

DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL Y EL MARCO DE TRABAJO PARA LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

OCCUPATIONAL DIAGNOSIS AND THE WORKING FRAMEWORK FOR THE PRACTICE OF OCCUPATIONAL THERAPY



Miguel-Ángel Talavera-Valverde

Doctor en Ciencias de la Salud. MSc. Terapeuta ocupacional. Integrante de la unidad de investigación INTEGRA SAÚDE (UDC. España). Profesor Departamento de Ciencia de la Salud. Universidade da Coruña. España. Integrantes del grupo de investigación SINERGIA (UVALLE. Colombia). Terapeuta ocupacional en Xerencia Xestión Integrada Ferrol. España Director TOG (A Coruña) www.revistatog.com
<http://orcid.org/0000-0002-9817-373XE>



Ana-Isabel Souto-Gómez*

Phd Student. Terapeuta Ocupacional. Trabajadora Social. Integrante de la unidad de investigación INTEGRA SAÚDE UDC. A Coruña. España. Profesora de la Escuela Universitaria de Trabajo Social. Universidade de Santiago de Compostela. A Coruña. España. Editora adjunta. Coordinadora de Comité editorial y Secretaría de TOG (A Coruña)
<http://orcid.org/0000-0001-7907-0877>

E-mail de contacto anasogo@hotmail.es

*autora para la correspondencia



Pedro Moruno-Miralles

Terapeuta ocupacional. Doctor en psicología. Profesor titular de la Universidad de Castilla la Mancha. CEU Talavera de la Reina. Talavera de la Reina. Toledo. España.
<http://orcid.org/0000-0002-8733-8746>

Resumen cuando los y las terapeutas ocupacionales generamos hipótesis, estamos delineando nuestras líneas de reflexión en pro de la práctica profesional, y además estamos definiendo de forma clara: el que, el cómo, el donde y el cuándo. Esta gestión de hipótesis, en forma de razonamiento diagnóstico, genera respuestas relevantes para determinar la importancia de nuestro lenguaje profesional. En este documento podremos ver de forma específica como establecer un diagnóstico ocupacional utilizando los componentes desarrollados en el marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional.

Abstrac When occupational therapists generate hypotheses, we are outlining our lines of reflection in favor of professional practice, and we are also clearly defining: what, how, where and when. This hypothesis management, in the form of diagnostic reasoning, generates relevant answers to determine the importance of our professional language. In this document we can see specifically how to establish an occupational diagnosis using the components developed in the framework for the practice of occupational therapy.

DeCS Terapia ocupacional; Ocupaciones. **Palabras clave** Diagnóstico ocupacional **MeSH** Occupational therapy; Occupations. **Keywords** Occupational diagnosis

Publicado 15 febrero 2022

INTRODUCCIÓN

Al igual que el Dr. Gregory House (serie de televisión producida por la cadena FOX a comienzos del año 2004), el médico William Gowers en 1893⁽¹⁾, ya proponía a sus alumnos y alumnas, diferentes hipótesis del posible problema de salud para que ellos y ellas tras su pensamiento (razonamiento) determinaran entre una de ellas. Gowers, estaba realizando la primera formación en solución de problemas, gracias al razonamiento clínico, estaba desarrollando las destrezas de los alumnos y alumnas para establecer un árbol de toma de decisiones y pensar sobre el caso a estudio, con la idea de obtener la mejor de las opciones y poder tomar decisiones para su solución⁽¹⁾.

Una situación que parece tan cotidiana y que es como su palabra indica realizada todos los días en nuestras vidas personales (que ropa seleccionar para ponerse en invierno o verano, donde ir a comer, cruzar o no cruzar un paso de cebra, llamar por teléfono ahora o dejarlo para más tarde, entre otras), genera todo un mar de confusiones en la práctica de terapia ocupacional. Esta situación ya fue alertada por Rogers y Holmes⁽²⁾ en sus investigaciones realizadas desde el año 1982⁽²⁾ en donde se dieron cuenta que los y las terapeutas ocupacionales intervenían con las



personas de forma magistral pero fracasaban en el intento a la hora de explicar el motivo que les llevaba a intervenir de esa forma y cuál era el problema en el desempeño ocupacional que les llevaba a desarrollar su intervención. Estas investigaciones, entre otras cosas, dieron lugar al razonamiento diagnóstico.

CONCEPTO DE DIAGNÓSTICO

Moruno y Talavera⁽³⁾, creen que lo importante no es tanto el término a utilizar, si no semánticamente, la riqueza del producto del mismo y su utilidad. Queremos decir, que sintácticamente, diagnóstico, quizás sea un término que nos asocie con determinados planteamientos teóricos, pero en líneas generales, lo que proponemos, es que el o la estudiante, profesional o docente, entre otros, tengan en cuenta que el momento de describir un diagnóstico ocupacional, es el momento de la reflexión y de la validación de hipótesis que aparecen tras la lectura de los datos recogidos a lo largo de la evaluación ocupacional o en fases concretas de la misma⁽¹⁾. Además, como veremos más adelante en este tema, el diagnóstico ocupacional es holístico e individualizado y frente a otros diagnósticos que mantienen una estructura nosológica sobre la identificación y categorización de los problemas de salud.

LOS Y LAS TERAPEUTAS OCUPACIONALES Y SU RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

Quando los y las terapeutas ocupacionales generamos hipótesis, estamos delineando nuestras líneas de reflexión en pro de la práctica profesional, y además estamos definiendo de forma clara: el que, el cómo, el donde y el cuándo^(1,3). Esta gestión de hipótesis, en forma de razonamiento diagnóstico, genera respuestas relevantes para determinar la importancia de nuestro lenguaje profesional. Una consideración lo suficientemente sustancial, como para que los y las terapeutas ocupacionales, sean diestras a la hora de concretar su labor al frente de la población con la que trabajen⁽¹⁾.

El estudio del razonamiento diagnóstico

El razonamiento diagnóstico contemplado desde el punto de vista médico, se ha desarrollado e influenciado a otras ciencias, pero el desarrollo de este razonamiento diagnóstico en cada una de las ciencias a las que llegó desde la influencia médica ha ido variando en función del crecimiento de la disciplina o la capacidad para ajustar teorías a la realidad de su progreso epistemológico.

Los aportes de Schön (1983, 1984, 1990) observando el aprendizaje en varios contextos profesionales, impulsó la formulación de la teoría del o de la profesional reflexiva, generando la disyuntiva de si la el razonamiento diagnóstico es más una ciencia o un arte⁽¹⁾. Talavera⁽¹⁾ cita a Schön para reconocer la vertiente técnica del conocimiento profesional, sugiriendo que la práctica profesional es un arte, frente a la concepción más técnico y racional, y que su base de conocimiento está informada principalmente por el aprendizaje teórico y la corroboración de experiencias prácticas y profesionales. En palabras de Talavera⁽¹⁾ lo que son Schön aporta es la idea de aprender a partir de la experiencia, y la necesidad de reflexionar sobre la práctica, su postulado es simple, *hacer sin reflexión, no implica aprendizaje*.

Diferentes usos de modelos de razonamiento diagnóstico

Desde el punto de vista práctico, los modelos actualmente identificados que explican el razonamiento clínico son comunes a todas las ciencias del saber, no son exclusividad de uno u otro profesional⁽¹⁾. Estos modelos de razonamiento según Talavera⁽¹⁾ que cita a Elstein y Schwarz, y a Bowen, son:

- a) Modelo analítico: modelo tradicional más utilizado por las ciencias de la salud, ya que supone un análisis cuidadoso de la relación entre los síntomas y signos y los diagnósticos como el indicador de la pericia profesional. Este modelo, según Talavera⁽¹⁾ es utilizado por profesionales expertos y pero también por aquellos que se consideran aún principiantes, en busca de saber lo que sucede, no tanto en identificar lo que es, aspecto que veremos más tarde en el modelo no-analítico.
 - Modelo causal o de aplicación de las reglas causales o condicionales, consistente en avanzar conscientemente con datos hacia la solución (forward reasoning o razonamiento hacia delante). Este proceso de razonamiento analítico y consciente es utilizado cuando el o la terapeuta ocupacional no llega a una hipótesis pertinente en un cuadro complejo.
 - Modelo probabilístico o de aproximación Bayesiana donde podemos creer que una persona a estudio tiene una alta probabilidad de tener o de no tener un determinado problema en el desempeño



ocupacional, y que una determinada prueba realizada puede aumentar o disminuir la probabilidad de padecer una limitación en su desempeño. Esta interpretación se puede representar o expresar por medio de probabilidades entre las variables recogidas⁽¹⁾.

- b) Modelo no-analítico, determinísticos o ruled-based: denominado también como “reconocimiento de patrones” (pattern recognition)⁽¹⁾. Basado en un proceso inconsciente y automático⁽¹⁾ consiste en identificar dentro de un caso clínico configuraciones características de signos (reconocimiento de patrones)^(4,5) con una similitud a casos atendidos previamente.
- c) Modelo combinado o mixto (analítico y no analítico) denominar también heurísticos. Según Talavera⁽¹⁾ la certeza del razonamiento en cualquier ámbito, sigue albergando un alto contenido de duda. Este debe de ser un componente de la competencia clínica o profesional, ya que no es suficiente para la práctica efectiva que se identifiquen los síntomas y signos de un paciente de manera sistemática y exhaustiva, sin que en el procesamiento mental de estos datos intervengan una serie de mecanismos que pueden ser descritos bajo el rubro “razonamiento clínico”.

Fases o etapas del razonamiento diagnóstico

Tras el estudio de los diferentes modelos de razonamiento que el o la terapeuta ocupacional utiliza, el razonamiento diagnóstico en terapia ocupacional está compuesto de cuatro etapas Moruno y Talavera⁽³⁾ y Talavera⁽¹⁾ citan a Elstein, Shulman, y Sprafka para denominar el proceso como “*decision tree process*” (árbol de decisiones). Estas fases son:

- a) cue acquisition (adquisición de indicios), en este momento la labor del o de la terapeuta ocupacional es la recogida de datos relevantes sobre el problema del sujeto evaluado y está compuesta por obtención de información y espacio de reflexión:
- b) hypothesis generation (generación de hipótesis), se generan hipótesis de forma temprana a partir de un número extremadamente limitado de datos. El objetivo de esta fase, tiene entre su labor, la capacidad de definir y descartar de una amplia lista de posibles hipótesis.
- c) cue interpretation (interpretación de los indicios recogidas) esta fase también es conocida como contrastación de estas hipótesis con la realidad según Moruno y Talavera⁽³⁾ y Talavera⁽¹⁾ que citan a e Elstein, Shulman, y Sprafka.
- d) hypothesis evaluation (evaluación de hipótesis) o toma de decisiones finales, ya que llegados a esta fase, se deberá consolidar las hipótesis finales, nombrándolas como diagnóstico ocupacional.

EL DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL EN LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

El razonamiento diagnóstico se encuentra presente a lo largo del proceso de intervención de terapia ocupacional (con proceso de intervención nos referimos al proceso de evaluación ocupacional e intervención), ya que durante todo el tiempo que estamos en contacto con personas, poblaciones, comunidades y organizaciones estamos gestionando el proceso reflexivo de nuestra práctica y con ello estamos dando rienda suelta a nuestro razonamiento diagnóstico.

Si bien es cierto que debemos controlar esta situación, hay momentos claves en los que el razonamiento diagnóstico tiene su culminación, el momento en el que damos luz a ese razonamiento en forma de diagnóstico ocupacional (que como decíamos con anterioridad es el resultado del razonamiento diagnóstico). Por lo tanto cada vez que escribamos un diagnóstico ocupacional estaremos poniendo punto y final a ese razonamiento diagnóstico, pero al hacerlo, estamos abriendo la puerta a una nueva recogida de datos que posiblemente nos lleve a gestionar otro razonamiento diagnóstico con el consiguiente diagnóstico ocupacional.

La ventaja de ir describiendo eso diagnóstico ocupacional, radica en que una vez que se realiza podemos intervenir y describir de forma minuciosa el diseño de intervención a realizar con la persona, población, comunidad y organización con la que trabajamos (figura 1).

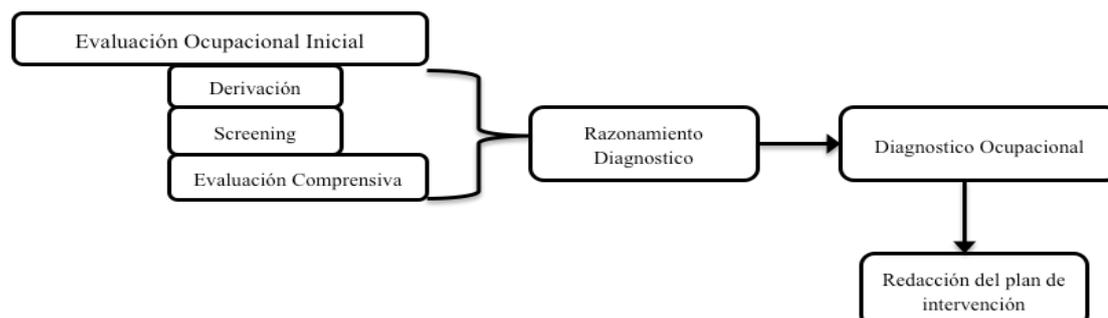


Figura 1. Fases de la evaluación ocupacional inicial^(1,2).

En un primer momento puede resultar algo lioso entender que el razonamiento diagnóstico está abierto durante todo el proceso de evaluación e intervención, pero es ahí donde reside su carácter dinámico frente a otros tipos de razonamientos diagnósticos de otras disciplinas. En nuestro caso, este razonamiento permite elaborar el diagnóstico ocupacional para diseñar un plan de intervención (ver figura 1), pero a la vez no permite seguir ese razonamiento durante la intervención con la persona, población, comunidad y organización con la que estamos trabajando (ver figura 2).

Para concretar con mayor especificación la elaboración del diagnóstico ocupacional, vamos a céntranos en el que se elabora durante la evaluación ocupacional inicial (ver figura 1). Éste nos servirá para documentar de forma gráfica como el razonamiento diagnóstico conduce al diagnóstico ocupacional.

Durante la evaluación ocupacional inicial el o la terapeuta ocupacional recopila datos para darles estructura y forma, categorizarlos e identificarlos. Las gafas conceptuales de las que hablaba Kielhofner⁽⁶⁾, hace que en este momento las teorías propias de la disciplina (los modelos de práctica) llenen nuestra visión profesional de sus categorías y variables, que son las que el o la terapeuta ocupacional escudriñan a lo largo de su recopilación de datos. Así un o una terapeuta ocupacional formada bajo el Modelo de Ocupación Humana (MOHO), Modelo Canadiense, Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional u otro modelo específico de terapia ocupacional, documentará su historia basándose en esos postulados teóricos.

LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL

El concepto de diagnóstico ocupacional tal y como lo conocemos en la actualidad se deriva, principalmente, de los trabajos de Joan C. Rogers y sus colaboradores^(2,7-10). La llegada de las investigaciones a España sobre razonamiento diagnóstico son atribuibles a Moruno⁽¹¹⁾, donde en la investigación que realiza para el desarrollo de su tesis doctoral incorpora por primera vez en nuestro contexto el sentido del razonamiento diagnóstico y la posibilidad de gestionar ese pensamiento por medio del diagnóstico ocupacional. En 2015, Talavera, siguiendo en esa línea documenta tras una investigación con alumnos y alumnas de terapia ocupacional la dificultad de estos y estas en conocer y gestionar el razonamiento profesional y más concretamente el producto resultante del razonamiento diagnóstico (diagnóstico ocupacional).

Llegados a este punto y tal y como sostienen Rogers y Holm^(2,3), Moruno⁽¹¹⁾, Talavera⁽¹⁾ tiene estos niveles (figura 2):

- *El componente descriptivo:*
 - *Función:* en él se describe el conjunto de actividades o tareas 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.
 - *Composición: tres niveles.* *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 tener al realizar algún tipo de actividad. O "restricción en la participación" cuando son problemas que pueden aparecer al involucrase en situaciones vitales, donde existen más de una actividad de un mismo área implicado⁽¹²⁾, *Nivel 2*, correspondiente al "área de ocupación" y el *Nivel 3*, respectivo a "la/s actividad/es" correspondiente al área que tenga comprometida la persona, comunidad u organización.
- *El componente explicativo:*
 - *Función:* 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 correspondería con las causas hipotéticas de tales alteraciones.
 - *Composición:* cuatro niveles funciones y estructuras corporales, destrezas de desempeño, patrones de desempeño, entornos y contextos
- *Los indicios (cues):*
 - *Función:* constituido por las evidencias que conducen a la conclusión sobre la existencia del problema y las hipótesis que las explican; es decir, aquellos indicadores (signos y síntomas) asociados con las hipotéticas causantes de los problemas.
 - *Composición:* un indicio es la primera manifestación que nos permite inferir o conocer la existencia de algo que no se percibe al momento. El indicio es uno de los tres niveles que presenta el signo; el mismo se encuentra inmediatamente relacionado con el objeto denotado, como por ejemplo, la aparición de una señal que visibiliza un posible problema en el desempeño, el movimiento de una veleta hacia una determinada dirección, lo cual nos dirá la dirección que presenta en ese momento el viento. De acuerdo a 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:**
 - **Función:** aporta datos adicionales sobre la etiología, evolución, pronóstico, incidencia, entre otros, del cuadro clínico probablemente relacionado con el problema ocupacional.
 - **Composición:** el conjunto de síntomas o signos recogidos durante la evaluación ocupacional inicial, en la parte de screening y evaluación comprensiva, que aporten información adicional sobre la persona, comunidad u organización, y sobre la posible causa de su problema según las versiones de otros compañeros y compañeras con los que trabajemos, esta información es complementaria a la fuente primigenia que nos ocupa como profesionales que no es otra que la ocupación

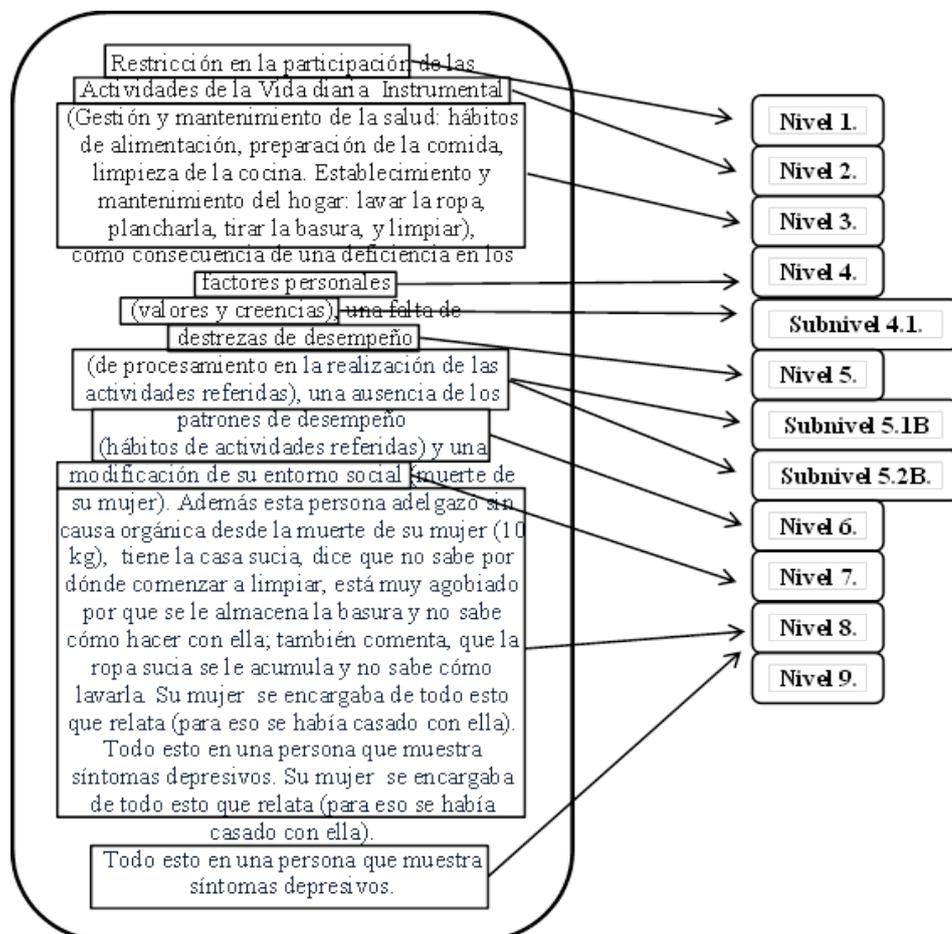


Figura 2. Diagnóstico ocupacional con identificación de niveles⁽¹⁾.

Leyenda: Niveles 1 al 3 correspondería al componente descriptivo. Niveles 4 al 7 correspondería al componente explicativo. El nivel 8 correspondería a los indicios. El nivel 9 correspondería a la información adicional.

De esta forma una locución diagnóstica se compone, siempre^(1,2,3,11) de un componente descriptivo y un componente explicativo en el cual tiene que haber al menos dos niveles que expliquen el motivo del problema, ya que si solo existiese un nivel, estaríamos hablando de un diagnóstico ocupacional reduccionista, en vez de un diagnóstico ocupacional multicausal que es el que proponemos, máximo si entendemos la condición holística del ser humano.

Aunque la construcción del componente explicativo es más compleja que la del componente descriptivo, no hay que alarmarse, ya que en la práctica con una buena información relacionada con la persona, comunidad u organización con la que se trabaje, la selección de los niveles y subniveles es muy ágil y dinámica. Todo ello, siempre que el o la profesional gestione los datos bajo el prisma de la teoría propia de la disciplina y bajo el paraguas de un modelo de práctica que fundamente las categorías y variables que le dan cobertura.

En resumen, el diagnóstico ocupacional concebido como el resultado del razonamiento clínico del o de la terapeuta ocupacional permite describir y ordenar los problemas de desempeño ocupacional de un individuo, formulando un conjunto de hipótesis tentativas respecto a los factores potencialmente relacionados con tales dificultades, de manera que, a partir de ellas, pueda planificarse una intervención orientada a solucionarlos, presentando características que le hace único^(1,3):

- El diagnóstico ocupacional se centra en los problemas derivados de las respuestas humanas acontecidas ante un problema en el desempeño ocupacional que repercute o no en la salud de la persona, población, comunidad y organización con la que se trabaje.
- El diagnóstico ocupacional, describe las respuestas de las personas ante situaciones que son abordadas por la terapia ocupacional

CONCLUSIÓN

Con el diagnóstico ocupacional podemos definir de forma clara, rigurosa y sistemática lo que le sucede a las personas con las que trabajamos, facilita especificar el objetivo terapéutico de nuestra labor, así como poder valorar si nuestras intervenciones se ajustan al objetivo real (generando evidencia en la práctica), en definitiva, ofrece un crecimiento profesional y una estructura del pensamiento lo suficientemente estable como para poder desarrollar pilares de nuestra identidad profesional, no solo como disciplina, sino también como ciencia para la sociedad.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

MATV, AISG y PMM han participado en: Concepción y diseño del trabajo, recolección/obtención de datos, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Talavera MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional. Madrid: Síntesis; 2015.
2. Rogers JC, Holm MB. Occupational therapy diagnostic reasoning: a component of clinical reasoning. Am J Occup Ther, 1991; 45(11):1045-53.
3. Moruno P, Talavera MA. Terapia Ocupacional en Salud Mental. Barcelona: Masson; 2012.
4. Groen G, Patel VL. Medical Problem-solving: some questionable assumptions. Med Educ, 1985; 19:95-100.
5. Groen G, Patel VL. Knowledge-based solutions strategies in medical reasoning. Cog Scien, 1986; 10:91-116.
6. Kielhofner G. Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice. Philadelphia: FA Davis Co; 2009.
7. Rogers J. The Spirit of Independence: The Evolution of a Philosophy. Am J Occup Ther, 1982 36(11): 709-715.
8. Rogers JC, Masagatani G. Clinical reasoning of occupational therapist during the initial assessment. Occup Ther J Research; 1982; 2:195-219.
9. Rogers JC, Clarke E. Lectureship; Clinical Reasoning: Ethics, Science, Art. Am J Occup Ther, 1983; 37(9): 600-16.
10. Rogers J, Holm M. Accepting Challenge Outcome Research. Am J Occup Ther, 1994; 48(10): 871- 76.
11. Moruno P. Razonamiento clínico terapia ocupacional: análisis del procedimiento diagnóstico. [tesis doctoral]. Madrid: Departamento Psicología y Salud, Universidad Autónoma de Madrid; 2002.
12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ginebra; OMS: 2001.

Derechos de autora y autores

