.

La consecuencia de esta situación es ciertamente inquietante y desalentadora, ya que se está formando una generación de profesionales en la que las lagunas sobre razonamiento profesional, en este caso el diagnóstico, va a condicionar su práctica, en opinión de profesionales como Hooper⁽⁸²⁾ y Rassafiani *et al.*⁽¹⁰⁾, su identidad profesional según Scanlan *et al.*⁽¹⁸¹⁾ o Ikiugu y Smallfield⁽¹⁷⁰⁾ y la repercusión que tengan nuestros actos sobre la sociedad, según Dunn *et al.*⁽²⁶⁰⁾. Además, esta situación va a generar en un futuro el cese repentino de investigaciones ligadas al uso del razonamiento profesional en terapia ocupacional, en

opinión de Dunn *et al.*⁽²⁶⁰⁾, en tanto en cuanto no se evidenciará la necesidad de realizarlas al desconocer la importancia de usar razonamientos profesionales durante la resolución de un caso a estudio. Sin embargo, la mayor preocupación se sitúa a nivel docente, donde la ausencia de esta formación teórica formará estudiantes con ciertas fisuras en la concepción y comprensión de la disciplina⁽⁸⁶⁾.

7.2.3.1. Resumen del apartado

Los participantes del presente estudio presentan una clara visión reduccionista en las interpretaciones de las causas en los problemas del desempeño, es decir, no son capaces de construir un razonamiento diagnóstico en forma y presentan dificultad para utilizar el holismo en sus interpretaciones. Asimismo, no muestran otros tipos de razonamiento profesional de terapia ocupacional, tal y como era de esperar por estudios previos que así lo determinan. Por lo tanto, los datos parecen apuntar a una formación deficiente que no facilita la comprensión y el desarrollo de razonamientos profesionales a nivel teórico para que posteriormente se puedan estructurar durante la práctica clínica.

7.3. Discusión de ambas metodologías

A tenor de lo descrito en los apartados anteriores, han sido hallados un total de tres descubrimientos comunes a ambas metodologías.

Contenidos de este apartado

7.3. Discusión de ambas metodologías

7.3.1. Confusión teórica que dificulta al participante identificar y categorizar información

7.3.2. Ausencia de destrezas de análisis-síntesis, e interpretación de la información. Dificultad para usar el razonamiento diagnóstico

7.3.3. Desorganización del procedimiento de evaluación ocupacional inicial que dificulta el razonamiento diagnóstico

7.3.4. Resumen de este apartado

7.3.1. Confusión teórica que dificulta al participante identificar y categorizar información

Los participantes de este estudio presentan desorganización teórica, la cual, en palabras de Kielhofner *et al.*⁽²⁶¹⁾, surge cuando se carece de un modelo teórico que defina la búsqueda de datos de modo que faciliten la interpretación de los problemas de salud. Aun así, dentro de esa confusión destaca el uso de teorías biomédicas en todos los participantes para explicar los problemas de salud. Únicamente los estudiantes de cuarto curso utilizan, al margen de las biomédicas, las teorías sociales como formas de interpretar los problemas de salud del caso a estudio, aunque resulta sorprendente que no utilicen teorías ocupacionales, tal y como se esperaba de ellos según los estudios de Sladyk y Sheckley⁽²²⁾ o Hansen⁽²⁶²⁾.

Los participantes de este estudio presentan desorganización teórica, la cual, en palabras de Kielhofner *et al.*⁽²⁶¹⁾, surge cuando se carece de un modelo teórico que defina la búsqueda de datos de modo que faciliten la interpretación de los problemas de salud. Aun así, dentro de esa confusión destaca el uso de teorías biomédicas en todos los participantes para explicar los problemas de salud. Únicamente los estudiantes de cuarto curso utilizan, al margen de las biomédicas, las teorías sociales como formas de interpretar los problemas de salud del caso a estudio, aunque resulta sorprendente que no utilicen teorías ocupacionales, tal y como se esperaba de ellos según los estudios de Sladyk y Sheckley⁽²²⁾ o Hansen⁽²⁶²⁾.

A pesar de lo anteriormente dicho, los participantes del estudio, salvo los de primer curso, conocen pero no hacen uso de los modelos de práctica que son propios de la disciplina y asimismo muestran un señalable marco de referencia teórico común a otras disciplinas, en particular aquellas correspondientes con el ámbito biomédico similar a los estudios de Gibson *et al.*⁽¹³⁵⁾, en el que se comenta que la formación del terapeuta ocupacional a nivel biomédico es tan fuerte que asienta el pensamiento desde ese prisma. Muy pocos apuntan hacia un marco de referencia teórico humanista, aunque en los discursos de los participantes de tercer y cuarto curso aparece citado, si bien solo se limitan a nombrarlo sin integrarlo en su práctica de modo que parece ser repetición de exposiciones docentes similares a los estudios de Cox *et al.*⁽²⁵³⁾, donde los estudiantes afirman presentar más conocimientos de los que realmente poseen.

También resulta reseñable el hecho de que los alumnos pretendan huir del mecanicismo y del reduccionismo cuando en realidad sus interpretaciones acerca de la condición de salud son reduccionistas, ya que exclusivamente buscan una sola variable de entre todas las posibles

para nombrar las causas de los problemas en el desempeño ocupacional del caso a estudio. Sorprende el abuso que hacen de los entornos y contextos, utilizándolos como única variable que explique los problemas del desempeño, o incluso llama la atención que circunscriban una variable que puede ser responsable de los problemas en el desempeño ocupacional (CPE) como principal problema del protagonista del caso a estudio (CPD). Así, a la hora de realizar el análisis y la síntesis de la información recopilada, únicamente hacen uso del entorno y el contexto, dejando de lado otras variables tales como los factores y estructuras corporales de la persona, las destrezas o los patrones de ejecución - todo ello si consideramos que a la persona desde un punto holista - como un conjunto de fenómenos físicos, biológicos, psicológicos, espirituales, culturales y sociales. Además, en opinión de Polonio *et al.*⁽²⁶³⁾ “*el holismo resalta no solo la existencia de una relación causa-efecto, sino también la existencia de una relación con orden mayor de funcionamiento*”.

Un punto a tener en cuenta en los resultados obtenidos por medio de ambas metodologías es la concepción teórica seleccionada por los participantes para guiar las destrezas de identificar, categorizar, analizar-sintetizar y tomar decisiones, correspondiente al *Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process*⁽¹⁴⁴⁾.

Las posibles causas de este hallazgo se ubican, posiblemente, en una laguna que presentan sobre conceptos teóricos propios de la disciplina, el cual podría deberse a que presentan confusión en cuanto a conceptos fundamentales ofrecidos durante la docencia. Esto parece condicionar el uso que hacen de una teoría en detrimento de otras, puesto que todo ello indica que no se cumplen los estándares relacionados con la comprensión y uso de MP y MRT registrados en las competencias específicas de la titulación⁽²⁶⁴⁾, donde se propone *escoger, modificar y aplicar teorías apropiadas, modelos y métodos de la práctica para*

encontrar la ocupación según las necesidades de salud de individuos/poblaciones.

Aun así, la evolución teórica de un estudiante provoca que a determinados niveles aparezca un mayor conocimiento de una teoría propia de la disciplina, tal y como se espera de ellos según los estudios de Gibson *et al.*⁽¹³⁵⁾ o de Mccannon *et al.*⁽⁸⁾ y tal y como sucedió a lo largo de esta investigación.

Las principales consecuencias de esta confusión, consisten en prácticas profesionales vacías de contenido así como la desorganización teórica⁽²⁶¹⁾ relacionada con la terapia ocupacional que dificulta identificar y categorizar la información del caso a estudio y que a su vez dificulta el orden de sus reflexiones.

Como consecuencia de esta situación, los participantes, y en especial aquellos de último curso, tienen dificultad para identificar, categorizar, analizar-sintetizar y realizar interpretaciones de la información recopilada, que sería lo esperable de ellos según Mosey⁽⁵⁶⁾. Además presentan problemas en el momento de seleccionar aquella información considerada relevante para la comprensión del caso a estudio frente a aquellos datos secundarios, tarea que en principio este rango de alumnos debería ser capaz de realizar en opinión de autores como Moruno y Talavera⁽²⁸⁾, Mosey⁽⁵⁶⁾, Trombly⁽⁷⁾ o Neistadt⁽²⁴⁸⁾ que deberían poseer. Así mismo denota una falta de estructura teórica para interpretar los problemas de salud desde una perspectiva ocupacional, aptitud que deberían presentar según Kielhofner *et al.*⁽²⁶¹⁾.

7.3.2. Ausencia de destrezas de análisis-síntesis, e interpretación de la información. Dificultad para usar el razonamiento diagnóstico

Los participantes de este estudio no ven necesario articular su pensamiento profesional en base a un razonamiento diagnóstico, aspecto que sería lo deseable en opinión de Rogers y Holm⁽⁴⁶⁾. Es decir, la mayoría de los participantes, y especialmente los pertenecientes a los últimos cursos, no utiliza el razonamiento diagnóstico para documentar desde su punto de vista los problemas en el desempeño y las causas de tal situación, aspecto este que debería ser el recomendable⁽⁴⁶⁾. En nuestro caso no articulan su síntesis profesional fundamentándose en un CPD y un CPE, sino que en su mayoría solo documentan el CPD de forma superficial (únicamente nombran el área con problemas), mientras que algunos alumnos de último curso suelen proponer un análisis con algo más de profundidad. En otras ocasiones aparece el CPE con una sola variable como único resultante de su exploración (generando según Kielhofner⁽³¹⁾ una explicación profesional reduccionista más propia del paradigma mecanicista) con una baja calidad de análisis y una escasa riqueza de síntesis de los datos que expliquen las causas de los problemas en el desempeño ocupacional. Muy pocos participantes, especialmente los estudiantes de los últimos cursos de formación, establecen un CPD y CPE tal y como la teoría de Rogers y Holm⁽⁴⁶⁾ sugiere. De entre aquellos que utilizan esta estructura recomendada por Rogers y Holm⁽⁴⁶⁾, la profundidad de análisis y síntesis resulta escasa, de forma que estas dos tareas son realizadas con una superficialidad notoria en la construcción del diagnóstico ocupacional. Los escasos participantes, concretamente cuarto, que son capaces de construir un diagnóstico ocupacional lo hacen de forma reduccionista ya que contemplan el problema en el desempeño ocupacional, pero a la hora de documentar la causa recurren exclusivamente a una sola variable descartando otras que

reforzarían la visión holística de la disciplina y que sería la esperada según la American Occupational Therapy Association⁽¹⁴⁴⁾.

Las posibles causas de este hallazgo se concentran en cuatro puntos. En primer lugar, posiblemente los participantes, especialmente aquellos pertenecientes al último curso de formación, no tengan una estructura teórica que les asiente y defina como profesionales de terapia ocupacional. La desorganización teórica detallada por Kielhofner *et al.*⁽²⁶¹⁾ y comentada con anterioridad provoca que la información que obtienen en el caso a estudio sea irrelevante, mal enfocada o incorrectamente procesada, dificultando de esta forma el establecimiento de las destrezas de identificación, dándole más valor a unos datos, pasando por alto muchos u omitiendo otros, de forma que pierden la capacidad de concretar la información relevante que es la que documentaría el caso a estudio, y que sería lo esperado según Moruno (32), Neistadt⁽²⁴⁸⁾ o Trombly⁽⁷⁾.

En segundo lugar, como presentan un marasmo teórico que les dificulta asentarse y asimismo parecen desconocer estructuras claves de la disciplina, esta desorganización teórica⁽²⁶¹⁾ les lleva a no desarrollar las destrezas de identificación y categorización de datos desde un prisma relacionado con la terapia ocupacional. Incluso en el caso de ser llevadas a cabo aparecen confusiones ya que incorporan información que no se vincula con las teorías propias de la disciplina para documentar el caso a estudio. La incapacidad de desarrollar estas dos destrezas posteriormente provocará en gran medida la imposibilidad de realizar el razonamiento diagnóstico para documentar el CPD y el CPE y que les llevaría a construir el diagnóstico ocupacional tal y como se esperaba de ellos debido a su formación^(46, 48, 109).

En tercer lugar, dado que en líneas generales no presentan estas destrezas citadas con anterioridad y si las presentan utilizan datos no vinculados con las teorías propias de la disciplina, su pericia en la realización de análisis y síntesis no va a estar presente o va a crear errores de interpretación en el participante. La ausencia de estas aptitudes, por lo tanto, va a impedir que el participante realice una interpretación de los problemas del desempeño ocupacional y sus posibles causas desde una visión propia de terapia ocupacional, como sería lo recomendable según Sladyk y Sheckley⁽²²⁾, Hansen⁽²⁶²⁾ o Kielhofner⁽³¹⁾. Sin embargo, en este estudio los participantes, y en particular los de los últimos cursos, no presentan tales destrezas y una mínima parte de la muestra que las posee las pone en funcionamiento con interpretaciones teóricas de ciencias afines a la terapia ocupacional, aportando una visión tangencial de la profesión al realizar una lectura de los datos desde un punto de vista que no se corresponde con la disciplina.

Por último, tenemos que incidir en la influencia docente que supuestamente estaría presente en esta situación. Los modelos docentes y estrategias utilizadas durante la formación teórica destinadas a asentar el pensamiento del participante para que luego se desarrollase en las estancias prácticas, siguiendo la opinión de Kornblau⁽²²¹⁾, no han cumplido los estándares necesarios para que el alumno integre la necesidad de realizar un razonamiento diagnóstico, por lo que es lógico que no hagan uso de él a pesar de que sería lo deseable a juicio de Schell y Schell⁽²⁾, Chapman *et al.*⁽⁵⁾. Teóricamente, y tomando como referencia los relatos de los alumnos, algunos docentes han creado cierta alarma en los participantes en lo respectivo al uso del razonamiento diagnóstico para establecer un diagnóstico ocupacional, dado que argumentan que haciendo uso de este método la labor de terapeuta ocupacional se tornaría “*reduccionista y mecanicista*”. Esta visión errada sobre la concepción teórica del reduccionismo y el holismo, similar a la que refleja

Finaly⁽²⁵⁵⁾ en sus estudios, ha provocado la falta de identidad del participante en el desarrollo del razonamiento diagnóstico, incluso conllevando la pérdida de inquietud por desarrollar otros tipos de razonamientos implicados durante las fases de resolución del caso a estudio. Es necesario recordar que durante la formación del estudiante se debe evitar en todo momento el caos y la confusión en apartados de tal importancia para la terapia ocupacional como este, ya que se están confundiendo las destrezas de análisis y síntesis con el reduccionismo, aspecto sobre el que alerta Mosey⁽⁵⁶⁾ en su investigación. Esta autora afirma que la creencia de que los fenómenos complejos se entienden mejor a través del estudio de los más simples es el mecanismo más básico para explicar y detallar lo que acontece. Además, según esta autora⁽⁵⁶⁾ el análisis es un proceso, mientras que el reduccionismo (la explicación de un fenómeno desde una sola causa), es una creencia sobre un enfoque. El problema estriba en que la docencia recibida por estos participantes rechaza el uso del razonamiento diagnóstico y por consiguiente del diagnóstico ocupacional^(11,32,46). La visión que los participantes muestran sobre este procedimiento es erróneo debido a una formación docente deficiente basada en la creencia de que el uso del razonamiento diagnóstico como método para detectar los problemas en el desempeño ocupacional así como sus causas generará una pérdida de la visión de estos como individuos en la comunidad. Este aspecto se contradice con el carácter holista y multicausal del razonamiento diagnóstico propuesto por Rogers y Holm⁽⁴⁶⁾, Moruno⁽³²⁾, Moruno y Talavera⁽²⁸⁾, Talavera⁽¹¹⁾. Esta visión consistente en la asociación errónea entre el análisis y síntesis de los datos con el reduccionismo resulta perjudicial para la comprensión del uso no solo del razonamiento diagnóstico, sino de cualquier razonamiento, como hemos podido apreciar a lo largo de este estudio. Es más, esta confusión creada en los estudiantes es contraproducente ya que de esta forma no podrán llegar a sensibilizarse con las necesidades individuales de las personas dado que

no se vinculan al análisis y síntesis de los datos recopilados desde una visión holista, tal y como el razonamiento diagnóstico propone según Rogers y Holm⁽⁴⁶⁾, Moruno⁽³²⁾, Moruno y Talavera⁽²⁸⁾, Talavera⁽¹¹⁾.

En este orden de cosas, al margen de este razonamiento diagnóstico, otros razonamientos que deberían estar implicados en cualquier resolución de un caso a estudio, en opinión de Schell y Schell⁽²⁾, no se encuentran presentes en este estudio. El progreso en la formación del alumno debería finalizar con el aprendizaje de un razonamiento procesal sólido, según Schell y Schell⁽²⁾ o Talavera⁽¹¹⁾ el cual dé paso a un razonamiento diagnóstico, un razonamiento condicional en construcción donde paulatinamente, en opinión de Schell y Schell⁽²⁾, se identifiquen con más facilidad el conjunto de experiencias y el modo en que estas se relacionan con acontecimientos similares que pueden tener lugar. Así mismo Schell y Shell⁽²⁾ opinan que se debería desarrollar un razonamiento interactivo lo suficientemente sólido como para captar la experiencia de la discapacidad desde el punto de vista de la persona que la experimenta, favoreciendo la implicación del usuario en la intervención o la evaluación y poder establecer y/o consolidar de esta manera la relación terapéutica estableciendo las normas que rigen dicha intervención. Estos autores⁽²⁾ también sostienen que deberían aparecer pinceladas de razonamiento pragmático en tanto en cuanto el estudiante se vincula a la intervención y un toque de razonamiento ético que guíe la práctica profesional.

En este estudio los participantes parecen evolucionar desde un razonamiento mecánico (en los primeros años de formación) a un razonamiento profesional en los últimos años de estudio, tal y como señalan los estudios de Bazyk *et al.*⁽²⁶⁵⁾. Sin embargo, esa evolución es menor de lo que proponen autores como Schell y Shell⁽²⁾ o Li *et al.*⁽²⁶⁶⁾, quienes recomiendan que los docentes guíen a los estudiantes en ese proceso de evolución de los diferentes razonamientos de terapia

ocupacional. En nuestro caso los participantes utilizaron un razonamiento procesal cuyas características ayudaron al estudiante, según Schell y Schell⁽²⁾, a organizar, almacenar y recuperar su conocimiento sobre eventos comunes asociados con determinadas condiciones patológicas, lo que posibilita un procesamiento eficaz de la información (proporcionando estrategias eficaces para manejar información muy compleja). No obstante, este razonamiento estaría completo en el estudiante si este fuera capaz de crear hipótesis que dirigieran la búsqueda de información durante la evaluación, situación que no realizan los participantes del estudio. Este tipo de razonamiento está presente desde el primer momento en el estudiante independientemente de su nivel educativo ya que es muy similar al razonamiento preconizado en la literatura médica sobre resolución de problemas diagnósticos, cuyo contenido de corte biomédico se encuentra presente en varias asignaturas del primer y segundo curso de grado⁽²⁶⁷⁾. La evolución de este razonamiento procesal debería ir enfocado hacia el razonamiento diagnóstico⁽¹¹⁾, que en este caso no aparece ni tan siquiera entre los participantes de último curso, hecho que se contradice a los estudios de Gibson *et al.*⁽¹³⁵⁾ o de Mccannon *et al.*⁽⁸⁾. Incluso de forma visible aparece un razonamiento procesal/condicional, siendo el condicional muy enrevesado y con escasa consistencia, por lo que no se corresponde con el tipo de razonamiento condicional que debería estar presente en opinión de Schell y Schell⁽²⁾ y que facilitaría responder de forma flexible a las condiciones cambiantes o predecir posibles cambios en la persona. Es decir, permite imaginar de qué forma la condición del sujeto puede cambiar y cómo vincularnos a ella.

A tenor de los resultados, esta situación nos lleva a corroborar los estudios realizados por Holmes *et al.*⁽²⁶⁸⁾ sobre razonamiento clínico. Consideramos importante destacar que la enseñanza del razonamiento clínico o profesional en terapia ocupacional no se está realizando tal y

como se debería. La *World Federation of Occupational Therapists* ha recomendado, según Holmes *et al.*⁽²⁶⁸⁾, un mayor número de horas de formación y una mayor proyección de este tipo de enseñanzas con el objetivo de mejorar el desarrollo profesional y la comprensión holística de la realidad desde una visión centrada en la terapia ocupacional. Todo ello sin olvidar que en la formación en cualquier tipo de razonamiento genera un desarrollo no solo profesional del estudiante, sino también en plano personal como consecuencia de recibir una formación holística centrada en el pensamiento crítico según Schön^(16,24-26), Schaber y Shanedling⁽²⁰¹⁾ y la resolución de problemas según Knecht⁽²⁶⁹⁾, en la que ayudar al estudiante a tomar decisiones es clave para fomentar cualquier razonamiento profesional según Harries⁽²⁷⁰⁾.

Los efectos detectados de esta confusión, forjan estudiantes que, al menos en los últimos cursos académicos, son capaces de reconocer parte de los problemas del desempeño ocupacional pero no saben interpretar las causas de los mismos.

Las posibles consecuencias detectadas de esta situación, sobre todo en los participantes de últimos cursos, se sitúa en una dificultad por llevar a cabo un razonamiento diagnóstico desde una perspectiva teórica, tal y como se esperaba de ellos según los estudios de Neistadt^(238,243). Además, estos participantes presentan escasos recursos teóricos y prácticos para elaborar un razonamiento diagnóstico desde una perspectiva teórica, tal y como cabría esperar de ellos en opinión de Neistadt^(238, 243). Así mismo, presentan una falta de reflexión profesional desde una visión de terapia ocupacional sobre lo que le sucede al sujeto y las causas de esta situación, contrariamente a lo propuesto por Mosey⁽⁵⁶⁾. Incluso aquellos casos en los que los participantes de los últimos cursos han tratado los problemas en el desempeño ocupacional así como sus causas son muy superficiales. Todo ello provoca una falta de control

sobre nuestro trabajo, debido a que si no hay reflexión de la información obtenida, por lo tanto no habrá control sobre una intervención, pudiendo llegar esta a ser tangencial en algunos momentos según los resultados de las investigaciones de Hooper⁽⁸²⁾ o Rassafiani *et al.*⁽¹⁰⁾.

7.3.3. Desorganización del procedimiento de evaluación ocupacional inicial que dificulta el razonamiento diagnóstico

Los participantes de este estudio no tienen clara la función de la evaluación y el motivo de tal procedimiento. En este caso, lo esperado según Trombly⁽⁷⁾, Neistadt⁽²⁴⁸⁾, Romero y Moruno⁽²⁴⁹⁾ o Moruno y Talavera⁽²⁸⁾ sería que los participantes utilizaran esta fase para identificar de forma dinámica, delimitar, describir y explicar los problemas en el desempeño ocupacional y sus causas, tanto actuales como potenciales, de una persona, organización o comunidad. En este estudio, salvo los participantes pertenecientes a los últimos años de formación en los que se evidencia una cierta evolución en la comprensión del uso de la evaluación ocupacional, como es esperable en palabras de Romero y Moruno⁽²⁴⁹⁾ o Moruno y Talavera⁽²⁸⁾, el alumnado no presenta esta concepción teórica asentada. Aun así, a tenor de los resultados, existe un caos motivado por no saber identificar qué deben evaluar ni su causa. Se supone que los alumnos de último curso deberían presentar más destrezas en el momento de realizar una evaluación ocupacional inicial con un objetivo claro que, según Rogers y Holm⁽⁴⁶⁾, no es otro que poder elaborar el razonamiento diagnóstico con la información recopilada y de esa forma poder construir el diagnóstico ocupacional⁽¹¹⁾ que defina el problema en el desempeño y las posibles causas que generan esta situación.

Además, no poseen una estructura teórica para realizar la evaluación ocupacional inicial ni para desarrollar las destrezas de razonamiento clínico, igual que los estudios de Scanlan y Hancock⁽¹⁹⁾, dado que no son conscientes de la necesidad de sistematizar la recogida de datos, característica de todo proceso de evaluación, y que, en palabras de Trombly⁽⁷⁾ la ausencia de esta sistematización plantea un escaso conocimiento y depreciación de la terapia ocupacional, tanto para círculos profesionales como para el público en general. Todo este desconocimiento de las características de la evaluación ocupacional provoca una amalgama de acciones encaminadas a recopilar datos sin sentido y sin finalidad alguna. Incluso en el proceso de recogida de datos existe confusión, puesto que sitúan al mismo nivel una fase de la evaluación ocupacional inicial (*screening*) con métodos de recogida de información tales como la entrevista y las herramientas de evaluación.

Al mismo tiempo, en cuanto a los métodos de recogida de datos, estos no cumplen los objetivos que deberían presentar en esta fase que, tomando a Neistadt⁽²⁴⁸⁾ como referencia, consistirían en la recogida de datos sobre el individuo de forma sistemática y su situación ocupacional con el fin de profundizar, por un lado, en el análisis del desempeño ocupacional de la persona y , por otro, determinar las destrezas y capacidades que afectan o bien pueden afectar potencialmente al desempeño ocupacional de la persona. Durante el presente estudio los participantes mostraron una gran dispersión de variantes de la entrevista y una desmedida lista de herramientas de evaluación que utilizan para recopilar datos. Esto les lleva a tener elevadas cantidades de información con la que posteriormente no saben utilizar, siendo parte de los datos recopilados secundarios y, por lo tanto, no aportan apenas datos que ayuden al participante a comprender los problemas del desempeño y las supuestas causas del protagonista del caso a estudio.

Las posibles causas de este hallazgo se sitúan en la ausencia de destrezas de identificación de datos provoca que la categorización, siguiente destreza que según Mosey⁽⁴⁶⁾ debería aparecer en el estudiante, no se encuentre presente. Como consecuencia, este hecho va a crear momentos de confusión a la hora de construir el razonamiento diagnóstico, como ya se ha dicho con anterioridad.

Además, la ausencia de la destreza de categorización provoca que el estudiante recoja datos de forma indiscriminada y sin sentido alguno. Así, la recopilación de información se va realizar sin estructura y sistematización, ya que los objetivos centrales de esta fase de evaluación ocupacional inicial no se reconocen. Incluso aquellas personas que se aventuran a categorizar datos, en su mayoría estudiantes de últimos cursos, lo van a realizar de forma superficial, perdiendo la profundidad que se esperaba de ellos según otras investigaciones.

Por otro lado, de ambas metodologías se obtiene una evidente ausencia de estructuras teóricas que los participantes deberían haber adquirido a lo largo de su formación académica. Los métodos y estrategias docentes no han creado en el participante la necesidad de establecer un procedimiento de evaluación ocupacional inicial con estructura y sistematizado^(7,28,79,245), tal y como se esperaba de la formación ofrecida como bien reflejan los objetivos generales de la titulación⁽²⁷¹⁾: *“el objetivo del grado en terapia ocupacional es cualificar a los estudiantes a la terminación de sus estudios para trabajar independientemente como terapeutas ocupacionales, incluyendo la capacidad de cooperar con otros profesionales. El grado en terapia ocupacional debe cualificar a los estudiantes para planificar, ejecutar, evaluar y registrar tareas de terapia ocupacional conectadas con la promoción de salud, medidas de prevención, habilitación, rehabilitación, medidas de apoyo y tratamiento, focalizando la conexión entre ocupaciones humanas y el ambiente social,*

de tal modo que los estudiantes alcanzan la capacidad de acción dentro de la profesión de terapia ocupacional”.

Los efectos detectados de esta confusión, consisten en que si bien existe una evolución en la comprensión del procedimiento de evaluación ocupacional inicial en los participantes de últimos cursos, estos no tienen claro el objetivo de esta fase, ya que lo esperado según Trombly⁽⁷⁾, Neistadt⁽²⁴⁸⁾ o Moruno y Talavera⁽²⁸⁾, es que fueran capaces de recoger datos para elaborar el razonamiento diagnóstico, situación que no tiene lugar en nuestro estudio.

Las posibles consecuencias detectadas a raíz de esta situación, son principalmente la confusión y desorganización teórica⁽²⁶¹⁾ que los alumnos presentan, hecho que unido a la escasa necesidad por elaborar su razonamiento diagnóstico les lleva a no tener claro el objetivo de la evaluación ocupacional, por lo que recolectan una gran cantidad de datos pero no existe un análisis y síntesis de la información. Esto provoca que la recogida de datos sea estéril puesto que no aportan una reflexión bajo un razonamiento diagnóstico. Estos resultados obtenidos se correlacionan con los estudios sobre la confusión y los bajos niveles de rendimiento en estudiantes pertenecientes a la “*generación Y*”, tal y como señalan Hills *et al.*^(272,273). En estos estudios^(272,273) se puede encontrar de forma recurrente una escasa profundidad en los razonamientos clínicos o profesionales de los estudiantes o unas destrezas profesionales insuficientes a la hora de gestionar casos a estudio, por lo que la situación es similar a los resultados obtenidos en nuestra investigación.

En este caso, los participantes no presentaron durante el estudio las destrezas de constatar la ausencia de datos imprescindibles que no estuvieran especificados y que de forma complementaria aumentarían el conocimiento sobre el protagonista del caso a estudio, aspecto que

Kramer *et al.*⁽⁶⁸⁾ señalan se tendría que realizar en los primeros compases de revisión del caso a estudio. Por otro lado tampoco aparece el bosquejo de hipótesis que posteriormente guíe la evaluación comprensiva. La ausencia de estas hipótesis, en palabras de Neistadt⁽²⁴⁸⁾, dificultará los procesos de identificación de los problemas detectados y las variables relacionadas con ellos. Incluso los participantes no muestran las destrezas necesarias para establecer relaciones explicativas entre las áreas de ocupación y las variables implicadas en el desempeño de ellas, según sostienen Moruno y Talavera⁽²⁸⁾ o Rogers⁽⁴⁶⁾, para establecer el diagnóstico ocupacional en fases posteriores. Estas lagunas presentes en los participantes de este estudio, sobre todo en la mayoría de los pertenecientes a los últimos cursos de formación, van paralelos a la dificultad de establecer un razonamiento diagnóstico que guíe este procedimiento, y que como vimos en el apartado anterior, genera una ausencia del razonamiento diagnóstico que guíe el trabajo en esta fase, provocando en palabras de Trombly⁽⁷⁾ una falta de rigor profesional que limita el desarrollo de la disciplina.

7.3.4. Resumen de este apartado

A tenor de los resultados obtenidos tras la recogida de datos con la metodología cuantitativa y cualitativa, los participantes de este estudio, entre los que se incluyen los alumnos de los cursos finales, presentan una confusión teórica que les impide identificar y categorizar los datos. Además carecen de las destrezas de análisis-síntesis, o de la capacidad de realizar interpretaciones bajo el amparo del razonamiento diagnóstico porque poseen una concepción errónea entre el holismo y el reduccionismo. Por otro lado, estas destrezas relacionadas con la construcción del razonamiento diagnóstico se ven dificultadas por el caos que los estudiantes presentan, relacionado con los procedimientos de evaluación ocupacional inicial. Todas estas repercusiones tienen dos

vertientes a tener en cuenta; la primera de ellas corresponde a los participantes del estudio y su pertenencia a la “*generación Y*”, poseedora de lagunas teóricas evidentes que dificultan el desarrollo conceptual de la disciplina y del razonamiento diagnóstico. Por otro lado, no podemos obviar la labor docente como causante de confusión entre los alumnos la cual dificulta la comprensión de estructuras formales que sobre razonamiento clínico o profesional aparecen durante la investigación realizada.

7.4. Limitaciones del estudio

En la interpretación de los resultados, es necesario tener en cuenta la existencia de una serie de sesgos y limitaciones.

Contenidos de este apartado

7.4. Limitaciones del estudio

7.4.1. Limitaciones del estudio en metodología cuantitativa

7.4.2. Limitaciones del estudio en metodología cualitativa

7.4.1. Limitaciones del estudio en metodología cuantitativa

En primer lugar, en cuanto al sesgo de información, el uso de una prueba elaborada entre consenso de expertos, dado que no se trata de una prueba estandarizada, podría haber provocado algún sesgo. Para intentar minimizarlo se seleccionó la opción de respuestas abiertas frente a la de respuesta cerradas, todo ello con la idea de evitar posibles sesgos en el razonamiento clínico del estudiante, quien mediante la alternativa cerrada tendría varias alternativas de respuesta sobre las que elegir, no siendo esa la opción seleccionada para este estudio en el que pretendemos saber cómo el alumno construye su razonamiento clínico. Tras el *mapping*, y con la opción seleccionada de respuesta abierta para este estudio, considerábamos que se podía lograr el objeto del mismo, frente a otras opciones de respuesta cerrada, que nos daría como resultado la hipótesis que más se repetía no siendo motivo de este trabajo. Para remediarlo se realizó una prueba piloto con el caso clínico a un grupo de estudiantes similar a los del objeto del estudio, ajustándolo y adecuándolo, incorporando las modificaciones necesarias que aseguraban la relevancia del material presentado y su correspondencia con el objeto de estudio.

En cuanto al sesgo de selección y ,en segundo lugar, al tratarse de un estudio de participación voluntaria, cuanto mayor fuera esta menor sería el sesgo asociado. Con el fin de atajar este sesgo en nuestro estudio se llegó a plantear la creación de una red de reservas que reemplazasen a las posibles bajas del estudio, pero no fue necesario ya que las bajas del mismo no influyeron hasta ese punto.

7.4.1. Limitaciones del estudio en metodología cualitativa

Las limitaciones que se han presentado en el desarrollo de este trabajo de investigación son las siguientes: en primer lugar, se entiende que existe una limitación de la universalización de las conclusiones, la cual se ve acotada por la metodología utilizada, pero no es una pretensión de esta investigación la universalización. Aun así, debido a la descripción pormenorizada tanto de este trabajo como de su metodología, se puede replicar en otros escenarios de población similar a la estudiada, ajustándolo a su contexto cultural concreto.

Por otro lado, otra de las limitaciones se corresponde con no haber realizado una sesión grupal final con los participantes para documentar los hallazgos localizados⁽¹¹⁵⁾, debido a que el plazo de la investigación se agotó y no se pudo regresar al campo de estudio para llevar a cabo esta sesión que hubiese reforzado los resultados de la metodología cualitativa.

En tercer lugar, y para finalizar, a pesar de que el tamaño de la muestra a estudio fuera insuficiente para garantizar la validez externa en términos de otras metodologías de investigación⁽¹¹⁵⁾, en este estudio fue suficiente para saturar todas las categorías incluyendo a participantes de diversas características socio-demográficas.

7.5. Consideraciones para estudios futuros

Los resultados del estudio en esta universidad apoyan la premisa de un proceso de desarrollo para el aprendizaje de destrezas de razonamiento diagnóstico cuyo proceso fue no lineal.

Por ese motivo, tras la realización de esta investigación, proponemos llevar a cabo nuevos estudios con el fin de analizar el impacto de los planes de estudios en el desarrollo de conocimientos y destrezas de los estudiantes en formación. Se propone indagar con mayor profundidad en los factores que pueden estar presentes en los estudiantes durante todo el proceso de aprendizaje, al igual que en las características docentes y del profesorado durante la formación.

Estas propuestas futuras se vinculan a la siguientes líneas:

La primera, y teniendo en cuenta los resultados obtenidos como un indicio y como un hallazgo en una población determinada de estudiantes de terapia ocupacional, se recomienda la ampliación de los resultados a través del estudio de los estudiantes en otras universidades de terapia ocupacional, tal y como proponen Mccannon *et al.*^(8,20), Coker⁽¹²⁰⁾ o Scanlan *et al.*⁽¹⁸¹⁾, ya que puede resultar esclarecedor y proporcionar otras perspectivas que sirvan para contrastar los datos obtenidos. Incluso realizar una réplica al estudio mediante otras muestras de estudiantes similares a la de este añadirían firmeza a los resultados de esta investigación.

De forma más específica sugerimos la necesidad de estudios que examinen el efecto docente como modelo de una persona que favorece el aprendizaje en el alumno, tal y como proponen Towns y Ashby⁽²⁰³⁾ o Nolinske⁽¹⁸⁸⁾. A la luz de los resultados de este estudio pueden surgir otras

investigaciones sobre el proceso educativo. De esta forma, los docentes tendrían datos sólidos para evidenciar las directrices necesarias a la hora de incorporar o proponer cambios en las metodologías y estrategias docentes tal y como recomiendan Nielsen *et al.*⁽²⁰²⁾, Seif *et al.*⁽⁴⁷⁾ o Lysaght y Bent⁽²¹⁾ para que facilitasen la comprensión y el desarrollo de los diferentes razonamientos clínicos o profesionales, y entre ellos el razonamiento diagnóstico.

Por otro lado, las investigaciones sobre las creencias de los estudiantes y sus estrategias de aprendizaje, según Li-Tsang *et al.*⁽²⁶⁶⁾ o Beer y Vorster⁽²⁵⁰⁾, pueden ser útiles para entender la complejidad de la enseñanza para el desarrollo de las destrezas del razonamiento diagnóstico. En este caso, se propone estudiar para líneas futuras de investigación el modo en que las diferencias de personalidad y estilos de comunicación, según Hills *et al.*^(272,273), influyen en el razonamiento clínico o profesional, y en este caso en el razonamiento diagnóstico. Es decir, proponemos la exploración de las variables socio-demográficas de los estudiantes en relación con la experiencias vividas y como estas contribuyen a la adquisición de destrezas de razonamiento diagnóstico. Aunque en este estudio, y debido al escaso número de participantes que elaboraron un razonamiento diagnóstico, estas variables no fueron relevantes, no se puede obviar dicha recomendación, ya que los estudios de Mezirow⁽²⁷⁴⁾, Long⁽²⁷⁵⁾ o James y Musselman⁽²¹⁹⁾ así lo corroboran. Por lo tanto, los estudios sobre las relaciones entre las destrezas de razonamiento diagnóstico de los estudiantes y experiencias vividas pueden proporcionar información instructiva para los educadores, siendo de esta forma otra línea de investigación futura.

Se recomienda también el estudio de las condiciones institucionales, según Kornblau⁽²¹¹⁾ o Holmes *et al.*⁽²⁶⁸⁾ que favorezcan el desarrollo del razonamiento diagnóstico. Por ese motivo se plantea la opción de realizar

estudios con metodología de investigación-acción-participación⁽¹¹⁵⁾, en tanto en cuanto, esta método llevaría a cabo un planteamiento de propuesta final consensuada por las partes implicadas en la investigación para desarrollar propuestas de mejoras de razonamiento diagnóstico entre los estudiantes de terapia ocupacional.

Por último, la investigación del conocimiento de la práctica de los terapeutas ocupacionales respecto a los conceptos de razonamiento clínico y razonamiento diagnóstico, según Neistadt^(52-54,98,234), podría ayudar a una mejor comprensión de la base de conocimiento actual con respecto a la teoría de razonamiento clínico y ayudar en la identificación de las necesidades de la práctica. Esta investigación, en opinión de Benson⁽¹⁸⁹⁾ o Li-Tsang *et al.*⁽²⁶⁶⁾, además podría determinar las destrezas que mejoran el proceso de razonamiento clínico y cómo estas pueden ser desarrolladas en la formación de los terapeutas ocupacionales.

Capítulo 8

CONCLUSIONES

8. Conclusiones

En consonancia con los objetivos planteados, y a la luz de los resultados las conclusiones del presente estudio son:

1. Las destrezas de razonamiento clínico o profesional de los participantes en este estudio se mantiene en la línea de evolución en función del curso en el que se encuentre. Cuenta con ciertas limitaciones a nivel general en el desarrollo de un razonamiento diagnóstico, dado que los entornos de formación se alejan del desarrollo de destrezas de identificación, categorización, análisis-síntesis e interpretación que fortalecen la voluntad del estudiante por indagar, conocer y desarrollar un razonamiento diagnóstico que estructure su práctica y que le permita analizar la información relevante que el estudiante ha identificado de acuerdo con el marco teórico utilizado.
2. Las destrezas de identificación de la información relevante que el estudiante categorizó ha sido elevadas en cuanto al reconocimiento de síntomas en los cursos implicados en el estudio. Por otro lado, los datos sobre los problemas en el desempeño no se han ajustado como se esperaba al evidenciar una falta de teoría de terapia ocupacional que estructure estos datos. Es por ese motivo que los alumnos de últimos cursos que participaron en el estudio identificaron datos básicos de los problemas en el desempeño ocupacional del protagonista del caso a estudio, si bien descartaron un número elevado de información que hubiese sido apropiada para la resolución del caso. En esta situación, no muestran destrezas de identificación de destrezas de ejecución o factores y estructuras corporales, variables implicadas en los problemas del desempeño del caso a estudio. En menor medida, los participantes de últimos cursos son capaces de

identificar los patrones de ejecución y de forma exponencial los entornos y contextos.

3. La categorización de un componente descriptivo de tres niveles sobre algún problema del desempeño ocupacional, considerado el procedimiento esperado, únicamente fue realizada por los participantes de último curso. En cambio, los estudiantes de primero y tercero eligen un componente descriptivo de dos niveles para organizar la información sobre los problemas en el desempeño ocupacional del caso a estudio. Por otro lado, los componentes explicativos los construyeron exclusivamente en torno a los entornos y contextos para los participantes de cuarto curso, mientras que para el resto de los estudiantes de primero y tercero aparecieron variables que fluctúan entre los patrones de ejecución y de forma puntual entornos y contextos.
4. Los participantes del estudio no organizan la información en base a categorías que faciliten el análisis de los datos. Esta situación provoca que la síntesis de sus razonamientos, especialmente del diagnóstico, no se pueda realizar. Se esperaba de ellos que organizaran su razonamiento en base a un componente descriptivo de tres niveles y componente explicativo de dos o más variables, sin embargo, muy pocos llegan a completar al menos una variante de componente descriptivo y componente explicativo. Los pocos que lo hacen, plantean un componente explicativo de tres niveles y un componente descriptivo de una sola variable.
5. Los participantes, en especial los pertenecientes a los últimos cursos, niegan la necesidad de elaborar hipótesis sobre los problemas del desempeño ocupacional del protagonista del caso a estudio, siendo opuesto a lo que se esperaba. Los escasos estudiantes que construyen alguna hipótesis, sin embargo, no siguen la estructura teórica recomendada para ello, de forma que convierten el razonamiento diagnóstico en una anécdota teórica vacía de contenido.

Ante este panorama la profundidad de interpretación de los participantes, sobre todo aquellos de los últimos cursos a estudio, es muy baja, mientras que en primero y tercero es casi imperceptible. Los componente explicativos que realizan los participantes de cuarto curso, se plasman en general en torno a una única variable, si bien se esperaba de ellos una profundidad mayor. Así, la muestra perteneciente al último curso no es capaz de realizar interpretaciones al no poseer datos sólidos que avalen esta situación desde el enfoque de un terapeuta ocupacional. En cuanto a la utilización de los razonamientos, predomina el razonamiento procesal, antesala del razonamiento diagnóstico. Y, por otro lado, aunque se esperaba un cierto razonamiento condicional en los estudiantes de último curso, en este estudio aparece de forma puntual.

6. La evolución de las destrezas de razonamiento a lo largo de la formación académica universitaria es puntualmente exponencial en los cursos de tercero y cuarto, mientras que en primero se establecieron conexiones en relación con el pensamiento menos estructurado. Incluso en muchas ocasiones los participantes de tercero y primero se encuentran al mismo nivel de desarrollo de las destrezas implicadas en el razonamiento diagnóstico.
7. El uso de teorías comunes a otras disciplinas para interpretar los problemas de salud son la tónica habitual en los discursos de los participantes. Tan solo algunos estudiantes de último curso hacen uso de teorías vinculadas a la ocupación y al contexto para documentar sus reflexiones. En cuanto al uso de modelos de práctica para justificar teóricamente sus comentarios, los conocen pero, sin embargo, no los tienen integrados, ya que sus contenidos no se encuentran presentes durante la justificación teórica de los problemas del desempeño ocupacional del caso a estudio, situación que era la esperada.
8. Los participantes de esta investigación no presentan destrezas de razonamiento diagnóstico, e incluso plantean de forma tácita no

utilizarlo. De ahí que los pocos participantes de últimos cursos que intentaron establecer un diagnóstico ocupacional lo plantean de forma desordenada y desestructurada. Esta situación provoca que el procedimiento de recogida de datos de la evaluación ocupacional inicial no tenga un objetivo claro y se convierta en una fase de obtención y recopilación de datos sin finalidad ni propósito alguno. Además hay confusión en cuanto a las fases y métodos de recogida de información, e incluso cierto caos en el uso de herramientas de evaluación. Todo ello dificulta en gran medida el análisis, la síntesis y la interpretación de los problemas del desempeño ocupacional, así como las posibles causas de tal situación, desde un enfoque propio de la disciplina.

9. En cuanto al uso de los diferentes razonamientos implicados en la resolución del caso a estudio, destacar que los pocos participantes de último curso que presentan un razonamiento diagnóstico lo establecen desde un nivel reduccionista, todo ello propiciado por una confusa interpretación del holismo y una ausencia de formación teórica-práctica sobre el uso del razonamiento diagnóstico en terapia ocupacional. Además, es necesario señalar que los estudiantes de los últimos cursos utilizan con mayor facilidad un razonamiento procesal pero sin llegar a desarrollarse el razonamiento diagnóstico, el cual era el esperado. En este caso, con el razonamiento procesal desarrollan su pensamiento desde la perspectiva de los problemas de salud y no desde los problemas en el desempeño y sus posibles causas, que sería lo esperado. Además, tendieron a decidir los procedimientos particulares o actividades de intervención y se concentraron en proponer intervenciones sobre los problemas de rendimiento del protagonista del caso a estudio. En el caso del uso del razonamiento condicional, en algunos participantes del último curso de formación aparece de forma puntual el intento de comprender a la persona en el ambiente donde realiza su ocupación, tratan de visualizar cómo estos

entornos y contextos influyen en el protagonista del caso a estudio e intentan imaginar el modo en que la condición de salud de esta persona puede cambiar, contemplado las variables anteriormente descritas.

En nuestra opinión, y a la luz de los hallazgos de este estudio, los resultados logrados, podrían ser tenidos en cuenta en la gestión de los centros destinados a la enseñanza docente de la terapia ocupacional, debido a los siguientes motivos:

En primer lugar, los hallazgos de este estudio, matizan que para conseguir el desarrollo del razonamiento clínico o profesional, y en este caso del razonamiento diagnóstico en estudiantes de terapia ocupacional, se debería plantear incorporar de forma explícita en los planes de estudios de los grados de terapia ocupacional la enseñanza de estos contenidos teóricos para de esta forma poder reforzarlos en las estancias prácticas que lleva a cabo el alumno durante su formación y de esta forma garantizar el establecimiento de estos durante su práctica profesional.

Por otro lado, los hallazgos de este estudio, corroboran que el razonamiento clínico o profesional evoluciona a lo largo de la formación académica en tanto en cuanto las metodologías y estrategias docentes así lo faciliten. Máximo si tenemos en cuenta que los estudiantes de terapia ocupacional de la *generación Y*, a la que corresponden los participantes de este estudio, son el reto de unos docentes, que independientemente de la etiqueta de esta generación y sus hándicap, tienen la responsabilidad ampliar sus metodologías y estrategias docentes, y generar programas de educación en terapia ocupacional que se adapten a una realidad latente con esta generación de estudiantes.

Añaden que el razonamiento diagnóstico es un ejercicio de la práctica profesional del terapeuta ocupacional, y para que este se pueda realizar se debe tener en cuenta la necesidad de seguir una estructura teórica lo suficientemente sólida como para evitar confusión en el estudiante a la hora de realizarlo, tanto en su forma como en su contenido.

Así mismo, refutan que el razonamiento clínico o profesional no es solo una forma de conocer y resolver los problemas del desempeño ocupacional de una persona junto a sus posibles causas, ya que el uso del razonamiento clínico o profesional en terapia ocupacional, genera un crecimiento personal y un desarrollo profesional no solo en el terapeuta, sino también en la disciplina.

Por todo ello, se espera que estos hallazgos puedan contribuir a ampliar la base de conocimientos sobre la naturaleza de la evolución del razonamiento diagnóstico en estudiantes de terapia ocupacional.

Capítulo 9

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Crepeau B, Cohn E, Schell BAB. Willard and Spackman's occupational therapy (10^a ed). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003.
2. Schell BAB, Schell JW. Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 2008.
3. Schell BA. Occupational therapy management: accepting the challenge. *Am J Occup Ther.* 1989; 43(4):215-7.
4. Rogers J. Educational Preparation Professional Activities OT's. *Am J Occup Ther.* 1998; 42(10): 642-46.
5. Chapman JA, Westmorland MG, Norman GR, Durrel K, Hall A. The structured oral self-direct learning evaluation: one method of evaluating the clinical reasoning skills of occupational therapy and physiotherapy students. *Med Teach.* 1993; 2(3): 223-36.
6. Robertson D, Warrender F, Barnard S. The critical occupational therapy practitioner: How to define expertise? *Aust Occup Ther J.* 2015; 62(1): 68-71.
7. Trombly K. Anticipating the future: Assessment of occupational therapy function. *Am J Occup Ther.* 1993; 47(3): 253-57.
8. Mccannon R, Robertson D, Caldwell J, Juwah C, Elfessi A. Comparison of clinical reasoning skills in occupational therapy students in the USA and Scotland. *Occup Ther Int.* 2004; 11(3): 160-76.
9. Kuipers K, Grice J. The structure of novice and expert occupational therapists' clinical reasoning before and after exposure to domain-specific protocol. *Aust Occup Ther J.* 2009; 56(6): 418-27.
10. Rassafiani M, Ziviani J, Rodger S, Dalglish L. Identification of occupational therapy clinical expertise: decision-making characteristics. *Aust Occup Ther J.* 2009; 56(3):156–66.

11. Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional. Madrid: Síntesis; en prensa.
12. Elstein A, Bordage G. Psychology of clinical reasoning. En: Dowie J, Elstein A. Professional Judgment: A Reader in Clinical Decision Making. London: Cambridge University Press; 1988. pp.109-129.
13. Atkinson RC, Shiffrin RM. The control of short-term memory. Sci Am. 1971; 225(2): 82-90.
14. Anderson J. The architecture of cognition. Cambridge, MA; Harvard University Press: 1983.
15. Newell A, Simon AH. Human problem solving. Englewood: Prentice-Hall; 1972.
16. Schön D. The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action. New York: Basic Books; 1984.
17. Talavera Valverde MA, Moruno Miralles P, Souto Gómez AI. Rigor de las publicaciones científicas en la gestión del razonamiento clínico como herramienta para la promoción de la Terapia Ocupacional. TOG A (Coruña). [Revista en Internet]. 2013 [28/09/2015]; 11(S9): S158-63. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num9/rigor.pdf>
18. Rogers J: The Spirit of Independence: The Evolution of a Philosophy. Am J Occup Ther. 1982; 36(11): 709-15.
19. Scanlan JN, Hancock N. Online discussions develop students' clinical reasoning skills during fieldwork. Aust Occup Ther J. 2010; 57(6): 401-8.
20. McCannon R, Robertson D, Caldwell J, Juwah C, Elfessi A. Students' perceptions of their acquired knowledge during a problem based learning case study. Occup Ther Health Care. 2005;18(4): 13-28.

21. Lysaght R, Bent M. A comparative analysis of case presentation modalities used in clinical reasoning coursework in occupational therapy. *Am J Occup Ther.* 2005; 59(3): 314-24.
22. Sladyk K, Sheckley B. Clinical reasoning and reflective practice: implications of fieldwork activities. *Occup Ther Health Care.* 2001;13(1): 11-22.
23. Robertson L. *Clinical Reasoning in Occupational Therapy: Controversies in Practice.* New Jersey: Wiley-Blackwell; 2012.
24. Schön D. *Reflective Practitioner.* New York: Basic Books; 1983.
25. Schön D. *How Professionals Think in Action.* New York; Basic Books: 1984.
26. Schön D. *Educating the Reflective Practitioner: Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions.* New York John: Wiley & Sons; 1990.
27. Unsworth CA. Current conceptualizations of Clinical Reasoning in Occupational Therapy. *Am J Occup Ther.* 2005; 59(1): 31-40.
28. Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA. *Terapia Ocupacional en salud mental.* Barcelona: Masson; 2012.
29. Barrows HS, Feltovich PJ. The clinical reasoning process. *Med educ.*1987; 21(2): 86-91.
30. World Federation of Occupational Therapists (WFOT). *Bi-anual report 2010-11.* Forrestfield: World Federation of Occupational Therapists; 2011
31. Kielhofner G. *Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice.* 3ªed. Philadelphia: FA Davis Co; 2009.
32. Moruno Miralles P. *Razonamiento clínico en Terapia Ocupacional: un análisis del procedimiento diagnóstico.* [tesis doctoral]. Madrid: Departamento de Psicología Biológica y de la Salud; 2002.

33. Elstein AS, Shulman LS, Sprafka SA. Medical problem solving. Cambridge: Harvard University Press; 1978.
34. Stolper E, Van de Wiel M, Van Royen P, Van Bokhoven M, Van der Weijden T, Jan Dinant G. Gut Feelings as a Third Track in General Practitioners' Diagnostic Reasoning. *Int Med*, 2010; 26(2): 197-203.
35. Rogers JC, Clarke E. Lectureship; Clinical Reasoning: Ethics, Science, Art. *Am J Occup Ther*. 1983; 37(9): 600-16.
36. Rogers JC, Masagatani G. Clinical reasoning of occupational therapist during the initial assessment. *Occup Ther J Res*. 1982; 2(4): 195-219.
37. Mattingly C, Fleming MH. Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice. Philadelphia: Davis Company; 1994.
38. Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, Cantero Garlito PA. Razonamiento Clínico en Terapia Ocupacional. *WFOT Bull*. 2009; 59(1): 1-7
39. Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, Reyes Torres A. Razonamiento Clínico en Terapia Ocupacional. *Col Med*. En prensa. 2015.
40. Mitchell R, Unsworth CA. Role perceptions and clinical reasoning of community health occupational therapists undertaking home visits. *Aust Occup Ther J*. 2004; 51(1): 13-24.
41. Moruno Miralles P. Sobre la base conceptual de la terapia ocupacional. *Rev Ter Ocup*. 2001; 11(25): 14-20.
42. Erhardt R, Meade V. Improving handwriting without teaching handwriting: The consultative clinical reasoning process. *Aust Occup Ther*. 2005; 52(3): 199-210.
43. Neistadt M, Crepeau E. Willard and Spackman's Occupational therapy. 9ª ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998.

44. Higgs J. *Clinical Reasoning in the Health Professions*. Amsterdam: Elsevier; 2008.
45. Mattingly C. The narrative nature of clinical reasoning. *Am J Occup Ther*. 1991; 45(11): 988-1005.
46. Rogers JC, Holm MB. Occupational therapy diagnostic reasoning: a component of clinical reasoning. *Am J Occup Ther*. 1991;45(11): 1045-53.
47. Seif G, Coker-Bolt P, Kraft S, Gonsalves W, Simpson K, Johnson E. The development of clinical reasoning and interprofessional behaviors: service-learning at a student-run free clinic. *J Interprof Care*. 2014; 28(6): 559-64.
48. Coates GL, Crist PA. Brief or new: professional development of fieldwork students: occupational adaptation, clinical reasoning, and client-centeredness. *Occup Ther Health Care*. 2004;18(1-2):39-47.
49. Stark SL, Somerville E, Keglovits M, Smason A, Bigham K. Clinical Reasoning Guideline for Home Modification Interventions. *Am J Occup Ther*. 2015;69(2):1-8.
50. Hall L, Robertson W, Turner MA. Clinical reasoning process for service provision in the public school. *Am J Occup Ther*. 1992; 46(10): 927-36.
51. Mattingly C. In search of the good: narrative reasoning in clinical practice. *Med Anthropol Q*. 1998;12(3): 273-97.
52. Neistadt ME. Teaching strategies for the development clinical reasoning. *Am J Occup Ther*. 1996; 50(8): 676-84.
53. Neistadt ME. Teaching clinical reasoning as a thinking frame. *Am J Occup Ther*. 1998; 52(3): 221-28.
54. Neistadt ME, Wight J, Mulligan SE. Clinical reasoning case studies as teaching tools. *Am J Occup Ther*. 1998; 52(2): 125-32.

55. Mosey AC. Psychosocial Components of Occupational Therapy. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1986.
56. Mosey AC. Applied scientific inquiry in the health professions: An epistemological orientation. Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association; 1992.
57. Mosey AC. Psychosocial components of occupational therapy. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 1996.
58. Fleming MH. Clinical Reasoning in Medicine compared with Clinical Reasoning in Occupational Therapy. Am J Occup Ther. 1991; 45(11): 988-96.
59. Rogers JC, Holm MB, Stone RG. Evaluation of daily living tasks: the home care advantage. Am J Occup Ther. 1997; 51(6): 410-22.
60. Dutton R. Clinical reasoning in physical disabilities. Baltimore: Wilkins; 1995.
61. Christiansen C, Baum C. Occupational Therapy: performance, participation and Well-Being. 3ª ed. Thorofare: Slack; 2005.
62. Mezirow J. A critical theory of adult learning and education. Int Q Community Health Educ. 1981; 32(1): 3-24.
63. Schell BA, Cervero RM. Clinical reasoning in occupational therapy: an integrative review. Am J Occup Ther. 1993; 47(7): 605-10.
64. Rogers J. Educational Preparation Professional Activities OT's. Am J Occup Ther. 1998; 42(10): 642-46.
65. Rogers J, Holm M. Accepting Challenge Outcome Research. Am J Occup Ther. 1994; 48(10): 871-76.
66. Townsend E, Polatajko H. Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007.

67. Duncan E. Foundations for practice in occupational therapy. London: Elsevier; 2006.
68. Kramer P, Hinojosa J, Royeen BC. Perspectives in human occupation: Participation in life. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003.
69. Gutman SA, Mortera MH, Hinojosa J, Kramer P. Revision of the occupational therapy practice framework. *Am J Occup Ther.* 2007; 61(1): 119-26.
70. Hagedorn R. Foundations for practice in Occupational therapy. Philadelphia: Churchill Livingstone; 1997.
71. Scheffer B, Rubenfeld M. A consensus statement on critical thinking in nursing. *J Nurs Edu.* 2000; 39(8): 352-35.
72. Sangrós González J, Astier Peña MP. Utilización adecuada de las pruebas de diagnósticas en su contexto epidemiológico: la prevalencia en el escenario clínico como parte del proceso diagnóstico. *Rev Clin Electron Aten Prim.* 2009; 7(17): 30-6.
73. Coster WJ. Embrancing ambiguity: facing the challenge of measurement. *Am J Occup Ther.* 2008; 62(6): 743-52
74. Tucker A, Bradshaw M. Clinical reasoning: action-focused thinking. In: Bradshaw M, Lowenstein A. *Innovate teaching strategies in nursing and related health professions.* Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning; 2014. pp.65-79.
75. Elstein S, Schwarz A. Clinical problem solving and diagnostic decision-making: selective review of the cognitive literature. *BMJ Br Med J.* 2002; 324(7339): 729-32.
76. Penalva Martínez MC, Posadas García JA. El planteamiento de problemas y la construcción del teorema de Bayes. *Enseñ Cienc.* 2009; 27(3): 331-42.

77. Godoy A. Toma de decisiones y juicio clínico: una aproximación psicológica. Madrid: Pirámide; 1996.
78. Laris González A. El arte del diagnóstico. Rev Enf. 2006 19(2): 134-35.
79. Reed K, Sanderson S. Concepts of occupational therapy. 4^a ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 1999.
80. Gillette NP, Mattingly C. Clinical reasoning in occupational therapy. Am J Occup Ther. 1987; 41(6): 399-400.
81. Schwam KB. Clinical reasoning and new ideas on intelligence: Implications for teaching and learning. Am J Occup Ther. 1991; 45(11): 1033-37.
82. Hooper B. The Relationship Between Pretheoretical Assumptions and Clinical Reasoning. Am J Occup Ther. 1997; 51(5): 328-38.
83. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Madrid: OMS, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.
84. Barrows RC, Johnson SB. A data model that captures clinical reasoning about patient problems. AMIA Summits On Transl Sci Proc. 1995; 18(18): 402-5.
85. Millán Núñez-Cortés J. La enseñanza de las habilidades clínicas. Educ Méd. 2008; 11(S1): S21-S7.
86. Trombly C. Occupation: purposefulness and meaningfulness as therapeutic mechanisms. Am J Occup Ther. 1995; 49(10): 960-72.
87. Mocellin G. An overview of occupational therapy in the context of American influence on the profession. Part I. Br J Occup Ther. 1992; 55(2): 7-12.

88. Mocellin G. An overview of occupational therapy in the context of American influence on the profession. Part II. *Br J Occup Ther.* 1992; 55(2): 55-9.
89. Mocellin G. Occupational therapy: A critical overview. *Br J Occup Ther.* 1995; 58(12): 502-6.
90. Tremblay M, Chevrier J. L'apprentissage expérientiel: Um modèle éducatif à intégrer au processus ergothérapie. *Can J Occup Ther.* 1993; 60(5): 262-70.
91. Schemm RL, Gitlin IN. How occupational therapy teach older patients to use bathing and dressing devices on rehabilitation. *Am J Occup Ther.* 1997; 52(4): 276-82.
92. Webber G. Gentle teaching: human occupation and social role valorization. *Br J Occup Ther.* 1995; 58(6): 261-63.
93. Tedesco S, Benetton J, Ferrari S. Terapia Ocupacional: função terapêutica e sua ação educativa. *Rev Mundo Saude.* 2000; 5(3): 1-7.
94. Cohn ES. Fieldwork education: Shaping a foundation for clinical reasoning. *Am J Occup Ther.* 1989; 43(4): 240-4.
95. Neistadt ME. Methods of assessing clients' priorities: A survey of adult physical dysfunction settings. *Am J Occup Ther.* 1995; 49(5): 428-36.
96. Hatton N, Smith D. Reflection in teacher education: towards definition and implementation. *Teach Teacher Educ.* 1995; 2(1): 33-49.
97. Marcolino TQ. Convite para pintar: reflexões sobre o período de estágio. *Cad Ter Ocup.* 2001; 9(1): 50-6.
98. Neistadt ME. Classroom as clinic A Model for Teaching Clinical Reasoning in Occupational Therapy Education. *Am J Occup Ther.* 1987; 41(10): 631-7.

99. Smucny J, Epling JW. A Web-based Approach to Teaching Students About Diagnostic Reasoning. *Fam Med Educ.* 2004; 36(9): 622-4.
100. Albanese MA, Mitchell S. Problem-based learning: a review of literature on its outcomes and implementation issues. *Acad Med* 1993; 68(1): 52-81.
101. Harries PA, Harries C. Studying clinical reasoning: Part 2 Applying Social Judgment Theory. *Br J Occup Ther.* 2001; 64(6): 285-92.
102. Harries PA, Gilhooly K. Generic and specialist occupational therapy casework in community mental health. *Br J Occup Ther.* 2003; 66(3): 101-9.
103. Harries PA, Gilhooly K. Identifying occupational therapists' referral priorities in community health. *Occup Ther Int.* 2003; 10(2): 150-64.
104. Cabrero García L, Richart Martínez M. El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa. *Enf Clínic.* 1996; 6(5): 212-7.
105. Reichart ChS, Cook TD. Hacia una superación del enfrentamiento entre los métodos cualitativos y cuantitativos. En: Cook TD, Reichart ChR (ed). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa.* Madrid: Morata; 1986. pp.84-85.
106. Ibañes J. El regreso del sujeto. *La investigación social de segundo orden.* Madrid: Siglo XXI; 1994. pp.77-84.
107. Deegan MJ, Hill M. *Women and symbolic interaction.* Boston: Allen and Unwin; 1987.
108. Campbell D, Stanley J. *Diseños experimentales y cuasi experimentales en la investigación social.* Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1982.

109. Coker P. Effects of an experiential learning program on the clinical reasoning and critical thinking skills of occupational therapy students. *J Allied Health*. 2010; 39(4): 280-6.
110. Shafaroodi N, Kamali M, Parvizy S, Mehraban AH, O'Toole G. Factors affecting clinical reasoning of occupational therapists: a qualitative study. *Med J Islam Repub Iran*. 2014; 19(28): 1-10.
111. Colclough S, Copley J, Turpin M, Justins E, De Monte R. Occupational therapists' perceptions of requirements for competent upper limb hypertonicity practice. *Disabil Rehabil*. 2015; 37(16): 1416-23.
112. Klein GA, Orasanu J, Claderwood R, Zsombok CE. *Decision making in action: Models and methods*. NJ: Ablex: Norwood; 1993.
113. Fonteyn M, Fisher A. Use of thinks aloud method to study nurses' reasoning and decision-making in clinical practice settings. *J Neurosci Nurs*. 1995; 27(2): 124-8.
114. Unsworth CA, Thomas SA. Information use in discharge accommodation recommendations for stroke patients. *Clin Rehab*. 1993; 7(3): 181-8.
115. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. *Metodología de la investigación cualitativa*. 5ª ed. México D.F: The McGraw Hill; 2010.
116. Roberts AE. Clinical reasoning in occupational therapy: Idiosyncrasies in content and process. *Br J Occup Ther*. 1996; 59(8): 372-6.
117. Ericsson KA, Simon, HA. *Protocol analysis: verbal reports as data*. MA: Cambridge: MIT Press; 1993.
118. Barnitt RE. Deeply troubling questions: The teaching of ethics in undergraduate courses. *Br J Occup Ther*. 1993; 56(11): 401-6.

119. McGuire CH. Medical problem-solving: a critique of the literature. *J Med Educ.* 1985; 60(8): 587-95.
120. Greenwood J Theoretical approaches to the study of nurses' clinical reasoning: getting things clear. *Contemp Nurse.* 1998; 7(3): 110-6.
121. Hershey JC, Baron J. Clinical reasoning and cognitive processes. *Med Decis Making.* 1987; 7(4): 203-11.
122. Suebnukarn S. Intelligent tutoring system for clinical reasoning skill acquisition in dental students. *J Dent Educ.* 2009; 73(10): 1178-86.
123. Vertue FM, Haig BD. An abductive perspective on clinical reasoning and case formulation. *J Clin Psychol.* 2008; 64(9): 1046-68.
124. Balla JI, Lansek R, Elstein A. Bayesian diagnosis in presence of pre-existing disease. *Lancet.* 1985; 1(8424): 326-9.
125. Unsworth CA. How do pragmatic reasoning, worldview and client-centeredness fit? *Br J Occup Ther.* 2004; 67(1): 10-9.
126. Morse JM, Field PA. *Qualitative research methods for health professionals.* 2ª ed. Thousand Oaks: CA: Sage; 1995.
127. Fondiller ED, Rosage LJ, Neuhaus BE. Values influencing clinical reasoning in occupational therapy: An exploratory study. *Occup Ther J Res.* 1990; 10(1): 41-55.
128. Crabtree M. Images of reasoning: A literature review. *Aust Occup Ther J.* 1998; 45(4): 113-23.
129. Rice PL, Ezzy D. *Qualitative research methods.* Oxford: Oxford University Press; 1999.
130. Benner PE. *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice.* Menlo Park, CA; Addison-Wesley; 1984.
131. Benner PE, Hooper-Kyriakidis P, Stanard D. *Clinical wisdom and interventions in critical care: A thinking-in-action approach.* Philadelphia: W. B. Saunders; 1999.

132. Benner PE, Tanner CA, Chesla CA. Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgement and ethics. New York: Springer; 1996.
133. Unsworth CA. Clinical reasoning of novice and expert occupational therapists. *Scand J Occup Ther.* 2001; 8(4): 163-73.
134. Strong J, Gilbert J, Cassidy S, Bennett S. Expert clinicians and student views on clinical reasoning in occupational therapy. *Br J Occup Ther.* 1995; 58(3): 119-23.
135. Gibson D, Velde B, Hoff T, Kvashay D, Manross PL., Moreau V. Clinical reasoning of a novice versus an experienced occupational therapist: A qualitative study. *Occup Ther Health Care.* 2000; 12(4): 15-31.
136. Strong S, Baptiste S, Cole D, Clarke J, Costa M, Shannon H, Reardon R, Sinclair S. Functional assessment of injured workers: a profile of assessor practices. *Can J Occup Ther.* 2004; 71(1): 13-23.
137. Kuipers K, Grice JW. Clinical reasoning in neurology: use of the repertory grid technique to investigate the reasoning of an experienced occupational therapist. *Aust Occup Ther J.* 2009; 56(4): 275-84.
138. Unsworth CA, Thomas SA, Greenwood KM. Decision polarization among rehabilitation team recommendations concerning discharge housing for stroke patients. *Int J Rehab Research.* 1997; 20(1): 51-68.
139. Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA [compiladores]. *Terapia Ocupacional: Una perspectiva histórica. 90 años después de su creación.* TOG (A Coruña). 2007; 4(M1). [28/08/2015]. Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num1/mono1_esp.pdf
140. Agencia nacional de la evaluación y acreditación de la calidad. Libro blanco. Título de grado de terapia ocupacional. Madrid: Ministerio de educación, cultura y deportes. Gobierno de España; 2005.

141. Ramírez Atehortúa FH, Zwerg-Villegas AM. Metodología de la investigación: más que una receta. AD-minister. 2012; 11(20): 91-111.
142. Romero Saldaña M. Contraste de Hipótesis; Comparación de dos medias independientes mediante pruebas no paramétricas: Prueba U de Mann-Whitney. Enferm Trab. 2013; 3(3): 77-84
143. García Salinero J. Estudios descriptivos. Nure Investig. 2004; 2(6): 1-4.
144. American Occupational Therapy Association. Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process. Am J Occup Ther. 2014; 86 (S1): S1-S51.
145. Bisquerra Alzina R. Metodología de la investigación educativa. Madrid: La Muralla; 2004.
146. Siles González J, García Hernández E. Las características de los paradigmas y su adecuación a la investigación de enfermería. Enf Cient. 1995; 13(160): 10-4.
147. Mayan M. An Introduction to Qualitative Methods: A Training Module for Students and Professionals. Alberta: Qual Institute Press International Institute for Qualitative Methodology; 2001.
148. Durán de Villalobos MM. Apuntes sobre la presentación de artículos cualitativos. Aquichan. 2010; 10(1): 1-3.
149. Universidade da Coruña [sede Web]. A Coruña: Universidade da Coruña; 1989 [actualizado 28/08/2015; acceso 28/08/2015]. Grao en terapia ocupacional [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: <http://estudos.udc.es/gl/study/start/653G01V01/2015>
150. Universidade da Coruña [sede Web]. A Coruña: Universidade da Coruña; 1989 [actualizado 28/08/2015; acceso 28/08/2015]. Grao en terapia Guía docente. Facultad de Ciencias de la Salud [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en:

https://guiadocente.udc.es/guia_docent/index.php?centre=653&ensenyament=653G01&consulta=apartat&apartat=336

151. El Mundo [sede Web]. Madrid: El Mundo; 1989 [actualizado 28/08/2015; acceso 28/08/2015]. Donde estudiar las 50 carreras más demandadas [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/especiales/2008/05/cultura/50carreras/46.html>
152. Selltiz C, Wrightsman LS, Cook ST. Métodos de investigación en las relaciones sociales. Madrid: Rialp; 1980.
153. González-Teruel A. Los medios sociales: análisis de contenido, teoría fundamentada y análisis del discurso. Prof Inf. 2015; 24(3): 321-8.
154. Klüber TE. Atlas.ti as a tool for analysis of qualitative research according phenomenological approach. Educ Tem Dig. 2014; 16(1): 5-23.
155. Ringmayr TG. Atlas.ti 7. Guía rápida. Berlin: Cientific Sftware Development GmbH; 2012.
156. Rada Cadenas DM. El Rigor en la Investigación Cualitativa: Técnicas de Análisis, Credibilidad, Transferibilidad y Confirmabilidad. Sinop Educ. 2007; 7(1): 17-26.
157. Díaz BF. Estrategias Docentes para un Aprendizaje Significativo: una Interpretación Constructivista. 2ª ed. México: Editorial McGraw Hill; 2005.
158. Martínez M. Validez y confiabilidad en la investigación cualitativa Paradig. 2006; 27(2): 7-33.
159. Ley orgánica de básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de noviembre. Boletín Oficial el Estado, nº 274, (15-11-2002).

160. Ley 3/2005, de modificación de la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. Ley 3/2005, de 7 de marzo. Boletín Oficial del Estado, nº 93, (19-04-2005).
161. Ley reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. Ley 3/2001 de 28 de mayo. Boletín oficial del Estado, nº 158, (03-07-2001).
162. Ley orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal. Ley 15/1999 de 13 de diciembre. Boletín Oficial el Estado, nº 298, (14-12-1999).
163. Fistera.com. Atención primaria en la red [sede Web]. A Coruña: Fistera.com; 2003 [Actualizada el 28/08/2015; acceso 28/08/2015]. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial) Disponible en: http://www.fistera.com/mbe/investiga/declaracion_helsinki.asp
164. Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. Boletín Oficial del Estado, nº 251, (20-10-1999).
165. Gutman SA, McCreedy P, Heisler P. Student level II fieldwork failure: strategies for intervention. Am J Occup Ther. 1998; 52(2): 143-9.
166. Levett-Jones T, Hoffman K, Dempsey J, Jeong SY, Noble D, Norton CA, et al. The 'five rights' of clinical reasoning: an educational model to enhance nursing students' ability to identify and manage clinically 'at risk' patients. Nurse Educ Today. 2010; 30(6): 515-20.
167. Dyche L, Epstein RM. Curiosity and medical education. Med Educ. 2011; 45(7): 663-8.

168. Carneiro AV. Clinical reasoning. What is its nature? Can it be taught? *Rev Port Cardiol.* 2003; 22(3): 433-43.
169. May S, Withers S, Reeve S, Greasley A. Limited clinical reasoning skills used by novice physiotherapists when involved in the assessment and management of patients with shoulder problems: a qualitative study. *J Man Manip Ther.* 2010; 18(2): 84-8.
170. Ikiugu MN, Smallfield S. Instructing occupational therapy students in use of theory to guide practice. *Occup Ther Health Care.* 2015; 29(2): 165-77.
171. Kautzmann LN. Linking patient and family stories to caregivers' use of clinical reasoning. *Am J Occup Ther.* 1993; 47(2): 169-73.
172. Fisher A. Overview of performance skills and client factors. In: Pendleton H, Schultz-Krohn (eds). *Pedretti's occupational therapy: practice skills for physical dysfunction.* St Louis: Mosby/Elsevier; 2006. pp.372-402.
173. Universidade da Coruña [sede Web]. A Coruña: Universidade da Coruña; 1989 [actualizado 28/08/2015; acceso 28/08/2015]. Grao en terapia [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: https://guiadocente.udc.es/guia_docent/index.php?centre=653&ensenyament=653G01
174. Carrier A, Levasseur M, Bedard D, Desrosiers J. Community occupational therapist's clinical reasoning: identifying tacit knowledge. *Aust Occup Ther J.* 2010; 57(6): 356-65.
175. Letts L, Law M, Rigby P, Cooper B, Stewart D, Strong S. Person-environment assessments in occupational therapy. *Am J Occup Ther.* 1994; 48(7): 608-18.
176. Schell BAB, Cohn E, Crepeau B. *Willard and Spackman's occupational therapy.* 11ª ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 2008.

177. Mitchell R, Unsworth C. Clinical reasoning during community health home visits: expert and novice differences. *Br J Occup Ther.* 2005; 68(5): 215-23.
178. VanLeit B. Using the case method to develop clinical reasoning skills in problem-based learning. *Am J Occup Ther.* 1995; 49(4): 349-53.
179. Rivard A, Hollis V, Darrah J, Madill H, Warren S. Therapists' perspectives on the management and delivery of occupational therapy and physical therapy services. *Healthc Manage Forum.* 2005; 18(2): 9-13.
180. Talavera Valverde MA [compilador]. Identidad profesional en Terapia Ocupacional. *TOG (A Coruña).* 2008; 4(M2). [28/08/2015]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num2/mono2.pdf>
181. Scanlan JN, Pépin G, Haracz K, Ennals P, Webster JS, Meredith PJ, et al. Identifying educational priorities for occupational therapy students to prepare for mental health practice in Australia and New Zealand: Opinions of practising occupational therapists. *Aust Occup Ther J.* 2015; 62(3): 1-13.
182. Nendaz M, Perrier A. Diagnostic errors and flaws in clinical reasoning: mechanisms and prevention in practice. *Swiss Med Wkly.* 2012; 11(23): 1-9.
183. Hamlin RB, MacRae N, DeBrakeleer B. Will the Opacich fieldwork model work? *Am J Occup Ther.* 1995; 49(2): 165-7.
184. Clark FA. The concept of habit and routine: a preliminary theoretical synthesis. *Occup Ther J Res.* 2000; 20(S1): S123-S37.
185. Lee SW, Kielhofner G, Morley M, Heasman D, Garnham M, Willis S, et al. Impact of using the Model of Human Occupation: a survey of occupational therapy mental health practitioners' perceptions. *Scand J Occup Ther.* 2012; 19(5): 450-6.

186. Harries P, Tomlinson C, Notley E, Davies M, Gilhooly K. Effectiveness of a decision-training aid on referral prioritization capacity: a randomized controlled trial. *Med Decis Making*. 2012; 32(6): 779-91.
187. Robertson L. Clinical reasoning, part 2: novice/expert differences. *Br J Occup Ther*. 1996; 59(5): 212-6.
188. Nolinske T. Multiple mentoring relationships facilitate learning during fieldwork. *Am J Occup Ther*. 1995; 49(1): 39-43.
189. Benson JD, Provident I, Szucs KA. An experiential learning lab embedded in a didactic course: outcomes from a pediatric intervention course. *Occup Ther Health Care*. 2013; 27(1): 46-57.
190. Kramer P, Ideishi RI, Kearney PJ, Cohen ME, Ames JO, Shea GB, Schemm R, Blumberg P. Achieving curricular themes through learner-centered teaching. *Occup Ther Health Care*. 2007; 21(1-2): 185-98.
191. Gallew HA. Brief or new: the benefits of on-line learning in occupational therapy. *Occup Ther Health Care*. 2004; 18(1-2): 117-25.
192. Vroman KG, MacRae N. How should the effectiveness of problem-based learning in occupational therapy education be examined? *Am J Occup Ther*. 1999; 53(5): 533-6.
193. Diccionario de la lengua española. 22ªed. Madrid: Real Academia Española; 2012.
194. Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA. Estructurar el conocimiento clave en la práctica de la terapia ocupacional. *TOG (A Coruña)* [revista en Internet]. 2009 [28/08/2015]; 6(9): [6p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num9/pdfs/modelo.pdf>
195. Creek J, Feaver S. Models for practice in occupational therapy: part 1. *Br J Occup Ther*. 1993; 56(1): 4-6.

196. Creek J, Feaver S. Models for Practice in Occupational Therapy: part 2, What Use are They? *Br J Occup Ther.* 1993; 56(2): 59-62.
197. Kielhofner G. Temporal adaptation: a conceptual framework for occupational therapy. *Am J Occup Ther.* 1977; 31(4): 235-42.
198. Kielhofner G. A model of Human Occupation: Theory and application. 3^a ed. Baltimore. Williams and Wilkins. 2002.
199. Hammel J, Royeen CB, Bagatell N, Chandler B, Jensen G, Loveland J, Stone G. Student perspectives on problem-based learning in an occupational therapy curriculum: a multiyear qualitative evaluation. *Am J Occup Ther.* 1999; 53(2): 199-206.
200. Schemm RL, Corcoran M, Kolodner E, Schaaf R. A curriculum based on systems theory. *Am J Occup Ther.* 1993; 47(7): 625-34.
201. Schaber P, Shanedling J. Online course design for teaching critical thinking. *J Allied Health.* 2012; 41(1): 9-14.
202. Nielsen SK, Stube J, Bass G. Bridging the gap: evaluation of a pilot project to facilitate use of psychosocial strategies across an occupational therapy curriculum. *Occup Ther Health Care.* 2015; 29(2): 126-38.
203. Towns E, Ashby S. The influence of practice educators on occupational therapy students' understanding of the practical applications of theoretical knowledge: a phenomenological study into student experiences of practice education. *Aust Occup Ther J.* 2014; 61(5): 344-52.
204. Stern P. Student perceptions of a problem-based learning course. *Am J Occup Ther.* 1997; 51(7): 589-96.
205. Spalding NJ, Killelt A. An evaluation of a problem-based learning experience in an occupational therapy curriculum in the UK. *Occup Ther Int.* 2010; 17(2): 64-73.

206. Stern P, D'Amico FJ. Problem effectiveness in an occupational therapy problem-based learning course. *Am J Occup Ther.* 2001; 55(4): 455-62.
207. McCarron KA, Amico FD. The impact of problem-based learning on clinical reasoning in occupational therapy education. *Occup Ther Health Care.* 2002; 16(1): 1-13.
208. Greenstein LR. Student anxiety toward level II fieldwork. *Am J Occup Ther.* 1983; 37(2): 89-95.
209. Greenstein LR. Changes in beliefs held by occupational therapy students before and after the first field experience. *Am J Occup Ther.* 1975; 29(3): 137-42.
210. Cameron KA, Ballantyne S, Kulbitsky A, Margolis-Gal M, Daugherty T, Ludwig F. Utilization of evidence-based practice by registered occupational therapists. *Occup Ther Int.* 2005; 12(3): 123-36.
211. Kornblau BL. Fieldwork education and students with disabilities: enter the Americans With Disabilities Act. *Am J Occup Ther.* 1995; 49(2): 139-45.
212. Harries P, Gilhooly K. Training novices to make expert, occupationally focused, community mental health referral decisions. *Br J Occup Ther.* 2011; 74(2): 58-65.
213. Lee J. Achieving best practice: a review of evidence linked to occupation-focused practice models. *Occup Ther Health Care.* 2010; 24(3): 206-22.
214. Yancosek KE, Howell D. Integrating the dynamical systems theory, the task-oriented approach, and the practice framework for clinical reasoning. *Occup Ther Health Care.* 2010; 24(3): 223-38.
215. Craik J, Rappolt S. Theory of research utilization enhancement: a model for occupational therapy. *Can J Occup Ther.* 2003; 70(5): 266-75.

216. Bailey DM, Cohn ES. Understanding others: a course to learn interactive clinical reasoning. *Occup Ther Health Care*. 2002; 15(1-2): 31-46.
217. Falk-Kessler J, Benson JD, Witchger Hansen AM. Moving the classroom to the clinic: the experiences of occupational therapy students during a "living lab". *Occup Ther Health Care*. 2007; 21(3): 79-91.
218. Scheirton L, Mu K, Lohman H. Occupational therapists' responses to practice errors in physical rehabilitation settings. *Am J Occup Ther*. 2003; 57(3): 307-14.
219. James KL, Musselman L. Commonalities in Level II Fieldwork Failure. *Occup Ther Health Care*. 2006; 19(4): 67-81.
220. Arendt H. *La condición humana*. Barcelona: Paidós; 1993.
221. Unsworth CA. Clinical reasoning: how pragmatic reasoning world-view and client-centredness fit? *Br J Occup Ther*. 2004; 76(1): 1-9.
222. Walters L, Hirsh D. Teaching in general practices: considering conceptual lenses. *Med Educ*. 2011; 45(7): 660-2.
223. Wong SR, Fisher G. Comparing and Using Occupation-Focused Models. *Occup Ther Health Care*. 2015; 29(3): 297-315.
224. Magasi S, Wong A, Gray DB, Hammel J, Baum C, Wang CC, Heinemann AW. Theoretical foundations for the measurement of environmental factors and their impact on participation among people with disabilities. *Arch Phys Med Rehabil*. 2015; 96(4): 569-77.
225. Reed KL. Understanding theory: the first step in learning about research. *Am J Occup Ther*. 1984; 38(10): 677-82.
226. Shannon PD. The derailment of occupational therapy. *Am J Occup Ther*. 1977; 31(4): 229-34.

-
227. Levine RE. A historical perspective on professional values. *J Allied Health*. 1983; 12(3): 183-91.
228. Gray JM. Putting occupation into practice: occupation as ends, occupation as means. *Am J Occup Ther*. 1998; 52(5): 354-64.
229. Hammell KR. Occupation, well-being, and culture: Theory and cultural humility. *Can J Occup Ther*. 2013; 80(4): 224-34.
230. Ikiugu MN, Smallfield S. Ikiugu's eclectic method of combining theoretical conceptual practice models in occupational therapy. *Aust Occup Ther J*. 2011; 58(6): 437-46.
231. Cuellas Sáenz Z. Hacia un curriculum vivo: la evaluación en la educación médica. *Educ Educ*. 2007; 10(1): 89-103.
232. Breines EB. Redefining professionalism for occupational therapy. *Am J Occup Ther*. 1988; 42(1): 55-7.
233. Dige M. Occupational therapy, professional development, and ethics. *Scand J Occup Ther*. 2009; 16(2): 88-98.
234. Falk-Kessler J, Ciaravino EA. Student reflections as evidence of interactive clinical reasoning skills. *Occup Ther Health Care*. 2006; 20(2): 75-88.
235. Schell BA, Gillen G, Scaffa M, Cohn ES. Willard and Spackman's occupational therapy. 12^a ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 2013.
236. Boniface G, Seymour A. *Using Occupational Therapy Theory in Practice*. New Jersey: Wiley-Blackwell; 2012.
237. Youngstrom MJ. The Occupational Therapy Practice Framework: the evolution of our professional language. *Am J Occup Ther*. 2002; 56(6): 607-8.

-
238. Neistadt ME, Smith RE. Teaching diagnostic reasoning: using a classroom-as-clinic methodology with videotapes. *Am J Occup Ther.* 1997; 51(5): 360-8.
239. Banks S. The Canadian model of occupational performance: its relevance to community practice. *Can J Occup Ther.* 1991; 58(3): 109-13.
240. Morgan P, McDonald R, McGinley J. Perceived cause, environmental factors, and consequences of falls in adults with cerebral palsy: a preliminary mixed methods study. *Rehabil Res Pract.* 2015; 5(2): 1-9.
241. Wilcock A. *An Occupational Perspective of Health.* 2ª ed. Thorofare; Slack: 2006.
242. Brayman SJ, Roley S, Clark G, DeLany JV, Garza ER, Radomski MV et al. Standards of Practice for Occupational Therapy. *Am J Occup Ther.* 2005; 59(6): 663-5.
243. Neistadt ME. The classroom as clinic: applications for a method of teaching clinical reasoning. *Am J Occup Ther.* 1992; 46(9): 814-9.
244. Smith P, Bohmfalk JS. How to improve professional reporting of work evaluations. *Occup Ther Health Care.* 1984; 1(2): 109-14.
245. Creek J. *Occupational therapy and mental health.* 4ª ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2008.
246. Sames KM. *Documenting occupational therapy practice.* Upper Saddle River: Prentice Hall; 2005.
247. Jane D. *Effective documentation for occupational therapy: on-target guidelines for notewriting that Works.* Philadelphia: The American Occupational Therapy Association; 1992.
248. Neistadt M. *Occupational therapy evaluation for adults: a pocket guide.* Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2000.

-
249. Romero Ayuso D, Moruno Miralles P. *Terapia Ocupacional: teoría y técnicas*. Barcelona: Masson; 2003.
250. Beer M, Vorster C. Fieldwork education: putting supervisors' interpersonal communication to the test. *S Afr J Occup Ther*. 2012; 42(1): 21-6.
251. Tryssenaar J. Interactive journals: an educational strategy to promote reflection. *Am J Occup Ther*. 1995; 49(7): 695-702.
252. Talavera Valverde MA, Cantero Garlito PA, Moruno Miralles P. Use of conceptual models of practice by the Spanish occupational therapists. 8º European and 53º German Congress of Occupational Therapy. Hamburg: National Associations of Occupational Therapists in Europe; 2008. pp.1-15.
253. Cox PD, Beaton C, Bossers A, Pepper J, Gage M. Interdisciplinary pilot project in a rehabilitation setting. *J Allied Health*. 1999; 28(1): 25-9.
254. Dunn L, Musolino GM. Assessing reflective thinking and approaches to learning. *J Allied Health*. 2011; 40(3): 128-36.
255. Finlay L. Holism in occupational therapy: elusive fiction and ambivalent struggle. *Am J Occup Ther*. 2001; 55(3): 268-76.
256. Yerxa E. Authentic occupational therapy, 1966 Eleanor Clarke Slagle lecture. *Am J Occup Ther*. 1967; 21(1): 1-9.
257. Kielhofner G. *Conceptual foundations of occupational therapy*. Philadelphia: F.A. Davis; 1992.
258. Christiansen C, Baum C. *Occupational therapy: Overcoming performance deficits*. Thorofare, NJ: Slack; 1991.
259. Welch A, Dawson P. Closing the gap: collaborative learning as a strategy to embed evidence within occupational therapy practice. *J Eval Clin Pract*. 2006; 12(2): 227-38.

260. Dunn W, Foto M, Hinojosa J, Schell BA, Thomson LK, Hertfelder SD. Occupational therapy: a profession in support of full inclusion. *Am J Occup Ther.* 1996; 50(10): 855.
261. Kielhofner G, Burke JP, Igi CH. A model of human occupation, Part 4. Assessment and intervention. *Am J Occup Ther.* 1980; 34(12): 777-88.
262. Hansen AM. Bridging theory and practice: occupational justice and service learning. *Work.* 2013; 45(1): 41-58.
263. Polonio B, Durante P, Noya B. Conceptos fundamentales de terapia ocupacional. Madrid: Médica Panamericana; 2001.
264. Universidade da Coruña [sede Web]. A Coruña: Universidade da Coruña; 1989 [actualizado 28/08/2015; acceso 28/08/2015]. Grao en terapia. Competencias [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: https://guiadocente.udc.es/guia_docent/index.php?centre=653&ensenyament=653G01&consulta=competencies
265. Bazyk S, Glorioso M, Gordon R, Haines J, Percaciante M. Service learning: the process of doing and becoming an occupational therapist. *Occup Ther Health Care.* 2010; 24(2): 171-87.
266. Li-Tsang CWP, Choi PKK, Sinclair K, Wong RSM. An explorative study of an emerging practice clinical education programme for occupational therapy students. *Hong Kong J Occup. Ther.* 2009; 19(2): 44-9.
267. Universidade da Coruña [sede Web]. A Coruña: Universidade da Coruña; 1989 [actualizado 28/08/2015; acceso 28/08/2015]. Grao en terapia. Asignaturas [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: https://guiadocente.udc.es/guia_docent/index.php?centre=653&ensenyament=653G01&consulta=assignatures

268. Holmes JD, Bossers AM, Polatajko HJ, Drynan DP, Gallagher M, O'Sullivan CM, et al. 1000 fieldwork hours: Analysis of multi-site evidence. *Can J Occup Ther.* 2010; 77(3): 135-43.
269. Knecht-Sabres LJ. The Use of Experiential Learning in an Occupational Therapy Program: Can it Foster Skills for Clinical Practice? *Occup Ther Health Care.* 2010; 24(4): 320-34.
270. Harries P, Tomlinson C. Teaching young dogs new tricks: improving occupational therapists' referral prioritization capacity with a web-based decision-training aid. *Scand J Occup Ther.* 2012; 19(6): 542-6.
271. Universidade da Coruña [sede Web]. A Coruña: Universidade da Coruña; 1989 [actualizado 28/08/2015; acceso 28/08/2015]. Grao en terapia. Objetivos generales [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: https://guiadocente.udc.es/guia_docent/index.php?centre=653&ensenyament=653G01&consulta=apartat&apartat=341
272. Hills C, Ryan S, Smith DR, Warren-Forward H. The impact of 'Generation Y' occupational therapy students on practice education. *Aust Occup Ther J.* 2012; 59(2): 156-63.
273. Hills C, Ryan S, Warren-Forward H, Smith DR. Managing 'Generation Y' occupational therapists: Optimising their potential. *Aust Occup Ther J.* 2013; 60(4): 267-75.
274. Mezirow J. *Learning as Transformation.* San Francisco: Jossey-Bass; 2000.
275. Long D. [dissertation]. Student understanding and use of clinical reasoning skills in occupational therapy: a phenomenological study. Phoenix: University of Phoenix; 2008.
276. McKernan J. *Investigación y acción del curriculum.* Madrid: Ed-Morata.1999.

Capítulo 10

ANEXOS

Anexo 1. Guión de la entrevista en profundidad pre-mapping

El guión de la entrevista será:

¿Por qué pensó que ese era el principal problema del usuario?

¿Qué le ha llevado a tener esa conclusión?

¿Por qué identifica esa causa como la principal?

¿Qué datos ha obtenido para concluir con la causa principal?

¿En qué se basa para realizar ese tipo de intervención con el usuario?

¿Qué le ha llevado a deducir que faltan datos sobre el caso?

Anexo 2. Guión de la entrevista en profundidad post-mapping

- a) **Pediremos al participante que nos dé respuesta a:** ¿le pasa algo a Modesto?
- b) **Pediremos al participante que desde su punto de vista, nos dé respuesta a:** ¿qué le pasa a Modesto?
- c) **Pediremos al participante que desde su punto de vista, nos dé respuesta a:** ¿cuál crees que es la naturaleza (en qué consiste) de que presenta Modesto?, ¿cómo repercute en él?
- d) **Pediremos al participante que desde su punto de vista, nos dé respuesta a:** ¿cuál crees que son las causas de tales alteraciones en el desempeño que presenta Modesto?
- e) **Pediremos al participante que desde su punto de vista, nos dé respuesta a:** ¿qué teorías crees que te permitirán explicar mejor el de Modesto?
- f) **Pediremos al participante que a partir de este momento nos diga desde su punto de vista:** ¿qué pasos emprendería para abordar el caso de Modesto?
- g) **Pediremos al participante que desde su punto de vista, nos dé respuesta a:** ¿en primer lugar qué datos recogerías de Modesto sobre las alteraciones en el desempeño?
- h) **Pediremos al participante que desde su punto de vista, nos dé respuesta a:** ¿en segundo lugar qué datos recogerías que crees tú que son la causa de las alteraciones en el desempeño de Modesto?
- i) **Pediremos al participante que:** ¿podría listar en orden de prioridad las herramientas de evaluaciones de terapia ocupacional que usted cree que podría usar con esta persona?, ¿para que utilizaría cada herramienta?
- j) **Pediremos al participante que desde su punto de vista, nos dé respuesta a:** ¿qué herramientas de evaluación crees que se utilizaron para la realización del caso?
- k) **Pediremos al participante que desde su punto de vista, nos dé respuesta a:** ¿qué actividades/ocupaciones son, importantes para Modesto en el momento actual?, ¿por qué?
- l) **Pediremos al participante que desde su punto de vista, nos dé respuesta a:** ¿consideras que puede haber algún factor que pueda influir en la evolución futura del caso de Modesto? Desarrolla tu decisión.
- m) **Pediremos al participante que desde su punto de vista:** elabore una lista con las alteraciones/modificaciones en el desempeño ocupacional que presenta Modesto (¿cuáles son?, ¿cuál es la principal?).
- n) **Pediremos al participante que:** En resumen, ¿podría decirme entonces que le sucede a Modesto?
- o) **Pediremos al participante que:** ¿querría comentarme algo más que durante la entrevista no le pregunté y que considere relevante sobre el caso de Modesto?

Anexo 3. Datos de cuadernos de recogida de datos

El concepto de “cuaderno de campo” está históricamente ligado a la observación participante y es el instrumento de registro de datos del investigador, donde anotaremos las observaciones (notas de campo) de forma precisa y detalla.

Quando registrar las notas de campo:

El registro se llevará a cabo en dos vertientes:

- En momentos previos al comienzo de la interacción con los participantes, donde incorporaremos aspectos de relevancia que vayan surgiendo de la reflexión del trabajo en el estudio.
- Siempre que exista contacto directo con el participante, incluso también tras los periodos de contacto con el mismo. Y es necesario que esto sea así para evitar perder información que puede ser relevante en el estudio, evitando que disminuya la calidad de las notas de campo.

Cómo registrar las notas de campo:

Se tomarán de forma breve y concreta, de forma literal a ser posible. Según vaya avanzando la recogida de datos, seguramente estas notas serán menos generales que en primer momento, volviéndose más concretas, apareciendo incluso características relevantes que en un primer momento no tenían presencia o significado. Estructuraremos las notas de campo en tres categorías:

- a) Metodológicas: anotaremos descripción del desarrollo de las actividades de la investigación y en el informe sobre el desarrollo de la interacción social del investigador en el entorno.
- b) Teóricas: las notas teóricas las utilizaremos para la construcción de una interpretación teórica de la situación a estudio.
- c) Descriptivas: las utilizaremos para documentar lo esencial del objeto a estudio y se informando exhaustivamente la situación observada.

Qué registrar en las notas de campo

Estas notas de campo, aportaremos información sobre el proceso de la investigación, con una explicación detallada de todo el proceso: percepciones, intuiciones y sentimientos del investigador, dificultades y puntos fuertes del estudio, estrategias fallidas y efectivas, cambios en los guiones, resolución de conflictos, lenguaje no verbal, manifestación de sentimientos, actitudes y aptitudes ante el desarrollo de la recogida de datos. Anotaremos además, si se sentían nerviosos, seguros, habla fluida, cercanía y formas de construcción de la respuestas (breves o extensas, entre otras).

Cómo analizar las notas de campo

El análisis de estas notas de campo se seguirá la estructura detallada con anterioridad agrupándolas en tipo: metodológica, teórica y descriptiva. Estas notas serán complementarias a la información obtenida mediante los otros medios descritos en la metodología.

**Anexo 4. Instrumento de recogida de datos pre-mapping
(caso clínico *ad hoc*)**

CODIFICACIÓN:

Título: estudio del razonamiento clínico estudiantes terapia ocupacional.

Investigador principal: D. Miguel Ángel talavera Valverde

Gracias por participar en esta investigación. Este documento junto con la entrevista y las respuestas y transcripciones posteriores, Están sujetos a la confidencialidad que expusimos en las hojas de información y consentimiento informado que se le entregaron previamente a la realización de esta prueba, firmadas por usted anteriormente.

Instrucciones de realización: Tras leer el caso de MODESTO, O. responda a las preguntas que se formulan al final de la hoja. No responda antes de haber leído toda la información que le presentamos en el caso. Para responder a las preguntas, debe ceñirse a la información de que dispone. Si tiene alguna duda, puede comentarla al investigador que le facilitó este documento.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: MODESTO, O.

Modesto, de 69 años de edad, desde hace dos años siente un intenso malestar, se encuentra desanimado y triste, la mayor parte del día, todos los días de la semana. Su médico de familia le prescribió Lexatín 0-0-1, que toma regularmente. Se expresa con claridad y de forma coherente. No oye voces, recuerda perfectamente y puede mantener la atención, concentrarse y tomar decisiones lógicas. No tiene antecedentes médicos destacables. Desde que empezó a sentirse mal, no ha pasado un periodo de más de dos meses sin malestar, aunque nunca ha consultado a un especialista hasta ahora, que se encuentra mucho peor, sobre todo el último mes, que ha perdido 10 kilos y tiene muchos problemas para dormir y se siente desesperanzado y sin energía. Comenta: "No me interesan las cosas que antes solía hacer sin dificultad, como los trámites en los bancos, conducir o ver la televisión; no disfruto haciendo nada, ni espero nada de la vida." Dice que se le mete en la cabeza una idea que, aunque quiera, no puede dejar de pensar reiteradamente. Cuando le ocurre esto se pone muy nervioso: siente un intenso malestar, le late el corazón muy rápido, le tiemblan las manos y suda mucho.

Vive sólo desde que murió su mujer hace cuatro años, en un piso de su propiedad de 55m², en un barrio de la periferia de Madrid, al que se trasladó hace tres años y medio, para estar cerca de sus hijas. Su familia se compone de dos hijas casadas, de 32 y 34 años y tres nietos. No tiene hermanos, ni otros familiares. Actualmente no tiene relación con ellas, puesto que viven muy

alejadas del lugar de residencia de Modesto. No mantiene relaciones con amigos, ni conoce a nadie en el barrio, puesto que siempre ha vivido en el centro de Madrid. Antes salía a pasear, al cine, a cenar, siempre en compañía de su mujer, pero desde que ella murió ha dejado de hacer estas actividades. Trabajó como empleado de banca desde su juventud. Ingreso en la empresa como auxiliar y fue ascendiendo hasta el puesto de subdirector de la entidad. Compaginó su actividad laboral con los estudios de Económicas, licenciándose a los 24 años. Se prejubiló voluntariamente a los 62 años, con buenas condiciones económicas, cansado de tantos años de actividad laboral. Durante los seis meses posteriores a su jubilación tuvo dificultades para acomodarse a su nueva situación: se sentía inquieto, incapaz de permanecer en reposo y se pasaba el tiempo mirando el reloj, sintiendo que le faltaba el tiempo para todo.

Progresivamente, junto a su mujer, comenzó a ayudar a su hija mayor y sus dificultades iniciales frente a la jubilación desaparecieron: por la mañana hacía las compras que su mujer le decía, ayudaba a dar de comer a su nieto, jugaba y cuidaba del niño hasta que volvía su hija del trabajo. Manifiesta que fueron los tres mejores años de su vida, hasta que su mujer enfermó de cáncer, hace cuatro años y medio. Desde ese momento se dedicó a cuidarla, con la ayuda de su hija menor, que se encargaba de las labores de la casa, mientras él cuidaba de su esposa, hasta que su mujer falleció.

Después del fallecimiento de su mujer, cuando empezaba a recuperarse de su pérdida, volvía a encontrarse bien ayudando de nuevo a sus hijas en el cuidado de los nietos; Modesto permanecía la mayor parte del tiempo en casa de sus hijas, cuidando a los nietos mientras trabajaban y ellas se encargaban de su comida, de su ropa y le arreglaban la casa de vez en cuando. Sin embargo, hace tres meses, sus hijas se trasladan por razones laborales: la mayor a Egipto y la menor aprueba una oposición en Canarias.

Desde entonces, Modesto comenta literalmente: “se me viene la casa encima desde que me levanto por la mañana”. Se levanta a partir de la 13:30h. Tiene muchas dificultades para hacer las cosas de la casa: en especial, preparar la comida, lavar y planchar la ropa y limpiar la casa. No sabe qué alimentos tiene que comprar, para organizar la comida de la semana, tampoco sabe cocinar, nunca lo ha hecho, puesto que de la cocina se encargaba su mujer. Cuando intenta hacerlo la comida se le estropea en la nevera, nunca tiene los ingredientes necesarios y no le salen apetitosas. Desde hace meses compra alimentos precocinados y conservas, de los que se alimenta habitualmente.

Expone que su casa siempre está sucia y desordenada, no limpia los inodoros, se acumulan bolsas de basura y alimentos en mal estado. Dice que no sabe lavar la ropa, ordenarla y plancharla. Nunca encuentra la ropa que quiere ponerse, se le acumulan grandes cantidades de ropa sucia y estropea las prendas destiñéndolas. Dedicó mucho tiempo a planchar los pantalones y

camisas, que nunca le quedan bien planchados. Se siente desbordado por todas estas cosas. Comenta concretamente: "Nunca las he hecho, toda mi vida lo ha hecho mi mujer, para eso me casé, esto es tarea mujeres, quien hace eso no es un hombre, los hombres no deben hacer esas labores, solo me quedaba a estas alturas convertirme en una chacha." Todas estas dificultades causan que se siente en el sofá durante todo el día, sin apenas moverse y sin salir de casa. Cuando llega la noche se encuentra muy cansado y le duele el cuerpo, siente mucho malestar, le tiemblan y le sudan las manos, le late muy rápido el corazón y siente opresión en el pecho y falta de aire. Es en esos momentos cuando se encuentra peor y cuando aparece de forma insistente la idea de haber malgastado su tiempo a lo largo de su vida, sin aprovechar ni disfrutar de la vida familiar, en especial de sus hijos y de su mujer. Aunque quiera no puede apartarla de su cabeza, lo que le impide o dificulta mucho conciliar el sueño, por lo que la mayoría de las noches se duerme muy tarde. En estas circunstancias aumenta su desaliento y su pena.

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

CON LA INFORMACIÓN DE QUE DISPONE, RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

A) Enumere y describa, por orden de prioridad, empezando por el más importante o urgente y siguiendo por los de menor importancia, los problemas que tiene Modesto.

B) Describa, con el mayor detalle que pueda, las causas de cada uno de los problemas que ha enumerado en la pregunta anterior.

C) Respecto a las causas que ha identificado en la pregunta anterior, describa, según su criterio, cuál es la causa principal, aquella que explica mejor los problemas de Modesto, y las causas secundarias.

D) Si usted fuese un profesional de la salud y tuviese que elaborar un plan de intervención para resolver los problemas de Modesto, ¿qué haría o qué recomendaciones le haría para que cambiaran sus problemas

E) Si usted fuese un profesional de la salud y tuviese que elaborar un plan de intervención para resolver los problemas de Modesto: ¿le falta algún dato o información necesaria para elaborar ese plan? Si la respuesta es afirmativa, describa qué datos o información le faltan.

Muchas gracias por su colaboración. Recuerde que tras la codificación de los resultados de esta prueba y tras la selección de la muestra necesaria para la realización de esta investigación, podremos ponernos en contacto nuevamente con usted para realizar una entrevista en profundidad, tal y como habíamos acordado en la hoja de información ofrecida antes de comenzar su participación en este estudio y que usted ratificó al firmar el consentimiento informado.

Muchas gracias por su tiempo.

**Anexo 5. Instrumento de recogida de datos post-mapping
(caso clínico *ad hoc*)**

MATERIAL ESCRITO / CASO CLÍNICO

CODIFICACIÓN	CURSO	NUM PARTICIPANTE	EDAD	SEXO	
				H	M

.....

TÍTULO DE LA INVESTIGACION: estudio del razonamiento clínico en estudiantes de terapia ocupacional

Investigador principal: Miguel Ángel Talavera Valverde

Gracias por participar en esta investigación. Este documento, junto con la entrevista y transcripciones posteriores están sujetos a la confidencialidad que expusimos en las hojas de información y consentimiento informado que se le entregaron previamente a la realización de esta prueba, firmadas por usted anteriormente.

Instrucciones de realización: tras leer el caso de MODESTO, O. realice un informe de evaluación inicial, en la hoja en blanco que adjuntamos, incorporando toda la información relevante sobre el caso. Especifique los principales problemas que presenta Modesto y las causas de los mismos. Intente utilizar un lenguaje técnico en la redacción del informe. No realice la prueba antes de haber leído toda la información que le presentamos. Para REALIZAR EL INFORME, debe ceñirse a la información de que dispone. Si tiene alguna duda, puede comentarla al investigador que le facilitó este documento.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO
MODESTO, O.**

Modesto, de 69 años de edad, desde hace dos años siente un intenso malestar, se encuentra desanimado y triste, la mayor parte del día, todos los días de la semana. Su médico de familia le prescribió Lexatín 0-0-1, que toma regularmente. Se expresa con claridad y de forma coherente. No oye voces, recuerda perfectamente y puede mantener la atención, concentrarse y tomar decisiones lógicas. No tiene antecedentes médicos destacables. Desde que empezó a sentirse mal, no ha pasado un periodo de más de dos meses sin malestar, aunque nunca ha consultado a un especialista hasta ahora, que se encuentra mucho peor, sobre todo el último mes, que ha perdido 10 kg y tiene muchos problemas para dormir y se siente desesperanzado y sin energía.

Comenta: "no me interesan las cosas que antes solía hacer sin dificultad, como los trámites en los bancos, conducir o ver la televisión; no disfruto haciendo

nada, ni espero nada de la vida.” Dice que se le mete en la cabeza una idea que, aunque quiera, no puede dejar de pensar reiteradamente. Cuando le ocurre esto se pone muy nervioso: siente un intenso malestar, le late el corazón muy rápido, le tiemblan las manos y suda mucho.

Vive sólo desde que murió su mujer hace cuatro años, en un piso de su propiedad de 55m², en un barrio de la periferia de Madrid, al que se trasladó hace tres años y medio, para estar cerca de sus hijas. Su familia se compone de dos hijas casadas, de 32 y 34 años y tres nietos. No tiene hermanos, ni otros familiares. Actualmente no tiene relación con ellas, puesto que viven muy alejadas del lugar de residencia de Modesto. No mantiene relaciones con amigos, ni conoce a nadie en el barrio, puesto que siempre ha vivido en el centro de Madrid. Antes salía a pasear, al cine, a cenar, siempre en compañía de su mujer, pero desde que ella murió ha dejado de hacer estas actividades.

Trabajó como empleado de banca desde su juventud. Ingreso en la empresa como auxiliar y fue ascendiendo hasta el puesto de subdirector de la entidad. Compaginó su actividad laboral con los estudios de Económicas, licenciándose a los 24 años. Se prejubiló voluntariamente a los 62 años, con buenas condiciones económicas, cansado de tantos años de actividad laboral. Durante los seis meses posteriores a su jubilación tuvo dificultades para acomodarse a su nueva situación: se sentía inquieto, incapaz de permanecer en reposo y se pasaba el tiempo mirando el reloj, sintiendo que le faltaba el tiempo para todo.

Progresivamente, junto a su mujer, comenzó a ayudar a su hija mayor y sus dificultades iniciales frente a la jubilación desaparecieron: por la mañana hacía las compras que su mujer le decía, ayudaba a dar de comer a su nieto, jugaba y cuidaba del niño hasta que volvía su hija del trabajo. Manifiesta que fueron los tres mejores años de su vida, hasta que su mujer enfermó de cáncer, hace cuatro años y medio. Desde ese momento se dedicó a cuidarla, con la ayuda de su hija menor, que se encargaba de las labores de la casa, mientras él cuidaba de su esposa, hasta que su mujer falleció.

Después del fallecimiento de su mujer, cuando empezaba a recuperarse de su pérdida, volvía a encontrarse bien ayudando de nuevo a sus hijas en el cuidado de los nietos; Modesto permanecía la mayor parte del tiempo en casa de sus hijas, cuidando a los nietos mientras trabajaban y ellas se encargaban de su comida, de su ropa y le arreglaban la casa de vez en cuando. Sin embargo, hace tres meses, sus hijas se trasladan por razones laborales: la mayor a Egipto y la menor aprueba una oposición en Canarias.

Desde entonces, Modesto comenta literalmente: “se me viene la casa encima desde que me levanto por la mañana”. Se levanta a partir de la 13:30h. Tiene muchas dificultades para hacer las cosas de la casa: en especial, preparar la comida, lavar y planchar la ropa y limpiar la casa. No sabe qué alimentos tiene que comprar, para organizar la comida de la semana, tampoco sabe cocinar, nunca lo ha hecho, puesto que de la cocina se encargaba su mujer. Cuando intenta hacerlo la comida se le estropea en la nevera, nunca tiene los ingredientes necesarios y no le salen apetitosas. Desde hace meses compra alimentos precocinados y conservas, de los que se alimenta habitualmente.

Expone que su casa siempre está sucia y desordenada, no limpia los inodoros, se acumulan bolsas de basura y alimentos en mal estado. Dice que no sabe lavar la ropa, ordenarla y plancharla. Nunca encuentra la ropa que quiere ponerse, se le acumulan grandes cantidades de ropa sucia y estropea las prendas destiñéndolas. Dedicar mucho tiempo a planchar los pantalones y camisas, que nunca le quedan bien planchados. Se siente desbordado por todas estas cosas. Comenta concretamente: "nunca las he hecho, toda mi vida lo ha hecho mi mujer, para eso me casé, esto es tarea mujeres, quien hace eso no es un hombre, los hombres no deben hacer esas labores, solo me quedaba a estas alturas convertirme en una chacha." Todas estas dificultades causan que se siente en el sofá durante todo el día, sin apenas moverse y sin salir de casa. Cuando llega la noche se encuentra muy cansado y le duele el cuerpo, siente mucho malestar, le tiemblan y le sudan las manos, le late muy rápido el corazón y siente opresión en el pecho y falta de aire. Es en esos momentos cuando se encuentra peor y cuando aparece de forma insistente la idea de haber malgastado su tiempo a lo largo de su vida, sin aprovechar ni disfrutar de la vida familiar, en especial de sus hijos y de su mujer. Aunque quiera no puede apartarla de su cabeza, lo que le impide o dificulta mucho conciliar el sueño, por lo que la mayoría de las noches se duerme muy tarde. En estas circunstancias aumenta su desaliento y su pena.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Anexo 6. Codificación de datos de los participantes del estudio

NÚMERO DE CODIFICACIÓN PARA EL ESTUDIO	CURSO	NUM PART	EDAD	SEXO	
				H	M
APELLIDOS					
NOMBRE					
SEXO	EDAD	NACIONALIDAD			
e-mail DE CONTACTO		TFNO DE CONTACTO			

Anexo 7. Ficha de datos socio-demográficos de los participantes

NÚMERO DE CODIFICACIÓN PARA EL ESTUDIO	CURSO	NUM PART	EDAD	SEXO	
				H	M
DATOS DEL PARTICIPANTE					
País de nacimiento	Provincia de Nacimiento				
Lugar de residencia en la actualidad (localidad)					
Entorno físico de residencia hasta la actualidad	Principalmente rural	Principalmente urbano	Ambos		
Número de componentes de la unidad familiar (contándote a ti)					
¿Algún familiar tiene estudios en ciencias sociales y de la salud?	Defínalo				
DATOS RELACIONADOS CON LA FORMACIÓN PERSONAL					
Universidad donde te estas formando					
Curso académico en el que estas matriculado	1 2 3 4				
¿Asignaturas pendientes de otros cursos?	Si	No	Cuales:		
Como eran sus calificaciones previas a la universidad (bachillerato/FP)	Altas	Medias	Bajas	No sabe	Puntuación aprox.

Razón que lleva a estudiar terapia ocupacional

Salidas al mercado laboral	Por influencia de familiares
Creía que era más fácil que otros	Por la orientación recibida antes de acceder a los estudios
Por que lo conocía y me gustaba	Por influencia de amigos
Porque no sabía que estudiar	No pude entrar en los estudios que quería originalmente
Otras	

**Estudios previos a esta formación
(señala todos los que tengas)**

Programa de garantía social	EGB, ESO, educación secundaria para adultos
Bachillerato, BUP, COU	Acceso a la universidad para mayores de 25 años
Escuela oficial de idiomas	Enseñanzas artísticas de grado elemental o medio
Formación profesional de grado medio o equivalente	Formación profesional de grado superior, FP II o equivalente
Diplomatura universitaria, arquitectura o ingeniería tec o equiv	Licenciatura universitaria, arquitectura, ingeniería o equivalente
Estudio de posgrado, máster, MIR o análogo	Doctor
Curso del INEM, escuela taller u otro curso para parados	Curso de formación promovido por la empresa (solo para ocupados)
Otros cursos no mencionados antes (de informática, preparación de oposiciones)	Otros cursos no mencionados antes (idiomas en academias, cursos culturales o recreativos)
Otras	

¿Titulación o estudios previos?**SI****NO**

Derecho	Magisterio
Ciencias Sociales (Psicología, Periodismo...)	Artes y Humanidades
Informática	Ingenierías
Formación técnica e industrias (mecánico, metal...)	Formación técnica e industrias (electricidad...)
Veterinaria	Arquitectura
Salud y servicios sociales	Ciencias
Otras	

¿Actividad profesional previa a la formación?**SI****NO**

Empresaria/o, profesional o trabajador/a por cuenta propia que emplea personal	Asalariada/o, trabajador/a por cuenta ajena indefinida
Empresaria/o, profesional o trabajador/a por cuenta propia que no emplea personal	Asalariada/o, trabajador/a por cuenta ajena temporal
Ayuda familiar	Miembro de cooperativas
Trabaja en casa	En paro sin subsidio
En paro con subsidio	Cuidador familiar
Otras	

Defina la actividad laboral:

¿Actividad profesional a la vez que realiza formación?**SI****NO**

Empresaria/o, profesional o trabajador/a por cuenta propia que emplea personal	Asalariada/o, trabajador/a por cuenta ajena indefinida
Empresaria/o, profesional o trabajador/a por cuenta propia que no emplea personal	Asalariada/o, trabajador/a por cuenta ajena temporal
Ayuda familiar	Miembro de cooperativas
Trabaja en casa	En paro sin subsidio
En paro con subsidio	Cuidador familiar
Otras	

Defina la actividad laboral

DATOS DE LA MADRE Y EL PADRE

País de nacimiento de la madre		País de nacimiento del padre	
Formación académica de la madre		Formación académica del padre	
Sin formación académica/Programa de garantía social			
EGB/similares			
Bachillerato, BUP, COU			
Formación profesional de grado medio o equivalente			
Diplomatura universitaria, arquitectura o ingeniería tec o equiv			
Estudio de posgrado, máster, doctor			
Licenciatura universitaria, arquitectura, ingeniería o equivalente			
ESO, educación secundaria para adultos			
:Cual -Otras- Cual:			
<p>Incorpore cualquier tipo de información que usted considere relevante a su formación académica que no hubiese incorporado en esta ficha y que usted considere relevante que nosotros tengamos que conocer, ya sea de usted o de su unidad familiar.</p>			

Nota de los investigadores: no se utilizarán datos personales del participante para identificarlo durante el estudio ya que se utilizará una codificación aleatoria alfa-numérica, y se realizará una disociación de datos, todo ello con la intención de garantizar la confidencialidad de la información según la Ley Orgánica de Protección de datos de carácter personal 15/1999, de 13 de diciembre de ámbito Español. Además se realiza el cumplimiento de buena práctica de la Declaración de Helsinki y el Convenio relativo a los derechos humanos y biomedicina del Consejo de Europa. Este trabajo de investigación ha sido aprobado recibiendo el informe favorable por parte del Comité de ética de Investigación (CEI) de A Coruña-Ferrol correspondiente a la Red Gallega de Comités de Ética de Investigación con el código 2014/399.

Anexo 8. Hoja de información del estudio para el participante

Trabajo de investigación: estudio del razonamiento clínico estudiantes terapia ocupacional.

Investigador principal: D. Miguel Ángel Talavera Valverde

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Galicia (Código 2104/399).

Si decide participar en lo mismo, debe recibir información personalizada del investigador, leer antes este documento y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre lo mismo. Si así lo desea, puede llevar el documento, consultarlo con otras personas, y tomar el tiempo necesario para decidir si participar o no. La participación en este estudio es completamente voluntaria. Puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones. Le aseguramos que esta decisión no afectará para nada en Usted. El objeto de este documento es exponer los aspectos necesarios para invitarlo a participar en este estudio de investigación.

Descripción del estudio.

Se acepta participar, primero tendrá que contestar a unas preguntas por escrito sobre un caso clínico y posteriormente le entrevistaremos para que nos responda a otras sobre como dio respuesta a las primeras. Tanto los datos por escrito del caso clínico, como la entrevista grabada en formato audio y sus transcripciones, serán eliminadas al finalizar el estudio. Este trabajo de investigación consiste en analizar las competencias cognitivas adquiridas por los terapeutas profesionales durante su proceso de formación. De igual manera se evaluarán las competencias cognitivas que van adquiriendo los alumnos de Terapia ocupacional en todo su proceso de formación académica. Estos datos tienen como fin realizar un trabajo de investigación con el objeto de analizar la adquisición de las competencias cognitivas para el razonamiento clínico del estudiante durante la evaluación ocupacional inicial.

Participación voluntaria.

Usted fue invitado a participar en este estudio, siendo su colaboración completamente voluntaria. Si decide participar en este, debe saber que puede cambiar de parecer y retirar su consentimiento a participar en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones al respecto. En el caso que este hecho había sucedido, tiene que ponerse en contacto con el investigador principal para informar de esta situación. Su participación tendrá una duración total estimada de 4 horas en total. Intentando minimizar este tiempo el máximo para evitar distorsionar sus rutinas. Tras la lectura de este documento puede aceptar o rechazar la participación en este estudio. Si finalmente decide colaborar, deberá firmar el consentimiento informado.

Beneficios y riesgos.

La participación en este estudio no tendrá ningún tipo de beneficio económico ni riesgo de cualquier índole. Los beneficios del estudio permitirán obtener mayor información y calidad en las intervenciones realizadas desde Terapia ocupacional. La investigación pretende descubrir aspectos desconocidos sobre el razonamiento clínico en estudiantes. Esta información podrá ser de utilidad en un futuro para otros estudios similares y tiene un beneficio en el crecimiento en el cuerpo teórico de la disciplina.

Confidencialidad.

El contenido de esta investigación fue aprobado por el Comité de ética de Investigación de Coruña-Ferrol correspondiente a la Red Gallega de Comités de Ética de Investigación y al Comité de Ética de la Universidad de la Coruña de Galicia. El tratamiento de datos, grabaciones, comunicación y cesión de los datos de carácter personal se hará conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. En todo momento, Usted podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos. Únicamente el equipo investigador tendrá acceso a todos los datos recogidos por el estudio y sólo se podrá transmitir a terceros aquella información que no pueda ser identificada. Para asegurar esto, la información será recogida en modo audio para transcribir en formato papel, y posteriormente codificada. Este proceso se realizará codificando los datos de los participantes. Al finalizar el estudio se destruirán las grabaciones y las transcripciones realizadas

Publicación de los datos.

Los datos resultantes de este estudio se incluirán en el estudio de investigación referido con anterioridad, serán tratados salvaguardando la confidencialidad en todo momento de los participantes. Los resultados de este estudio, serán difundidos en artículos, revistas o exposiciones en congresos con el fin de incrementar la bibliografía en Terapia ocupacional, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los incluso con la legislación vigente.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si Usted o desea, se le facilitará un resumen dos resultados del estudio en una exposición dos mismos al finalizar o estudio

Compensación económica.

Los informantes no recibirán retribución ninguna por la dedicación o participación en dicho estudio ni tendrán ningún gasto. En el caso que de los resultados del estudio se deriven productos comerciales o patentes, no participará de los beneficios económicos originados. Tampoco recibirá compensación económica ninguno de los investigadores por la realización de este estudio.

Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

Únicamente el equipo investigador, tendrá acceso a todos los datos recogidos por el estudio. Podrá transmitirse a terceros información que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de los datos equivalente, como mínimo, a lo exigido por la normativa de nuestro país. Sus datos serán recogidos y conservados hasta terminar el estudio de modo:

- **codificados**, que quiere decir que poseen un código que el que el equipo investigador podrá conocer a quien pertenecen. El responsable de la custodia de los datos es (Miguel Ángel Talavera Valverde). Al terminar el estudio los datos serán anonimizados y destruidos.

Otra información relevante.

Si Usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos y puede exigir la destrucción de todos los datos facilitados previamente. Al firmar la hoja de consentimiento enterado que se acerca se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le expusieron.

Si necesita resolver dudas puede resolverlas con el investigador que le ofreció esta información o si necesita solucionar alguna otra puede consultarlas mediante vía correo electrónico:

miguel.angel.talavera.valverde@sergas.es

Anexo 9. Folla de información do estudo para o participante

Título: estudo do razoamento clínico en estudantes de terapia ocupacional.

Investigador principal: D. Miguel Ángel Talavera Valverde

Este documento ten por obxecto ofrecerlle información sobre un **estudo de investigación** no que se lle invita a participar. Este estudo foi aprobado polo Comité de Ética da Investigación de Galicia (Código 2104/399). Se decide participar no mesmo, debe recibir información personalizada do investigador, ler antes este documento e facer todas as preguntas que precise para comprender os detalles sobre o mesmo. Se así o desexa, pode levar o documento, consultalo con outras persoas, e tomar o tempo necesario para decidir se participar ou non. A participación neste estudo é completamente voluntaria. Vd. pode decidir non participar ou, se acepta facelo, cambiar de parecer retirando o consentimento en calquera momento sen obriga de dar explicacións. Asegurámoslle que esta decisión non afectará para nada en vostede O obxecto deste documento é expoñer os aspectos necesarios para invitálo a participar neste estudo de investigación.

Descrición do estudo.

Se acepta participar, primeiro terá que contestar a unhas preguntas por escrito sobre un caso clínico e posteriormente lle entrevistaremos para que nos responda a outras sobre como deu resposta ás primeiras. Tanto os datos por escrito do caso clínico, como a entrevista gravada en formato audio e as súas transcricións, serán eliminadas ao finalizar o estudo. Este traballo de investigación consiste en analizar as competencias cognitivas adquiridas polos terapeutas profesionais durante o seu proceso de formación. De igual xeito avaliánsense as competencias cognitivas que van adquirindo os alumnos de Terapia ocupacional en todo o seu proceso de formación académica. Estes datos teñen como fin realizar un traballo de investigación co obxecto de analizar a adquisición das competencias cognitivas para o razoamento clínico do estudante durante a avaliación ocupacional inicial.

Participación voluntaria.

Vostede foi invitado a participar neste estudo, sendo a súa colaboración completamente voluntaria. Se decide participar neste, debe saber que pode cambiar de parecer e retirar o seu consentimento a participar en calquera momento sen obriga de dar explicacións ao respecto. No caso que este feito sucedera, ten que poñerse en contacto co investigador principal para informar desta situación. A súa participación terá unha duración total estimada de 4 horas en total. Intentando minimizar este tempo o máximo para evitar distorsionar as súas rutinas. Tras a lectura deste documento pode aceptar ou rexeitar a participación neste estudo. Se finalmente decide colaborar, deberá asinar o consentimento informado.

Beneficios e riscos.

A participación neste estudo non terá ningún tipo de beneficio económico nin risco de calquera índole. Os beneficios do estudo permitirán obter maior información e calidade nas intervencións realizadas dende terapia ocupacional. A investigación pretende descubrir aspectos descoñecidos sobre o razoamento clínico en estudantes. Esta información poderá ser de utilidade nun futuro para outros estudos similares e ten un beneficio no crecemento no corpo teórico da disciplina.

Confidencialidade.

O contido desta investigación foi aprobado polo Comité de ética de Investigación de Coruña-Ferrol correspondente á Rede Galega de Comités de Ética de Investigación e ao Comité de Ética da Universidade da Coruña de Galicia. O tratamento de datos, grabacións, comunicación e cesión dos datos de carácter persoal farase conforme ao disposto na Lei Orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal. En todo momento, vostede poderá acceder aos seus datos, corrixilos ou cancelalos. Unicamente o equipo investigador terá acceso a todos os datos recollidos polo estudo e só se poderá transmitir a terceiros aquela información que non poida ser identificada. Para asegurar isto, a información será recollida en modo audio para transcribir en formato papel, e posteriormente codificada. Este proceso realizarase codificando os datos dos participantes. Ao finalizar o estudo destruíranse as gravacións e as transcripcións realizadas.

Publicación dos datos.

Os datos resultantes deste estudo incluíranse no estudo de investigación referido con anterioridade, serán tratados salvagardando a confidencialidade en todo momento dos participantes. Os resultados deste estudo, serán difundidos en artigos, revistas ou exposicións en congresos co fin de incrementar a bibliografía en terapia ocupacional, pero sempre mantendo a confidencialidade dos mesmo coa lexislación vixente.

Recibirei a información que se obteña do estudo?

Se vostede ou desexa, facilitaráselle un resumo dous resultados do estudo nuna exposición dous mesmos ao finalizar o estudo.

Compensación económica.

Os informantes non recibirán retribución ningunha pola dedicación ou participación no devandito estudo nin terán ningún gasto. No caso que dos resultados do estudo se deriven produtos comerciais ou patentes, Vd. non participará dos beneficios económicos orixinados. Tampouco recibirá compensación económica ningún dos investigadores pola realización deste estudo.

Como se protexerá a confidencialidade dos meus datos?

So equipo investigador, terá acceso a todos os datos recollidos polo estudo. Poderase transmitir a terceiros información que non poida ser identificada. No caso de que algunha información sexa transmitida a outros países, realizarase cun nivel de protección dos datos equivalente, como mínimo, ao esixido pola normativa do noso país.

Os seus datos serán recollidos e conservados até rematar o estudo de modo:

- **codificados**, que quere dicir que posúen un código co que o equipo investigador poderá coñecer a quen pertencen. O responsable da custodia dos datos é (Miguel Ángel Talavera Valverde). Ao rematar o estudo os datos serán anonimizados e destruídos.

Outra información relevante.

Se vostede decide retirar o consentimento para participar neste estudo, ningún dato novo será engadido á base de datos e pode esixir a destrución de todos os datos facilitados previamente. En calquera dos casos vostede recibirá unha información e unha explicación axeitada do motivo que ocasionou a súa retirada do estudo. Ao asinar a folla de consentimento informado que se achega comprométese a cumprir cos procedementos do estudo que se lle expuxeron.

Se necesita resolver dúbidas pode resolvelas co investigador que lle ofreceu esta información ou se necesita solucionar algunha outra pode consultalas mediante vía correo electrónico:

miguel.angel.talavera.valverde@sergas.es

Anexo 10. Centro donde se realiza el estudio de investigación

Facultad de Ciencias de la Salud-
Grado de terapia ocupacional
Universidad Da Coruña- La Coruña-
Universidad da Coruña. Rúa da Maestranza, 9. 15001 A Coruña
Edificio de grado (terapia ocupacional)
Oza. Campus de A Coruña.

Anexo 11. Carta presentación estudio a responsables universidad

Carta de presentación e información del estudio enviada a la facultad de ciencias de la salud y a los responsables del grado de terapia ocupacional de Universidade A Coruña.

**Información sobre doctorado alumnos de Grado de Terapia Ocupacional.
Universidad de A Coruña**

De : Miguel Ángel Talavera Valverde
<miguel.angel.talavera.valverde@udc.es>

jue, 02 de oct de 2014 00:41

1 ficheros adjuntos

Asunto : Información sobre doctorado alumnos de Grado de
Terapia Ocupacional. Universidad de A Coruña

Para : Sergio Eduardo Santos Del Riego <ssr@udc.es>,
Ines Viana Moldes <iviana@udc.es>, Adriana I.
Ávila Álvarez <adriaa@udc.es>

Estimados compañeros, a petición de Dña. Inés Viana Moldes,
Vicedecana de la Facultad de Ciencias de la Salud, les envío la
siguiente información adjunta en un archivo.

Reciban un cordial saludo

Miguel Ángel Talavera Valverde
Terapeuta Ocupacional. Área de Gestión Integrada de Ferrol
Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.
Profesor Asociado. Facultad de Ciencias de la Salud.
Universidade da Coruña.
Director de Revista TOG www.revistatog.com

Email de contacto:
miguel.angel.talavera.valverde@udc.es
miguel.angel.talavera.valverde@sergas.es
miguelrevistatog@yahoo.es

Dirección Postal:
Hospital Básico de Defensa. Hospital Naval.
Crta. San Pedro de Leixa S/n. 15405



CARTA DE PRESENTACIÓN E INFORMACIÓN DE ESTUDIO.pdf

72 KB

**CARTA DE PRESENTACIÓN E INFORMACIÓN DE ESTUDIO
PARA ENVÍO A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y A LOS
RESPONSABLES DEL GRADO DE TERAPIA OCUPACIONAL DE DICHA
UNIVERSIDAD**

En Ferrol a 2 de Octubre de 2014

D. Miguel Ángel Talavera Valverde en calidad de investigador principal:

EXPONE:

Se encuentra realizando el proyecto de investigación *Análisis razonamiento clínico estudiantes Terapia Ocupacional Universidad de A Coruña*, como parte del doctorado que lleva el mismo título. La duración del estudio será de aproximadamente un total de 14 meses, siendo mayor, si fuera viable, en el caso que no se encuentre la saturación teórica buscada. El Trabajo se realizará en el seguimiento de los estudiantes de primero, tercero y cuarto de Grado de Terapia Ocupacional, para determinar la construcción del *razonamiento clínico del terapeuta ocupacional* y como son sus relaciones entre las diversas competencias teórico-prácticas de evaluación e intervención que podrán concretarse en la mejora del diseño curricular de los títulos de Grado

Los estudiantes tendrán que responder a una serie de preguntas de un caso clínico seleccionado y posteriormente serán entrevistados, sus respuestas serán grabadas en formato audio serán anonimizadas, para posteriormente ser transcritas y categorizadas. La participación del alumno es voluntaria en todo el desarrollo del proceso, sin alterar la relación con el investigador, directores de tesis, grupo de estudio o rol de estudiante en el centro universitario. La participación no supone gasto económico alguno para los estudiantes.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de datos de carácter personal de todos los implicados participantes en el estudio se ajustarán a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de protección de datos de carácter personal. En la misma se refiere que *"los participantes pueden ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos"*, para lo cual deberán dirigirse al investigador principal del estudio. Los datos serán recogidos mediante un código alfanumérico y sólo el investigador del estudio podrá tener conocimiento detallado.

Si hubiera alguna excepción, se solicitaría el consentimiento informado a los participantes, aunque preservando siempre la confidencialidad de acuerdo a la legislación vigente. El investigador y/o Directores podrá/n excluir algún participante del estudio por motivos que serán argumentados y explicados.

Si otras consideraciones que tratar y a título informativo, reciba un cordial saludo

D. Miguel Ángel Talavera Valverde
Investigador principal

Se adjunta copia a:

1. D. Sergio Santos del Riego. Decano de la Facultad de Ciencia de la Salud. Universidad de A Coruña.
2. Dña. Inés Viana Moldes. Vicedecana de la Facultad de Ciencia de la Salud. Universidad de A Coruña.
3. Dña. Adriana Ávila Álvarez. Vicedecana de Calidad de la Facultad de Ciencia de la Salud. Universidad de A Coruña.

Anexo 12. Consentimiento informado para participantes

Yo.....

Conozco y acepto participar como informante en el estudio de investigación titulado: estudio del razonamiento clínico estudiantes terapia ocupacional. El cual tiene como investigador principal a D. Miguel Ángel Talavera Valverde, bajo las siguientes condiciones:

Leí y comprendí la hoja de información al participante del estudio anteriormente mencionado, pude formular preguntas y aclarar dudas con el/la investigador/a principal que me ha ofrecido este consentimiento informado.

Considero que he recibido la información necesaria sobre el estudio y he tenido respuesta a todas las preguntas formuladas que se me han planteado en relación al trabajo de investigación.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin obtener ningún tipo de consecuencia y sin tener que dar explicaciones.

Accedo a que se utilicen los datos recogidos, las grabaciones y las transcripciones, que al finalizar el estudio serán destruidas, en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.

Firmo este documento donde presto libremente y sin coacción mi consentimiento.

Nombre del alumno/a

El/la investigador/a

Fdo.:

Fdo.:

Fecha:

Fecha:

Anexo 13. Consentimento informado para participantes

Eu.....

Coñezo e acepto participar como informante no estudo de investigación titulado estudo do razoamento clínico en estudantes de terapia ocupacional. O cal ten como investigador principais a D. Miguel Ángel Talavera Valverde, baixo as seguintes condicións:

Lin e comprendín a folla de información ao participante do estudo anteriormente mencionado, puiden formular preguntas e aclarar dúbidas co/a investigador/a principal que me ofreceu este consentimento informado.

Considero que recibín a información necesaria sobre o estudo e tiven resposta a todas as preguntas formuladas que se me formularon en relación ao traballo de investigación.

Comprendo que a miña participación é voluntaria e que podo retirarme do estudo en calquera momento, sen obter ningún tipo de consecuencia e sen ter que dar explicacións.

Accedo a que se utilicen os datos recollidos, as gravacións e as transcripcións, que ao finalizar o estudo serán destruídas, nas condicións detalladas na folla de información ao participante.

Asino este documento onde presto libremente e sen coacción o meu consentimento.

Nome do alumno/a

El/a investigador/a

Asdo.:

Asdo.:

Data:

Data:

Anexo 14. Consentimento ante testemuñas para participantes

(para os casos no que o participante non pode ler/escribir)

Título: estudo do razoamento clínico en estudantes de terapia ocupacional.

Eu, _____, como testemuña imparcial, afirmo que na miña presenza:

- Se lle leu a _____ a folia de información ao participante do estudo arriba mencionado que se lle entregou, e puido facer todas as preguntas sobre o estudo.
- Comprende que a súa participación é voluntaria, e que pode retirarse do estudo cando queira, sen ter que dar explicacións e sen que isto repercuta nos seus coidados médicos.
- Accede a que se utilicen os seus datos nas condicións detalladas na folia de información ao participante.
- Presta libremente a súa conformidade para participar neste estudo.

Asdo.: o/a testemuña,

Asdo.:o/a investigador/a que solicita o consentimento

Nome e apelidos:

Nome e apelidos:

Data:

Data:

Anexo 15. Consentimiento ante testigos para participación

(para los casos en el que el participante no pueda leer/escribir)

Título: estudio del razonamiento clínico estudiantes terapia ocupacional.

Yo, _____, como testigo imparcial, afirmo que en mi presencia:

- Si le leyó a _____ la hoja de información al participante del estudio arriba mencionado que se le entregó, y pudo hacer todas las preguntas sobre el estudio.
- Comprendió que su participación es voluntaria, y que puede retirarse del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados médicos
- Accede a que se utilicen sus datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante
- Presta libremente su conformidad para participar en este estudio.

Fdo.: o/a testigo,

Fdo.: o/a investigador/a que solicita o consentimiento

Nombre y apellidos:

Nombre e apellidos:

Data:

Data:

Anexo 16. Informe favorable CAEI (2014/399)

	XUNTA DE GALICIA CONSELLERÍA DE SANIDADE Secretaría Xeral Técnica	Secretaría Técnica Comité Autonómico de Ética da Investigación de Galicia Secretaría Xeral, Consellería de Sanidade Edificio Administrativo San Lázaro 15703 SANTIAGO DE COMPOSTELA Tel: 881 546425; celo@sergas.es	
--	--	--	--

DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE A CORUÑA-FERROL

Carlos Rodríguez Moreno, Secretario del Comité de Ética de la Investigación de A Coruña-Ferrol

CERTIFICA:

Que este Comité evaluó en su reunión del día 19/11/2014 el estudio:

Título: Análisis del razonamiento clínico en estudiantes de Terapia Ocupacional de la Universidad de A Coruña

Promotor: Miguel Ángel Talavera Valverde

Tipo de estudio: Otros

Version:

Código del Promotor:

Código de Registro: 2014/399

Y, tomando en consideración las siguientes cuestiones:

- La pertinencia del estudio, teniendo en cuenta el conocimiento disponible, así como los requisitos legales aplicables, y en particular la Ley 14/2007, de investigación biomédica, el Real Decreto 1716/2011, de 18 de noviembre, por el que se establecen los requisitos básicos de autorización y funcionamiento de los biobancos con fines de investigación biomédica y del tratamiento de las muestras biológicas de origen humano, y se regula el funcionamiento y organización del Registro Nacional de Biobancos para investigación biomédica, la ORDEN SAS/3470/2009, de 16 de diciembre, por la que se publican las Directrices sobre estudios Posautorización de Tipo Observacional para medicamentos de uso humano, y el la Circular nº 07 / 2004, investigaciones clínicas con productos sanitarios.
- La idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio, justificación de los riesgos y molestias previsibles para el sujeto, así como los beneficios esperados.
- Los principios éticos de la Declaración de Helsinki vigente.
- Los Procedimientos Normalizados de Trabajo del Comité.

Emite un **INFORME FAVORABLE** para la realización del estudio **por el/la investigador/a del centro:**

Centros	Investigadores Principales
Universidade de A Coruña	Miguel Angel Talavera Valverde

En Santiago de Compostela, a 24/11/2014

El secretario

carlos.rodriguez.moreno@sergas.es

 Firmado digitalmente por Carlos Rodríguez Moreno
 DN: cn=Carlos Rodríguez Moreno, o=SERGAS, ou=Compostela, email=carlos.rodriguez.moreno@sergas.es, c=ES
 Fecha: 2014.11.24 13:14:13 +0100



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE

Xerencia do Servizo Galego de Saúde

Carlos Rodríguez Moreno, Secretario del Comité Territorial de Ética de la Investigación de A Coruña-Ferrol.

HACE CONSTAR QUE:

1. El Comité Territorial de Ética de la Investigación de A Coruña-Ferrol cumple los requisitos legales vigentes (R.D 223/2004 de ensayos clínicos, y la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica).
2. El Comité Territorial de Ética de la Investigación de A Coruña-Ferrol tanto en su composición como en sus PNTs cumple las Normas de Buena Práctica Clínica (CPMP/ICH/135/95).
3. La composición actual del Comité Territorial de Ética de la Investigación de A Coruña-Ferrol es:

Salvador Pita Fernández (Presidente). Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Área de Gestión Integrada A Coruña.

Lucía Fuster Sanjurjo (Vicepresidenta). Farmacéutica. Especialista en Farmacia Hospitalaria. Área de Gestión Integrada Ferrol

Carlos Rodríguez Moreno (Secretario). Médico especialista en Farmacología Clínica. Área de Gestión Integrada Santiago

Natalia Cal Purriños (Vicesecretaria). Licenciada en derecho. Fundación "Profesor Nóvoa Santos". A Coruña

Juana Mª Cruz del Río. Trabajadora social. Consellería de Sanidad

Begoña Graña Suárez. Médica especialista en Oncología Médica. Área de Gestión Integrada A Coruña

Ángel Lopez-Silvarrey Varela. Médico especialista en Pediatría. Área de Gestión Integrada A Coruña

Alejandro Pazos Sierra. Médico. Universidad de A Coruña

Gonzalo Peña Pérez. Médico especialista en Cardiología. Hospital de San Rafael. A Coruña

José Mª Rumbo Prieto. Diplomado en enfermería. Área de Gestión Integrada Ferrol

María Isabel Sastre Gervás. Farmacéutica Atención Primaria. Área de Gestión Integrada A Coruña

Para que conste donde proceda, y a petición del promotor / investigador, en Santiago de Compostela, a 24 de noviembre de 2014

El Secretario del Comité Territorial de Ética de la Investigación de A Coruña-Ferrol,

Carlos Rodríguez Moreno

carlos.
rodriguez.
moreno@serga
s.es



xerencia.sergas@sergas.es

www.sergas.es

Tel. 881 542 813 - Fax 881 540 307

galicia

Anexo 17. Guión de sesión informativa a los participantes

(Duración aproximada máximo 30 minutos)

- Introducción del tema.
- Desarrollo de la información sobre el estudio de investigación que lleva por título: estudio del razonamiento clínico en estudiantes terapia ocupacional.
- Propuesta formal a alumnado presente sobre la participación en este estudio, con ofrecimiento de información por escrito a cada posible participante.
- Resolución de dudas sobre la exposición y su participación en el estudio.
- Firma del consentimiento informado.

Anexo 18. Hoja de información para usuario del caso clínico

Trabajo de investigación: estudio del razonamiento clínico estudiantes terapia ocupacional.

Investigador principal: D. Miguel Ángel Talavera Valverde

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Este estudio está en fase de revisión y aprobación por el Comité de Ética de la Investigación de Galicia (Código 2104/399).. Si decide participar en lo mismo, debe recibir información personalizada del investigador, leer antes este documento y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre lo mismo. Si así lo desea, puede llevar el documento, consultarlo con otras personas, y tomar el tiempo necesario para decidir si participar o no. La participación en este estudio es completamente voluntaria. Puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones. Le aseguramos que esta decisión no afectará para nada en Usted. El objeto de este documento es exponer los aspectos necesarios para invitarlo a participar en este estudio de investigación.

Descripción del estudio.

Se acepta participar, tiene que conocer que sus datos de historia clínica se utilizarán para realizar una prueba en la que los participantes del estudio (alumnos de grado de terapia ocupacional) tendrán que contestar a unas preguntas por escrito sobre un caso clínico y posteriormente les entrevistaremos para que nos responda a otras sobre como dio respuesta a las primeras. Tanto los datos por escrito del caso clínico, como la entrevista serán grabadas en formato audio y sus transcripciones, serán eliminadas al finalizar el estudio. Este trabajo de investigación consiste en analizar las competencias cognitivas adquiridas por los terapeutas profesionales durante su proceso de formación. De igual manera se evaluarán las competencias cognitivas que van adquiriendo los alumnos de terapia ocupacional en todo su proceso de formación académica. Estos datos tienen como fin realizar un trabajo de investigación con el objeto de analizar la adquisición de las destrezas cognitivas para el razonamiento clínico del estudiante durante la evaluación ocupacional inicial.

Participación voluntaria.

Usted fue invitado a participar en este estudio, siendo su colaboración completamente voluntaria. Si decide participar en este, debe saber que puede cambiar de parecer y retirar su consentimiento a participar en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones al respecto. En el caso que este hecho había sucedido, tiene que ponerse en contacto con el investigador principal para informar de esta situación. Su participación se remite a la utilización de sus datos de historia clínica para la redacción de un caso clínico. Tras la lectura de este documento puede aceptar o rechazar la participación en este estudio. Si finalmente decide colaborar, deberá firmar el consentimiento informado.

Beneficios y riesgos.

La participación en este estudio no tendrá ningún tipo de beneficio económico ni riesgo de cualquier índole. Los beneficios del estudio permitirán obtener mayor información y calidad en las intervenciones realizadas desde terapia ocupacional. La investigación pretende descubrir aspectos desconocidos sobre el razonamiento clínico en estudiantes. Esta información podrá ser de utilidad en un futuro para otros estudios similares y tiene un beneficio en el crecimiento en el cuerpo teórico de la disciplina.

Confidencialidad.

El contenido de esta investigación tiene que ser aprobado por el Comité de ética de Investigación de Coruña-Ferrol correspondiente a la Red Gallega de Comités de Ética de Investigación. El tratamiento de datos, grabaciones, comunicación y cesión de los datos

de carácter personal se hará conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Únicamente el equipo investigador tendrá acceso a todos los datos recogidos por en el estudio y sólo se podrá transmitir a terceros aquella información que no pueda ser identificada. Para asegurar eso, la información recogida en modo audio para transcribir en formato papel, y posteriormente codificada. Este proceso se realizará codificando los datos de los participantes. Al finalizar el estudio se destruirán las grabaciones y las transcripciones realizadas. En su caso, la información obtenida de su historia clínica será la que de forma al “caso clínico/estudio de caso”, en el que se representa una situación clínica, para garantizar la confidencialidad de la información obtenida y de esa forma evitar cualquier tipo de situación que pueda identificarle, se han modificado todos los datos para evitar reconocimiento. Se cambiaron nombre, localización [entorno y contexto de residencia], información de datos personales, diagnóstico médico, síntomas, signos, e hipótesis diagnósticas en componente explicativo, entre otros. Es decir cualquier dato que pueda identificarle. En ese caso, solo se mantiene la estructura del caso, pero ninguno de los datos reales del mismo. Para garantizar esta situación se le facilita el caso clínico resultante, y que usted pueda apreciar los cambios realizados, y pueda validar que no existe dato alguno por el que pueda ser reconocido.

Publicación de los datos.

Los datos resultantes de este estudio se incluirán en el estudio de investigación referido con anterioridad, serán tratados salvaguardando la confidencialidad en todo momento de los participantes. Los resultados de este estudio, serán difundidos en artículos, revistas o exposiciones en congresos con el fin de incrementar la bibliografía en terapia ocupacional, siempre manteniendo la confidencialidad bajo la legislación vigente.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si Usted o desea, se le facilitará un resumen dos resultados del estudio en una exposición dos mismos al finalizar o estudio

Compensación económica.

Ni usted, ni los informantes, recibirán retribución ninguna por la dedicación o participación en dicho estudio ni tendrán ningún gasto. En el caso que de los resultados del estudio se deriven productos comerciales o patentes, no participará de los beneficios económicos originados. Tampoco recibirá compensación económica ninguno de los investigadores por la realización de este estudio.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

Únicamente el equipo investigador, tendrá acceso a todos del estudio, tanto los recogidos, como los suyos. Podrá transmitirse a terceros información que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de los datos equivalente, como mínimo, a lo exigido por la normativa de nuestro país. Sus datos serán recogidos y conservados hasta terminar el estudio de modo: **codificados**, que quiere decir que poseen un código que el que el equipo investigador podrá conocer a quien pertenecen. El responsable de la custodia de los datos es (Miguel Ángel Talavera Valverde). Al terminar el estudio los datos serán anonimizados y destruidos.

Otra información relevante.

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, las notas recogidas de su historia clínica se destruyan no conservando dato alguno que le pueda vincular a este estudio. Al firmar la hoja de consentimiento se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le expusieron. Si necesita resolver dudas puede resolverlas vía correo electrónico: miguel.angel.talavera.valverde@sergas.es

Anexo 19. Consentimiento informado de usuario caso clínico

Yo.....

Conozco y acepto participar como informante en el estudio de investigación titulado *estudio del razonamiento clínico estudiantes de terapia ocupacional*. El cual tiene como investigador principal a D. Miguel Ángel Talavera Valverde, bajo las siguientes condiciones:

Leí y comprendí la hoja de información de mi colaboración en el estudio anteriormente mencionado, pude formular preguntas y aclarar dudas con el/la investigador/a principal que me ha ofrecido este consentimiento informado.

Considero que he recibido la información necesaria sobre el estudio y mi participación y he tenido respuesta a todas las preguntas formuladas que se me han planteado en relación al trabajo de investigación.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin obtener ningún tipo de consecuencia y sin tener que dar explicaciones.

Accedo a que se utilicen los datos recogidos, y que al finalizar el estudio serán destruidas, en las condiciones detalladas en la hoja de información recibida.

Firmo este documento donde presto libremente y sin coacción mi consentimiento.

Nombre del participante

El/la investigador/a

Fdo.:

Fdo.:

Fecha:

Fecha:

Anexo 20. Consentimiento ante testigos en usuario de caso clínico

Documento de consentimiento ante testigos para la participación en un estudio de investigación (para usuario del caso clínico
(para los casos en el que el participante no puede leer/escribir)

Título: estudio del razonamiento clínico estudiantes terapia ocupacional.

Yo, _____, como testigo imparcial, afirmo que en mi presencia:

- Si le leyó a _____ la hoja de información al participante del estudio arriba mencionado que se le entregó, y pudo hacer todas las preguntas sobre el estudio.
- Comprendió que su participación es voluntaria, y que puede retirarse del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados médicos
- Accede a que se utilicen sus datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante
- Presta libremente su conformidad para participar en este estudio.

Fdo.: el/la testigo,

Fdo.: el/la investigador/a que solicita o consentimiento

Nombre y apellidos:

Nombre e apellidos:

Fecha:

Fecha:

Anexo 21. Codificación notas de campo

CODIFICACIÓN NOTAS DE CAMPO		CURSO	TIPO DE NOTA		
	NC		M	T	D

M: metodológica. T: teórica. D: descriptiva.

Siguiendo las recomendaciones de McKerman⁽²⁷⁶⁾, las notas de campo serán:

- **Metodológica:** recogeremos aquellas que especifican asuntos de la posición del observador, acceso al lugar, forma de registrar la información y las decisiones tomadas en el ciclo de la investigación.
- **Teórica:** se refieren a los enlaces de la teoría con los patrones observados y el análisis de las hipótesis que surgen de la investigación.
- **Descriptiva:** aquellas que describen, congelando un segmento de la realidad, situaciones que dado el estudio de observación requieren ser descritas con detalle.

Anexo 22. Temas y categorías obtenidas en la investigación

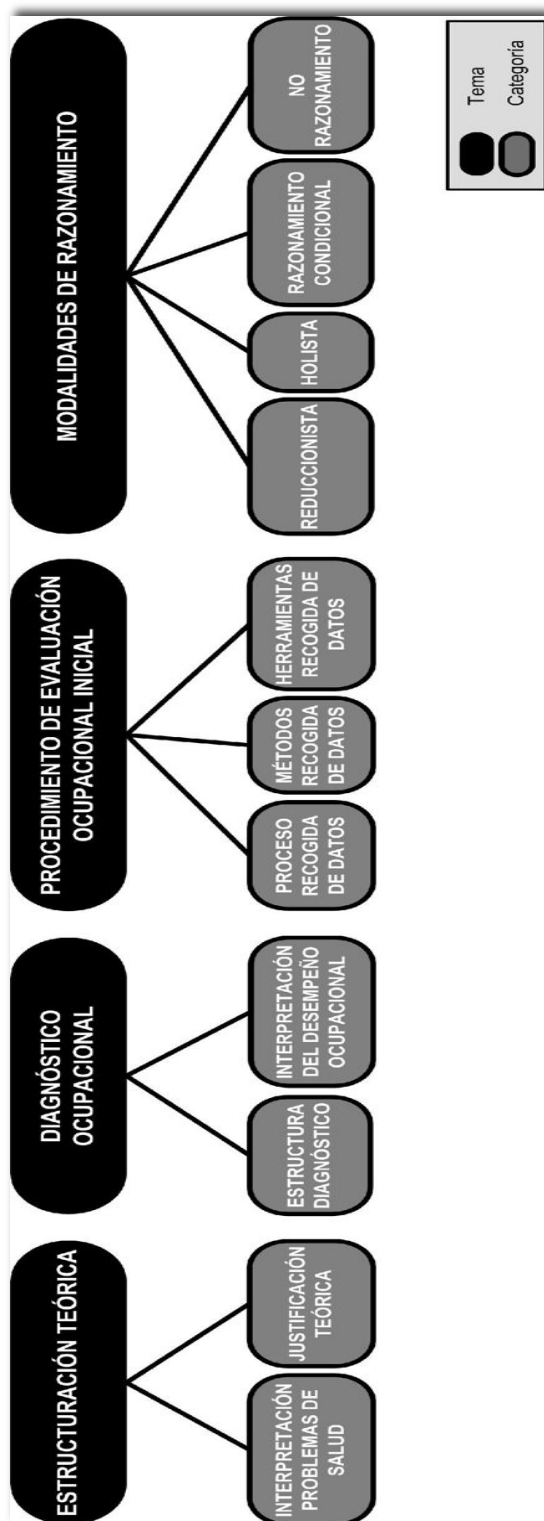


Figura 37. Temas y categorías obtenidas en la investigación

Fuente: elaboración propia. Para comprensión de la figura, se recomienda la lectura siguiendo un orden descendente

Anexo 23. Estructuración teórica. Problemas de salud

CATEGORÍA		INTERPRETACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD									
		PSICOL		B	OC		CONT		MISC		
SUB-CATEGORÍA		PSENT	DUL	DEPRE	ALTD0	DO	FMU	CRES	RUPCOS	NADA	PORDEN
CÓDIGO											
INFORMACIÓN ADICIONAL		SOL	TRI	FA		PACT		DM	DH		
PARTICIPANTE	010217M										
	010318M										
	010522M										
	010620M										
	010718M										
	011018M										
	011718M										
	011820M										
	012118M										
	030120M										
	030221M										
	030321M										
	030420M										
	030623M										
	030720M										
	030822M										
	030920M										
	031220M										
	031625H										
	031720M										
	031819M										
	032421M										
	032520M										
	032621M										
	040521M										
	040724M										
	041121M										
	041224M										
	041623M										
	042022M										
	042323M										
	042621M										
042720M											
042821M											
042921M											
043122M											
043320M											

PSICOL: psicológica. B: biomédica. OC: ocupacional. CONT: contextual. MISC: miscelánea. PSENT: problemas con los sentimientos. DUL: duelo. DEPRE: depresión. ALTD0: alteración en el desempeño. DO: desequilibrio ocupacional. FMU: muerte de su mujer. CRES: cambio de residencia. RUPCOS: ruptura con las cosas. NADA: no le pasa nada. PORDEN: problemas con el orden. SOL: soledad. TRI: tristeza. FA: falta de actividad. PACT: problemas en hacer actividades. DM: cambio de domicilio de Modesto. DH: cambio de domicilio de las hijas.

Anexo 24. Estructuración teórica. Justificación teórica

CATEGORIA	JUSTIFICACIÓN TEÓRICA						
	SUB-CATEGORÍA	MP	MRT	MISC	MI		
	CÓDIGO	CAD	MO	AO	HM	YP	NSE
PARTICIPANTE	010217M						
	010318M						
	010522M						
	010620M						
	010718M						
	011018M						
	011718M						
	011820M						
	012118M						
	030120M						
	030221M						
	030321M						
	030420M						
	030623M						
	030720M						
	030822M						
	030920M						
	031220M						
	031625H						
	031720M						
	031819M						
	032421M						
	032520M						
	032621M						
	040521M						
	040724M						
	041121M						
	041224M						
	041623M						
	042022M						
	042323M						
	042621M						
	042720M						
	042821M						
	042921M						
	043122M						
043320M							

MP: modelo de práctica. MRT: marco de referencia teórico. MISC: miscelánea. MI: algo de aquí un poco de allí. CAD: modelo de práctica canadiense. MO: modelo de ocupación humana. AO: Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process. HM: marco de referencia teórico humanista. YP: yo pienso. NSE: no se

Anexo 25. Diagnóstico ocupacional. Estructura

CATEGORÍA	ESTRUCTURA DEL DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL							
	SUB-CATEGORÍA	CD	CC			SE		
	CÓDIGO	ARES	DEJE	PEJ	FC	E/C	PMED	
PARTICIPANTE	010217M							
	010318M							
	010522M							
	010620M							
	010718M							
	011018M							
	011718M							
	011820M							
	012118M							
	030120M							
	030221M							
	030321M							
	030420M							
	030623M							
	030720M							
	030822M							
	030920M							
	031220M							
	031625H							
	031720M							
	031819M							
	032421M							
	032520M							
	032621M							
	040521M							
	040724M							
	041121M							
	041224M							
	041623M							
	042022M							
	042323M							
	042621M							
	042720M							
	042821M							
042921M								
043122M								
043320M								

CD: centrado en el desempeño. CC: centrado en la causa. SE: sin estructura. ARES: áreas. DEJE: destrezas de ejecución. PEJ: patrones de ejecución. FC: factores del cliente. E/C: entorno-contexto. PMED: problemas médicos.

Anexo 26. Procedimiento EOI. Proceso de recogida de datos

CATEGORÍA	PROCESO DE RECOGIDA DE DATOS							
	SUB-CATCATEGORÍA	DDR		CCINF			CL	
CÓDIGO	ESTRUC	NRED	TDAT				RTEO	
			Más	Menos	Ocupación	Familia		Rutinas
INFORMACIÓN ADICIONAL	Más	Menos		Ocupación	Familia	Rutinas	Entornos	Intereses
PARTICIPANTE	010217M							
	010318M							
	010522M							
	010620M							
	010718M							
	011018M							
	011718M							
	011820M							
	012118M							
	030120M							
	030221M							
	030321M							
	030420M							
	030623M							
	030720M							
	030822M							
	030920M							
	031220M							
	031625H							
	031720M							
	031819M							
	032421M							
	032520M							
	032621M							
	040521M							
	040724M							
	041121M							
	041224M							
	041623M							
	042022M							
	042323M							
	042621M							
042720M								
042821M								
042921M								
043122M								
043320M								

EOI: evaluación ocupacional inicial. DDR: disposición de los datos recogidos. CCINF: cantidad/calidad de la información. CL: cuidar más el léxico. ESTRUC: estructura. NRED: no recogida tan reduccionista. TDAT: tipo de datos. RTEO: recogida basada en la teoría. Más: más importancia a la estructura. Menos: menos importancia a la estructura

Anexo 27. Procedimiento de EOI. Métodos de recogida de datos

CAT	MÉTODOS DE RECOGIDA DE DATOS																			
	SCAT	ENTREVISTA									S	OBS			INTSV		F			
CÓDIGO	VMOT				BUSINT			EXPO			DOM	LCOR	ACT		GUS	CASA	AMB	FAM	SOL	
	INFADIC	Historia	Que le pasa	Haga algo	RT	Objetivos	Perfil	Hijas	Hacer	Hacia	Áreas	Entornos	Roles			Sociales	Inst	Básicas		
010217M																				
010318M																				
010522M																				
010620M																				
010718M																				
011018M																				
011718M																				
011820M																				
012118M																				
030120M																				
030221M																				
030321M																				
030420M																				
030623M																				
030720M																				
030822M																				
030920M																				
031220M																				
031625H																				
031720M																				
031819M																				
032421M																				
032520M																				
032621M																				
040521M																				
040724M																				
041121M																				
041224M																				
041623M																				
042022M																				
042323M																				
042621M																				
042720M																				
042821M																				
042921M																				
043122M																				
043320M																				

EOI: evaluación ocupacional inicial. CAT: categoría. SCAT: sub-Categoría. S: screening. OBS: observación. INTSV: intervenir sin valorar. F: foco de recogida de datos. VMOT: varios motivos. BUSINT: buscar intereses. EXPO: explorar. DOM: Domicilio. LCOR: lenguaje corporal. ACT: actividades. GUS: intervenir sobre actividades que le gustaban. CASA: intervenir sobre actividades en casa. AMB: intervenir sobre el ambiente. FAM: intervenir sobre la familia. SOL: intervenir sobre la soledad. INFADIC: información adicional. Historia: historia de vida. Que le pasa: que me diga que le pasa. Haga algo: concienciar de que haga algo. RT: establecer relación terapéutica. Objetivos: plantear objetivos de intervención. Perfil: hacer un perfil ocupacional. Hijas: preguntar a las hijas los intereses del padre. Hacer: buscar intereses entre las actividades le gusta hacer. Hacia: buscar intereses entre las actividades que antes hacía. Áreas: explorar las áreas. Entornos: explorar los entornos. Roles: explorar los roles. Sociales: observarle mientras hace actividades sociales. Inst: observarle mientras hace actividades instrumentales. Básicas: observarle mientras hace actividades básicas

Anexo 28. Procedimiento de EOI. Herramientas de recogida de datos

CAT	HERRAMIENTAS DE RECOGIDA DE DATOS																		
	SUBCAT	HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN															T		
CÓDIGO	SELECCIÓN										RECONOCIMIENTO								
INFADICIONA	Propias					No se cual	Comunes					Propias	No se cual	Comunes		Entrevista			
	LISTR	LISTI	COPM	OSA	BUFFALO	HGT	COTE	EUROQ	MINIMENTAL	TAD	FIM	FAM	BARTHEL	LAWTON	HISTVIDA	COPM	BARTHEL	YESAVAGE	LAWTON
010217M																			
010318M																			
010522M																			
010620M																			
010718M																			
011018M																			
011718M																			
011820M																			
012118M																			
030120M																			
030221M																			
030321M																			
030420M																			
030623M																			
030720M																			
030822M																			
030920M																			
031220M																			
031625H																			
031720M																			
031819M																			
032421M																			
032520M																			
032621M																			
040521M																			
040724M																			
041121M																			
041224M																			
041623M																			
042022M																			
042323M																			
042621M																			
042720M																			
042821M																			
042921M																			
043122M																			
043320M																			

EOI: evaluación ocupacional inicial. Cat: categoría. Sub-Cat: sub-Categoría. T: todo vale. INFADICIONAL: información adicional. Propias: herramientas de evaluación propias de la disciplina. Comunes: herramientas de evaluación comunes a otras disciplinas. LISTR: the role checklist. LISTI: the interest check list. COPM: the canadian occupational performance measure. BUFFALO: guide to the uniform data set. State University of New York, Buffalo HGT: herramienta de gestión del tiempo. COTE: the comprehensive occupational therapy evaluation. EUROQ: euroQoL. MINIMENTAL: mini mental state examination TAD: test de ansiedad y depresión. FIM: adult functional independence measure FAM: functional assessment measures BARTHEL: the barthel scale. LAWTON: escala de lawton y brody (philadelphia geriatric center). YESAVAGE: geriatric depression scale de yesavage (GDS).

Anexo 29. Modalidades de razonamiento

CAT	REDUCCIONISTA		HOLISTA		RAZONAMIENTO CONDICIONAL							NO RAZONAMIENTO
	SUBCAT	CU	MC	EMP	MRED			CAN	MDO		MM	
CÓDIGO				ENT	PSO	AFAM		OC	PROD	CSA		
PARTICIPANTE	010217M											
	010318M											
	010522M											
	010620M											
	010718M											
	011018M											
	011718M											
	011820M											
	012118M											
	030120M											
	030221M											
	030321M											
	030420M											
	030623M											
	030720M											
	030822M											
	030920M											
	031220M											
	031625H											
	031720M											
	031819M											
	032421M											
	032520M											
	032621M											
	040521M											
	040724M											
	041121M											
	041224M											
	041623M											
	042022M											
	042323M											
	042621M											
	042720M											
	042821M											
	042921M											
	043122M											
043320M												

Cat: categoría. Sub-Cat: sub-Categoría. CU: MC: EMP: empoderarle. MRED: mejore su red social. CAN: cambiando algo no mejoraría nada. MDO: mantener el desempeño ocupacional. MM: que no muera su mujer. ENT: entornos. PSO: participación social. AFAM: apoyos familiares. OC: ocio. PROD: producción. CSA: casa

Anexo 30. Diagrama CAT y SUBCAT tema *estructuración teórica*

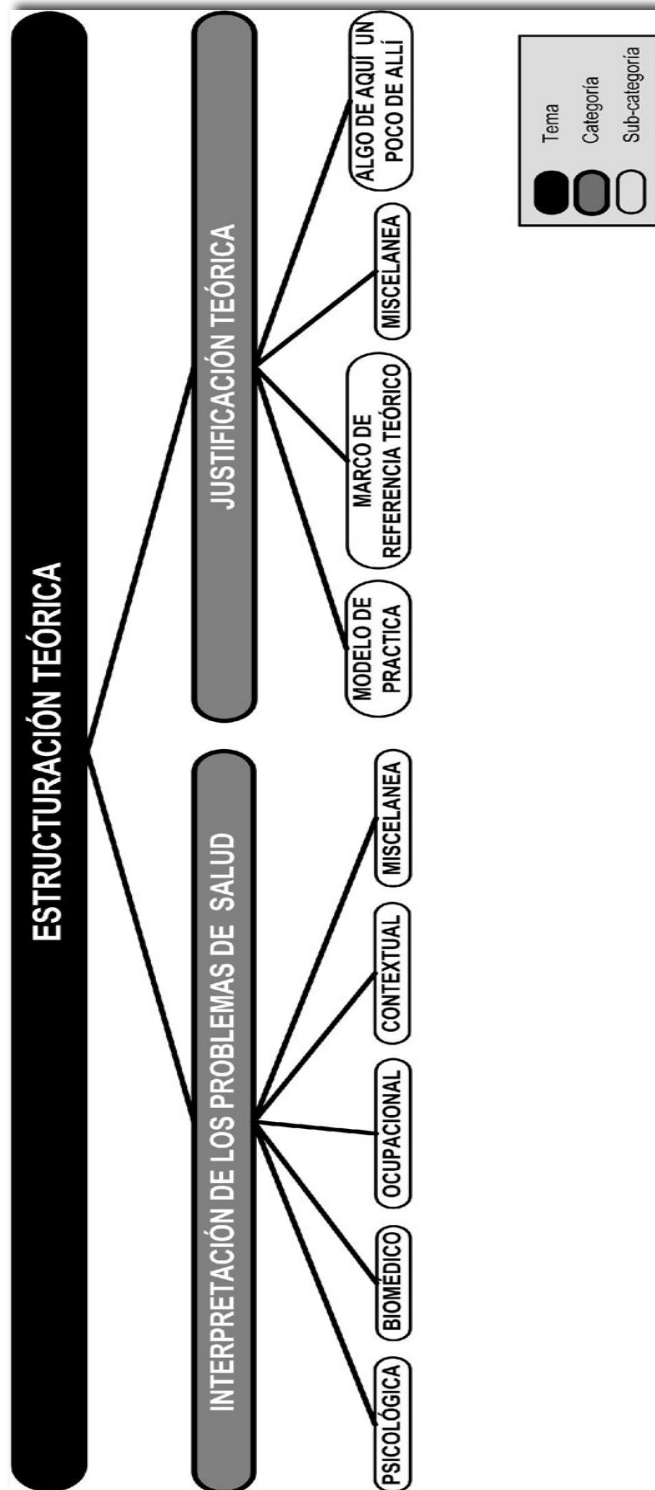


Figura 38. Diagrama CAT y SUBCAT tema *estructuración teórica*
 Fuente: elaboración propia. Para comprensión de la figura, se recomienda la lectura siguiendo un orden descendente. CAT: categoría. SUBCAT: sub-categoría

Anexo 31. Diagrama CAT *interpretación problemas de salud*

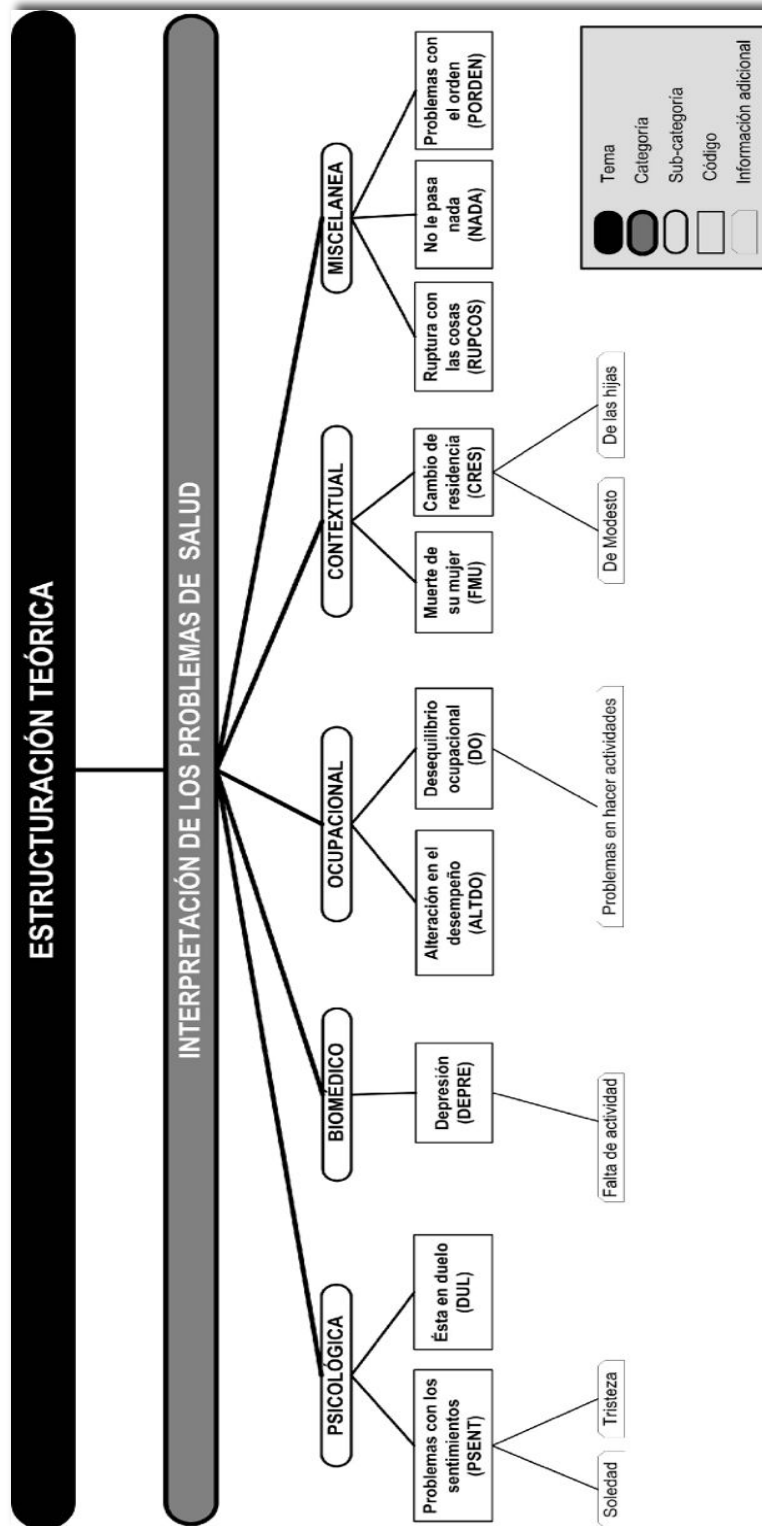


Figura 39. Diagrama CAT interpretación problemas de salud
 Fuente: elaboración propia. Para comprensión de la figura, se recomienda la lectura siguiendo un orden descendente. Diagrama de la categoría interpretación de los problemas de salud, junto a sus sub-categorías y sus códigos. CAT: categoría

Anexo 32. Diagrama CAT *justificación teórica*

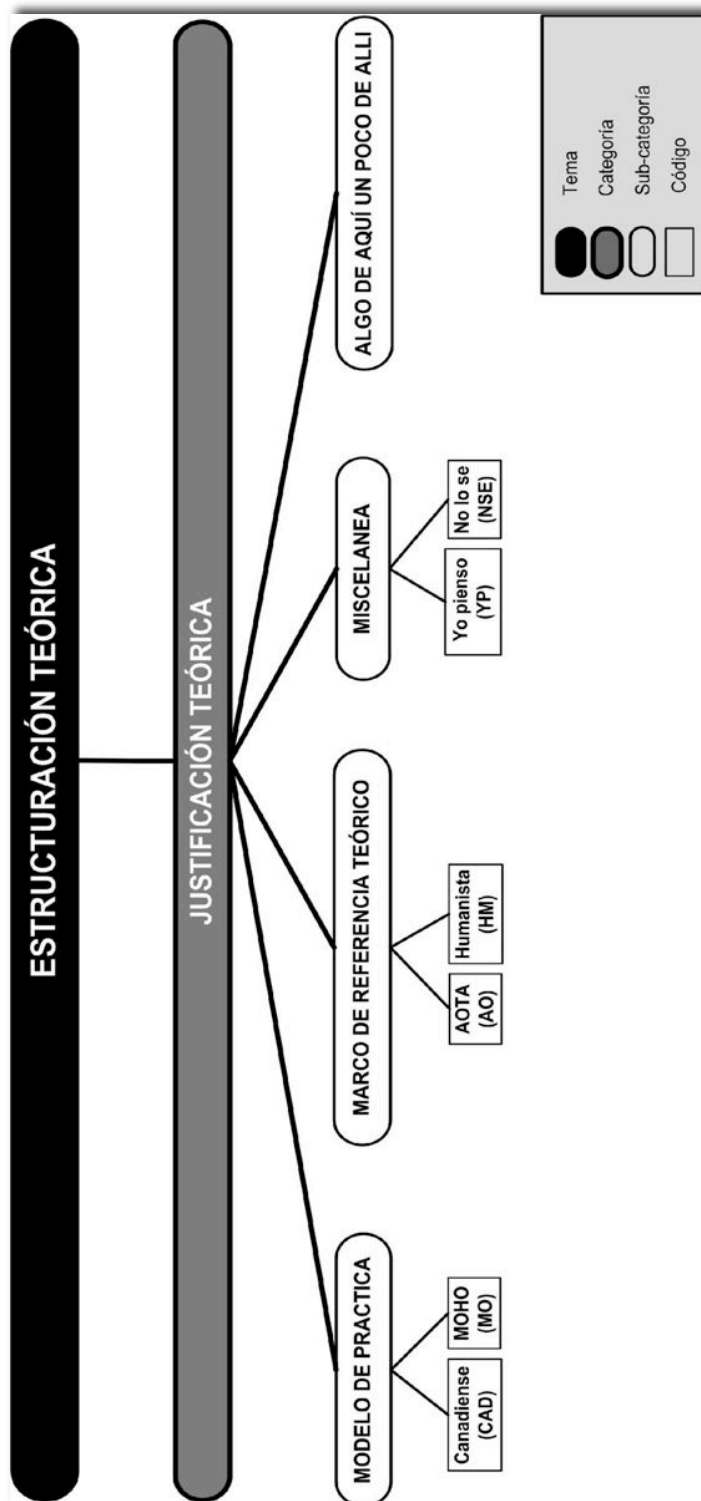


Figura 40. Diagrama CAT justificación teórica
 Fuente: elaboración propia. Para comprensión de la figura, se recomienda la lectura siguiendo un orden descendente. Diagrama la categoría *justificación teórica*, junto a sus sub-categorías y sus códigos. CAT: categoría

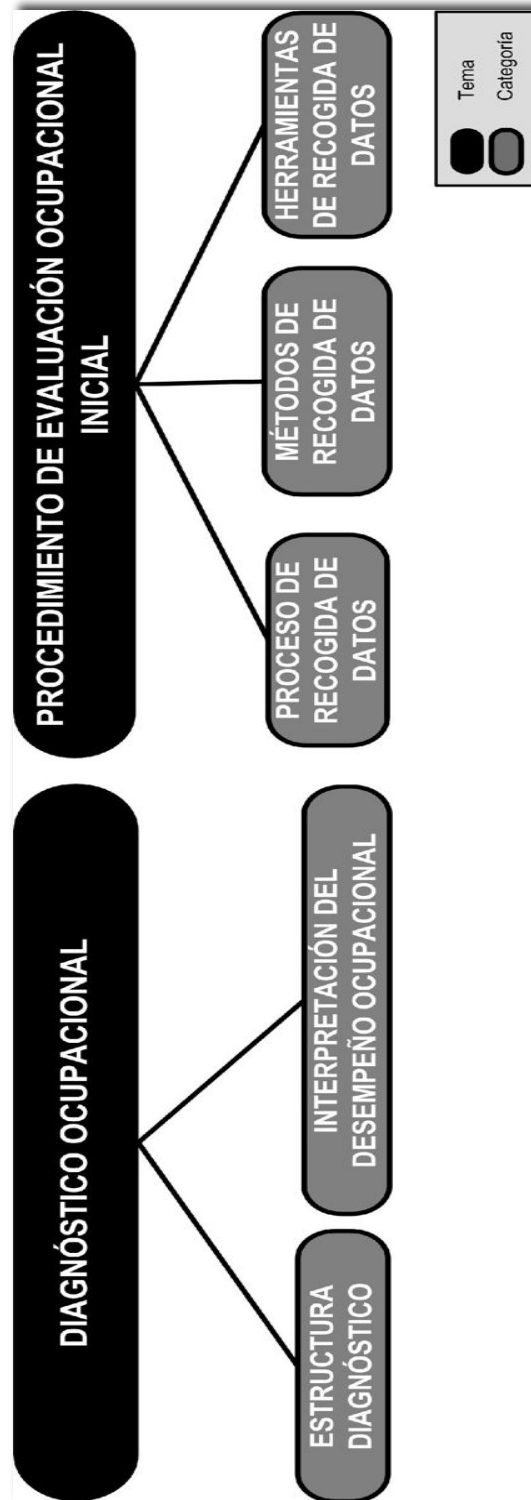
Anexo 33. Diagrama TEM y CAT *organización del conocimiento*

Figura 41. Diagrama TEM y CAT organización del conocimiento

Fuente: elaboración propia. Para comprensión de la figura, se recomienda la lectura siguiendo un orden descendente. Diagrama temas y categorías surgidos en el apartado *organización del conocimiento durante el razonamiento diagnóstico*. TEM: tema. CAT: categoría

Anexo 34. Diagrama CAT y SUBCAT tema *DGTO OCUP*

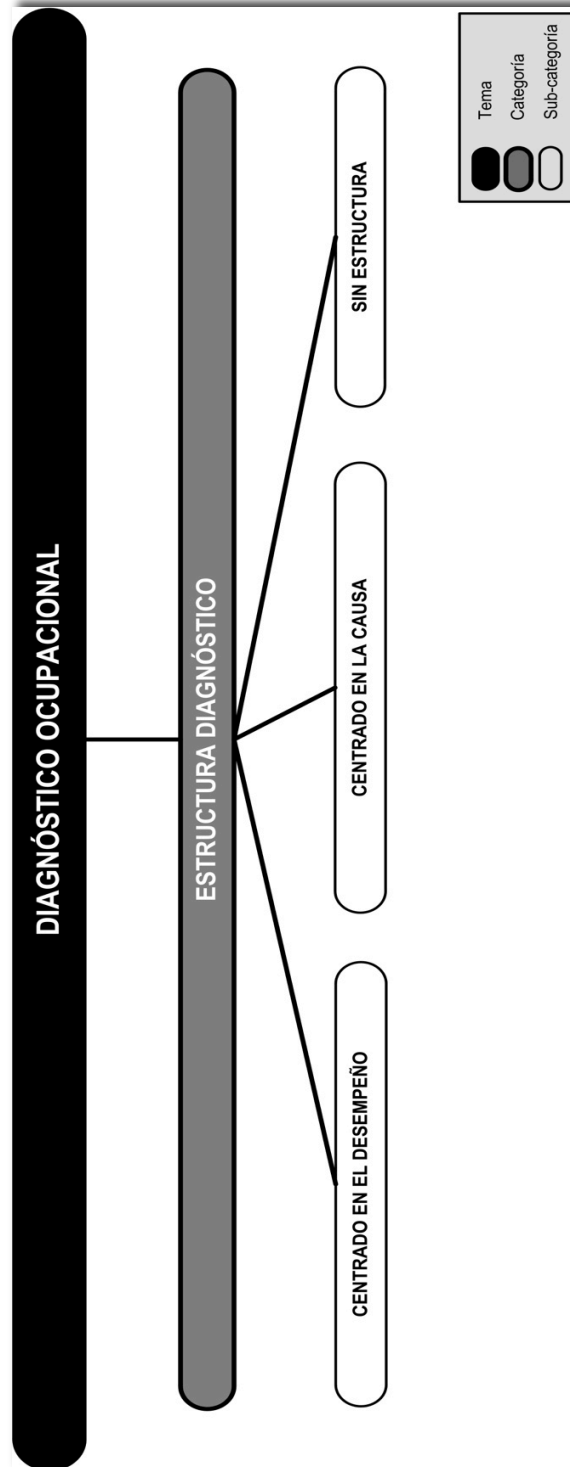


Figura 42. Diagrama CAT y SUBCAT tema DGTO OCUP

Fuente: elaboración propia. Para comprensión de la figura, se recomienda la lectura siguiendo un orden descendente. Diagrama de categorías y sub-categorías del tema *diagnóstico ocupacional*. CAT: categoría. SUBCAT: sub-categoría

Anexo 35. Diagrama CAT *DGTO OCUP*

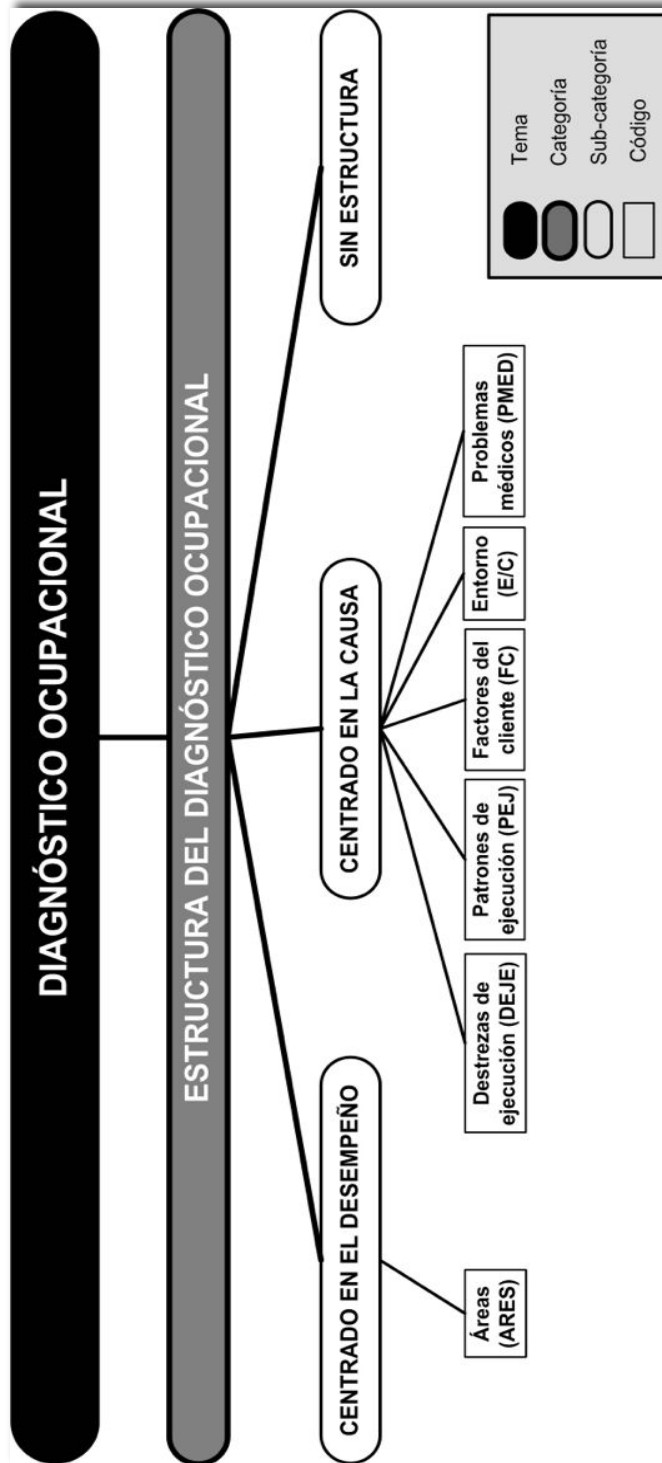


Figura 43. Diagrama CAT DGTO OCUP
 Fuente: elaboración propia. Para comprensión de la figura, se recomienda la lectura siguiendo un orden descendente. Diagrama de la categoría *estructura diagnóstica*, junto a sus sub-categorías y sus códigos. CAT: categoría. DGTO OCUP: diagnóstico ocupacional

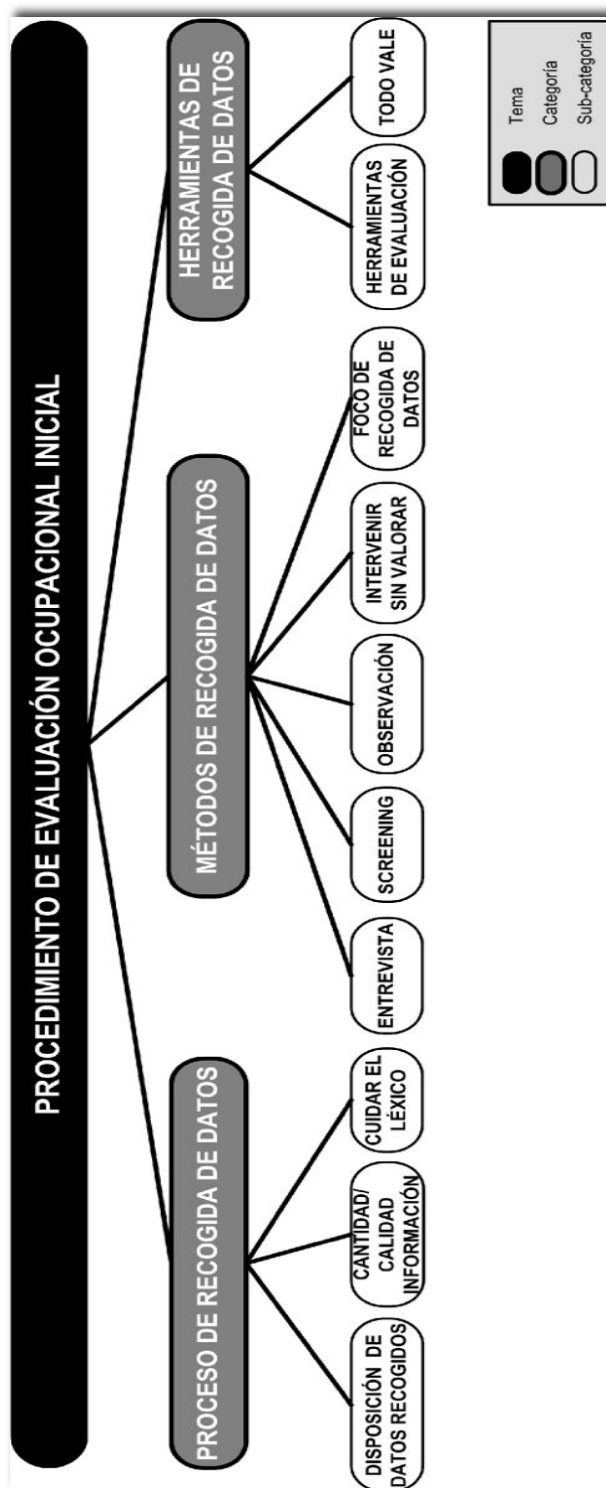
Anexo 36. Diagrama CAT y SUBCAT del tema *PROEOI*

Figura 44. Diagrama CAT y SUBCAT del tema *PROEOI*

Fuente: elaboración propia. Para comprensión de la figura, se recomienda la lectura siguiendo un orden descendente. Diagrama de categorías y sub-categorías del tema *procedimiento de evaluación ocupacional inicial*. CAT: categoría. SUBCAT: sub-categoría. PROEOI: procedimiento de evaluación ocupacional inicial

Anexo 37. Diagrama CAT PROEOI

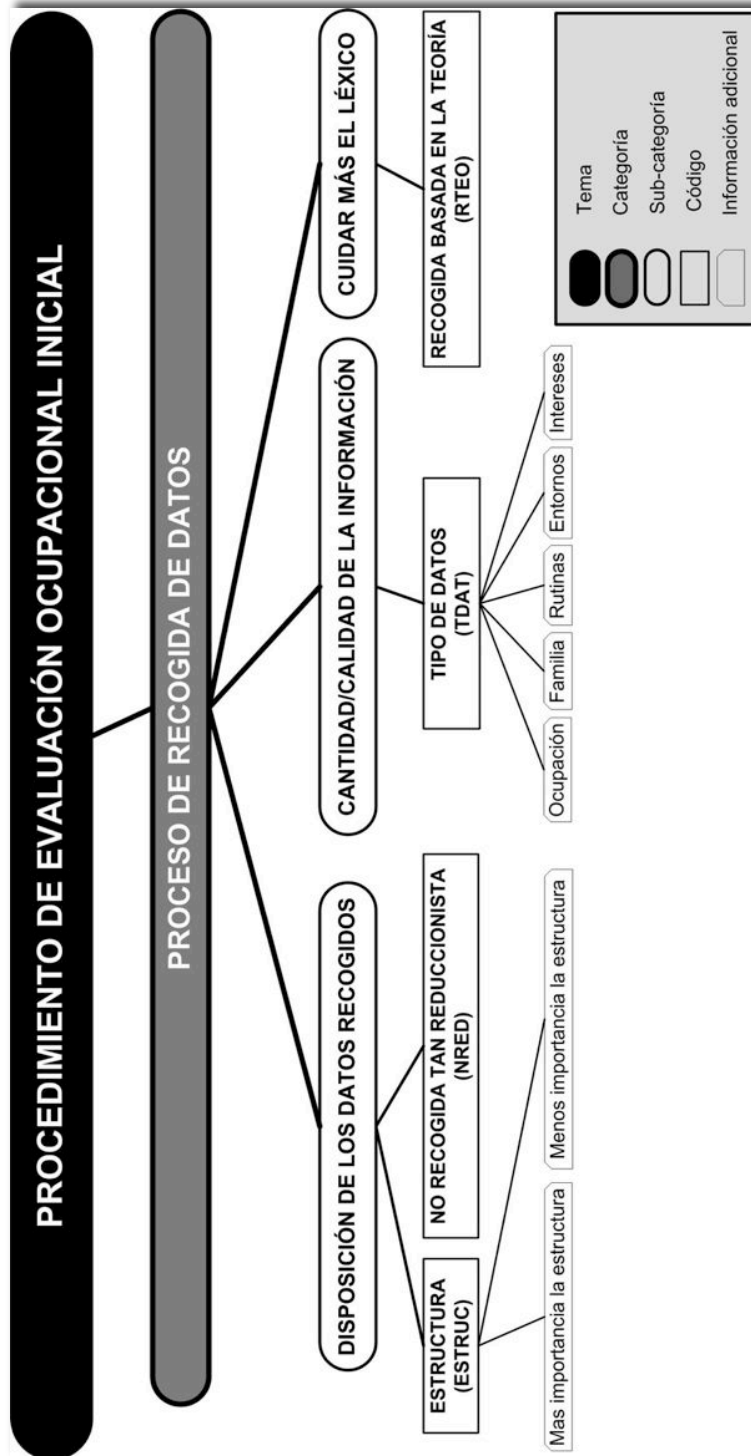


Figura 45. Diagrama CAT PROEOI
 Fuente: elaboración propia. Para comprensión de la figura, se recomienda la lectura siguiendo un orden descendente. Diagrama de categoría proceso de recogida de datos, junto a sus sub-categorías y sus códigos. CAT: categoría. PROEOI: procedimiento de evaluación ocupacional inicial

Anexo 38. Diagrama CAT métodos de recogida de datos

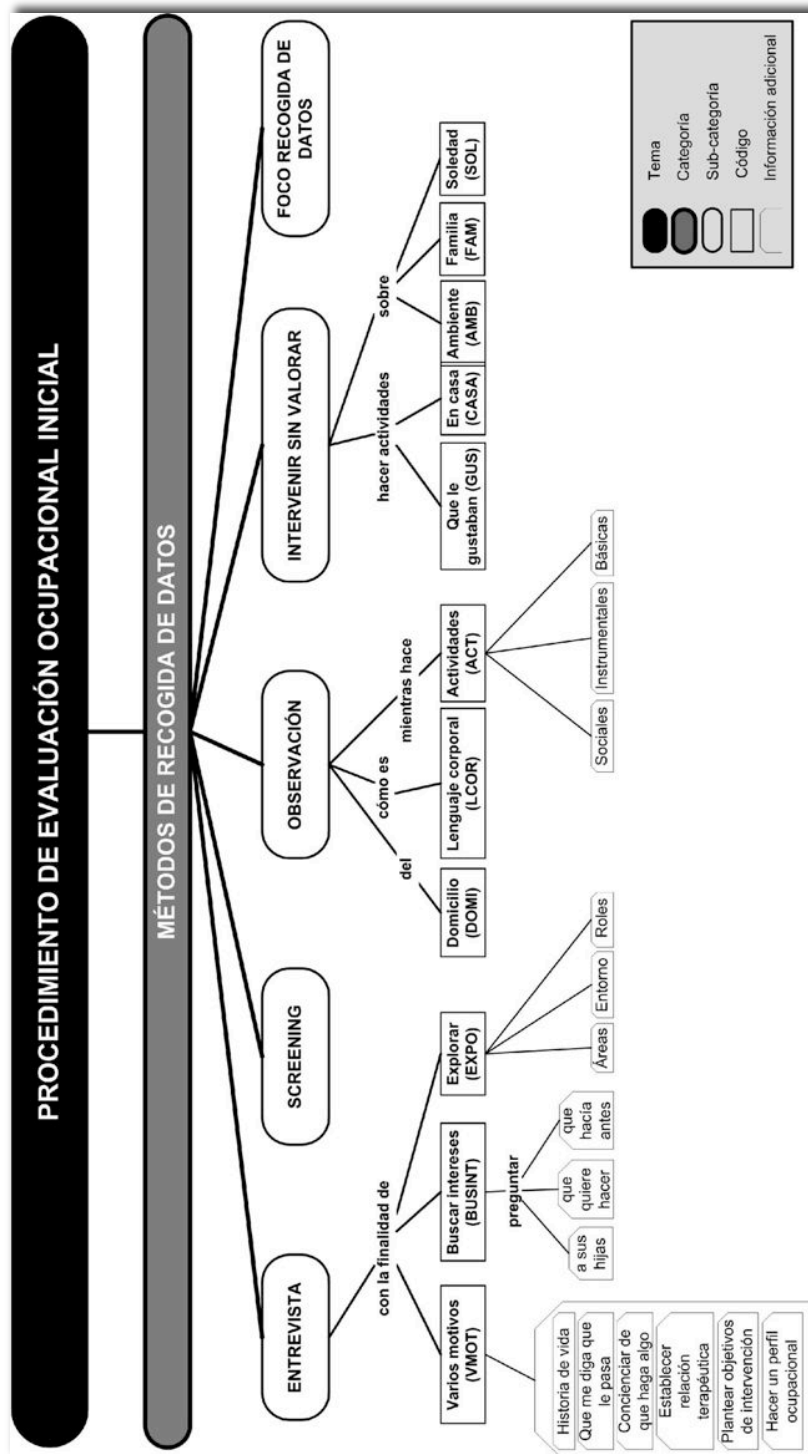


Figura 46. Diagrama CAT métodos de recogida de datos
 Fuente: elaboración propia. Para comprensión de la figura, se recomienda la lectura siguiendo un orden descendente. Diagrama de la categoría métodos de recogida de datos, junto a sus sub-categorías y sus códigos. CAT: categoría

Anexo 39. Diagrama CAT herramientas de recogida de datos

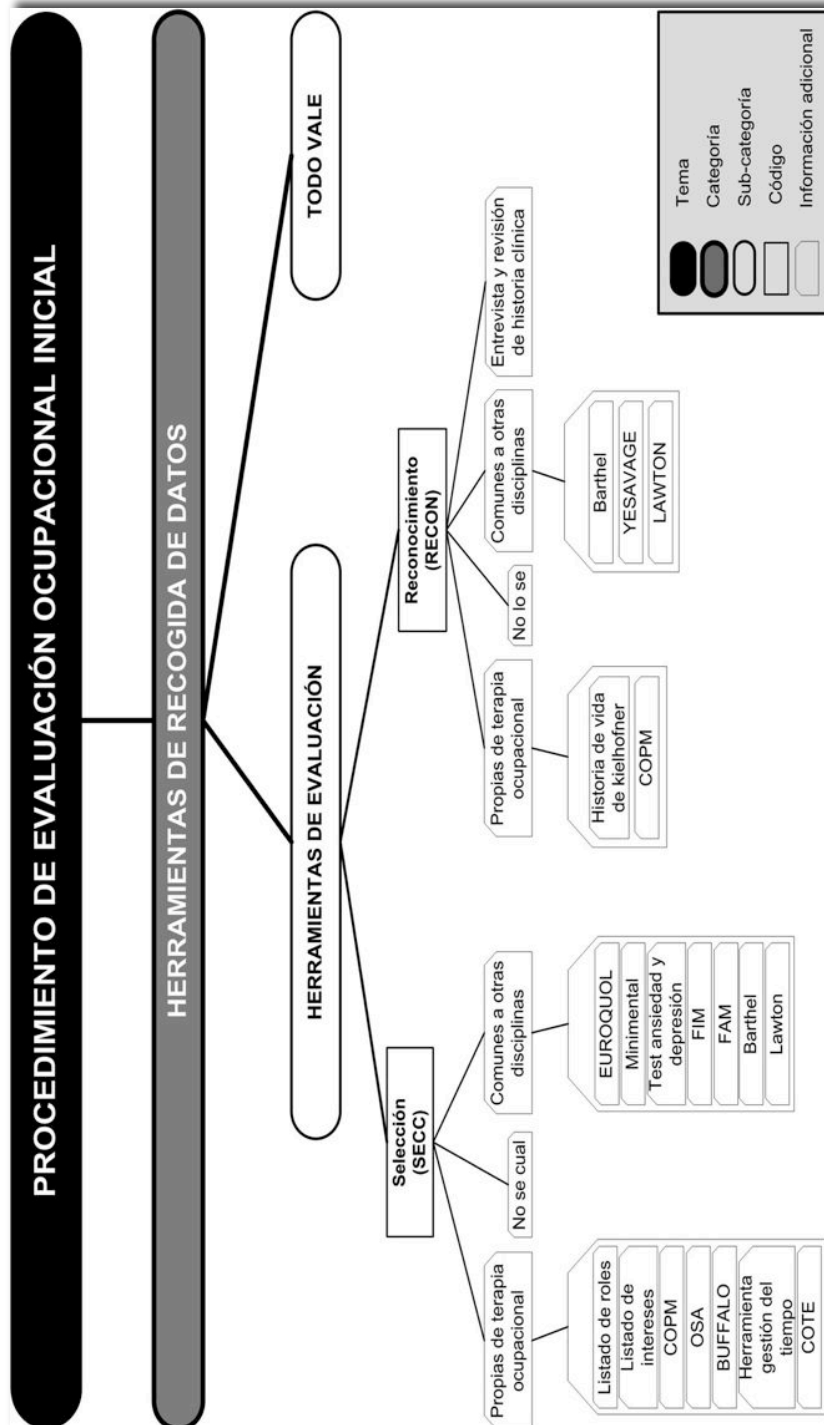


Figura 47. Diagrama CAT herramientas de recogida de datos
 Fuente: elaboración propia. Para comprensión de la figura, se recomienda la lectura siguiendo un orden descendente. Diagrama de la categoría herramientas de recogida de datos, junto a sus sub-categorías y sus códigos. CAT: categoría

Anexo 40. Diagrama CAT y SUBCAT del tema MORAZ

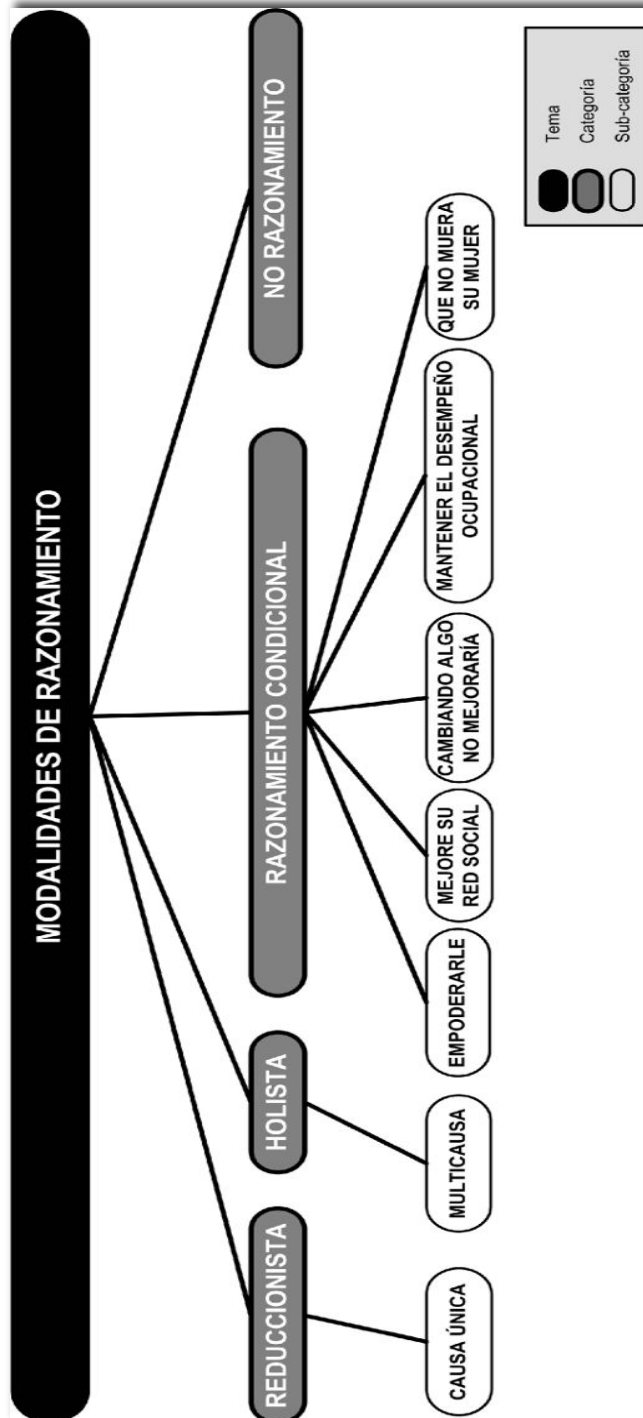


Figura 48. Diagrama CAT y SUBCAT del tema MORAZ
 Fuente: elaboración propia. Para comprensión de la figura, se recomienda la lectura siguiendo un orden descendente. Diagrama las categorías, sub-categorías del tema *modalidad de razonamiento*. CAT: categoría. SUBCAT: sub-categoría. MORAZ: modalidad de razonamiento

Anexo 41. Diagrama CAT Y SUBCAT *razonamiento condicional*

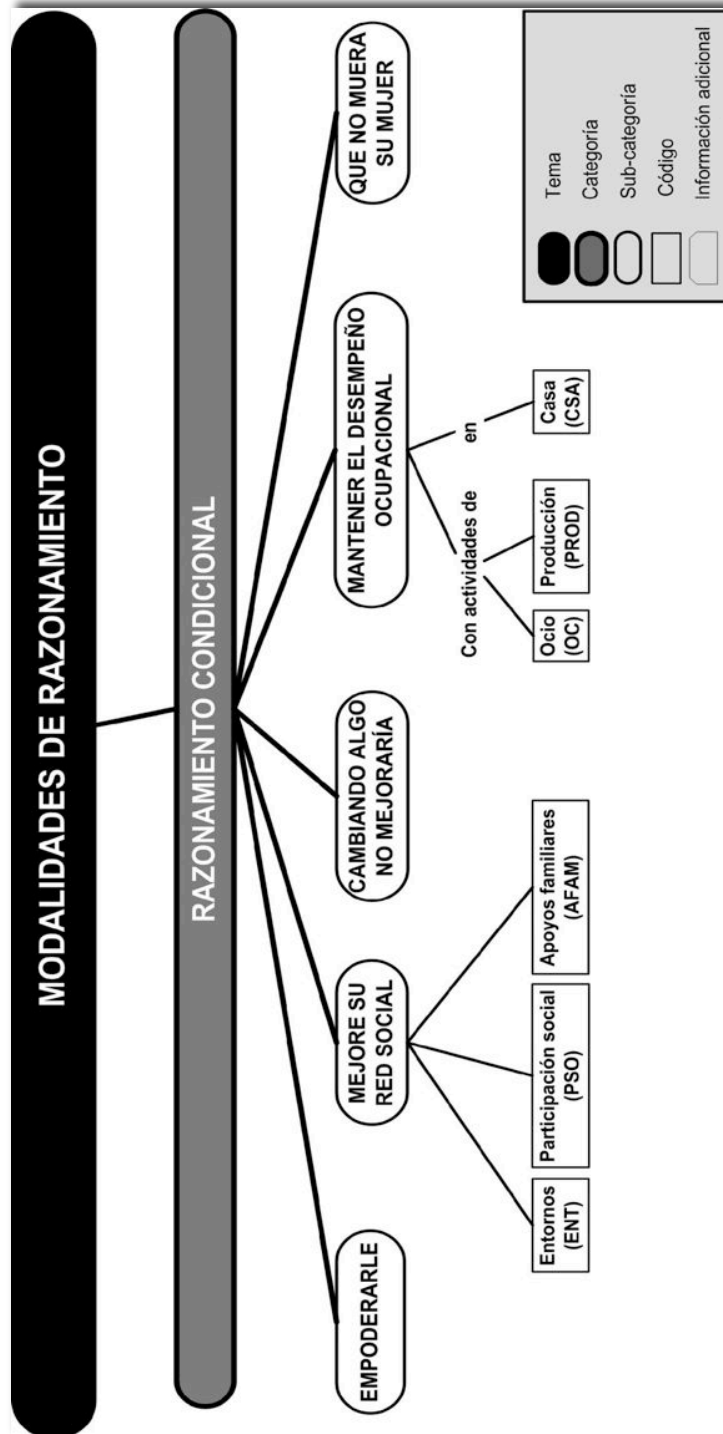


Figura 49. Diagrama CAT Y SUBCAT razonamiento condicional
 Fuente: elaboración propia. Para comprensión de la figura, se recomienda la lectura siguiendo un orden descendente. Diagrama las sub-categorías y códigos de la categoría *razonamiento condicional*. CAT: categoría. SUBCAT: sub-categoría

Capítulo 11

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA

Contenidos de este capítulo**11.1. Informe curricular vinculado a la tesis doctoral****11.1.1. Formación postgraduada relacionada con el eje central de la tesis****11.1.2. Docencia oficial en postgrados relacionado con el eje central de la tesis****11.1.3. Participación en acciones de formación e innovación educativa, relacionadas con el eje central de la tesis**

11.1.3.1. Programador docente de cursos nacionales

11.1.4. Formación/experiencia investigadora relacionada con el eje central de la tesis

11.1.4.1. Participación en Proyectos de Investigación

11.1.4.2. Publicaciones

a) Autor Libros

b) Autor de Capítulos en libros

c) Publicación de material en libro de apoyo docente on-line

d) Autor de artículos de Revistas

• Indexadas en Journal Citation Report (JCR)

• Indexadas en otros índices de impacto

11.1.4.3. Conferencias a Congresos

a) Conferencias a Congresos Internacionales

11.1.4.4. Ponencias a Congresos

a) Ponencias a Congresos Internacionales

b) Ponencias a Congresos Nacionales

11.1.4.5. Comunicaciones a Congresos

a) Comunicaciones a Congresos nacionales

11.1.4.6. Pertenencia a Comités de publicaciones científicas de carácter Internacional

11.1.5. Otros méritos relacionado con el eje central de la tesis

11.1.5.1. Formación impartida

a) Cursos impartidos

11.1.5.2. Otros méritos de interés

a) Co-dirección de trabajos fines de grado

b) Gestión de trabajo en Grupos Profesionales

Las aportaciones aquí detalladas, se circunscriben exclusivamente a las acciones realizadas a nivel curricular durante el tiempo de matriculación de la tesis doctoral relacionadas con el tema central de la misma.

11.1. Informe curricular vinculado a la tesis doctoral

11.1.1. Formación postgraduada relacionada con el eje central de la tesis

Clase: Programa Oficial del Postgrado en Ciencias de la Salud. Asistencia e investigación sanitaria.

Organismo y centro de expedición: Universidad de la Coruña. Facultad de Ciencias de la Salud. Primera promoción (año 2007-2008). (102 créditos ECTS).

Fecha de Expedición: Curso 2007-2009.

Calificación: 8.6664 (Media do Expediente en Base 10 (RD 1125/2003)).

Trabajo Fin de Máster: Elaboración de un proyecto. Estudio del razonamiento clínico en estudiantes pregraduados de terapia ocupacional.

Calificación: Sobresaliente.

Clase: Máster en Investigación, Ordenación y Evaluación de los Servicios Socio-sanitarios.

Organismo y centro de expedición: Universidad A Coruña. (UDC). Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol.

Fecha de expedición: Curso 2013-2014.

Calificación: 8.4750 Media do Expediente en Base 10 (RD 1125/2003).

Trabajo Fin de Máster: Elaboración de un proyecto. Análisis del razonamiento clínico en estudiantes de terapia ocupacional de la Universidad de A Coruña.

Calificación: Matrícula de Honor.

11.1.2. Docencia oficial en postgrados relacionado con el eje central de la tesis

Profesorado: Docente Máster universitario.

Universidad: Universidad de Castilla-La Mancha. Centro de Estudios Universitarios de Talavera de la Reina.

Fecha: 2009.

Docencia:

- **Módulo 6.** Evaluación y diagnóstico ocupacional en salud mental. La metría ocupacional como eje de la intervención centrada en las actividades de la vida diaria.

11.1.3. Participación en acciones de formación e innovación educativa, relacionadas con el eje central de la tesis

11.1.3.1. Programador docente de cursos nacionales

Título Diagnóstico ocupacional una medida de salud en terapia ocupacional 2ª ed.

Tipo: Curso de formación.

Labor Programador docente y coordinador.

Organizado Asociación Gallega de Saúde Mental con la colaboración de la Fundación Nova Santos y el Complejo Hospitalario de Ferrol.

Acreditado Declarado de Interés Sanitario por la Consellería de Sanidade, reconocido por el Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Xunta de Galicia.

Carácter Nacional.

Fechas 2015.

Título Valoración con instrumentos en Saúde Mental dende a experiencia.

Tipo: Curso de formación.

Labor Programador docente y coordinador.

Organizado Xestión Integrada de Ferrol. Comisión de docencia del Servicio de Salud Mental de Ferrol.

Acreditado Solicitada acreditación por la comisión de Sistema de Acreditación de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Xunta de Galicia.

Carácter Nacional.

Fechas 2012-2013.

Título Marcos de referencia teóricos e modelos de práctica en terapia ocupacional. Xestión de saúde.

Tipo: Curso de formación.

Labor Programador docente y coordinador.

Organizado Xestión Integrada de Ferrol y la Fundación Nova Santos de Ferrol.

Acreditado Acreditación por la comisión de Sistema de Acreditación de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Xunta de Galicia, avalado por la Fundación Nova Santos de Ferrol. Reconocido por la Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO) y la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de la Coruña.

Carácter Nacional.

Fechas 2012-2013.

Título Modelos de practica en terapia ocupacional.

Tipo: Curso de formación.

Labor Programador docente y coordinador.

Organizado Fundación Pública Escola Galega de Administración Sanitaria (FEGAS).

Acreditado Acreditación por la comisión de Sistema de Acreditación de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Xunta de Galicia.

Carácter Nacional.

Fechas 2010.

Título A práctica clínica en terapia ocupacional.

Tipo: Curso de formación.

Labor Programador docente y coordinador.

Organizado Escola Galega de Administración Sanitaria (FEGAS). Santiago de

Compostela.

Acreditado comisión de Sistema de Acreditación de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Xunta de Galicia.

Carácter Nacional.

Fechas 2009.

11.1.4. Formación/experiencia investigadora relacionada con el eje central de la tesis

11.1.4.1. Participación en Proyectos de Investigación

Título del proyecto: Razonamiento clínico del terapeuta ocupacional en la evaluación de las actividades de la vida diaria (Código: 14/63).

Organismo: Universidad del Valle. Colombia.

Puesto: Investigador Principal.

Fecha: 17 de junio de 2014 a 17 de diciembre de 2015.

Financiación: Banco de proyectos de investigación. Universidad del Valle.

Título del proyecto: Razonamiento diagnóstico en terapia ocupacional: estudio del razonamiento clínico y elaboración de un sistema basado en conocimiento para el diagnóstico de terapia ocupacional en salud mental (Código: GE20080475).

Organismo: Universidad de Castilla-La Mancha.

Puesto: Colaborador de la investigación.

Fecha: 1 de enero de 2008 hasta actualidad.

11.1.4.2. Publicaciones

a) Autor libros

Título Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Autor Talavera Valverde MA.

Editorial Síntesis España.

Edición 1ª ed.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Tamaño 300 páginas aprox. + material on-line.

Indicios de calidad: Editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).

Título Terapia ocupacional y salud mental.

Autores Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA.

Editorial Elsevier Masson.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Barcelona.

Fecha de publicación octubre 2011.

Tamaño 510 páginas + material on-line.

ISBN 978-84-458-2101-5.

Depósito Legal B.31.839-2011.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).

b) Autor de Capítulos en libros

<p>Título Aproximación al concepto de diagnóstico ocupacional. Autor del capítulo Talavera Valverde MA. Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional. Páginas en prensa. Edición 1ª ed. Lugar de Publicación Madrid. Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015. Editorial Libros Técnicos SINTESIS. ISBN a la espera. Depósito Legal a la espera. Indicios de calidad: Editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.</p>	<p>Cumple Criterio: Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).</p>
<p>Título Razonamiento clínico en terapia ocupacional. Autor del capítulo Talavera Valverde MA. Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional. Páginas en prensa. Edición 1ª ed. Lugar de Publicación Madrid. Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015 Editorial Libros Técnicos SINTESIS. ISBN a la espera. Depósito Legal a la espera. Indicios de calidad: Editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.</p>	<p>Cumple Criterio: Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).</p>
<p>Título Razonamiento diagnóstico en terapia ocupacional. Autor del capítulo Talavera Valverde MA. Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional. Páginas en prensa. Edición 1ª ed. Lugar de Publicación Madrid. Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015 Editorial Libros Técnicos SINTESIS. ISBN a la espera. Depósito Legal a la espera. Indicios de calidad: Editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.</p>	<p>Cumple Criterio: Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).</p>
<p>Título Diagnóstico ocupacional. Autor del capítulo Talavera Valverde MA. Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional. Páginas en prensa. Edición 1ª ed. Lugar de Publicación Madrid. Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015 Editorial Libros Técnicos SINTESIS. ISBN a la espera. Depósito Legal a la espera.</p>	<p>Cumple Criterio: Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).</p>

Indicios de calidad: Editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Título Diagnóstico ocupacional en la docencia.

Autor del capítulo Talavera Valverde MA

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento Clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Páginas en prensa.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: Editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Diagnóstico ocupacional en la práctica y en la investigación.

Autor del capítulo Talavera Valverde MA.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento Clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Páginas en prensa.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: Editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Evaluación ocupacional, razonamiento clínico y diagnóstico ocupacional en salud mental.

Autores del capítulo Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA.

Título del libro: Terapia ocupacional en salud mental.

Páginas 89-112 páginas.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Barcelona.

Fecha de publicación Octubre 2011.

Editorial Elsevier Masson.

ISBN 978-84-458-2101-5.

Depósito Legal B.31.839-2011.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Razonamiento clínico en terapia ocupacional en salud mental.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Moruno Miralles P.

Título del libro: terapia ocupacional en salud mental.

Páginas 317-332 páginas.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Barcelona.

Fecha de publicación Octubre 2011.

Editorial Elsevier Masson.

ISBN 978-84-458-2101-5.

Depósito Legal B.31.839-2011.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

c) Publicación de material en libro de apoyo docente on-line

<p>Título Lectura 1. Cap1. “La importancia del razonamiento”: Rogers J: The Spirit of Independence: The Evolution of a Philosophy. Am J Occup Ther. 1982; 36(11): 709-15.</p> <p>Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.</p> <p>Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.</p> <p>Edición 1ª ed.</p> <p>Lugar de Publicación Madrid.</p> <p>Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.</p> <p>Editorial Libros Técnicos SINTESIS.</p> <p>ISBN a la espera.</p> <p>Depósito Legal a la espera.</p> <p>Indicios de calidad: Editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.</p>	<p>Cumple Criterio: Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).</p>
<p>Título Lectura 2. Cap1: “Detonante del razonamiento clínico en la terapia ocupacional”: Rogers JC, Clarke E. Lectureship; Clinical Reasoning: Ethics, Science, Art. Am J Occup Ther. 1983; 37(9): 600-16.</p> <p>Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.</p> <p>Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.</p> <p>Edición 1ª ed.</p> <p>Lugar de Publicación Madrid.</p> <p>Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.</p> <p>Editorial Libros Técnicos SINTESIS.</p> <p>ISBN a la espera.</p> <p>Depósito Legal a la espera.</p> <p>Indicios de calidad: Editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.</p>	<p>Cumple Criterio: Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).</p>
<p>Título Lectura 3. Cap1: “Llegada a España del concepto de razonamiento clínico y razonamiento diagnóstico”: Moruno Miralles P. Razonamiento clínico en Terapia Ocupacional: un análisis del procedimiento diagnóstico. [tesis doctoral]. Madrid: Departamento de Psicología Biológica y de la Salud; 2002.</p> <p>Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.</p> <p>Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.</p> <p>Edición 1ª ed.</p> <p>Lugar de Publicación Madrid.</p> <p>Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.</p> <p>Editorial Libros Técnicos SINTESIS.</p> <p>ISBN a la espera.</p> <p>Depósito Legal a la espera.</p> <p>Indicios de calidad: Editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.</p>	<p>Cumple Criterio: Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).</p>
<p>Título Lectura 4. Cap1: “Revisión narrativa del concepto de razonamiento clínico y terapia ocupacional”: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, Cantero Garlito PA. Razonamiento Clínico en Terapia Ocupacional. WFOT Bull. 2009; 59(1): 1-7</p> <p>Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.</p>	<p>Cumple Criterio: Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).</p>

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: Editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Título Lectura 1. Cap2. "La importancia del razonamiento": Mattingly C. What is Clinical Reasoning? Am J Occup Ther. 1991; 45(11): 979-86. En: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: Editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Lectura 2. Cap2. "La importancia del razonamiento": Mattingly C, Fleming MH. Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice. Philadelphia: Davis Company; 1994.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Lectura 3. Cap2: "Detonante del razonamiento clínico en la terapia ocupacional": "Fleming MH. Clinical Reasoning in Medicine compared with Clinical Reasoning in Occupational Therapy. Am J Occup Ther. 1991; 45(11): 988-96.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

DICE-PSI Nacional: 32.84.

Título Lectura 4. Cap2: “Llegada a España del concepto de razonamiento clínico y razonamiento diagnóstico”: Talavera Valverde MA, Moruno Miralles P. Razonamiento clínico en terapia ocupacional en salud mental. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, coordinadores. Terapia ocupacional en salud mental. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. pp.317-332.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Lectura 5. Cap2: “Revisión del concepto de razonamiento clínico y terapia ocupacional”: Higgs J. Clinical Reasoning in the Health Professions. Ámsterdam: Elsevier; 2008.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Lectura 1. Cap3. “La importancia del razonamiento”: Neistadt ME. Classroom as clinic A Model for Teaching Clinical Reasoning in Occupational Therapy Education. Am J Occup Ther. 1987; 41(10): 631-7.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Lectura 2. Cap3: “Detonante del razonamiento clínico en la terapia ocupacional”: Rogers JC, Holm MB. Occupational therapy diagnostic reasoning: a component of clinical reasoning. Am J Occup Ther. 1991;45(11): 1045-53.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Título Lectura 3. Cap3: "Revisión del concepto de razonamiento clínico y terapia ocupacional": Briody M. Effect of curriculum change on student anxiety and diagnostic reasoning. Nurs Diag. 1996 7(4): 141-6.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Lectura 1. Cap4. "La importancia del razonamiento": Trombly K. Anticipating the future: Assessment of occupational therapy function. Am J Occup Ther. 1993; 47(3): 253-57.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Lectura 2. Cap4. "La importancia del razonamiento": Trombly C. Occupation: purposefulness and meaningfulness as therapeutic mechanisms. Am J Occup Ther. 1995; 49(10): 960-72.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Lectura 3. Cap4: “Detonante del razonamiento clínico en la terapia ocupacional”: Rogers JC, Holm MB. Occupational therapy diagnostic reasoning: a component of clinical reasoning. Am J Occup Ther. 1991;45(11): 1045-53.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Lectura 4. Cap4: “Detonante del razonamiento clínico en la terapia ocupacional”: Reed K, Sanderson S. Concepts of occupational therapy. 4ª ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 1999.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Lectura 5. Cap4: “Revisión del concepto de razonamiento clínico y terapia ocupacional”: Schell BA, Cervero RM. Clinical reasoning in occupational therapy: an integrative review. Am J Occup Ther. 1993; 47(7): 605-10.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Lectura 6. Cap4: “Revisión del concepto de razonamiento clínico y terapia ocupacional”: Schell BA, Gillen G, Scaffa M, Cohn ES. Willard and Spackman's occupational therapy. 12ª ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 2013.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Título Lectura 7. Cap4: "Llegada a España del concepto de razonamiento clínico y razonamiento diagnóstico": Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA. Evaluación ocupacional, razonamiento clínico y diagnóstico ocupacional en salud mental. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, coordinadores. Terapia ocupacional en salud mental. 1.ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. pp89-112.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Título Lectura 8. Cap4: "Llegada a España del concepto de razonamiento clínico y razonamiento diagnóstico": Moruno Miralles P. Razonamiento clínico en Terapia Ocupacional: un análisis del procedimiento diagnóstico. [tesis doctoral]. Madrid: Departamento de Psicología Biológica y de la Salud; 2002.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Título Lectura 1. Cap5. "La importancia del razonamiento": Schön D. The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action. New York: Basic Books; 1984.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Lectura 2. Cap5: “Detonante del razonamiento clínico en la terapia ocupacional”: Reed KL, Sanderson SN. Clinical reasoning and new ideas on intelligence: implications for teaching and learning. Am J Occup Ther. 1999; 45(11):1033-7.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Lectura 3. Cap5: “revisión del concepto de razonamiento clínico y terapia ocupacional”: Schön D. Educating the Reflective Practitioner: Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions. New York John: Wiley & Sons; 1990.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Lectura 4. Cap5: “Llegada a España del concepto de razonamiento clínico y razonamiento diagnóstico”: Schön D. How Professionals Think in Action. New York; Basic Books: 1984.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Lectura 1. Cap6. “La importancia del razonamiento”: Título Lectura 1. Cap6. “La importancia del razonamiento”: Mccannon R, Robertson D, Caldwell J, Juwah C, Elfessi A. Comparison of clinical reasoning skills in occupational therapy students in the USA and Scotland. Occup Ther Int. 2004; 11(3): 160-76.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Título Lectura 2. Cap6: "Detonante del razonamiento clínico en la terapia ocupacional": May S, Greasley A, Reeve S, Withers S. Expert therapists use specific clinical reasoning processes in the assessment and management of patients with shoulder pain: a qualitative study. Aust J Occup Ther. 2008; 54(4): 261-6.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Título Lectura 3. Cap6: "Revisión del concepto de razonamiento clínico y terapia ocupacional": Lysaght R, Bent M. A comparative analysis of case presentation modalities used in clinical reasoning coursework in occupational therapy. Am J Occup Ther. 2005; 59(3): 314-24.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Título Lectura 4. Cap6: "Llegada a España del concepto de razonamiento clínico y razonamiento diagnóstico": Talavera MA. Razonamiento clínico y promoción de la terapia ocupacional. TOG (A Coruña). [Revista en Internet]. 2014. [28/09/2015]; 10 (S8): S36-S9. Disponible en:

<http://www.revistatog.com/suple/num8/razonamiento.pdf>

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Título Caso 1. Estudio de casos. Cap1. Redacción de diagnóstico ocupacional.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Caso 1. Estudio de casos. Cap2. Identificar los diferentes tipos de razonamiento clínico en un caso de la práctica.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Caso 1. Estudio de casos. Cap3. Elaboración del razonamiento diagnóstico. La clave del diagnóstico ocupacional.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Caso 1. Estudio de casos. Cap4. Arquitectura del diagnóstico ocupacional.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Título Caso 1. Estudio de casos. Cap5. El razonamiento clínico y el diagnóstico ocupacional en la docencia.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Caso 1. Estudio de casos. Cap6. El diagnóstico ocupacional en la investigación, apuesta de futuro.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Laboratorio 1. Cap1. Entrenamiento de competencias relacionadas con el diagnóstico ocupacional. Búsqueda bibliográfica.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Laboratorio 2. Cap1. Entrenamiento de competencias relacionadas con el diagnóstico ocupacional. Selección de casos.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Título Laboratorio 1. Cap2. Entrenamiento de competencias relacionadas con el diagnóstico ocupacional. Búsqueda bibliográfica.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Laboratorio 2. Cap2. Entrenamiento de competencias relacionadas con el diagnóstico ocupacional. Selección de casos.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Laboratorio 3. Cap2. Entrenamiento de competencias relacionadas con el razonamiento clínico. Pensamiento Crítico.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Laboratorio 1. Cap3. Entrenamiento de competencias relacionadas con el razonamiento diagnóstico. Búsqueda bibliográfica.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Título Laboratorio 2. Cap3. Entrenamiento de competencias relacionadas con el razonamiento diagnóstico. Gestión de competencias.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).

Título Laboratorio 3. Cap3. Entrenamiento de competencias relacionadas con el razonamiento diagnóstico. Diferencias entre tipos de razonamiento diagnóstico.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).

Título Laboratorio 1. Cap4. Entrenamiento de competencias relacionadas con el diagnóstico ocupacional. Búsqueda bibliográfica.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).

Título Laboratorio 2. Cap4. Entrenamiento de competencias relacionadas con el diagnóstico ocupacional. Diferencias entre tipos los diferentes diagnósticos de las ciencias de la salud.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Título Laboratorio 1. Cap5. Entrenamiento de competencias relacionadas con las diferentes estrategias docentes. Búsqueda bibliográfica.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Laboratorio 2. Cap5. Entrenamiento de competencias relacionadas con las diferentes estrategias docentes. Propuestas de trabajo.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Laboratorio 1. Cap6. Entrenamiento de competencias relacionadas con la investigación y el diagnóstico ocupacional. Búsqueda bibliográfica.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Laboratorio 2. Cap6. Entrenamiento de competencias relacionadas con investigación y diagnóstico ocupacional. Desarrollo de líneas de futuro.

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Título del libro: Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Madrid.

Fecha de publicación En prensa. Previsto para diciembre 2015.

Editorial Libros Técnicos SINTESIS.

ISBN a la espera.

Depósito Legal a la espera.

Indicios de calidad: editorial de ciencias de la salud con un ranking DICE-PSI Nacional: 32.84.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).

Título Caso 1. Estudio de casos. Cap4. Reconocimiento de marcos de referencia teóricos. [Monografía en Internet].

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Moruno Miralles P.

Título del libro: Terapia ocupacional en salud mental.

Dirección web: Elsevier Masson. Disponible en:

www.studentconsult.es

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Barcelona.

Fecha de publicación Octubre 2011.

Editorial Elsevier Masson.

ISBN 978-84-458-2101-5.

Depósito Legal B.31.839-2011.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).

Título Caso 1. Estudio de casos. Cap4. Reconocimiento de marcos de Referencia teóricos. [Monografía en Internet].

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Moruno Miralles P.

Título del libro: Terapia ocupacional en salud mental.

Dirección web: Elsevier Masson. Disponible en:

www.studentconsult.es

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Barcelona.

Fecha de publicación Octubre 2011.

Editorial Elsevier Masson.

ISBN 978-84-458-2101-5.

Depósito Legal B.31.839-2011.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).

Título Caso 1. Estudio de casos. Cap4. Reconocimiento de marcos de Referencia teóricos. [Monografía en Internet].

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Moruno Miralles P.

Título del libro: Terapia ocupacional en salud mental.

Dirección web: Elsevier Masson. Disponible en:

www.studentconsult.es

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Barcelona.

Fecha de publicación Octubre 2011.

Editorial Elsevier Masson.

ISBN 978-84-458-2101-5.

Depósito Legal B.31.839-2011.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).

<p>Título Caso 1. Estudio de casos. Cap4. Reconocimiento de marcos de Referencia teóricos. [Monografía en Internet].</p> <p>Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Moruno Miralles P.</p> <p>Título del libro: Terapia ocupacional en salud mental.</p> <p>Dirección web: Elsevier Masson. Disponible en: www.studentconsult.es</p> <p>Edición 1ª ed.</p> <p>Lugar de Publicación Barcelona.</p> <p>Fecha de publicación Octubre 2011.</p> <p>Editorial Elsevier Masson.</p> <p>ISBN 978-84-458-2101-5.</p> <p>Depósito Legal B.31.839-2011.</p>	<p>Cumple Criterio: Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).</p>
<p>Título Caso 2. Estudio de casos. Cap4. Aplicación del modelo de la ocupación humana de Kielhofner. [Monografía en Internet].</p> <p>Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Moruno Miralles P.</p> <p>Título del libro: Terapia ocupacional en salud mental.</p> <p>Dirección web: Elsevier Masson. Disponible en: www.studentconsult.es</p> <p>Edición 1ª ed.</p> <p>Lugar de Publicación Barcelona.</p> <p>Fecha de publicación Octubre 2011.</p> <p>Editorial Elsevier Masson.</p> <p>ISBN 978-84-458-2101-5.</p> <p>Depósito Legal B.31.839-2011.</p>	<p>Cumple Criterio: Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).</p>
<p>Título Recensión 2. Evaluación Ocupacional. En: Romero D, Moruno P (ed.). Terapia ocupacional: teoría y técnicas. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2003. [Monografía en Internet].</p> <p>Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Moruno Miralles P.</p> <p>Título del libro: Terapia ocupacional en salud mental.</p> <p>Dirección web: Elsevier Masson. Disponible en: www.studentconsult.es</p> <p>Edición 1ª ed.</p> <p>Lugar de Publicación Barcelona.</p> <p>Fecha de publicación Octubre 2011.</p> <p>Editorial Elsevier Masson.</p> <p>ISBN 978-84-458-2101-5.</p> <p>Depósito Legal B.31.839-2011.</p>	<p>Cumple Criterio: Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).</p>
<p>Título Laboratorio 1. Evaluación ocupacional, razonamiento clínico y diagnóstico ocupacional en salud mental. Laboratorio/Entrenamiento de competencias. Elaboración del diagnóstico ocupacional. [Monografía en Internet].</p> <p>Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Moruno Miralles P.</p> <p>Título del libro: Terapia ocupacional en salud mental.</p> <p>Dirección web: Elsevier Masson. Disponible en: www.studentconsult.es</p> <p>Edición 1ª ed.</p> <p>Lugar de Publicación Barcelona.</p> <p>Fecha de publicación Octubre 2011.</p> <p>Editorial Elsevier Masson.</p> <p>ISBN 978-84-458-2101-5.</p> <p>Depósito Legal B.31.839-2011.</p>	<p>Cumple Criterio: Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).</p>

Título Laboratorio 2. Evaluación ocupacional, razonamiento clínico y diagnóstico ocupacional en salud mental. Laboratorio/Entrenamiento de competencias. Estrategias para la recogida de datos. [Monografía en Internet].

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Moruno Miralles P.

Título del libro: Terapia ocupacional en salud mental.

Dirección web: Elsevier Masson. Disponible en:

www.studentconsult.es

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Barcelona.

Fecha de publicación Octubre 2011.

Editorial Elsevier Masson.

ISBN 978-84-458-2101-5.

Depósito Legal B.31.839-2011.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Laboratorio 3. Evaluación ocupacional, razonamiento clínico y diagnóstico ocupacional en salud mental. Laboratorio/Entrenamiento de competencias. Describiendo las áreas ocupacionales. [Monografía en Internet].

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Moruno Miralles P.

Título del libro: Terapia ocupacional en salud mental.

Dirección web: Elsevier Masson. Disponible en:

www.studentconsult.es

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Barcelona.

Fecha de publicación Octubre 2011.

Editorial Elsevier Masson.

ISBN 978-84-458-2101-5.

Depósito Legal B.31.839-2011.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Laboratorio 4. Evaluación ocupacional, razonamiento clínico y diagnóstico ocupacional en salud mental. Laboratorio/Entrenamiento de competencias. Uso de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) en búsqueda de bases de datos. [Monografía en Internet].

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Moruno Miralles P.

Título del libro: Terapia ocupacional en salud mental.

Dirección web: Elsevier Masson. Disponible en:

www.studentconsult.es

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Barcelona.

Fecha de publicación Octubre 2011.

Editorial Elsevier Masson.

ISBN 978-84-458-2101-5.

Depósito Legal B.31.839-2011.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Laboratorio 5. Evaluación ocupacional/Planificación, estrategias y niveles y tipos de intervención. Gestión de casos clínicos I. [Monografía en Internet].

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Moruno Miralles P.

Título del libro: Terapia ocupacional en salud mental.

Dirección web: Elsevier Masson. Disponible en:

www.studentconsult.es

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Barcelona.

Fecha de publicación Octubre 2011.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Editorial Elsevier Masson.

ISBN 978-84-458-2101-5.

Depósito Legal B.31.839-2011.

Título Caso 1. Aplicación del Marco para la práctica de la terapia ocupacional: dominios y procesos. [Monografía en Internet].

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Moruno Miralles P.

Título del libro: Terapia ocupacional en salud mental.

Dirección web: Elsevier Masson. Disponible en:

www.studentconsult.es

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Barcelona.

Fecha de publicación Octubre 2011.

Editorial Elsevier Masson.

ISBN 978-84-458-2101-5.

Depósito Legal B.31.839-2011.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Caso 2. Caso de Modesto I. [Monografía en Internet].

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Moruno Miralles P.

Título del libro: Terapia ocupacional en salud mental.

Dirección web: Elsevier Masson. Disponible en:

www.studentconsult.es

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Barcelona.

Fecha de publicación Octubre 2011.

Editorial Elsevier Masson.

ISBN 978-84-458-2101-5.

Depósito Legal B.31.839-2011.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Laboratorio 1. Planificación, estrategias y niveles. Laboratorio/Entrenamiento de competencias. Gestión de la planificación de la intervención. [Monografía en Internet].

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Moruno Miralles P.

Título del libro: Terapia ocupacional en salud mental.

Dirección web: Elsevier Masson. Disponible en:

www.studentconsult.es

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Barcelona.

Fecha de publicación Octubre 2011.

Editorial Elsevier Masson.

ISBN 978-84-458-2101-5.

Depósito Legal B.31.839-2011.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Laboratorio 2. Planificación, estrategias y niveles. Gestión de la planificación de la intervención. Laboratorio/Entrenamiento de competencias. Gestión de abordajes, tipos, modalidades y técnicas de intervención. [Monografía en Internet].

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Moruno Miralles P.

Título del libro: Terapia ocupacional en salud mental.

Dirección web: Elsevier Masson. Disponible en:

www.studentconsult.es

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Barcelona.

Fecha de publicación Octubre 2011.

Editorial Elsevier Masson.

ISBN 978-84-458-2101-5.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Depósito Legal B.31.839-2011.

Título Laboratorio 3. Evaluación ocupacional/planificación, estrategias y niveles y tipos de intervención. Laboratorio/entrenamiento de competencias. Gestión de casos clínicos II. [Monografía en Internet].

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Moruno Miralles P.

Título del libro: Terapia ocupacional en salud mental.

Dirección web: Elsevier Masson. Disponible en: www.studentconsult.es

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Barcelona.

Fecha de publicación Octubre 2011.

Editorial Elsevier Masson.

ISBN 978-84-458-2101-5.

Depósito Legal B.31.839-2011.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).

Título Caso 1. Caso de Modesto II. [Monografía en Internet].

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Moruno Miralles P.

Título del libro: Terapia ocupacional en salud mental.

Dirección web: Elsevier Masson. Disponible en: www.studentconsult.es

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Barcelona.

Fecha de publicación Octubre 2011.

Editorial Elsevier Masson.

ISBN 978-84-458-2101-5.

Depósito Legal B.31.839-2011.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).

Título Caso 1. Caso de Modesto III. [Monografía en Internet].

Autores del capítulo Talavera Valverde MA.

Título del libro: Terapia ocupacional en salud mental.

Dirección web: Elsevier Masson. Disponible en: www.studentconsult.es

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Barcelona.

Fecha de publicación Octubre 2011.

Editorial Elsevier Masson.

ISBN 978-84-458-2101-5.

Depósito Legal B.31.839-2011.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).

Título Caso 1. Caso de Juan Carlos. [Monografía en Internet].

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Moruno Miralles P.

Título del libro: Terapia ocupacional en salud mental.

Dirección web: Elsevier Masson. Disponible en: www.studentconsult.es

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Barcelona.

Fecha de publicación Octubre 2011.

Editorial Elsevier Masson.

ISBN 978-84-458-2101-5.

Depósito Legal B.31.839-2011.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).

Título Laboratorio 1. Razonamiento clínico en terapia ocupacional en salud mental. Laboratorio/Entrenamiento de competencias. Identificar los diferentes tipos de razonamiento que se ponen en juego durante el proceso de evaluación ocupacional inicial. [Monografía en Internet].

Autores del capítulo Talavera Valverde MA, Moruno Miralles P.

Título del libro: Terapia ocupacional en salud mental.

Dirección web: Elsevier Masson. Disponible en:

www.studentconsult.es

Edición 1ª ed.

Lugar de Publicación Barcelona.

Fecha de publicación Octubre 2011.

Editorial Elsevier Masson.

ISBN 978-84-458-2101-5.

Depósito Legal B.31.839-2011.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

d) Autor de artículos de Revistas

Título Razonamiento clínico en terapia ocupacional.

Autor Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, Reyes Torres A.

Volumen 46.

Número 2.

Fecha de publicación en prensa

Publicación: Colombia Medica (Col Med).

Editorial Corporación Editora Medica Valle.

ISSN 1657-9534.

Tamaño: 1-16.

Localizada en:

- **Medline** Base de datos de bibliografía médica más amplia que existe. Producida por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. Actualmente reúne más de 15.000.000 citas.
- **Scielo** es un proyecto de biblioteca electrónica, iniciativa de la Fundación para el Apoyo a la Investigación del Estado de São Paulo, Brasil (*Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP*) y del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME), que permite la publicación electrónica de ediciones completas de las revistas científicas. El proyecto SciELO, cuenta con el apoyo de diversas instituciones nacionales e internacionales vinculadas a la edición y divulgación científica.
- **Isi Wos of Knowledge** Es un servicio en línea de información científica, suministrado por Thomson Reuters, integrado en ISI Web of Science, WOS.

Índices de impacto:

- **2013 JCR Science Edition** 0.077.
- **2013 JCR Science Edition 2008-2013:** 0.165.
- **SJR** 2006-2013: 0.13.
- **Cites per doc:** 2006-2013: 0.16.
- **Total Cites** 2006-2013: 39.

Cumple Criterio:

Journal
Citation
Report.

Título La muerte conceptualizada desde el razonamiento narrativo: Relato biográfico en el final de la vida

Autor Souto Gómez AI, Talavera Valverde MA.

Volumen 12.

Número 2.

Fecha de publicación 2015.

Publicación: Archivos de la memoria (Arch Memoria).

Editorial Fundación Index.

ISSN 1699-602X.

Tamaño: 1-4.

Localizada en:

- **CINAHL** es una base de datos especialmente diseñada para responder a las

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

necesidades de los profesionales de enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional, así como otros relacionados. Su equivalente impreso es el *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature*.

- **CUIDEN**: Base de datos bibliográfica de la Fundación Index que incluye producción científica sobre cuidados de salud en el espacio científico Iberoamericano.

Título Análisis del razonamiento narrativo de una terapeuta ocupacional en un dispositivo de salud mental.

Autor Souto Gómez AI, Talavera Valverde MA.

Volumen 12.

Número 2.

Fecha de publicación 2015.

Publicación: Archivos de la memoria (Arch Memoria).

Editorial Fundación Index.

ISSN 1699-602X.

Tamaño: 1-3.

Localizada en:

- **CINAHL** es una base de datos especialmente diseñada para responder a las necesidades de los profesionales de enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional, así como otros relacionados. Su equivalente impreso es el *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature*.
- **CUIDEN**: Base de datos bibliográfica de la Fundación Index que incluye producción científica sobre cuidados de salud en el espacio científico Iberoamericano.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Vivencia de un terapeuta ocupacional en una unidad de hospitalización breve

Autor Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI.

Volumen 12.

Número 1.

Fecha de publicación 2015.

Publicación: Archivos de la memoria (Arch Memoria).

Editorial Fundación Index.

ISSN 1699-602X.

Tamaño: 1-3.

Localizada en:

- **CINAHL** es una base de datos especialmente diseñada para responder a las necesidades de los profesionales de enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional, así como otros relacionados. Su equivalente impreso es el *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature*.
- **CUIDEN**: Base de datos bibliográfica de la Fundación Index que incluye producción científica sobre cuidados de salud en el espacio científico Iberoamericano.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Rigor de las publicaciones científicas en la gestión del razonamiento clínico como herramienta para la promoción de la terapia ocupacional.

Autor Talavera Valverde MA, Moruno Miralles P, Souto Gómez AI.

Volumen 11.

Número Suplemento 9.

Fecha de publicación 2014.

Editorial Revista Terapia Ocupacional Galicia. TOG (A Coruña)

www.revistatog.com

ISSN 1885-527X.

Localizada en:

- **Bases de datos:**
 - **ISOC**. Base de datos de ciencias sociales y humanidades del CSIC.
 - **OTDBASE**: Primera base de datos de revistas de terapia ocupacional a nivel internacional, siendo TOG la única publicación en castellano incluida.
 - **CUIDEN PLUS**: Base de datos bibliográfica de la Fundación Index que incluye

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

producción científica sobre cuidados de salud en el espacio científico Iberoamericano.

- **Dialnet:** portal bibliográfico en abierto de artículos científicos hispanos en Internet. Segundo portal con contenidos bibliográficos del mundo desde 2013.

• **Directorios:**

- **DOAJ:** Directory of open access journals. siendo TOG la única publicación en castellano incluida.
- **LATINDEX:** sistema de Información sobre las revistas de investigación científica, técnico-profesionales y de divulgación científica y cultural que se editan en los países de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Cumple con 33 de 36 criterios Latindex.
- **Portal de Revistas Científicas Dulcinea¹.** Dedicado al análisis de las condiciones de copyright de revistas y editoriales. Categoría Azul. Válido para acreditación ANECA.
- **Directorio de publicaciones científicas del CSIC:** Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Índices de impacto:

- **IN-RECS²:** Índice de impacto de las revistas españolas de ciencias sociales: área de psicología, 2010 hasta la actualidad, en **4º cuartil**.
- **CIR³:** Clasificación integrada de revistas científicas considerados por las agencias de evaluación nacionales como **CNEAI y ANECA:** categoría B.
- **MIAR⁴:** Information matrix for evaluating journals. Con ICDS: live: 3.954
- **H Index of history journals published in Spain according to Google Scholar Metrics (2007-2011)** Campos científicos y disciplinas de las revistas científicas españolas que figuran en Google Scholar Metrics (GSM), ordenadas de acuerdo al índice H. Mide impacto de la revista y su cobertura internacional. En el área de psicología: en 2013: H index 4 y Mediana H 5.

Título Razonamiento clínico y promoción de la terapia ocupacional, estándares de calidad para el desarrollo de la disciplina.

Autor Talavera Valverde MA.

Volumen 10.

Número Suplemento 8.

Fecha de publicación 2013.

Editorial Revista Terapia Ocupacional Galicia. TOG (A Coruña)

www.revistatog.com

ISSN 1885-527X.

Localizada en:

• **Bases de datos:**

- **ISOC.** Base de datos de ciencias sociales y humanidades del CSIC.
- **OTDBASE:** Primera base de datos de revistas de terapia ocupacional a nivel internacional, siendo TOG la única publicación en castellano incluida.
- **CUIDEN PLUS:** Base de datos bibliográfica de la Fundación Index que incluye producción científica sobre cuidados de salud en el espacio científico Iberoamericano.
- **Dialnet:** portal bibliográfico en abierto de artículos científicos hispanos en Internet. Segundo portal con contenidos bibliográficos del mundo desde 2013.

• **Directorios:**

- **DOAJ:** Directory of open access journals. siendo TOG la única publicación en castellano incluida.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).

1

Editorial:	Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales
ISSN:	1885-527X
URL:	http://www.revistatog.com
Categoría:	Ciencias de la salud
Tipo de acceso:	Gratuito
Mención específica de derechos:	Si
Ubicación de la mención de derechos:	Instrucciones autores
Tipo de licencia:	Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas 3.0 España
URL Instrucciones autores:	http://www.revistatog.com/normas.htm
¿Permite el auto-archivo?:	Si
Versión auto-archivo:	Post-print (versión editorial)
¿Cuándo?:	Inmediatamente después de la publicación
¿Dónde?:	Web personal, Repositorio Institucional, Repositorio temático
Color Romeo:	Azul
Enlaces a otros directorios:	DIALNET · DOAJ · MIAR · RCS

¹ Índice de Impacto de Revistas Españolas de Ciencias Sociales

² Clasificación Integrada de Revistas Científicas: La Clasificación Integrada de Revistas Científicas, tiene como objetivo la elaboración de una clasificación de revistas científicas de Ciencias Sociales y Humanas. Dicha clasificación, se confecciona en función de la calidad, integrando los productos de evaluación existente y considerada positivamente por las diferentes agencias de evaluación nacionales como **CNEAI y ANECA**. La clasificación resultante consta de cuatro grupos jerárquicos (gA, gB, gC, gD) en función de la visibilidad

⁴ **MIAR** is a system for quantitatively measuring the visibility of social science journals based on their presence in different types of databases. Those responsible for this project do not subscribe to any direct correlation between this value and other qualitative criteria such as the quality of the magazine, which can influence other factors.

- **LATINDEX**: sistema de Información sobre las revistas de investigación científica, técnico-profesionales y de divulgación científica y cultural que se editan en los países de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Cumple con 33 de 36 criterios Latindex.
- **Portal de Revistas Científicas Dulcinea**⁵. Dedicado al análisis de las condiciones de copyright de revistas y editoriales. Categoría Azul. Válido para acreditación ANECA.
- **Directorio de publicaciones científicas del CSIC**: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Índices de impacto:

- **IN-RECS**⁶: Índice de impacto de las revistas españolas de ciencias sociales: área de psicología, 2010 hasta la actualidad, en **4º cuartil**.
- **CIR**⁷: Clasificación integrada de revistas científicas considerados por las agencias de evaluación nacionales como **CNEAI y ANECA**: categoría B.
- **MIAR**⁸: Information matrix for evaluating journals. Con ICDS: live: 3.954
- **H Index of history journals published in Spain according to Google Scholar Metrics (2007-2011)** Campos científicos y disciplinas de las revistas científicas españolas que figuran en Google Scholar Metrics (GSM), ordenadas de acuerdo al índice H. Mide impacto de la revista y su cobertura internacional. En el área de psicología: en 2013: H index 4 y Mediana H 5.

Título Influencia de los distintos procesos de recogida de información en el diagnóstico ocupacional.

Autor Talavera Valverde MA.

Volumen 10.

Número Suplemento 8.

Fecha de publicación 2013.

Editorial Revista Terapia Ocupacional Galicia. TOG (A Coruña)

www.revistatog.com

ISSN 1885-527X.

Localizada en:

- **Bases de datos:**
 - **ISOC**. Base de datos de ciencias sociales y humanidades del CSIC.
 - **OTDBASE**: Primera base de datos de revistas de terapia ocupacional a nivel internacional, siendo TOG la única publicación en castellano incluida.
 - **CUIDEN PLUS**: Base de datos bibliográfica de la Fundación Index que incluye producción científica sobre cuidados de salud en el espacio científico Iberoamericano.
 - **Dialnet**: portal bibliográfico en abierto de artículos científicos hispanos en Internet. Segundo portal con contenidos bibliográficos del mundo desde 2013.
- **Directorios:**
 - **DOAJ**: Directory of open access journals. siendo TOG la única publicación en castellano incluida.
 - **LATINDEX**: sistema de Información sobre las revistas de investigación científica, técnico-profesionales y de divulgación científica y cultural que se editan en los países de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Cumple con 33 de 36 criterios Latindex.
 - **Portal de Revistas Científicas Dulcinea**⁹. Dedicado al análisis de las condiciones de copyright de revistas y editoriales. Categoría Azul. Válido para acreditación ANECA.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

5

Editorial:	Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales
ISSN:	1885-527X
URL:	http://www.revistatog.com
Categoría:	Ciencias de la salud
Tipo de acceso:	Gratuito
Mención específica de derechos:	Si
Ubicación de la mención de derechos:	Instrucciones autores
Tipo de licencia:	Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivada 3.0 España
URL Instrucciones autores:	http://www.revistatog.com/normas.htm
¿Permite el auto-archivo?:	Si
Versión auto-archivo:	Post-print (versión editorial)
¿Cuándo?:	Inmediatamente después de la publicación
¿Dónde?:	Web personal, Repositorio Institucional, Repositorio temático
Color Romeo:	Azul
Enlaces a otros directorios:	DIALNET · DOAJ · MIAR · RCS

⁶ Índice de Impacto de Revistas Españolas de Ciencias Sociales

⁷ **Clasificación Integrada de Revistas Científicas**: La Clasificación Integrada de Revistas Científicas, tiene como objetivo la elaboración de una clasificación de revistas científicas de Ciencias Sociales y Humanas. Dicha clasificación, se confecciona en función de la calidad, integrando los productos de evaluación existente y considerada positivamente por las diferentes agencias de evaluación nacionales como **CNEAI y ANECA**. La clasificación resultante consta de cuatro grupos jerárquicos (gA, gB, gC, gD) en función de la visibilidad

⁸ **MIAR** is a system for quantitatively measuring the visibility of social science journals based on their presence in different types of databases. Those responsible for this project do not subscribe to any direct correlation between this value and other qualitative criteria such as the quality of the magazine, which can influence other factors.

9

- **Directorio de publicaciones científicas del CSIC:** Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Índices de impacto:

- **IN-RECS¹⁰:** Índice de impacto de las revistas españolas de ciencias sociales: área de psicología, 2010 hasta la actualidad, en 4º cuartil.
- **CIR¹¹:** Clasificación integrada de revistas científicas considerados por las agencias de evaluación nacionales como **CNEAI** y **ANECA**: categoría B.
- **MIAR¹²:** Information matrix for evaluating journals. Con ICDS: live: 3.954
- **H Index of history journals published in Spain according to Google Scholar Metrics (2007-2011)** Campos científicos y disciplinas de las revistas científicas españolas que figuran en Google Scholar Metrics (GSM), ordenadas de acuerdo al índice H. Mide impacto de la revista y su cobertura internacional. En el área de psicología: en 2013: H index 4 y Mediana H 5.

Título Formas de construir el razonamiento clínico o profesional.

Autor Talavera Valverde MA.

Volumen 10.

Número 17.

Fecha de publicación: 2013

Editorial Revista Terapia Ocupacional Galicia. TOG (A Coruña)

www.revistatog.com

ISSN 1885-527X.

Localizada en:

- **Bases de datos:**
 - **ISOC.** Base de datos de ciencias sociales y humanidades del CSIC.
 - **OTDBASE:** Primera base de datos de revistas de terapia ocupacional a nivel internacional, siendo TOG la única publicación en castellano incluida.
 - **CUIDEN PLUS:** Base de datos bibliográfica de la Fundación Index que incluye producción científica sobre cuidados de salud en el espacio científico Iberoamericano.
 - **Dialnet:** portal bibliográfico en abierto de artículos científicos hispanos en Internet. Segundo portal con contenidos bibliográficos del mundo desde 2013.
- **Directorios:**
 - **DOAJ:** Directory of open access journals. siendo TOG la única publicación en castellano incluida.
 - **LATINDEX:** sistema de Información sobre las revistas de investigación científica, técnico-profesionales y de divulgación científica y cultural que se editan en los países de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Cumple con 33 de 36 criterios Latindex.
 - **Portal de Revistas Científicas Dulcinea¹³.** Dedicado al análisis de las condiciones de copyright de revistas y editoriales. Categoría Azul. Válido para acreditación ANECA.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).

Editorial:	Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales
ISSN:	1885-527X
URL:	http://www.revistatog.com
Categoría:	Ciencias de la salud
Tipo de acceso:	Gratis
Mención específica de derechos:	SI
Ubicación de la mención de derechos:	Instrucciones autores
Tipo de licencia:	Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 España
URL Instrucciones autores:	http://www.revistatog.com/normas.htm
¿Permite el auto-archivo?:	SI
Versión auto-archivo:	Post-print (versión editorial)
¿Cuándo?:	Inmediatamente después de la publicación
¿Dónde?:	Web personal, Repositorio Institucional, Repositorio temático
Color Romeo:	Azul
Enlaces a otros directorios:	DIALNET · DOAJ · MIAR · RCS

¹⁰ Índice de Impacto de Revistas Españolas de Ciencias Sociales

¹¹ **Clasificación Integrada de Revistas Científicas:** La Clasificación Integrada de Revistas Científicas, tiene como objetivo la elaboración de una clasificación de revistas científicas de Ciencias Sociales y Humanas. Dicha clasificación, se confecciona en función de la calidad, integrando los productos de evaluación existente y considerada positivamente por las diferentes agencias de evaluación nacionales como **CNEAI** y **ANECA**. La clasificación resultante consta de cuatro grupos jerárquicos (gA, gB, gC, gD) en función de la visibilidad

¹² **MIAR** is a system for quantitatively measuring the visibility of social science journals based on their presence in different types of databases. Those responsible for this project do not subscribe to any direct correlation between this value and other qualitative criteria such as the quality of the magazine, which can influence other factors.

¹³

Editorial:	Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales
ISSN:	1885-527X
URL:	http://www.revistatog.com
Categoría:	Ciencias de la salud
Tipo de acceso:	Gratis
Mención específica de derechos:	SI
Ubicación de la mención de derechos:	Instrucciones autores
Tipo de licencia:	Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 España
URL Instrucciones autores:	http://www.revistatog.com/normas.htm
¿Permite el auto-archivo?:	SI
Versión auto-archivo:	Post-print (versión editorial)
¿Cuándo?:	Inmediatamente después de la publicación
¿Dónde?:	Web personal, Repositorio Institucional, Repositorio temático
Color Romeo:	Azul
Enlaces a otros directorios:	DIALNET · DOAJ · MIAR · RCS

- **Directorio de publicaciones científicas del CSIC:** Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Índices de impacto:

- **IN-RECS¹⁴:** Índice de impacto de las revistas españolas de ciencias sociales: área de psicología, 2010 hasta la actualidad, en **4º cuartil**.
- **CIR¹⁵:** Clasificación integrada de revistas científicas considerados por las agencias de evaluación nacionales como **CNEAI y ANECA:** categoría B.
- **MIAR¹⁶:** Information matrix for evaluating journals. Con ICDS: live: 3.954
- **H Index of history journals published in Spain according to Google Scholar Metrics (2007-2011)** Campos científicos y disciplinas de las revistas científicas españolas que figuran en Google Scholar Metrics (GSM), ordenadas de acuerdo al índice H. Mide impacto de la revista y su cobertura internacional. En el área de psicología: en 2013: H index 4 y Mediana H 5.

Título Revisión sistemática de la literatura científica sobre evaluación ocupacional.

Autor Talavera Valverde MA.

Volumen 6.

Número Suplemento 5.

Fecha de publicación Diciembre 2009.

Editorial Revista Terapia Ocupacional Galicia. TOG (A Coruña)

www.revistatog.com

ISSN 1885-527X.

Localizada en:

• Bases de datos:

- **ISOC:** Base de datos de ciencias sociales y humanidades del CSIC.
- **OTDBASE:** Primera base de datos de revistas de terapia ocupacional a nivel internacional, siendo TOG la única publicación en castellano incluida.
- **CUIDEN PLUS:** Base de datos bibliográfica de la Fundación Index que incluye producción científica sobre cuidados de salud en el espacio científico Iberoamericano.
- **Dialnet:** portal bibliográfico en abierto de artículos científicos hispanos en Internet. Segundo portal con contenidos bibliográficos del mundo desde 2013.

• Directorios:

- **DOAJ:** Directory of open access journals. siendo TOG la única publicación en castellano incluida.
- **LATINDEX:** sistema de Información sobre las revistas de investigación científica, técnico-profesionales y de divulgación científica y cultural que se editan en los países de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Cumple con 33 de 36 criterios Latindex.
- **Portal de Revistas Científicas Dulcinea¹⁷.** Dedicado al análisis de las condiciones de copyright de revistas y editoriales. Categoría Azul. Válido para acreditación **ANECA**.
- **Directorio de publicaciones científicas del CSIC:** Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Índices de impacto:

- **IN-RECS¹⁸:** Índice de impacto de las revistas españolas de ciencias sociales: área de psicología, 2010 hasta la actualidad, en **4º cuartil**.
- **CIR¹⁹:** Clasificación integrada de revistas científicas considerados por las agencias de evaluación nacionales como **CNEAI y ANECA:** categoría B.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).

¹⁴ Índice de Impacto de Revistas Españolas de Ciencias Sociales

¹⁵ **Clasificación Integrada de Revistas Científicas:** La Clasificación Integrada de Revistas Científicas, tiene como objetivo la elaboración de una clasificación de revistas científicas de Ciencias Sociales y Humanas. Dicha clasificación, se confecciona en función de la calidad, integrando los productos de evaluación existente y considerada positivamente por las diferentes agencias de evaluación nacionales como **CNEAI y ANECA**. La clasificación resultante consta de cuatro grupos jerárquicos (gA, gB, gC, gD) en función de la visibilidad

¹⁶ **MIAR** is a system for quantitatively measuring the visibility of social science journals based on their presence in different types of databases. Those responsible for this project do not subscribe to any direct correlation between this value and other qualitative criteria such as the quality of the magazine, which can influence other factors.

¹⁷

Editorial:

ISSN:

URL:

Categoría:

Tipo de acceso:

Mención específica de derechos:

Ubicación de la mención de derechos:

Tipo de licencia:

URL Instrucciones autores:

¿Permite el auto-archivo?:

Versión auto-archivo:

¿Cuándo?:

¿Dónde?:

Color Romeo:

Enlaces a otros directorios:

¹⁸ Índice de Impacto de Revistas Españolas de Ciencias Sociales

Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales

1885-527X

<http://www.revistatog.com>

Ciencias de la salud

Gratuito

Si

Instrucciones autores

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 España

<http://www.revistatog.com/normas.htm>

Si

Post-print (versión editorial)

Inmediatamente después de la publicación

Web personal, Repositorio Institucional, Repositorio temático

Azul

[DIALNET](#) · [DOAJ](#) · [MIAR](#) · [RCS](#)

- **MIAR**²⁰: Information matrix for evaluating journals. Con ICDS: live: 3.954
- **H Index of history journals published in Spain according to Google Scholar Metrics (2007-2011)** Campos científicos y disciplinas de las revistas científicas españolas que figuran en Google Scholar Metrics (GSM), ordenadas de acuerdo al índice H. Mide impacto de la revista y su cobertura internacional. En el área de psicología: en 2013: H index 4 y Mediana H 5.

Título Estructurar el conocimiento clave en la práctica de la terapia ocupacional.

Autor Talavera Valverde MA.

Volumen 6.

Número Numero 9.

Fecha de publicación 2009.

Editorial Revista Terapia Ocupacional Galicia. TOG (A Coruña)

www.revistatog.com

ISSN 1885-527X.

Localizada en:

• **Bases de datos:**

- **ISOC.** Base de datos de ciencias sociales y humanidades del CSIC.
- **OTDBASE:** Primera base de datos de revistas de terapia ocupacional a nivel internacional, siendo TOG la única publicación en castellano incluida.
- **CUIDEN PLUS:** Base de datos bibliográfica de la Fundación Index que incluye producción científica sobre cuidados de salud en el espacio científico Iberoamericano.
- **Dialnet:** portal bibliográfico en abierto de artículos científicos hispanos en Internet. Segundo portal con contenidos bibliográficos del mundo desde 2013.

• **Directorios:**

- **DOAJ:** Directory of open access journals. siendo TOG la única publicación en castellano incluida.
- **LATINDEX:** sistema de Información sobre las revistas de investigación científica, técnico-profesionales y de divulgación científica y cultural que se editan en los países de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Cumple con 33 de 36 criterios Latindex.
- **Portal de Revistas Científicas Dulcinea**²¹. Dedicado al análisis de las condiciones de copyright de revistas y editoriales. Categoría Azul. Válido para acreditación ANECA.
- **Directorio de publicaciones científicas del CSIC:** Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Índices de impacto:

- **IN-RECS**²²: Índice de impacto de las revistas españolas de ciencias sociales: área de psicología, 2010 hasta la actualidad, en **4º cuartil**.
- **CIR**²³: Clasificación integrada de revistas científicas considerados por las agencias de evaluación nacionales como **CNEAI** y **ANECA**: categoría B.
- **MIAR**²⁴: Information matrix for evaluating journals. Con ICDS: live: 3.954
- **H Index of history journals published in Spain according to Google Scholar Metrics (2007-2011)** Campos científicos y disciplinas de las revistas científicas

Cumple Criterio:

Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).

¹⁹ **Clasificación Integrada de Revistas Científicas:** La Clasificación Integrada de Revistas Científicas, tiene como objetivo la elaboración de una clasificación de revistas científicas de Ciencias Sociales y Humanas. Dicha clasificación, se confecciona en función de la calidad, integrando los productos de evaluación existente y considerada positivamente por las diferentes agencias de evaluación nacionales como **CNEAI** y **ANECA**. La clasificación resultante consta de cuatro grupos jerárquicos (gA, gB, gC, gD) en función de la visibilidad

²⁰ **MIAR** is a system for quantitatively measuring the visibility of social science journals based on their presence in different types of databases. Those responsible for this project do not subscribe to any direct correlation between this value and other qualitative criteria such as the quality of the magazine, which can influence other factors.

Editorial:

ISSN:

URL:

Categoría:

Tipo de acceso:

Mención específica de derechos:

Ubicación de la mención de derechos:

Tipo de licencia:

URL Instrucciones autores:

¿Permite el auto-archivo?:

Versión auto-archivo:

¿Cuándo?:

¿Dónde?:

Color Romeo:

Enlaces a otros directorios:

Índice de Impacto de Revistas Españolas de Ciencias Sociales

²² **Clasificación Integrada de Revistas Científicas:** La Clasificación Integrada de Revistas Científicas, tiene como objetivo la elaboración de una clasificación de revistas científicas de Ciencias Sociales y Humanas. Dicha clasificación, se confecciona en función de la calidad, integrando los productos de evaluación existente y considerada positivamente por las diferentes agencias de evaluación nacionales como **CNEAI** y **ANECA**. La clasificación resultante consta de cuatro grupos jerárquicos (gA, gB, gC, gD) en función de la visibilidad

²⁴ **MIAR** is a system for quantitatively measuring the visibility of social science journals based on their presence in different types of databases. Those responsible for this project do not subscribe to any direct correlation between this value and other qualitative criteria such as the quality of the magazine, which can influence other factors.

Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales

1885-527X

<http://www.revistatog.com>

Ciencias de la salud

Gratuito

SI

Instrucciones autores

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas 3.0 España

<http://www.revistatog.com/normas.htm>

SI

Post-print (versión editorial)

Inmediatamente después de la publicación

Web personal, Repositorio Institucional, Repositorio temático

Azul

[DIALNET](#) · [DOAJ](#) · [MIAR](#) · [RCS](#)

españolas que figuran en Google Scholar Metrics (GSM), ordenadas de acuerdo al índice H. Mide impacto de la revista y su cobertura internacional. En el área de psicología: en 2013: H index 4 y Mediana H 5.

Título Razonamiento clínico en terapia ocupacional en salud mental. Una medida de salud.

Autor Talavera Valverde MA.

Número Numero 53.

Fecha de publicación diciembre 2010.

Editorial Revista de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO). (Rev Ter Ocup).

M-5911-1995

ISSN 1575-5606.

Tamaño 60-71 páginas.

Localizada en:

- Localizada en las bases de datos:
 - **CUIDEN y CUIDEN PLUS:** Base de Datos Bibliográfica de la Fundación Index que incluye producción científica sobre Cuidados de Salud en el espacio científico Iberoamericano.
- Localizada en los repositorios institucionales:
 - **Dialnet:** hemeroteca de artículos científicos hispanos en Internet . Segundo portal con contenidos bibliográficos del mundo desde 2013.
- Localización en bases de revistas de organismos oficiales:
 - **Directorio de publicaciones científicas del CSIC:** Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título Razonamiento clínico en terapia ocupacional.

Autor Talavera Valverde MA.

Volumen 59.

Número Numero 1.

Fecha de publicación mayo 2009.

Editorial World Federation of Occupational Therapists Bulletin (WOFT Bull).

ISSN 1447-3828.

Tamaño 53-60 páginas.

Localizada en:

- Localizada en las bases de datos:
 - **OTDBASE:** Primera base de datos de revistas de terapia ocupacional a nivel internacional.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

Título El razonamiento clínico clave en el desarrollo de la terapia ocupacional.

Autor Talavera Valverde MA.

Volumen 5.

Número Numero 7.

Fecha de publicación febrero 2009.

Editorial Revista Terapia Ocupacional Galicia. TOG (A Coruña)
www.revistatog.com

ISSN 1885-527X.

Localizada en:

- **Bases de datos:**
 - **ISOC.** Base de datos de ciencias sociales y humanidades del CSIC.
 - **OTDBASE:** Primera base de datos de revistas de terapia ocupacional a nivel internacional, siendo TOG la única publicación en castellano incluida.
 - **CUIDEN PLUS:** Base de datos bibliográfica de la Fundación Index que incluye producción científica sobre cuidados de salud en el espacio científico Iberoamericano.
 - **Dialnet:** portal bibliográfico en abierto de artículos científicos hispanos en Internet. Segundo portal con contenidos bibliográficos del mundo desde 2013.
- **Directorios:**
 - **DOAJ:** Directory of open access journals. siendo TOG la única publicación en

Cumple Criterio:

Comisión Nacional
Evaluadora de la
Actividad
Investigadora
(CNEAI).

castellano incluida.

- **LATINDEX**: sistema de Información sobre las revistas de investigación científica, técnico-profesionales y de divulgación científica y cultural que se editan en los países de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Cumple con 33 de 36 criterios Latindex.
- **Portal de Revistas Científicas Dulcinea**²⁵. Dedicado al análisis de las condiciones de copyright de revistas y editoriales. Categoría Azul. Válido para acreditación **ANECA**.
- **Directorio de publicaciones científicas del CSIC**: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Índices de impacto:

- **IN-RECS**²⁶: Índice de impacto de las revistas españolas de ciencias sociales: área de psicología, 2010 hasta la actualidad, en **4º cuartil**.
- **CIR**²⁷: Clasificación integrada de revistas científicas considerados por las agencias de evaluación nacionales como **CNEAI** y **ANECA**: categoría B.
- **MIAR**²⁸: Information matrix for evaluating journals. Con ICDS: live: 3.954
- **H Index of history journals published in Spain according to Google Scholar Metrics (2007-2011)** Campos científicos y disciplinas de las revistas científicas españolas que figuran en Google Scholar Metrics (GSM), ordenadas de acuerdo al índice H. Mide impacto de la revista y su cobertura internacional. En el área de psicología: en 2013: H index 4 y Mediana H 5.

Título Evaluación ocupacional. El establecimiento de un estándar de práctica.

Autor Talavera Valverde MA.

Volumen 6.

Número Suplemento 5.

Fecha de publicación diciembre 2009.

Editorial Revista Terapia Ocupacional Galicia. TOG (A Coruña)

www.revistatog.com

ISSN 1885-527X.

Localizada en:

• Bases de datos:

- **ISOC**. Base de datos de ciencias sociales y humanidades del CSIC.
- **OTDBASE**: Primera base de datos de revistas de terapia ocupacional a nivel internacional, siendo TOG la única publicación en castellano incluida.
- **CUIDEN PLUS**: Base de datos bibliográfica de la Fundación Index que incluye producción científica sobre cuidados de salud en el espacio científico Iberoamericano.
- **Dialnet**: portal bibliográfico en abierto de artículos científicos hispanos en Internet. Segundo portal con contenidos bibliográficos del mundo desde 2013.

• Directorios:

- **DOAJ**: Directory of open access journals. siendo TOG la única publicación en castellano incluida.
- **LATINDEX**: sistema de Información sobre las revistas de investigación científica, técnico-profesionales y de divulgación científica y cultural que se editan en los países de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Cumple con 33 de 36 criterios Latindex.
- **Portal de Revistas Científicas Dulcinea**²⁹. Dedicado al análisis de las condiciones de copyright de revistas y editoriales. Categoría Azul. Válido para acreditación **ANECA**.

Cumple Criterio:

Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI).

25

Editorial:	Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales
ISSN:	1885-527X
URL:	http://www.revistatog.com
Categoría:	Ciencias de la salud
Tipo de acceso:	Gratuito
Mención específica de derechos:	Sí
Ubicación de la mención de derechos:	Instrucciones autores
Tipo de licencia:	Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraderivada 3.0 España
URL Instrucciones autores:	http://www.revistatog.com/normas.htm
¿Permite el auto-archivo?:	Sí
Versión auto-archivo:	Post-print (versión editorial)
¿Cuándo?:	Inmediatamente después de la publicación
¿Dónde?:	Web personal, Repositorio Institucional, Repositorio temático
Color Romeo:	Azul
Enlaces a otros directorios:	DIALNET · DOAJ · MIAR · RCS

²⁵ Índice de Impacto de Revistas Españolas de Ciencias Sociales

²⁷ Clasificación Integrada de Revistas Científicas: La Clasificación Integrada de Revistas Científicas, tiene como objetivo la elaboración de una clasificación de revistas científicas de Ciencias Sociales y Humanas. Dicha clasificación, se confecciona en función de la calidad, integrando los productos de evaluación existente y considerada positivamente por las diferentes agencias de evaluación nacionales como **CNEAI** y **ANECA**. La clasificación resultante consta de cuatro grupos jerárquicos (gA, gB, gC, gD) en función de la visibilidad

²⁸ MIAR is a system for quantitatively measuring the visibility of social science journals based on their presence in different types of databases. Those responsible for this project do not subscribe to any direct correlation between this value and other qualitative criteria such as the quality of the magazine, which can influence other factors.

- **Directorio de publicaciones científicas del CSIC:** Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Índices de impacto:

- **IN-RECS³⁰:** Índice de impacto de las revistas españolas de ciencias sociales: área de psicología, 2010 hasta la actualidad, en **4º cuartil**.
- **CIR³¹:** Clasificación integrada de revistas científicas considerados por las agencias de evaluación nacionales como **CNEAI y ANECA:** categoría B.
- **MIAR³²:** Information matrix for evaluating journals. Con ICDS: live: 3.954
- **H Index of history journals published in Spain according to Google Scholar Metrics (2007-2011)** Campos científicos y disciplinas de las revistas científicas españolas que figuran en Google Scholar Metrics (GSM), ordenadas de acuerdo al índice H. Mide impacto de la revista y su cobertura internacional. En el área de psicología: en 2013: H index 4 y Mediana H 5.

11.1.4.3. Conferencias a Congresos

a) Conferencias a Congresos Internacionales

Autor Souto Gómez AI, Talavera Valverde MA, Moruno Miralles P, Reyes Torres A.

Título Introducción al razonamiento clínico o profesional en terapia ocupacional

Categoría Conferencia internacional.

Título del Congreso XVI Congreso Virtual de Psiquiatría.com

Organizado www.psiquiatria.com.

Acreditado www.psiquiatria.com. Reconocimiento de Interés Sanitario y el aval de la World Psychiatric Association (WPA) y de la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP),

Carácter Internacional.

Fechas 1 al 28 de febrero 2015.

Autor Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI, Moruno Miralles P, Reyes Torres A.

Título Evolución de los diferentes razonamientos clínicos en terapia ocupacional

Categoría Conferencia internacional.

Título del Congreso XVI Congreso Virtual de Psiquiatría.com

Organizado www.psiquiatria.com.

Acreditado www.psiquiatria.com. Reconocimiento de Interés Sanitario y el aval de la World Psychiatric Association (WPA) y de la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP),

Carácter Internacional.

Fechas 1 al 28 de febrero 2015.

Autor: Talavera Valverde MA, Souto Gómez AI, Moruno Miralles P, Reyes Torres A.

Título Docencia del razonamiento clínico en estudiantes de terapia ocupacional

Categoría Conferencia internacional.

29

Editorial:	Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales
ISSN:	1885-527X
URL:	http://www.revistatog.com
Categoría:	Ciencias de la salud
Tipo de acceso:	Gratuito
Mención específica de derechos:	SI
Ubicación de la mención de derechos:	Instrucciones autores
Tipo de licencia:	Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 España
URL Instrucciones autores:	http://www.revistatog.com/normas.htm
¿Permite el auto-archivo?:	SI
Versión auto-archivo:	Post-print (versión editorial)
¿Cuándo?:	Inmediatamente después de la publicación
¿Dónde?:	Web personal, Repositorio Institucional, Repositorio temático
Color Romeo:	Azul
Enlaces a otros directorios:	DIALNET · DOAJ · MIAR · RCS

³⁰ Índice de Impacto de Revistas Españolas de Ciencias Sociales

³¹ **Clasificación Integrada de Revistas Científicas:** La Clasificación Integrada de Revistas Científicas, tiene como objetivo la elaboración de una clasificación de revistas científicas de Ciencias Sociales y Humanas. Dicha clasificación, se confecciona en función de la calidad, integrando los productos de evaluación existente y considerada positivamente por las diferentes agencias de evaluación nacionales como **CNEAI y ANECA**. La clasificación resultante consta de cuatro grupos jerárquicos (gA, gB, gC, gD) en función de la visibilidad

³² **MIAR** is a system for quantitatively measuring the visibility of social science journals based on their presence in different types of databases. Those responsible for this project do not subscribe to any direct correlation between this value and other qualitative criteria such as the quality of the magazine, which can influence other factors.

Título del Congreso XVI Congreso Virtual de Psiquiatría.com

Organizado www.psiquiatria.com.

Acreditado www.psiquiatria.com. Reconocimiento de Interés Sanitario y el aval de la World Psychiatric Association (WPA) y de la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP),

Carácter Internacional

Fechas 1 al 28 de febrero 2015.

Autor Talavera Valverde MA.

Título Ocupación y salud ejes de la cotidianidad, uso del razonamiento clínico para promoverlos.

Categoría Conferencia internacional.

Congreso IV encuentro Colombiano de estudiantes de terapia ocupacional "Uniando conocimientos enlazando experiencias"

Organiza Universidad Mariana. San Juan de Pasto. Colombia

Carácter Internacional

Fecha abril 2014.

Autor Talavera Valverde MA.

Título Evaluación ocupacional y razonamiento clínico.

Categoría Conferencia internacional.

Congreso IV encuentro Colombiano de estudiantes de terapia ocupacional "Uniando conocimientos enlazando experiencias"

Organiza Universidad Mariana. San Juan de Pasto. Colombia

Carácter Internacional

Fecha abril 2014.

Autor Talavera Valverde MA.

Título Diagnóstico ocupacional.

Categoría Conferencia internacional.

Congreso IV encuentro Colombiano de estudiantes de terapia ocupacional "Uniando conocimientos enlazando experiencias"

Organiza Universidad Mariana. San Juan de Pasto. Colombia

Carácter Internacional

Fecha abril 2014.

Autor Talavera Valverde MA.

Título Procesos de terapia ocupacional para la gestión del pensamiento profesional.

Categoría Conferencia internacional.

Congreso IV encuentro Colombiano de estudiantes de terapia ocupacional "Uniando conocimientos enlazando experiencias"

Organiza Universidad Mariana. San Juan de Pasto. Colombia

Carácter Internacional

Fecha abril 2014.

Autor Talavera Valverde MA.

Título Escritura científica y razonamiento clínico para la promoción de la terapia ocupacional.

Categoría Conferencia internacional.

Congreso IV encuentro Colombiano de estudiantes de terapia ocupacional "Uniando conocimientos enlazando experiencias"

Organiza Universidad Mariana. San Juan de Pasto. Colombia

Carácter Internacional

Fecha abril 2014.

11.1.4.4. Ponencias a Congresos

a) Ponencias a Congresos Internacionales

Autor Talavera Valverde MA.

Título Rigor de las publicaciones científicas en la gestión del razonamiento clínico como herramienta para la promoción de la terapia ocupacional.

Categoría Ponencia internacional

Congreso III Congreso Internacional de estudiantes de terapia ocupacional.

Organiza Universidad Miguel Hernández. Alicante.

Carácter Internacional

Fecha mayo 2013.

b) Ponencias a Congresos Nacionales

Autor Talavera Valverde MA

Título Razonamiento clínico y promoción de la terapia ocupacional, estándares de calidad para el desarrollo de la disciplina.

Categoría Ponencia

Congreso XIII Congreso de estudiantes de terapia ocupacional.

Organiza Universidad de Extremadura

Carácter Nacional

Fecha marzo 2013.

11.1.4.5. Comunicaciones a Congresos

a) Comunicaciones a Congresos nacionales

Autor Talavera Valverde MA.

Título Influencia de los distintos procesos de recogida de información en el diagnóstico ocupacional.

Categoría Comunicación.

Congreso XIII Congreso nacional de estudiantes de terapia ocupacional.

Organiza Universidad de Extremadura.

Carácter Nacional.

Fecha 2013.

Autor Talavera Valverde MA.

Título Razonamiento clínico en terapia ocupacional en salud mental. Una medida de salud.

Categoría Comunicación.

Congreso XII Jornadas estatales de terapia ocupacional: "otra realidad es posible. Salud mental en el año Europeo de lucha contra la pobreza y la exclusión social".

Organiza Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales.

Carácter Nacional.

Fecha octubre 2010.

11.1.4.6. Pertenencia a Comités de publicaciones científicas de carácter Internacional

Cargo Coordinador Sección Casos Clínicos.

Publicación Revista Terapia Ocupacional Galicia. TOG (A Coruña) www.revistatog.com

Carácter Internacional.

Año febrero 2008 hasta la actualidad.

ISSN 1885-527X.

Localizada en:

- **Bases de datos:**
 - **ISOC:** Base de datos de ciencias sociales y humanidades del CSIC.
 - **OTDBASE:** Primera base de datos de revistas de terapia ocupacional a nivel internacional, siendo TOG la única publicación en castellano incluida.
 - **CUIDEN PLUS:** Base de datos bibliográfica de la Fundación Index que incluye producción científica sobre cuidados de salud en el espacio científico Iberoamericano.
 - **Dialnet:** portal bibliográfico en abierto de artículos científicos hispanos en Internet. Segundo portal con contenidos bibliográficos del mundo desde 2013.
- **Directorios:**
 - **DOAJ:** Directory of open access journals. siendo TOG la única publicación en castellano incluida.
 - **LATINDEX:** sistema de Información sobre las revistas de investigación científica, técnico-profesionales y de divulgación científica y cultural que se editan en los países de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Cumple con 33 de 36 criterios Latindex.
 - **Portal de Revistas Científicas Dulcinea**³³. Dedicado al análisis de las condiciones de copyright de revistas y editoriales. Categoría Azul. Válido para acreditación **ANECA**.
 - **Directorio de publicaciones científicas del CSIC:** Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Índices de impacto:

- **IN-RECS**³⁴: Índice de impacto de las revistas españolas de ciencias sociales: área de psicología, 2010 hasta la actualidad, en **4º cuartil**.
- **CIR**³⁵: Clasificación integrada de revistas científicas considerados por las agencias de evaluación nacionales como **CNEAI** y **ANECA**: categoría B.
- **MIAR**³⁶: Information matrix for evaluating journals. Con ICDS: live: 3.954
- **H Index of history journals published in Spain according to Google Scholar Metrics (2007-2011)** Campos científicos y disciplinas de las revistas científicas españolas que figuran en Google Scholar Metrics (GSM), ordenadas de acuerdo al índice H. Mide impacto de la revista y su cobertura internacional. En el área de psicología: en 2013: H index 4 y Mediana H 5.

33

Editorial:	Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales
ISSN:	1885-527X
URL:	http://www.revistatog.com
Categoría:	Ciencias de la salud
Tipo de acceso:	Gratuito
Mención específica de derechos:	Sí
Ubicación de la mención de derechos:	Instrucciones autores
Tipo de licencia:	Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 España
URL Instrucciones autores:	http://www.revistatog.com/normas.htm
¿Permite el auto-archivo?:	Sí
Versión auto-archivo:	Post-print (versión editorial)
¿Cuándo?:	Inmediatamente después de la publicación
¿Dónde?:	Web personal, Repositorio Institucional, Repositorio temático
Color Romeo:	Azul
Enlaces a otros directorios:	DIALNET · DOAJ · MIAR · RCS

³⁴ Índice de Impacto de Revistas Españolas de Ciencias Sociales

³⁵ Clasificación Integrada de Revistas Científicas: La Clasificación Integrada de Revistas Científicas, tiene como objetivo la elaboración de una clasificación de revistas científicas de Ciencias Sociales y Humanas. Dicha clasificación, se confecciona en función de la calidad, integrando los productos de evaluación existente y considerada positivamente por las diferentes agencias de evaluación nacionales como **CNEAI** y **ANECA**. La clasificación resultante consta de cuatro grupos jerárquicos (gA, gB, gC, gD) en función de la visibilidad

³⁶ **MIAR** is a system for quantitatively measuring the visibility of social science journals based on their presence in different types of databases. Those responsible for this project do not subscribe to any direct correlation between this value and other qualitative criteria such as the quality of the magazine, which can influence other factors.

11.1.5. Otros méritos relacionado con el eje central de la tesis

a) Cursos impartidos

Título Evaluación ocupacional una medida de salud. Diagnóstico ocupacional/marco de la AOTA.

Tipo: Curso de formación.

Labor Docente.

Organizado Universidad de Burgos y acreditada por el sistema de formación de las profesiones sanitarias.

Acreditado Universidad de Burgos y acreditada por el sistema de formación de las profesiones sanitarias con 3,4 créditos.

Carácter Nacional.

Fechas abril 2013.

Título Evaluación ocupacional una medida de salud. Diagnóstico ocupacional/marco de la AOTA.

Tipo: Curso de formación.

Labor Docente.

Organizado Universidad de Burgos y acreditada por el sistema de formación de las profesiones sanitarias.

Acreditado Universidad de Burgos y acreditada por el sistema de formación de las profesiones sanitarias.

Carácter Nacional.

Fechas mayo 2013.

Título Valoración con instrumentos en saúde mental dende a experiencia.

Tipo: Curso de formación.

Labor Docente.

Organizado Xestión Integrada de Ferrol. Comisión de docencia del Servicio de Salud Mental de Ferrol.

Acreditado Solicitada acreditación por la comisión de Sistema de Acreditación de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Xunta de Galicia.

Carácter Nacional.

Fechas enero 2012- junio 2013

Título Marcos de referencia teóricos e modelos de práctica en terapia ocupacional. Xestión de saúde.

Tipo: Curso de formación.

Labor Docente.

Organizado Xestión Integrada de Ferrol y la Fundación Nova Santos de Ferrol.

Acreditado Acreditación por la comisión de Sistema de Acreditación de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Xunta de Galicia, avalado por la Fundación Nova Santos de Ferrol. Reconocido por la Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO) y la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de la Coruña.

Carácter Nacional.

Fechas octubre 2012- marzo 2013.

Título Modelos de práctica en terapia ocupacional. Celebrado en Santiago de Compostela.

Tipo: Curso de formación.

Labor Docente.

Organizado Fundación Escola Galega de Administraciones Sanitarias (FEGAS).
Acreditado sistema acreditador de la formación continuada de las profesiones sanitarias de la comunidad autónoma de Galicia.
Carácter Nacional.
Fechas noviembre 2010.

Título Formación de evaluación ocupacional para terapeutas ocupacionales.

Tipo: Curso de formación.

Labor Docente.

Organizado Servicio Gallego de Salud. Ferrol.

Acreditado sistema acreditador de la formación continuada de las profesiones sanitarias de la comunidad autónoma de Galicia.

Carácter Nacional.

Fechas 2009.

11.1.5.2. Otros méritos de interés

a) Co-dirección de trabajos fines de grado

Autora: Dña. Ana Isabel Souto Gómez

Título: Análisis del pensamiento crítico de los estudiantes de trabajo social.

Tutor: D. Miguel Ángel Talavera Valverde.

Cotutor: Dña. Teresa Facal Fondo.

Grado: Curso puente de trabajo social.

Universidad: Universidad de Santiago de Compostela.

Calificación: 10.

Curso académico: 2014/2015.

b) Gestión de trabajo en Grupos Profesionales

Cargo Miembro del grupo.

Objetivo del grupo de trabajo desarrollo del Proyecto Profesional 3.0 dependiente de la Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Proyecto Saúde H2050.

Carácter Nacional.

Año desde el año 2012 hasta la actualidad.

Cargo Miembro del grupo.

Objetivo del grupo de trabajo Unificación del registro de los procedimientos de terapia ocupacional. Dependiente de la dirección provincial del SERGAS. Subdirección Xeral de procesos Asistenciais da División de Asistencia Sanitaria de Servicio Gallego de Salud.

Carácter Nacional.

Año desde el año 2012 hasta la actualidad.

