

MANUAL DOCENTE DE TRANSFERENCIA Y DIVULGACIÓN: RAZONAMIENTO Y DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL DESDE EL MARCO DE LA AOTA

*Talavera-Valverde, M.-Á., & Souto-Gómez, A.-I. (2026).
Razonamiento y diagnóstico ocupacional desde el marco de la AOTA*



Miguel-Ángel Talavera-Valverde

Doctor en Ciencias de la Salud por la Universidade da Coruña. Profesor del Departamento de Ciencias de la Salud, de la Universidade da Coruña [UDC].
Componente de la Unidad de Investigación en Integración y Promoción de la Salud [INTEGRA Saúde]. Terapeuta ocupacional del Servizo Galego de Saúde. Director de TOG [A Coruña] [<https://www.revistatog.es/>]. Presidente Comité de Ética de la Investigación y la Docencia de la Universidade da Coruña. Vicepresidente de la Sociedad Científica de Terapia Ocupacional [SOCINTO]. Colegiado de Honor por el Colegio Oficial Terapeutas Ocupacionales Navarra [COTONA_NALTE].

Ana-Isabel Souto-Gómez

Doctora por la Universidade da Coruña. Profesora en la Escola Universitaria de Traballo Social, Universidade de Santiago de Compostela [USC].
Componente de la Unidad de Investigación Integra Saúde [UDC]. Secretaría TOG [A Coruña] [<https://www.revistatog.es/>].

Finalizado de maquetar: Ferrol 16 de abril de 2026

Título: MANUAL DOCENTE DE TRANSFERENCIA Y DIVULGACIÓN: RAZONAMIENTO Y DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL DESDE EL MARCO DE LA AOTA.

Autor: Miguel-Ángel Talavera-Valverde y Ana-Isabel Souto-Gómez

Esta documentación incorpora una Licencia Creative Commons, que es un modelo de contrato que sirven para otorgar públicamente el derecho de utilizar una publicación protegida por los derechos de autor. Esta documentación se rige por la siguiente licencia:

Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 3.0 IGO



Los y las usuarias pueden descargar esta publicación y compartirla con otros y otras, pero no están autorizados y autorizadas a modificar su contenido de ninguna manera ni a utilizarlo para fines comerciales. La autoría de Miguel-Ángel Talavera-Valverde deberá ser claramente identificada como propietaria de los derechos de autor y autora de la publicación original. Cualquier utilización comercial del contenido de esta publicación, así como reutilización o adaptación del contenido, incluyendo la utilización de partes del mismo o traducciones, necesitará la autorización previa y por escrito del autor. Esta es la licencia Creative Commons más restrictiva.

Cómo citar este documento en formato APA

Talavera-Valverde, M.-Á., & Souto-Gómez, A.-I. (2026). *Manual docente de transferencia y divulgación: razonamiento y diagnóstico ocupacional desde el marco de la AOTA*. [Manuscrito inédito]. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. <https://hdl.handle.net/20.500.11940/23281>

Índice

1. MARCO DE TRABAJO PARA LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL (OTPF-4)	5
1.1. La incertidumbre como origen del razonamiento en terapia ocupacional	5
1.2. Pensar desde la realidad: el valor epistemológico del caso	5
1.3. El OTPF-4: una estructura para organizar la mirada profesional	6
1.4. El dominio: una comprensión transaccional de la participación	6
1.4.1. Áreas del desempeño ocupacional	7
1.4.2. Variables del desempeño ocupacional	7
1.5. El proceso: una lógica dinámica y no lineal	9
1.5.1. Formas de intervención en terapia ocupacional.....	9
1.5.2. Enfoques de intervención: lógica de actuación profesional.....	10
1.5.3. Resultados en terapia ocupacional: participación, bienestar y justicia	10
1.6. Críticas y debates en torno al OTPF	11
1.7. Implicaciones para la práctica profesional	12
1.8. Conclusión	13
2. DIAGNOSTICO OCUPACIONAL	14
2.1. El diagnóstico ocupacional: núcleo del razonamiento profesional	14
2.2. El diagnóstico ocupacional como construcción de hipótesis	14
2.3. El diagnóstico ocupacional como síntesis relacional	15
2.4. La estructura del diagnóstico ocupacional: una narrativa explicativa	15
a) Componente descriptivo (el qué).....	16
b) Componente explicativo (el porqué).....	16
c) Indicios clínicos (evidencia).....	17
d) Información adicional	17
2.5. El diagnóstico como puente entre evaluación e intervención	18
2.6. El diagnóstico ocupacional como competencia profesional	18
2.7. Conclusión	19
7. Referencias	20

1. MARCO DE TRABAJO PARA LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL (OTPF-4)

El Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional (OTPF-4) constituye el principal referente conceptual para organizar el razonamiento y la intervención en la disciplina. Proporciona una estructura que permite analizar la participación a través de la relación entre persona, entorno y ocupación. Su uso facilita una comprensión sistemática del desempeño y orienta la práctica hacia la participación significativa en la vida cotidiana (AOTA, 2020).

1.1. La incertidumbre como origen del razonamiento en terapia ocupacional

La práctica de la terapia ocupacional se configura en escenarios donde la complejidad es inherente. Las situaciones clínicas, educativas o comunitarias no se presentan como problemas cerrados, sino como realidades abiertas, atravesadas por múltiples dimensiones que interactúan entre sí. En este sentido, el punto de partida del razonamiento no es la certeza, sino la incertidumbre.

Lejos de constituir una limitación, esta incertidumbre es el motor del razonamiento ocupacional. Tal como señalan, el razonamiento clínico en terapia ocupacional implica procesos de toma de decisiones complejos que integran información diversa, experiencia profesional y contexto, alejándose de modelos lineales o reduccionistas.

Desde esta perspectiva, el reto no consiste en identificar de manera inmediata “qué le ocurre” a la persona, sino en comprender cómo se configura su participación en la vida cotidiana. Este desplazamiento del foco —del déficit a la participación— constituye uno de los pilares fundamentales de la disciplina.

El Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional (OTPF-4) surge precisamente como una herramienta que permite organizar esta complejidad. No ofrece respuestas cerradas, sino una estructura para pensar, facilitando la construcción de un razonamiento coherente y fundamentado (AOTA, 2020).

1.2. Pensar desde la realidad: el valor epistemológico del caso

El conocimiento en terapia ocupacional no se construye únicamente desde la teoría, sino desde la confrontación con situaciones reales. Los casos permiten evidenciar la insuficiencia de explicaciones simplistas y ponen de manifiesto la necesidad de un análisis relacional.

Cuando una persona tras un ictus presenta capacidad de movimiento en el miembro superior pero no logra vestirse de manera autónoma, la dificultad no puede explicarse únicamente desde una dimensión corporal. Esta situación obliga a analizar la relación entre múltiples elementos: la organización de la tarea, las destrezas implicadas, los hábitos previos o las condiciones del entorno.

De forma similar, en una persona con depresión que ha perdido sus rutinas y reduce su participación social, la dificultad no se localiza en una función aislada, sino en la configuración de su vida ocupacional. Tal como apunta Talavera-Valverde, el análisis del desempeño requiere considerar la ocupación como fenómeno central en la construcción de la salud y el bienestar.

En población pediátrica, la participación en el juego no puede entenderse únicamente como ejecución, sino como una experiencia mediada por la interacción social, los significados y los contextos. En el ámbito comunitario, las restricciones en la participación remiten a oportunidades ocupacionales, estructuras sociales y condiciones contextuales.

Estos escenarios evidencian que el objeto de análisis en terapia ocupacional no es la persona de forma aislada, sino la relación entre persona, entorno y participación.

1.3. El OTPF-4: una estructura para organizar la mirada profesional

El Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional (OTPF-4) constituye en la actualidad uno de los principales referentes conceptuales para la organización de la práctica profesional. Este documento articula la disciplina en torno a dos grandes dimensiones —el dominio y el proceso— con el objetivo de proporcionar un lenguaje común y una estructura conceptual que permita describir y analizar la participación de manera sistemática (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2020).

No obstante, para comprender plenamente su alcance, resulta imprescindible situarlo en su evolución histórica. El OTPF no surge como un documento aislado, sino como el resultado de un proceso continuo de desarrollo conceptual dentro de la terapia ocupacional. Sus antecedentes se remontan a la denominada Terminología Uniforme, desarrollada por la AOTA a partir de 1979, cuyo objetivo inicial era estandarizar el lenguaje profesional y facilitar la comunicación de los servicios de terapia ocupacional. Estas primeras propuestas ya reflejaban la necesidad de dotar a la disciplina de una estructura conceptual propia que permitiera delimitar su campo de actuación. Posteriormente, las revisiones de la Terminología Uniforme (1989 y 1994) incorporaron una visión progresivamente más compleja del desempeño, integrando no solo las áreas de desempeño, sino también los contextos y la relación interactiva entre los diferentes elementos. Este proceso culmina en la publicación del primer Marco de Trabajo en el año 2002 (OTPF-1), que supone un cambio significativo al situar la ocupación y la participación en el centro de la práctica profesional.

Desde entonces, el OTPF ha experimentado sucesivas revisiones (2008, 2014 y 2020), en un proceso de actualización constante que responde tanto a la evolución interna de la disciplina como a los cambios en los contextos sociosanitarios. Cada nueva edición ha ampliado y refinado los conceptos, incorporando elementos clave como el razonamiento clínico, la justicia ocupacional o el énfasis en la práctica basada en la evidencia.

Este carácter dinámico pone de manifiesto que el OTPF no es un documento cerrado, sino una construcción en permanente desarrollo que refleja la evolución de la terapia ocupacional como disciplina. En este sentido, su función no es prescribir una forma única de intervención, sino ofrecer una estructura que permita organizar el pensamiento profesional y adaptarlo a contextos diversos. Así, el OTPF-4 no debe entenderse como un modelo explicativo, sino como una herramienta organizativa que facilita el razonamiento. Como señalan diversos autores, el marco permite articular los conceptos centrales de la disciplina y clarificar el ámbito de competencia profesional.

Esta función estructurante resulta especialmente relevante en contextos donde la práctica requiere justificar decisiones, comunicar procesos y coordinarse con otros agentes. Asimismo, contribuye a consolidar la identidad profesional al situar la ocupación y la participación como ejes vertebradores de la intervención.

1.4. El dominio: una comprensión transaccional de la participación

El dominio de la terapia ocupacional integra el conjunto de elementos que configuran la participación en la vida cotidiana. Estos incluyen:

- Áreas de la ocupación
- Contextos y entornos
- Patrones de desempeño
- Destrezas de desempeño
- Factores del cliente

Sin embargo, el valor del dominio no reside en la enumeración de estos componentes, sino en su naturaleza transaccional. Esto implica que los distintos elementos no operan de forma independiente, sino

que se influyen mutuamente de manera constante. La participación emerge precisamente de esta interacción dinámica.

Desde esta perspectiva, una dificultad en el desempeño no puede atribuirse de manera exclusiva a un único componente, sino que debe entenderse como el resultado de la relación entre múltiples variables. Esta comprensión evita interpretaciones reduccionistas y permite una aproximación más ajustada a la complejidad de las situaciones reales.

1.4.1. Áreas del desempeño ocupacional

Las áreas del desempeño ocupacional representan los espacios en los que se concreta la participación en la vida cotidiana, tales como el autocuidado, la educación, el juego, el trabajo o la participación social. No obstante, el interés de la terapia ocupacional no se centra en la ejecución aislada, sino en el significado que estas áreas tienen para la persona y su contribución a la identidad ocupacional.

Por ejemplo, en el caso de un hombre tras un ictus que no logra vestirse de manera autónoma, el análisis no se limita a la actividad de vestirse en sí misma, sino a lo que esta representa: autonomía, dignidad, rol personal y participación en la vida diaria. De este modo, la restricción no es únicamente funcional, sino ocupacional.

En una mujer con depresión que ha dejado de salir de casa, el foco no está en la ausencia de una acción concreta, sino en la pérdida de participación en áreas significativas (Law et al., 1996), como la vida social o la gestión de la rutina diaria, lo que impacta directamente en su bienestar.

1.4.2. Variables del desempeño ocupacional

Las variables del desempeño ocupacional hacen referencia al conjunto de elementos que influyen en la participación y que permiten comprender cómo se configura el desempeño en contextos reales. Estas variables incluyen los contextos y entornos, los patrones de desempeño, las destrezas de desempeño y los factores del cliente, que interactúan de manera dinámica y relacional.

Desde la perspectiva del OTPF-4, el análisis de estas variables no debe realizarse de forma aislada, sino considerando su interdependencia, ya que el desempeño ocupacional emerge de la interacción entre la persona, la ocupación y el entorno (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2020). Este enfoque permite superar visiones reduccionistas y facilita una comprensión más completa de la participación.

En este sentido, identificar y analizar las variables del desempeño resulta fundamental para construir el diagnóstico ocupacional, al permitir explicar no solo qué ocurre, sino cómo y por qué se produce la restricción en la participación en la vida cotidiana.

a) Contextos y entornos. Los contextos y entornos constituyen un elemento central en la comprensión del desempeño. No actúan como un fondo estático, sino como agentes activos que facilitan o restringen la participación. Incluyen dimensiones como:

- Entorno físico (accesibilidad, barreras arquitectónicas, objetos disponibles)
- Entorno social (apoyo familiar, relaciones, expectativas sociales)
- Contexto cultural (valores, normas, significados atribuidos a la ocupación)
- Contexto personal (edad, historia de vida)
- Contexto temporal (momentos del ciclo vital, rutinas, transiciones)

Por ejemplo:

- En el caso del hombre tras ictus, un entorno doméstico no adaptado puede dificultar el vestido, aunque existan destrezas motoras suficientes.

- En la mujer con depresión, la ausencia de red social o un entorno poco estimulante puede contribuir al aislamiento.
- En un niño con TEA, un entorno escolar con alta demanda social puede dificultar la participación en el juego compartido.
- En el ámbito comunitario, la falta de recursos o espacios accesibles limita las oportunidades de participación.

Tal como se ha señalado en la literatura, las condiciones contextuales no solo influyen en el desempeño, sino que forman parte constitutiva del mismo, siendo inseparables de la experiencia ocupacional.

b) Patrones de desempeño. Los patrones de desempeño —hábitos, rutinas, roles y rituales— organizan la vida cotidiana y proporcionan coherencia a la participación.

- **Hábitos:** comportamientos automáticos que estructuran la acción diaria
- **Rutinas:** secuencias organizadas de actividades en el tiempo
- **Roles:** posiciones sociales con expectativas asociadas
- **Rituales:** acciones con significado simbólico o cultural

Ejemplos clínicos:

- En la mujer con depresión, la pérdida de rutinas (levantarse, salir, relacionarse) genera desorganización ocupacional y reduce la participación.
- En el caso del hombre tras ictus, la alteración del rol de persona autónoma puede afectar a la iniciativa para vestirse.
- En un niño con TEA, la preferencia por patrones repetitivos puede limitar la participación en actividades sociales compartidas.
- En comunidad, la ausencia de espacios de encuentro puede dificultar la construcción de rutinas colectivas.

La alteración de los patrones no implica únicamente un cambio en la organización del tiempo, sino una transformación en la forma en que la persona se relaciona con su vida cotidiana.

c) Destrezas de desempeño. Las destrezas de desempeño se refieren a las acciones observables que permiten la ejecución del desempeño ocupacional. Se clasifican en:

- **Destrezas motoras** (coordinación, equilibrio, manipulación)
- **Destrezas de procesamiento** (organización, secuenciación, resolución de problemas)
- **Destrezas de interacción social** (iniciar, mantener, regular la interacción)

No obstante, el análisis de las destrezas no debe realizarse de forma aislada, sino siempre en relación con la ocupación y el contexto. Ejemplos:

- El hombre tras ictus puede presentar destrezas motoras suficientes, pero dificultades en la secuenciación del vestido (destrezas de procesamiento).
- La mujer con depresión puede conservar destrezas motoras, pero presentar dificultades en la iniciación de la acción.
- El niño con TEA puede tener destrezas motoras adecuadas, pero limitaciones en destrezas de interacción social que afectan al juego compartido.

Esto pone de manifiesto que el desempeño no depende exclusivamente de “tener o no tener destrezas”, sino de cómo estas se articulan en situaciones reales.

d) Factores del cliente. Los factores del cliente incluyen tanto dimensiones corporales como aspectos subjetivos:

- **Funciones corporales** (neuromusculares, cognitivas, emocionales)

- **Estructuras corporales**
- **Valores y creencias**
- **Espiritualidad**

Estos factores influyen en la forma en que la persona experimenta y se implica en la ocupación.

Ejemplos:

- En el caso del ictus, las alteraciones neuromusculares pueden influir en el desempeño, pero también las creencias sobre la propia capacidad.
- En la depresión, los factores emocionales y motivacionales tienen un impacto directo en la participación.
- En el niño con TEA, las características sensoriales pueden influir en la elección de determinadas formas de participación.
- En el ámbito comunitario, las creencias compartidas pueden facilitar o limitar la implicación en actividades colectivas.

La integración de estos factores refleja el carácter holístico de la terapia ocupacional, donde la participación no se entiende únicamente desde lo biológico, sino desde la experiencia vivida.

1.5. El proceso: una lógica dinámica y no lineal

El proceso en terapia ocupacional se ha conceptualizado tradicionalmente a partir de tres momentos — evaluación, intervención y resultados—; sin embargo, esta estructura responde a una organización didáctica más que a la realidad de la práctica. En el ejercicio profesional, estos momentos no se desarrollan de forma lineal, sino que configuran un proceso dinámico, iterativo y reflexivo, en el que el razonamiento ocupacional se construye a partir de la interacción continua entre comprender, actuar y reinterpretar (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2020).

Este carácter no lineal implica que la evaluación se mantiene activa durante todo el proceso, la intervención se ajusta constantemente y los resultados no se sitúan únicamente al final, sino que informan y redefinen las decisiones clínicas. Tal como señalan Moruno-Miralles, Talavera-Valverde y Reyes-Torres (2019), el razonamiento en terapia ocupacional implica una construcción progresiva de significado que integra múltiples fuentes de información en contextos reales de práctica.

El proceso se inicia con la elaboración del perfil ocupacional, que permite comprender qué es significativo para la persona, cómo organiza su vida cotidiana y qué elementos orientan su participación (Kielhofner, 2008). Este perfil constituye la base sobre la que se construye el análisis del desempeño ocupacional, en el que se identifican las relaciones entre los elementos del dominio y se configura el diagnóstico ocupacional como una síntesis interpretativa (Talavera-Valverde, 2013).

En este sentido, en un hombre tras un ictus que no logra vestirse de manera autónoma, el análisis no se limita a la función motora, sino que integra la secuenciación de la tarea, la complejidad del entorno, la ruptura de hábitos y el significado personal de la autonomía. En una mujer con depresión, la restricción en la participación se relaciona con la desestructuración de rutinas, la pérdida de roles y la disminución de oportunidades en el entorno, evidenciando que el problema no reside en un único componente, sino en su interacción.

1.5.1. Formas de intervención en terapia ocupacional

El OTPF-4 describe diferentes tipos de intervención que permiten concretar la acción profesional y que reflejan la amplitud del campo de la terapia ocupacional. Estas incluyen intervenciones centradas en la ocupa-

ción, intervenciones dirigidas a apoyar el desempeño, procesos de educación y entrenamiento, acciones de abogacía, intervenciones grupales y el uso de entornos virtuales (AOTA, 2020).

Estas formas de intervención no se aplican de manera aislada, sino que se combinan en función de las características de la situación. Así, en el caso de un hombre tras ictus, la intervención puede centrarse en el desempeño real del vestido (intervención centrada en la ocupación), complementarse con educación sobre estrategias compensatorias y apoyarse en la adaptación del entorno doméstico. En salud mental, las intervenciones grupales pueden facilitar la reconstrucción de rutinas y la recuperación de la participación social, mientras que las acciones de abogacía pueden resultar necesarias para garantizar el acceso a recursos comunitarios. En población infantil, el juego compartido puede constituir el eje de la intervención, apoyado por la estructuración del entorno y el acompañamiento en la interacción. En el ámbito comunitario, las intervenciones grupales y las acciones dirigidas a fortalecer redes sociales adquieren un papel central.

Estas formas de intervención evidencian que la práctica en terapia ocupacional no se limita a la acción directa con la persona, sino que se extiende a la modificación de contextos, la generación de oportunidades y la transformación de condiciones que influyen en la participación.

1.5.2. Enfoques de intervención: lógica de actuación profesional

En coherencia con esta diversidad, el OTPF-4 plantea distintos enfoques de intervención que orientan la acción profesional: crear o promover, establecer o restaurar, mantener, modificar y prevenir (AOTA, 2020).

Estos enfoques permiten situar la intervención en diferentes niveles. Así, la creación o promoción implica generar oportunidades de participación, especialmente relevante en contextos comunitarios o en situaciones de aislamiento social. El establecimiento o restauración se orienta a recuperar aspectos del desempeño, como puede ocurrir en procesos de rehabilitación física. El mantenimiento adquiere importancia en condiciones crónicas, donde el objetivo es preservar la participación. La modificación implica adaptar las demandas o el entorno para facilitar el desempeño, mientras que la prevención se orienta a evitar la aparición o agravamiento de restricciones en la participación (Kielhofner, 2008).

En la práctica, estos enfoques se combinan. En el caso del ictus, puede ser necesario restaurar la secuencia del vestido, modificar la ropa y prevenir situaciones de dependencia. En la depresión, la intervención puede centrarse en promover nuevas rutinas, mantener aquellas que siguen presentes y prevenir el aislamiento. En un niño con TEA, puede ser necesario modificar el entorno de juego, establecer nuevas formas de interacción y promover la participación social. En el ámbito comunitario, la intervención puede orientarse a crear espacios de participación, modificar las condiciones de acceso y prevenir dinámicas de exclusión.

Tal como señala Talavera-Valverde (2022), la elección de estos enfoques no responde a protocolos cerrados, sino al razonamiento profesional situado, que integra las características de la persona, el entorno y la ocupación.

1.5.3. Resultados en terapia ocupacional: participación, bienestar y justicia

Los resultados del proceso en terapia ocupacional se conceptualizan en términos amplios, incluyendo el desempeño ocupacional, la participación, el bienestar, la calidad de vida, la competencia en roles y la justicia ocupacional (AOTA, 2020).

Este enfoque supone un cambio significativo respecto a modelos centrados exclusivamente en la mejora funcional. En terapia ocupacional, los resultados se valoran en función de su impacto en la vida de las personas, grupos o comunidades.

Así, en el caso del hombre tras ictus, el resultado no se limita a lograr el vestido, sino a recuperar la autonomía y el rol personal. En la mujer con depresión, el objetivo no es únicamente salir de casa, sino reconstruir una vida ocupacional significativa. En el niño con TEA, el resultado se vincula con la participación en el juego compartido y la inclusión social. En el ámbito comunitario, los resultados se reflejan en el incremento de la participación, el fortalecimiento de las redes sociales y la mejora de las oportunidades ocupacionales.

La incorporación de la justicia ocupacional como resultado refuerza la dimensión social de la disciplina, situando la intervención no solo en el nivel individual, sino también en la transformación de las condiciones que limitan la participación (Wilcock & Townsend, 2013).

1.6. Críticas y debates en torno al OTPF

A pesar de su consolidación como documento de referencia internacional, el Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional (OTPF-4) no ha estado exento de críticas dentro de la propia disciplina. Estas críticas no deben interpretarse como una deslegitimación del marco, sino como parte de un proceso reflexivo necesario en una profesión en constante evolución.

Una de las principales líneas de debate se ha centrado en la complejidad terminológica del OTPF. Diversos autores han señalado que el lenguaje utilizado en el marco puede resultar excesivamente denso, ambiguo o difícil de trasladar a la práctica cotidiana, especialmente en contextos clínicos donde la toma de decisiones requiere inmediatez (Hernando-Pina et al., 2022). Esta dificultad se relaciona con la intención del OTPF de construir un lenguaje propio de la disciplina, lo que, si bien refuerza la identidad profesional, puede generar tensiones entre precisión conceptual y aplicabilidad práctica. En este sentido, se ha cuestionado si el marco logra realmente su objetivo de establecer una terminología clara y compartida o si, por el contrario, introduce nuevas complejidades.

Otra crítica relevante se refiere a las dificultades de aplicación en la práctica real. Algunos autores señalan que el OTPF, al no constituir un modelo de intervención ni ofrecer directrices operativas específicas, puede resultar insuficiente para guiar la acción en situaciones clínicas complejas (Otaño-Lozano et al., 2022). Desde esta perspectiva, el marco describe “qué” debe analizarse, pero no necesariamente “cómo” intervenir, lo que obliga a las y los terapeutas ocupacionales a complementar su uso con modelos teóricos, marcos de referencia y evidencia específica. Esta característica ha sido interpretada tanto como una limitación como una fortaleza: limitación, en la medida en que puede generar incertidumbre; fortaleza, en cuanto permite flexibilidad y adaptación a contextos diversos (Hammell, 2014).

Asimismo, se ha planteado la necesidad de una mayor base empírica que respalde el marco. Aunque el OTPF se apoya en los principios de la práctica basada en la evidencia, algunos trabajos han señalado que su estructura conceptual no siempre se corresponde con modelos validados empíricamente o con resultados de investigación aplicada (Hernando-Pina et al., 2022). Esta crítica se vincula con el debate más amplio sobre la relación entre teoría y práctica en terapia ocupacional, y sobre la necesidad de fortalecer la investigación que conecte los marcos conceptuales con resultados medibles en participación, bienestar y calidad de vida.

Otra línea de debate, menos explícita pero igualmente relevante, tiene que ver con la universalidad del marco. El OTPF ha sido desarrollado en un contexto sociocultural concreto, lo que ha llevado a cuestionar su aplicabilidad en otros contextos culturales o sistemas de atención. En este sentido, algunos autores han señalado la necesidad de adaptar el marco a realidades locales, evitando una aplicación acrítica que ignore las particularidades contextuales (Guerrero-Salado et al., 2022).

Desde una perspectiva disciplinar, estas críticas reflejan una tensión fundamental: la necesidad de contar con un lenguaje común y una estructura compartida, sin perder la capacidad de adaptación a la di-

versidad de contextos en los que se desarrolla la terapia ocupacional. Tal como plantea Talavera-Valverde (2013), el razonamiento profesional no puede reducirse a la aplicación de esquemas predefinidos, sino que requiere una interpretación situada que integre conocimiento, experiencia y contexto.

En este sentido, el valor del OTPF no reside en su perfección, sino en su capacidad para generar debate, orientar la reflexión y evolucionar junto con la disciplina. Las críticas, lejos de debilitar el marco, contribuyen a su desarrollo, promoviendo una práctica más consciente, crítica y fundamentada.

1.7. Implicaciones para la práctica profesional

La incorporación del OTPF-4 en la práctica de la terapia ocupacional implica un cambio profundo que trasciende la organización del trabajo clínico y afecta directamente a la forma en que las y los profesionales comprenden su intervención. Este cambio puede entenderse como una transformación en la manera de pensar, analizar y actuar dentro de la disciplina.

En primer lugar, el OTPF favorece el paso de una comprensión fragmentada a una comprensión relacional del desempeño ocupacional. Tradicionalmente, las dificultades se analizaban desde componentes aislados —funciones corporales, capacidades específicas—, mientras que el marco propone una mirada que integra múltiples dimensiones en interacción. Esto implica que la intervención deja de centrarse en elementos individuales para orientarse hacia la relación entre persona, entorno y ocupación. Tal como señalan Moruno-Miralles et al. (2019), el razonamiento en terapia ocupacional se caracteriza precisamente por su capacidad para establecer conexiones entre diferentes niveles de análisis.

En segundo lugar, el uso del OTPF supone un desplazamiento de lo individual a lo contextual. La participación no se entiende únicamente como resultado de las características de la persona, sino como un fenómeno situado en contextos específicos. Esto tiene implicaciones directas en la práctica, ya que amplía el foco de intervención hacia el entorno, las oportunidades ocupacionales y las condiciones sociales. En este sentido, la terapia ocupacional se posiciona no solo como una disciplina centrada en la persona, sino también como una práctica con implicaciones sociales y comunitarias (Wilcock & Townsend, 2013).

En tercer lugar, el marco promueve un cambio de la función a la participación como eje central de la intervención. Este desplazamiento implica que la mejora en funciones o destrezas solo adquiere sentido en la medida en que contribuye a la participación en la vida cotidiana. Así, el objetivo no es recuperar una capacidad aislada, sino facilitar la implicación en actividades significativas. Este enfoque refuerza la especificidad de la terapia ocupacional y su diferenciación respecto a otras disciplinas sanitarias.

Estas transformaciones no afectan únicamente a la práctica, sino también a la identidad profesional. El OTPF contribuye a consolidar una forma de entender la terapia ocupacional basada en la ocupación, la participación y el contexto, proporcionando un lenguaje común que facilita la comunicación entre profesionales y con otros agentes. Al mismo tiempo, exige el desarrollo de competencias relacionadas con el razonamiento, la interpretación y la toma de decisiones en situaciones complejas.

Desde esta perspectiva, el marco no debe entenderse como una guía prescriptiva, sino como una herramienta que orienta el pensamiento. Tal como plantea Talavera-Valverde (2022), la práctica en terapia ocupacional requiere integrar conocimiento teórico, experiencia y análisis contextual, lo que sitúa el razonamiento ocupacional como núcleo de la competencia profesional.

En definitiva, el OTPF-4 no solo organiza la práctica, sino que transforma la manera en que esta se concibe, desplazando el foco hacia una comprensión más compleja, situada y significativa de la participación.

1.8. Conclusión

El OTPF-4 representa mucho más que un documento organizativo; constituye una forma de estructurar el pensamiento dentro de la terapia ocupacional (Tabla 1). A través de su propuesta de dominio y proceso, el marco permite articular los elementos que configuran la participación y orientar el razonamiento profesional hacia la comprensión de situaciones complejas.

Tabla 1. Síntesis del Marco de Trabajo de la AOTA (OTPF-4)

Componentes	Descripción disciplinar	Ejemplo
DOMINIO		
Áreas de ocupación	Espacios de participación en la vida cotidiana (autocuidado, educación, juego, trabajo, participación social)	Niño que no participa en escritura en el aula
Contextos y entornos	Condiciones físicas, sociales, culturales, personales y temporales que influyen en la participación	Aula con alta demanda académica sin adaptaciones
Patrones de desempeño	Hábitos, rutinas, roles y rituales que estructuran la vida cotidiana	Pérdida de rutina en persona con depresión
Destrezas de desempeño	Acciones observables (motoras, de procesamiento, interacción social) que permiten el desempeño	Dificultades en secuenciación en el vestido
Factores del cliente	Funciones corporales, estructuras, valores, creencias y espiritualidad	Baja motivación y fatiga en salud mental
PROCESO		
Evaluación	Construcción del perfil ocupacional y análisis del desempeño	Identificar significado del vestido tras ictus
Intervención	Aplicación de enfoques y tipos de intervención	Adaptación de tarea o entorno
Resultados	Impacto en participación, bienestar y calidad de vida	Recuperación del rol y autonomía

En este contexto, el diagnóstico ocupacional emerge como una construcción interpretativa que integra múltiples dimensiones para explicar las restricciones en la participación. No se trata de identificar déficits, sino de comprender relaciones, significados y contextos. Esta perspectiva sitúa la ocupación en el centro de la práctica y refuerza el carácter distintivo de la disciplina.

Las críticas y debates en torno al OTPF evidencian que la terapia ocupacional se encuentra en un proceso de desarrollo continuo, en el que la reflexión crítica desempeña un papel fundamental. Lejos de debilitar el marco, estas discusiones contribuyen a su evolución y a la consolidación de una práctica más fundamentada y consciente.

Las implicaciones del OTPF en la práctica profesional ponen de manifiesto la necesidad de desarrollar una forma de pensar que trascienda la aplicación de técnicas y se centre en la interpretación de la participación en contextos reales. Este enfoque exige profesionales capaces de integrar conocimiento, analizar situaciones complejas y tomar decisiones fundamentadas.

En última instancia, el valor del OTPF-4 radica en su capacidad para orientar esta forma de pensar. No proporciona respuestas cerradas, sino un marco desde el cual construirlas.

En resumen, cambiar la forma de mirar implica cambiar la forma de comprender la participación, estructurar nuestro discurso y, en consecuencia, transformar la manera de intervenir.

2. DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

El diagnóstico ocupacional constituye el núcleo del razonamiento en terapia ocupacional, al permitir comprender y explicar la participación en la vida cotidiana desde una perspectiva relacional. No se limita a describir dificultades, sino que integra las variables del desempeño para construir una interpretación del problema ocupacional. En coherencia con el OTPF-4, el diagnóstico orienta la intervención hacia la participación significativa, situando la ocupación en el centro de la práctica profesional (AOTA, 2020).

2.1. El diagnóstico ocupacional: núcleo del razonamiento profesional

El diagnóstico ocupacional constituye el eje vertebrador del razonamiento en terapia ocupacional, en tanto representa el momento en el que la información recogida durante la evaluación se transforma en conocimiento clínico significativo. No se trata de una fase final ni de un producto estático, sino de un proceso de construcción interpretativa mediante el cual el o la terapeuta ocupacional elabora una explicación sobre la participación en la vida cotidiana (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2020).

Desde esta perspectiva, el diagnóstico debe entenderse como un proceso cognitivo complejo que se inscribe dentro del razonamiento clínico o profesional, definido como el conjunto de operaciones mentales mediante las cuales el terapeuta interpreta la información, genera hipótesis y toma decisiones orientadas a la intervención (Talavera-Valverde, 2015). Este proceso no responde a una lógica lineal ni determinista, sino a una dinámica de inferencia en la que las conclusiones son siempre provisionales y susceptibles de revisión.

En este sentido, el diagnóstico ocupacional se aleja de los modelos biomédicos centrados en la clasificación de enfermedades o déficits. Tal como plantea Talavera-Valverde (2015), su finalidad no es etiquetar, sino explicar el desempeño ocupacional en términos de relaciones, integrando factores personales, contextuales y ocupacionales en una narrativa coherente. Esta orientación supone un cambio epistemológico relevante: del síntoma a la participación, de la descripción a la explicación, de lo fragmentado a lo relacional.

2.2. El diagnóstico ocupacional como construcción de hipótesis

El diagnóstico ocupacional no emerge directamente de los datos, sino que es el resultado de un proceso de generación y contraste de hipótesis. Esta idea, central en los planteamientos de Talavera-Valverde (2015), sitúa el razonamiento diagnóstico como una actividad inferencial en la que el profesional construye explicaciones probables a partir de la información disponible.

En este sentido, el diagnóstico no constituye una certeza, sino una probabilidad fundamentada, en línea con los modelos de razonamiento clínico contemporáneos, donde las conclusiones se sostienen en la solidez de las premisas y no en su carácter absoluto (Higgs et al., 2008; Talavera-Valverde, 2015). Esto implica asumir la incertidumbre como elemento estructural del proceso diagnóstico.

La generación de hipótesis se inicia desde los primeros momentos de contacto con la persona. No es una fase final, sino un proceso continuo que acompaña toda la evaluación. Tal como se recoge en los materiales docentes, pensar clínicamente implica formular hipótesis desde el inicio, evitando intervenciones al azar y orientando la recogida de información.

Por ejemplo, en el caso de Mariana (32 años), los datos iniciales —fatiga, anhedonia, dificultades de concentración— no constituyen el diagnóstico. Estos elementos solo adquieren sentido cuando se integran en una hipótesis explicativa que conecta dichos factores con la restricción en la participación en áreas como el trabajo, el ocio o la vida social. Desde esta perspectiva, el diagnóstico ocupacional responde a tres preguntas fundamentales:

- ¿Qué ocurre en términos de participación?

- ¿Por qué ocurre (relación entre variables)?
- ¿Cómo afecta a la vida cotidiana?

Tal como señala Talavera-Valverde (2015), este proceso de construcción de hipótesis implica seleccionar, jerarquizar e interpretar la información, lo que convierte al diagnóstico en un acto de producción de conocimiento clínico, no en una simple descripción.

2.3. El diagnóstico ocupacional como síntesis relacional

Uno de los elementos más relevantes del diagnóstico ocupacional es su carácter relacional. Frente a modelos que fragmentan el análisis en componentes aislados, la terapia ocupacional propone una comprensión integrada del desempeño.

Tal como plantean Talavera-Valverde et al., (2022), el desempeño ocupacional debe entenderse como el resultado de la interacción entre múltiples elementos: factores del cliente, destrezas, patrones, contextos y áreas de ocupación. El diagnóstico, por tanto, no describe estos elementos por separado, sino que explica cómo se configuran en conjunto.

Esta perspectiva se alinea con el OTPF-4, donde la participación se conceptualiza como un fenómeno emergente de la interacción entre persona, entorno y ocupación (AOTA, 2020). Desde este enfoque, no tiene sentido atribuir una dificultad a un único factor, ya que el desempeño siempre es transaccional.

Por ejemplo, en un niño con dificultades en la escritura, un enfoque fragmentado podría centrarse exclusivamente en la coordinación motora. Sin embargo, el diagnóstico ocupacional integra múltiples niveles:

- Organización de la tarea (destrezas de procesamiento)
- Demandas escolares (contexto)
- Experiencias previas (patrones)
- Significado de la actividad (dimensión subjetiva)

El valor del diagnóstico reside en articular estas dimensiones en una explicación coherente, evitando reduccionismos. Tal como señala Talavera-Valverde (2015), el diagnóstico ocupacional implica pasar de una lógica analítica (descomponer) a una lógica sintética (integrar).

2.4. La estructura del diagnóstico ocupacional: una narrativa explicativa

El diagnóstico ocupacional se materializa en una declaración narrativa que sintetiza el razonamiento clínico y lo transforma en una formulación comprensible, comunicable y operativa. Esta narrativa no constituye un listado de hallazgos ni una agregación de datos procedentes de la evaluación, sino una construcción coherente que integra diferentes niveles de análisis en una explicación del desempeño ocupacional.

Desde esta perspectiva, el diagnóstico puede entenderse como un proceso de traducción clínica: la información inicialmente fragmentada —observaciones, resultados de pruebas, narrativas familiares y análisis de la ocupación— se reorganiza en una estructura que permite comprender la participación en la vida cotidiana. Tal como plantea Talavera-Valverde (2015), este proceso implica pasar de una lógica descriptiva, centrada en “qué ocurre”, a una lógica explicativa orientada a comprender “por qué ocurre” y “cómo se configura el desempeño”.

En este sentido, la narrativa diagnóstica no es un recurso estilístico, sino una forma de pensamiento. La estructura narrativa permite articular relaciones entre variables, establecer jerarquías de significado y dotar de coherencia al razonamiento clínico. Como se señala en el manual docente, el diagnóstico ocupacional constituye una “síntesis interpretativa” en la que el profesional integra información procedente de múltiples fuentes para construir una explicación situada del desempeño.

Siguiendo los desarrollos contemporáneos del diagnóstico ocupacional, esta narrativa puede estructurarse en cuatro componentes interrelacionados que no funcionan como compartimentos estancos, sino como dimensiones de una misma construcción.

a) Componente descriptivo (el qué).

El componente descriptivo constituye el punto de partida de la formulación diagnóstica y se centra en identificar el fenómeno ocupacional observable en términos de participación. A diferencia de los enfoques biomédicos, este componente no describe síntomas ni déficits, sino cómo se manifiesta la restricción en la participación en la vida cotidiana.

Talavera-Valverde (2015) insiste en que el diagnóstico debe comenzar por la ocupación y no por la alteración de funciones. Esta afirmación no es únicamente terminológica, sino epistemológica: implica reconocer que el objeto de la terapia ocupacional no es el déficit, sino la participación. En este sentido, iniciar el diagnóstico desde funciones corporales supone desplazar el foco hacia un marco explicativo ajeno a la disciplina.

Por ejemplo, afirmar que un niño “presenta dificultades en la coordinación visomotora” constituye una descripción válida desde un punto de vista funcional, pero insuficiente desde una perspectiva ocupacional. La formulación diagnóstica debe comenzar señalando que el niño presenta una restricción en la participación en tareas escolares como la escritura, situando así el fenómeno en el nivel ocupacional.

Este componente no se limita a identificar la ocupación afectada, sino que debe incorporar el significado que esta tiene para la persona. Tal como se señala en la literatura, la participación no puede entenderse al margen de su dimensión subjetiva. De este modo, una misma restricción puede tener implicaciones diferentes en función del valor que la ocupación tenga para la persona o su entorno.

Además, en el ámbito pediátrico, este componente adquiere una especial relevancia, ya que la participación está estrechamente vinculada al desarrollo. Identificar adecuadamente el fenómeno ocupacional implica situarlo en relación con las demandas evolutivas y las expectativas del entorno.

b) Componente explicativo (el porqué).

El componente explicativo constituye el núcleo del diagnóstico ocupacional y el elemento que diferencia una formulación descriptiva de una construcción diagnóstica propiamente dicha. En este nivel, el profesional integra las variables del desempeño para construir una explicación relacional que dé sentido a la restricción en la participación.

Talavera-Valverde (2015) señala que el valor del diagnóstico no reside en la enumeración de factores, sino en la capacidad de establecer relaciones entre ellos. Explicar implica identificar cómo interactúan los diferentes elementos del dominio —factores del cliente, destrezas, patrones, contextos— para generar una determinada configuración del desempeño.

Este proceso supone un cambio de lógica fundamental: de la fragmentación al análisis relacional. Mientras que un enfoque fragmentado podría listar múltiples dificultades, el diagnóstico ocupacional busca comprender cómo estas se articulan en un sistema coherente. Por ejemplo, en el caso de un niño con dificultades en la escritura, el componente explicativo no se limita a señalar problemas grafomotores, sino que integra:

- dificultades en la coordinación visomotora
- baja tolerancia a la frustración
- experiencias previas de fracaso escolar
- demandas académicas elevadas

- ausencia de adaptaciones en el aula

El diagnóstico no describe estos elementos de manera independiente, sino que explica cómo su interacción configura una restricción en la participación escolar.

Este componente implica un alto nivel de complejidad cognitiva, ya que requiere seleccionar información relevante, establecer relaciones causales y construir una hipótesis coherente. Tal como se plantea en el manual, el diagnóstico ocupacional es una construcción interpretativa que refleja tanto la realidad del caso como la forma en que el profesional la comprende.

c) **Indicios clínicos (evidencia).**

Los indicios clínicos constituyen la base empírica del diagnóstico y permiten sustentar la hipótesis explicativa. Este componente conecta el razonamiento clínico con la práctica basada en la evidencia, integrando diferentes fuentes de información:

- observación directa
- resultados de instrumentos de evaluación
- narrativas de la familia
- análisis de la ocupación

Talavera-Valverde (2015) enfatiza que el diagnóstico no puede construirse al margen de los datos, pero tampoco puede reducirse a ellos. Los datos no hablan por sí mismos; requieren ser interpretados. En este sentido, los indicios clínicos no son el diagnóstico, sino el soporte sobre el que este se construye.

Por ejemplo, la observación de que un niño evita tareas de escritura, junto con registros de bajo rendimiento académico y verbalizaciones de frustración, constituyen indicios que apoyan la hipótesis diagnóstica. Sin embargo, es la integración de estos datos en una explicación lo que configura el diagnóstico.

Este componente también permite evaluar la coherencia interna del diagnóstico. Una formulación bien construida debe poder justificarse a partir de los datos disponibles, evitando inferencias no sustentadas o interpretaciones arbitrarias.

d) **Información adicional.**

El componente de información adicional integra los factores contextuales y situacionales que influyen en la participación, reforzando el carácter necesariamente situado del diagnóstico ocupacional. Desde el Occupational Therapy Practice Framework (OTPF-4), el entorno no se concibe como un elemento externo al desempeño, sino como una dimensión constitutiva del mismo, en interacción continua con la persona y la ocupación (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2020).

Incorporar esta información en el diagnóstico implica reconocer que la participación no depende exclusivamente de las características de la persona, sino de las condiciones en las que se produce. En este sentido, la información adicional permite situar el desempeño en su contexto real, integrando tanto facilitadores como barreras que condicionan la implicación en la vida cotidiana. Este desplazamiento resulta clave para evitar interpretaciones reduccionistas centradas únicamente en factores individuales.

Por ejemplo, en el caso de un niño con dificultades en la escritura, la información adicional puede incluir elementos como demandas escolares poco ajustadas, ausencia de apoyos específicos en el aula, expectativas familiares elevadas o limitaciones en la disponibilidad de recursos educativos. Estos factores no operan de manera aislada, sino que configuran un entramado contextual que puede amplificar o atenuar la dificultad en la participación. De este modo, la restricción en el desempeño no

se explica únicamente por las características del niño, sino por la relación entre estas y las condiciones en las que se desarrolla la ocupación.

Talavera-Valverde (2015) advierte que la omisión de esta dimensión conduce a diagnósticos descontextualizados, en los que las dificultades se atribuyen exclusivamente a la persona, invisibilizando el papel del entorno. Este tipo de formulaciones no solo limitan la comprensión del problema ocupacional, sino que restringen las posibilidades de intervención, al excluir estrategias orientadas a la modificación de las condiciones contextuales.

En el ámbito pediátrico, la información adicional adquiere una especial relevancia, ya que la participación se construye en la interacción entre múltiples entornos —familia, escuela y comunidad— que influyen de manera decisiva en las oportunidades ocupacionales. El diagnóstico debe, por tanto, integrar esta pluralidad de contextos para ofrecer una explicación completa y coherente del desempeño.

En definitiva, la información adicional no constituye un elemento accesorio dentro del diagnóstico ocupacional, sino una dimensión esencial que permite comprender la participación en su complejidad. Su incorporación refuerza la naturaleza relacional del razonamiento en terapia ocupacional y amplía el alcance de la intervención hacia la transformación de las condiciones en las que se desarrolla la vida cotidiana.

2.5. El diagnóstico como puente entre evaluación e intervención

El diagnóstico ocupacional cumple una función clave en el proceso terapéutico: conectar la evaluación con la intervención.

Talavera-Valverde (2015) plantea que el diagnóstico no es un fin en sí mismo, sino un medio para orientar la acción terapéutica. De hecho, señala que intervenir sin un diagnóstico claro implica actuar sin comprender el problema, lo que compromete la calidad de la intervención. En este sentido, el diagnóstico permite:

- Priorizar problemas relevantes
- Establecer objetivos coherentes
- Justificar decisiones clínicas
- Comunicar el razonamiento profesional

Por ejemplo, en el caso de Mariana, intervenir únicamente sobre la activación conductual sin comprender la desestructuración de patrones y la influencia del contexto podría limitar la eficacia de la intervención. El diagnóstico permite orientar la acción hacia la reconstrucción de la vida ocupacional.

Además, el diagnóstico facilita la coherencia entre las distintas fases del proceso terapéutico, garantizando que la intervención responde a una comprensión previa del desempeño. Tal como se señala en la literatura, la evaluación sin diagnóstico genera información, pero no conocimiento; el diagnóstico sin intervención carece de sentido clínico.

2.6. El diagnóstico ocupacional como competencia profesional

La construcción del diagnóstico ocupacional constituye una de las competencias más complejas en terapia ocupacional. No se trata únicamente de aplicar conocimientos, sino de integrar información, interpretar relaciones y tomar decisiones en contextos de incertidumbre.

Tal como plantean Higgs et al. (2008) y Talavera-Valverde (2015), el desarrollo del razonamiento diagnóstico implica una progresión desde niveles iniciales hacia niveles expertos:

- Nivel inicial: pensamiento fragmentado y centrado en déficits

- Nivel intermedio: integración parcial de variables
- Nivel avanzado: construcción relacional del desempeño
- Nivel experto: narrativa clínica integrada y flexible

Este desarrollo no depende únicamente de la experiencia, sino de la capacidad metacognitiva del profesional, es decir, de su habilidad para reflexionar sobre su propio razonamiento.

En este sentido, el diagnóstico ocupacional no solo es una herramienta clínica, sino también un instrumento de aprendizaje y desarrollo profesional. Obliga a explicitar el pensamiento, a justificar decisiones y a revisar continuamente las hipótesis.

Además, su dominio contribuye a la consolidación de la identidad profesional, al permitir diferenciar la terapia ocupacional de otras disciplinas. Tal como señala Talavera-Valverde (2015), la especificidad de la terapia ocupacional no reside únicamente en lo que hace, sino en cómo piensa y explica el desempeño ocupacional.

2.7. Conclusión

El diagnóstico ocupacional (Tabla 2) no es una etiqueta, sino una construcción interpretativa que organiza el pensamiento, da sentido a la evaluación y orienta la intervención. La estructura del diagnóstico ocupacional como narrativa explicativa permite comprender este proceso como una síntesis organizada del razonamiento clínico, en la que cada componente cumple una función específica pero interrelacionada.

El componente descriptivo sitúa el fenómeno en el nivel ocupacional; el componente explicativo construye la relación entre variables; los indicios clínicos aportan la base empírica; y la información contextual sitúa el desempeño en su entorno.

Tal como plantea Talavera-Valverde (2015), el diagnóstico no es un sumatorio de elementos, sino una estructura relacional que da sentido al desempeño. Su valor no reside en la cantidad de información, sino en la coherencia de la explicación.

Tabla 2. Estructura del Diagnóstico Ocupacional

Componente	Pregunta clave	Función en el razonamiento	Ejemplo
Descriptivo	¿Qué ocurre?	Identifica la restricción en la participación (nivel ocupacional)	“Dificultad en la participación en actividades escolares de escritura”
Explicativo	¿Por qué ocurre?	Integra variables del desempeño en una explicación relacional	Relacionado con dificultades visomotoras, frustración y demandas escolares
Indicios clínicos	¿Qué lo evidencia?	Sustenta el diagnóstico con datos observables y medibles	Bajo rendimiento, evitación de tareas, observación clínica
Información adicional	¿Dónde y en qué condiciones ocurre?	Sitúa el desempeño en contextos reales, integrando facilitadores, barreras y otra información relevante (incluida información clínica o diagnóstica)	Aula sin adaptaciones, demandas académicas elevadas, diagnóstico médico de TDAH

7. Referencias

- American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process-Fourth Edition. The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association, 74(Supplement_2), 7412410010p1–7412410010p87. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- Guerrero-Salado, R., Otaño-Lozano, M., & Hernando-Pina, M. (2022). El marco de trabajo de la AOTA, ¿el esperanto de la profesión? *TOG (A Coruña)*, 19(1E),S52-S61. <https://doi.org/S1885-527X2022000100010>
- Hammell, K. W. (2014). Belonging, occupation, and human well-being: An exploration. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(1), 39–50. <https://doi.org/10.1177/0008417413520489>
- Hernando-Pina, M., Guerrero-Salado, R., & Otaño-Lozano, M. (2022). Críticas al marco de trabajo para la práctica profesional de la AOTA. *TOG (A Coruña)*, 19(1E),S52-S61. <https://doi.org/S1885-527X2022000100011>
- Higgs, J., Jones, M., Loftus, S., & Christensen, N. (2008). *Clinical reasoning in the health professions*. Elsevier
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: Theory and application* (4th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The person–environment–occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9–23. <https://doi.org/10.1177/000841749606300103>
- Moruno-Miralles, P., Talavera-Valverde, M. A., & Reyes-Torres, A. (2019). Razonamiento clínico en terapia ocupacional: una revisión narrativa. *Revista de la Facultad de Medicina*, 67(1), 153-159 <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v67n1.67829>
- Otaño-Lozano, M., Hernando-Pina, M., & Guerrero-Salado, R. (2022). El marco de la AOTA y otras teorías. *TOG (A Coruña)*, 19(1E), S26-S29. <https://doi.org/S1885-527X2022000100007>
- Talavera-Valverde, M.-Á. . (2013). Formas de construir el razonamiento clínico o profesional en terapia ocupacional. *TOG (A Coruña)*, 10(17), 1-4
- Talavera-Valverde, M.-Á. (2015). *Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional*. Editorial Síntesis.
- Talavera-Valverde, M.-Á., Souto-Gómez, A.-I., & Moruno-Miralles, P. (2022). Evaluación ocupacional y el marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional. *TOG (A Coruña)* , 19(1E), S67-S72 <https://doi.org/S1885-527X2022000100012>
- Talavera-Valverde, M.-Á., Souto-Gómez, A.-I., & Moruno-Miralles, P. (2022). Diagnóstico ocupacional y el marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional. <https://doi.org/S1885-527X2022000100013>
- Zapata-Jiménez, M., Rozas Muñoz, A., & Roncal Marcilla, Y. (2022). Evolución técnica del marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional: dominio y proceso. . *TOG (A Coruña)* , 19(1E), S16-S25. <https://doi.org/S1885-527X2022000100006>
- Wilcock, A. A., & Townsend, E. (2014). Occupational justice. En B. A. Boyt Schell et al. (Eds.), *Willard & Spackman's occupational therapy* (12th ed.). pp.541-552. Wolters Kluwer Health

Finalizado de maquetar: Ferrol 16 de abril de 2026

Título: MANUAL DOCENTE DE TRANSFERENCIA Y DIVULGACIÓN: RAZONAMIENTO Y DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL DESDE EL MARCO DE LA AOTA.

Autor: Miguel-Ángel Talavera-Valverde y Ana-Isabel Souto-Gómez

Esta documentación incorpora una Licencia Creative Commons que es un modelo de contrato que sirven para otorgar públicamente el derecho de utilizar una publicación protegida por los derechos de autor. Esta documentación se rige por la siguiente licencia:

Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 3.0 IGO



Los y las usuarias pueden descargar esta publicación y compartirla con otros y otras, pero no están autorizados y autorizadas a modificar su contenido de ninguna manera ni a utilizarlo para fines comerciales. La autoría de Miguel-Ángel Talavera-Valverde deberá ser claramente identificada como propietaria de los derechos de autor y autora de la publicación original. Cualquier utilización comercial del contenido de esta publicación, así como reutilización o adaptación del contenido, incluyendo la utilización de partes del mismo o traducciones, necesitará la autorización previa y por escrito del autor. Esta es la licencia Creative Commons más restrictiva.

Cómo citar este documento en formato APA

Talavera-Valverde, M.-Á., & Souto-Gómez, A.-I. (2026). *Manual docente de transferencia y divulgación: razonamiento y diagnóstico ocupacional desde el marco de la AOTA*. [Manuscrito inédito]. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. <https://hdl.handle.net/20.500.11940/23281>