

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSTGRADO**



**RAZONAMIENTO NARRATIVO DURANTE LA INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN
UNIDADES DE PACIENTES CRÍTICOS.**

OSCAR IGNACIO HERNÁNDEZ LANAS.

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGISTER EN OCUPACIÓN Y TERAPIA OCUPACIONAL.**

Director de Tesis: Prof. Dra. Pamela Loreto Gutiérrez Monclus.

2019

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSTGRADO**

INFORME DE APROBACION TESIS DE MAGISTER

Se informa a la Comisión de Grados Académicos de la Facultad de Medicina, que la Tesis de Magister presentada por la(el) candidata(o)

OSCAR IGNACIO HERNÁNDEZ LANAS

ha sido aprobada por la Comisión Informante de Tesis como requisito para optar al Grado de Magister en Ocupación y Terapia Ocupacional en el Examen de Defensa de Tesis rendido el día 10 de junio de 2019.

Prof. Dra. Pamela Loreto Gutiérrez Monclus

Director(a) de Tesis

Departamento de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación

COMISION INFORMANTE DE TESIS

Prof. Constanza Briceño Ribot.

Prof. Silvana Castillo Parra.

Prof. Erna Navarrete Salas.

Presidente Comisión

Dedicatoria

A mi familia: Erna, Oscar y Sofía.

Y a cada persona que, por cosas del destino, se debe enfrentar a la lucha contra la enfermedad crítica, como a las que también tienen que vivenciar la discapacidad.

Agradecimientos

Cuando es camino es tortuoso y te das cuenta de que lo has logrado, cada acción que emprendiste gana un significado, como experiencia por cada paso que diste, que quizás no fueron los mejores, pero apoyaron para lograr este largo camino.

Agradezco a mis profesores/as, quienes han sido mi ejemplo para seguir, y han fundado la idea de ir siempre hacia delante, con firmeza de que siempre hay algo más que descubrir. En especial a mi tutora de tesis, Pamela quien siempre estuvo dispuesta a acompañar en este camino.

Agradezco a cada una de las personas que he acompañado en el proceso de Terapia Ocupacional

Agradezco a mis colegas y jefatura en el Hospital Dipreca quienes me acogieron y han creído en la formulación de nuevas propuestas para la Unidad de Terapia Ocupacional.

Agradezco a mis amigos/as, quienes ha sido cómplices y han acompañado por el camino de triunfos y fracasos, y sobre todo en mis locuras.

Agradezco a mi familia, por la formación de valórica entregada, por la confianza y por dar motivación durante el proceso.

Agradezco a mi Madre, quien me ha educado a ser cada día una mejor persona, como por su presencia en los momentos difíciles.

Agradezco a mi Padre, quien me heredo su fortaleza, disciplina, perseverancia y alegría.

Agradezco a mi hermana por acompañarme y amarme.

Agradezco a Dios, por darme la oportunidad de estar donde estoy, ponerme en el camino en el preciso momento, como también por la sabiduría para tomar decisiones y seguir a pesar de las dificultades.

También agradecer a los Terapeutas Ocupacionales colaboradores: Rolando, Cristóbal, Nicole, Nelson, Evelyn, quienes sin su aporte a la Terapia Ocupacional esta área no sería posible como se da hoy en día.

Al equipo de profesores, estudiantes y funcionarios/as de la Escuela de Terapia Ocupacional de la Universidad de Chile, por animar y alentar el cierre de este proyecto.

A mis compañeros de tesis, quienes acompañaron este proceso y me subieron el ánimo en este camino: Irma, Paloma, Natalia y Paula.

A Javiera por darme alegría y muchas sonrisas.

A todos/as ellos/as muchas gracias.

Índice

RESUMEN	9
ABSTRACT	11
CAPÍTULO I: DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	13
1.1. Antecedentes del Tema	13
1.2. Problema y pregunta de investigación	18
1.3. Hipótesis.....	20
1.4. Objetivos de la Investigación	21
1.4.1. Objetivos Generales	21
1.4.2. Objetivos Específicos	21
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	22
1. Razonamiento Profesional en Terapia Ocupacional.....	22
1.1. Definición del Razonamiento Profesional.....	22
1.2. Dimensiones del razonamiento profesional en Terapia Ocupacional.....	28
1.1.1. Razonamiento científico.	29
1.1.2. Razonamiento pragmático	30
1.1.3. Razonamiento ético	31
1.1.4. Razonamiento Narrativo.....	32
2. Razonamiento Narrativo en Terapia Ocupacional.....	35
2.1. Conceptualizaciones provenientes de Ciencia de Ocupación aplicadas a la comprensión de la narrativa en la vida cotidiana.	36
2.1.1. Significado en la narrativa.....	38
2.1.2. Acción en la narrativa.....	39
2.2.1. Narración de cuentos.	42
2.2.2. Creación de Historias	42
3. Atención de Terapia Ocupacional en Unidades de Paciente Críticos.....	45

3.1. Terapia Ocupacional en Unidades de pacientes críticos versus rehabilitación tradicional.....	46
3.2. Principales acciones de Terapia Ocupacional en Unidades de Paciente Críticos y evidencia de sus prácticas.	47
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO.....	53
3.1. Enfoque metodológico y tipo de diseño adoptado en la investigación.	53
3.2. Contexto de la investigación.....	54
3.3. Identificación y descripción de la estrategia de muestreo.....	59
3.4. Identificación y descripción de las participantes en la investigación.....	60
3.4.1. Criterios de inclusión.....	60
3.5. Caracterización de la muestra.....	60
3.6. Identificación de técnicas de recolección de datos:.....	61
3.7. Técnica de Análisis de los Datos:.....	63
3.6.1. Etapa I: Codificación abierta.....	64
3.6.2. Etapa II: Codificación axial.....	65
3.6.3. Etapa III: Codificación selectiva.....	65
3.7. Criterios de calidad de la investigación cualitativa.....	65
3.8. Consideraciones éticas.....	67
3.8.1. Consentimiento Informado.....	69
3.8.2. Obtención del Consentimiento Informado.....	71
3.8.3. Diagrama de Flujo.....	74
CAPITULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	75
4. Procesamiento de datos y resultados.....	75
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.....	155
5.1. Discusión.....	155
5.2. Consideraciones Finales.	164

5.3. Limitaciones y proyecciones.....	169
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	173
ANEXOS	190
Anexo I: Formulario de consentimiento informado para Terapeutas Ocupacionales. ..	190
Anexo II: Formulario de consentimiento informado para informantes claves.	193
Anexo III: Formulario de consentimiento informado para pacientes en lectura fácil. ..	196
Anexo IV: Formulario de consentimiento informado para representante legal, familiares o persona allegada significativa para el paciente.	200
Anexo V: Pauta de observación participante	203
Anexo VI: Formato de transcripción de observaciones iniciales	206
Anexo VII: Pauta de Entrevista en Profundidad	207
Anexo VIII. Centro donde se realiza el estudio de investigación.	213
Anexo IX. Informe favorable del Comité de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.	214
Anexo X. Informe favorable del Comité Académico del Programa de Magister en Ocupación y Terapia Ocupacional, Escuela de Posgrado, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.....	216
Anexo XI. Carta de Autorización para llevar a cabo Investigación en Unidad de Pacientes Críticos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.	217
Anexo XII. Carta de Autorización para llevar a cabo Investigación en Unidad de Terapia Ocupacional del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.	218

RESUMEN

Fundamento: El razonamiento narrativo se configura como un eje central del razonamiento profesional de los/las Terapeutas Ocupacionales. Este razonamiento permite poner énfasis en la experiencia de la enfermedad y no sólo en la enfermedad, creando narrativas que establecen relaciones entre los problemas biomédicos, la historia de vida y las experiencias simbólicas del sujeto, permitiendo integrar a la práctica elementos cotidianos, que muchas veces se consideran alejados de la fundamentación teórica. La práctica de Terapia Ocupacional en Unidades de Pacientes Críticos requiere considerar diversos niveles de la intervención: las complicaciones médicas que presentan los usuarios, los procedimientos de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital, como también integrar las experiencias y narrativas de estos sujetos en dichas unidades.

Objetivo: La presente investigación tiene como objetivo general de describir la influencia del razonamiento narrativo de los/las terapeutas ocupacionales en el proceso de intervención en unidades de paciente críticos.

Metodología: Se realizó un estudio con enfoque etnográfico con cuatro terapeutas ocupacionales que se desempeñan de forma total o parcial en la Unidad de Paciente Crítico del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago de Chile. Los datos se recopilaron mediante registro etnográfico a través de observación participante durante su labor al interior de la unidad y registro en un diario de campo, entrevistas en profundidad y análisis del protocolo de intervención de Terapia Ocupacional para pacientes críticos; los datos se analizaron desde una directriz de teoría fundamentada, realizando un proceso de codificación abierta, axial y selectiva, para generar categorías conceptuales y armar un marco integrador. El rigor se aseguró siguiendo los criterios científicos para los estudios cualitativos.

Resultados: Se logra conceptualizar el razonamiento narrativo desde dos vertientes de significado, la narración de cuentos y la creación de historia, los cuales tienen una influencia directa sobre la evaluación y la intervención en estas unidades. En relación con la intervención de Terapia Ocupacional en Unidades de Pacientes Críticos desde

la perspectiva del razonamiento narrativo, esta aporta con cuatro estrategias de intervención: creación de sistemas de comunicación, considerar el entorno de la Unidad de Paciente Crítico como un contexto cotidiano, apoyo en salud mental y manejo de las emociones, y exploración y negociación de actividades. El razonamiento narrativo articula con las otras modalidades del razonamiento profesional, como también recibe e influencia al equipo de atención al interior de estas Unidades. Por último, se describe los procesos de implementación, posicionamiento y formación de nuevos Terapeutas Ocupacionales en estas unidades, lo que entrega un contexto para la comprensión del razonamiento narrativo.

Conclusión: Existe influencia del razonamiento narrativo en las prácticas de Terapia Ocupacional hacia pacientes críticos, las cuales se manifiestan como estrategias propias de aplicación que se ven reflejadas durante la evaluación y la intervención. El razonamiento narrativo se vincula con otras modalidades del razonamiento profesional como es el razonamiento científico, pragmático y ético, lo que tiene una influencia en razonamiento profesional que permite la implementación, validación y puesta en marcha de las atenciones de terapia ocupacional en estas unidades, junto con considerar algunas estrategias en la formación de nuevos/as terapeutas ocupacionales para la atención del paciente crítico, consolidando en su enseñanza herramientas para la toma de decisiones y resolución de problemas. Desde la profesión se hace necesaria la incorporación de nuevos cuerpos de conocimiento y el consiguiente progreso teórico. Por lo cual considerar la perspectiva narrativa en las acciones de Terapia Ocupacional en Unidades de Paciente Crítico, puede ser un paso para generar un conocimiento en un área emergente de la disciplina, que tradicionalmente se ha ido construyendo desde una perspectiva científica del razonamiento profesional, olvidando en su desarrollo la influencia de la narrativa en su acción.

PALABRAS CLAVES: Narración, Terapia Ocupacional, Enfermedad Crítica, Cuidados Críticos.

ABSTRACT

Background: The narrative reasoning is configured as a central axis of the professional reasoning of the Occupational Therapists. This reasoning allows us to emphasize the experience of the disease and not only the disease, creating narratives that establish relationships between biomedical problems, the life history and the symbolic experiences of the subject, allowing to integrate everyday elements into practice, which many times they are considered far from the theoretical foundation. The practice of Occupational Therapy in Critical Patients Units requires considering different levels of the intervention: the medical complications that the users present, the procedures of monitoring, surveillance, management and life support, as well as integrating the experiences and narratives of these subjects in said units.

Objective: The present research has as general objective to describe the influence of the narrative reasoning of the occupational therapists in the intervention process in critical patient units.

Methodology: A study with an ethnographic approach was carried out with four occupational therapists who work totally or partially in the Critical Patient Unit of the Clinical Hospital of the University of Chile, Santiago, Chile. The data were collected through ethnographic record through participant observation during their work within the unit and recording in a field diary, in-depth interviews and analysis of the Occupational Therapy intervention protocol for critical patients; the data was analyzed from a grounded theory guideline, performing an open, axial and selective coding process, to generate conceptual categories and build an integrating framework. Rigor was ensured by following the scientific criteria for qualitative studies.

Results: It is possible to conceptualize the narrative reasoning from two aspects of meaning, the storytelling and the story making, which has a direct influence on the evaluation and intervention in these units. In relation to the intervention of Occupational Therapy in Critical Patient Units from the perspective of narrative reasoning, this contributes with four intervention strategies: creation of communication systems,

considering the environment of the Critical Patient Unit as a daily context, support in mental health and emotion management, and exploration and negotiation of activities. The narrative reasoning articulates with the other modalities of professional reasoning, as it also receives and influences the attention team within these Units. Finally, we describe the processes of implementation, positioning and training of new Occupational Therapists in these units, which provides a context for the understanding of narrative reasoning.

Conclusion: There is an influence of narrative reasoning in the practices of Occupational Therapy towards critical patients, which manifest themselves as strategies of application that are reflected during the evaluation and intervention. Narrative reasoning is linked to other modalities of professional reasoning such as scientific, pragmatic and ethical reasoning, which has an influence on professional reasoning that allows the implementation, validation and implementation of occupational therapy care in these units, together with considering some strategies in the training of new occupational therapists for critical patient care, consolidating in their teaching tools for decision making and problem solving. From the profession it is necessary to incorporate new bodies of knowledge and the consequent theoretical progress. Therefore, considering the narrative perspective in the actions of Occupational Therapy in Critical Patient Units can be a step to generate knowledge in an emerging area of the discipline, which has traditionally been built from a scientific perspective of professional reasoning, forgetting in its development the influence of the narrative in its action.

KEY WORDS: Narration, Occupational Therapy, Critical Illness, Critical Care.

CAPÍTULO I: DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

1.1. Antecedentes del Tema

La Terapia Ocupacional es una disciplina de la salud que contribuye a la rehabilitación de personas con disfunciones ocupacionales, a través del uso de actividades orientadas a promover y maximizar la función, con la finalidad de responder a las exigencias contextuales y lograr la participación en la vida de forma plena (World Federation of Occupational Therapists, 1998).

Los/las terapeutas ocupacionales basan su intervención en el conocimiento del paciente, considerándolo como una persona con una historia singular, que tienen preferencias, valores e intereses, y que realizan actividades que las configuran por medios de patrones. Los objetivos de su plan de intervención se obtienen a través de diversas metodologías, destacándose en la evaluación el uso de la observación clínica y la entrevista al paciente (como también a otras personas relevantes), con la finalidad de obtener información acerca de cómo las ocupaciones se han interrumpido o presentan vulnerabilidad. Esta información brinda la base para centrar la atención y es el fundamento para generar ideas del proceso de intervención a realizar (Boyt, Blessdell, & Cohn, 2005).

Al respecto, el estudio del razonamiento profesional de los/las terapeutas ocupacionales se constituye como una aproximación teórica válida para conocer y describir las estrategias y habilidades que entran en juego durante su labor, los conocimientos implicados en el proceso y los factores que conforman la interacción entre sus conocimientos y acciones que implementan (Moruno, Talavera & Cantero, 2009).

Desde la literatura de Terapia Ocupacional, se ha reportado que el razonamiento profesional utiliza diversas modalidades, las cuales se encuentran entrelazadas por distintos aspectos o enfoques de pensamiento de acuerdo con la

naturaleza de la situación de salud que se está tratando, o bien, según las diversas demandas de los problemas a tratar.

Para dar respuesta a esto, se han planteado diversas nomenclaturas para nombrar las dimensiones del razonamiento profesional, al respecto Schell (2005) propone una nomenclatura que considera cuatro elementos para la conformación del razonamiento profesional: el razonamiento científico, el razonamiento pragmático, el razonamiento ético y el razonamiento narrativo.

El razonamiento científico es la dimensión del razonamiento profesional que permite vislumbrar el problema de salud que afecta a la persona a intervenir, comprender la intensidad de su problema y relacionar la sintomatología presente con el desempeño ocupacional observado al momento de la evaluación como de la misma intervención (Schell, 2005).

El razonamiento pragmático es la dimensión del razonamiento profesional que considera los elementos que afectan la relación del terapeuta ocupacional con la persona a intervenir, tomando en cuenta todos los factores que tienen lugar durante la realización de la terapia misma; es decir contempla aquellos aspectos vinculados al encuadre de la práctica que afectan al servicio que se ofrece (Schell y Cervero, 1993).

Por otro lado, el razonamiento ético es la dimensión del razonamiento profesional que permite elegir las acciones moralmente defendibles, dada la competencia de los intereses entre las variables presentes en el ejercicio profesional (Schell, 2005; Moruno, Talavera & Cantero, 2009).

Por último, el razonamiento narrativo es la dimensión del razonamiento profesional que permite comprender el significado del problema para la persona desde su propia narrativa, es decir proporciona una forma de comprender la experiencia de la enfermedad (Shell, 2005; Mattingly, 1991a).

Según Erhardt y Meade (2005), el razonamiento narrativo es la estrategia más utilizada por los/las terapeutas ocupacionales cuando desean revisar con la persona intervenida el tratamiento realizado, permitiendo explorar diferentes opciones para hacer frente a los cambios vivenciados por su enfermedad, como también con las futuras necesidades que surgen del contexto en que se desempeñará.

El razonamiento narrativo comprende el pensamiento profesional en forma de historias, relatos o cuentos, elementos esenciales cuando se considera que la historia vital de una persona es interrumpida por un trastorno de salud, y se debe guiar una intervención para reconstruirla (Kielhofner, 1997).

El razonamiento narrativo es la forma principal de dar sentido a la experiencia humana desde el enfoque de la Terapia Ocupacional (Mattingly, 1991b). Este razonamiento sitúa a los/las Terapeutas Ocupacionales a pensar sobre la experiencia de la enfermedad, en vez de pensar en la enfermedad¹, se trata, por lo tanto, de ver cómo el cotidiano de un paciente es o se modificada por la repercusión de su enfermedad o deficiencia (Benetton, 2012). A pesar de la importancia del razonamiento narrativo que tiene como discurso en la práctica, este elemento ha sido subestimado en el estudio de la Terapia Ocupacional (Mattingly, 1991a).

Dentro de la acción profesional, la Terapia Ocupacional ha establecido diversos perfiles de usuarios como posibles beneficiarios de su acción, expandiéndose su labor hacia nuevos ámbitos de intervención y en este contexto, las Unidades de Pacientes Críticos se han vuelto un ámbito común para la intervención disciplinar, planteando nuevos desafíos y problemáticas, tanto para el/la profesional de Terapia Ocupacional como para las personas que se encuentran inmersos en estas unidades. Como objetivos de Terapia Ocupacional para este

¹ Entendida como una condición fisiológica está afectando la vida de una persona, en la cual lo importante es describir síntomas, sin discutir las particularidades de sus síndromes, deficiencias o enfermedades (Benetton, 2012; Mattingly, 1991).

contexto de intervención se considera: mantener el máximo de bienestar, prevenir el deterioro de una enfermedad crónica, promover y restaurar las funciones biopsicosociales, como también el ajuste social y la integración a los roles (Affleck, Lieberman, Polon, & Rohrkemper, 1986; Álvarez et al., 2017; Ares, Díaz-Mor, & Huerta, 2014; Castro, 1990; Celis et al., 2014; Dinglas et al., 2013; Jakob & Takala, 2009; Pohlman, Schweickert, & Pohlman, 2010; Schweickert et al., 2009).

La práctica de Terapia Ocupacional en unidades de pacientes críticos está orientada hacia la intervención de personas que sufren una condición patológica que afecta a uno o más sistemas (sistema cardiovascular, respiratorio, endocrino, desórdenes neurológicos y/o gastrointestinales, sobredosis de drogas, quirúrgicos y misceláneas), que pone en serio riesgo actual o potencial su vida y que presenta condiciones de reversibilidad, que hacen necesarios la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado (Sáez & Infante, 2004).

A esto se suma una condición de descompensación fisiológica, con una alta probabilidad de presentar compromiso de conciencia, insuficiencias respiratorias o fallas en algún sistema, manifestación de edema, limitación de rangos de movimiento en miembro superior e inferior, especialmente en muñeca, dedos y tobillo, malformaciones neuro-ortopédicas, deterioro en las habilidades motoras y cognitivas, frecuentemente por desacondicionamiento motor, pérdida de fuerza por inmovilización prolongada, además de presentar desorientación espacio temporal, reducción de la capacidad de focalizar, mantener o cambiar la atención, déficit en memoria, alteraciones perceptuales, problemas de comunicación, y tener un riesgo más elevado de generar un delirium (Álvarez et al., 2017; Burtin et al., 2009; Clavet, Hébert, Fergusson, Doucette, & Trudel, 2008; Iwashyna, 2010; Jakob & Takala, 2009; Needham, 2008).

La acción de Terapia Ocupacional requiere comprender las complicaciones médicas que presenta, además de los procedimientos de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital, como también integrar las experiencias y narrativas de estos

sujetos en dichas unidades. Este último aspecto (experiencia y narrativas), es un ámbito difícil de acceder, principalmente por la condición de salud, como la presencia de soportes y sistemas de monitorización.

En la literatura se ha podido documentar que muchas de las experiencias asociadas a la atención de pacientes críticos son consideradas como negativas. Dentro de estas experiencias se observa dinámicas de alejamiento de la vida cotidiana, pérdida de autonomía en la toma de las decisiones relacionadas con la dirección de su propia vida, compromiso de la función corporal, sufrimiento en el plano físico, mental y espiritual, dolor, incomodidad, dificultad para respirar, alteraciones corporales y cognitivas, ansiedad, recuerdos delirantes o fragmentados, sentimientos de desamparo, desesperanza, sensación de abandono, soledad y angustia a la muerte, sentimiento de invalidez, dependencia y pérdida de la privacidad (Beltrán, 2009; Castaño, 2008; Del Barrio, Lacunza, Margall, & Asiain, 2001; Egerod, Schwartz-Nielsen, Hansen, & Laerkner, 2007; Engström, Grip, & Hamrén, 2009; Jablonski, 1994; Leiva, 2010).

Como resultado de estos factores, el paciente crítico va instaurando una falta de coherencia y sentimientos de vulnerabilidad, que producen cambios en sus roles sociales, transformándose de una persona activa a una persona pasiva, configurándose como una carga para el servicio como para su familia (Beltrán, 2009; Castaño, 2008).

Por lo cual, el conocer la influencia que tiene el razonamiento narrativo en el proceso de Terapia Ocupacional en estas unidades puede ser de utilidad para entregar mejores atenciones que permitan resolver estas experiencias negativas.

1.2. Problema y pregunta de investigación

El papel del razonamiento narrativo en la Terapia Ocupacional se ha definido como la esencia de la práctica, y su aplicación influye a todas las etapas de la Terapia Ocupacional, incluida la evaluación, el establecimiento de los objetivos, el tratamiento y el alta (Bonsall, 2012). El razonamiento narrativo es la forma que tiene el/la terapeuta ocupacional para abordar a una persona en el proceso terapéutico desde las influencias de la narrativa en la vida cotidiana, las cuales pueden facilitar su recuperación.

Resulta particularmente destacable el hecho que en la actualidad exista baja presencia de estudios de la aplicación del razonamiento narrativo durante la intervención de Terapia Ocupacional en Unidades de Pacientes Críticos, a pesar de la existencia de trabajos similares en otros ámbitos de intervención (Moruno Miralles, Ángel Talavera Valverde, & Cantero Garlito, 2009; Rassafiani, Ziviani, & Rodger, 2006; Sladyk & Sheckley, 2001; C. A. Unsworth, 2004, 2005; C. Unsworth & Baker, 2016). Desde el análisis de la literatura se observa que los estudios de Terapia Ocupacional en Unidades de Pacientes Críticos se han centrado en solucionar elementos biomédicos y pragmáticos, más que en comprender cómo la narrativa puede ser parte del razonamiento profesional del Terapeuta ocupacional (Affleck et al., 1986; Álvarez et al., 2017; Dinglas et al., 2013; Pohlman et al., 2010; Schweickert et al., 2009).

Esta idea se ve reforzada a partir de la observación empírica que realizo como terapeuta ocupacional que trabaja en una unidad de paciente crítico, en la cual posicionar al razonamiento narrativo como elemento central de la práctica puede consignar una tensión en la validación de la disciplina en un contexto centrado en el saber biomédico y no en el narrativo, ya que muchas acciones del terapeuta ocupacional desde este enfoque, no son comprendidas por el resto del equipo interventor en dichas unidades.

Es por ello, que este estudio le es relevante conocer **¿Cómo influye el razonamiento narrativo de los/las Terapeutas Ocupacionales en la intervención en unidades de paciente críticos?**, ya que esta pregunta puede ser de utilidad para entregar mejores atenciones que permitan resignificar y ofertar nuevas experiencias a las personas que son atendidas en unidades de pacientes críticos y levantar nuevos conocimientos que permitan aportar a la disciplina y responder a dicho vacío de conocimiento.

Como proyección, este estudio pretende principalmente realizar un avance en la comprensión, tanto de la profesión, como de sus teorías y formas de presentarse, conceptual de la aplicación del razonamiento narrativo en las Unidades de Pacientes Críticos, considerado un contexto emergente de la intervención de la Terapia Ocupacional.

Se espera con los resultados aportar con descripciones relevantes sobre que procesos facilitan al terapeuta ocupacional adquirir, consolidar y mejorar el razonamiento profesional y en especial al razonamiento narrativo, entregando un fundamento sólido a los/las profesionales que se desempeñan en esta área.

Como limitación de este trabajo, se entiende que existe una limitación de la universalización de las conclusiones las cuales se ven acotadas por el enfoque epistemológico y la metodología a utilizar. Se espera con la descripción detallada del trabajo como de su metodología, se pueda replicar en otros escenarios de población similar a la estudiada, ajustándola a su contexto.

Otra limitación es la temporalidad y los recursos humanos presentes para su ejecución, los cuales permiten realizar un estudio durante un año y abarcar una población pequeña, la cual sea manejable por el investigador principal. En relación al límite geográfico, este estudio abarcará sólo a una Unidades de Pacientes Críticos de la región metropolitana, la cual tiene como participante en su equipo de trabajo a cinco terapeutas ocupacionales.

1.3. Hipótesis

Para dar respuesta a la pregunta del estudio, se utilizará como método el enfoque cualitativo o metodología cualitativa, por lo cual la hipótesis no se suele establecer antes de ingresar al contexto de estudio, es decir, habitualmente no se instaure en fases iniciales del proyecto, sino que esta se modifica sobre la base del razonamiento del investigador, y no se puede descartar que durante el proceso esta tenga modificaciones (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014). Sin embargo, en este caso, el investigador principal presenta previo conocimiento del objeto del estudio debido a su experiencia como terapeuta ocupacional en una Unidad de Pacientes Críticos y poseer formación académica en dichos tipos de intervención.

Por lo tanto, la propuesta de estudio se plantea bajo el siguiente supuesto:

“La utilización del razonamiento narrativo influye en el proceso de intervención de pacientes críticos, permitiendo entregar una atención centrada en las necesidades de la persona y coherente a su historia de vida.”

1.4. Objetivos de la Investigación

Tomando en cuenta la pregunta de investigación expuesta anteriormente, se plantean los siguientes objetivos de investigación:

1.4.1. Objetivos Generales

OG: Describir la influencia del razonamiento narrativo de los/las terapeutas ocupacionales en el proceso de intervención en unidades de paciente críticos.

1.4.2. Objetivos Específicos

OE1: Identificar las estrategias de aplicación del razonamiento narrativo en la intervención de Terapia Ocupacional en unidades de paciente críticos.

OE2: Comprender los significados que impregna el/la terapeuta ocupacional al razonamiento narrativo en su intervención en unidades de paciente críticos.

OE3: Analizar experiencias que articulan el razonamiento científico (saber técnico-científico) con el razonamiento narrativo (saber narrativo-cotidiano) en la intervención de Terapia Ocupacional en unidades de paciente críticos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.

1. Razonamiento Profesional en Terapia Ocupacional

Como se señaló en el capítulo anterior, el estudio del razonamiento profesional en Terapia Ocupacional se ha constituido como un concepto teórico clave para describir y sistematizar las estrategias y habilidades que ponen en juego los/las profesionales de Terapia Ocupacional durante su labor (Moruno, Talavera & Cantero, 2009).

Junto con ello, han permitido el desarrollo de modelos explicativos que permiten evidenciar cómo los/las terapeutas ocupacionales entrelazan el conocimiento con sus acciones; para dar soluciones a las problemáticas ocupacionales presentes en las personas que reciben sus servicios; teniendo en consideración su situación de salud, como las demandas contextuales que se presentan durante el proceso.

Para tener un entendimiento más global del razonamiento profesional en Terapia Ocupacional, es pertinente realizar una revisión exhaustiva de las formulaciones y definiciones que se han realizado en torno a este concepto, identificar las dimensiones que abarca, además de relacionarlo con el concepto de razonamiento narrativo y su aplicación en el proceso de evaluación e intervención de Terapia Ocupacional.

1.1. Definición del Razonamiento Profesional

En la literatura se han usado una diversidad de términos para describir todas las facetas de este concepto. Dado que todas ellas tienen rasgos en común, y con el fin de mantener un discurso coherente a lo largo de la tesis, utilizaremos la definición elaborada por Schell (2005) la cual afirma que el razonamiento profesional

es “el proceso utilizado por los profesionales para planificar, dirigir, ejecutar y reflexionar sobre la atención de la persona” (p.131).

El interés por el estudio del razonamiento profesional se remonta a la década de 1950, específicamente en los estudios relacionados a la toma de decisiones durante las intervenciones que se realizan a personas en Medicina y Psicología Cognitiva (Talavera, 2015). Estos estudios influyeron en la Terapia Ocupacional durante la década de 1980, a través de las investigaciones realizadas por Joan Roger entre 1982 y 1983. Uno de los primeros trabajos de Rogers (Rogers y Masagatani, 1982) en esta temática consistió en estudiar las intervenciones realizadas por diez terapeutas ocupacionales con la finalidad de describir el modo en que conseguían establecer su razonamiento profesional. Dentro de la conclusión de este estudio, los autores comprueban que los/las terapeutas ocupacionales eran incapaces de explicar el proceso de toma de decisiones y de fundamentar como llegaban a sus conclusiones, siendo este fenómeno similar en estudiantes y futuros/as terapeutas ocupacionales.

La autora, explica este fenómeno y genera una línea de investigación enfocada en el concepto de razonamiento profesional, con el fin de describir los procesos que subyacen al razonamiento de las acciones que ejecuta el/la terapeuta ocupacional, sistematizar las prácticas, mejorar los procesos de enseñanza y transmitirlos a futuros/as terapeutas ocupacionales.

Estos hallazgos estimularon el desarrollo de múltiples investigaciones, cuyo propósito era el comprender cómo los terapeutas ocupacionales estructuraban el pensamiento para desarrollar su práctica profesional. Un estudio icónico en esta materia fue el desarrollado por Mattingly y Maureen Flemming en 1994, que se sistematiza en el documento “*Clinical Reasoning Study*” solicitado por la Fundación Americana de Terapia Ocupacional y la Asociación Americana de Terapia Ocupacional, donde se evidencia que no existe una única modalidad de razonamiento profesional, sino por el contrario, existen diversas modalidades para

llevarlo a cabo, lo cual dependerá del foco del problema (Talavera, 2015). Este trabajo tuvo un gran impacto en la Terapia Ocupacional, configurando el estudio del razonamiento profesional como un objeto de investigación en la actualidad.

En 1991, se publicó un número especial en la *American Journal of Occupational Therapy* sobre el razonamiento profesional (Mattingly, 1991; Rogers & Holm, 1991; Flemming, 1991; Schwam, 1991) y en 1994 se publicó el libro “*Clinical Reasoning: Form of Inquiry in Therapeutic Practice*” (Mattingly & Flemming, 1994), los cuales se formularon como los antecedentes teóricos que dieron inicio a los estudios del razonamiento profesional en Terapia Ocupacional y plasmaron las primeras conclusiones, recomendaciones y sugerencias para mejorar la práctica asistencial, la investigación y la docencia respecto a la temática.

Cabe señalar, que el razonamiento profesional fue denominado originalmente en la literatura de Terapia Ocupacional como razonamiento clínico, el cual describe los procesos de pensamiento utilizados por los terapeutas ocupacionales para planificar, conducir y reflexionar sobre su práctica (Rogers, 1982), es decir, se refiere al proceso cognitivo necesario para evaluar y manejar las dificultades o limitaciones en el desempeño ocupacional presente en las personas que atiende el/la terapeuta ocupacional y que le permite entregar una fundamentación lógica a sus conclusiones, como al mismo tiempo desarrollar acciones atinentes que solucionen el problema detectado.

Para el desarrollo de esta Tesis el término de razonamiento profesional debe ser considerado como sinónimo de razonamiento clínico, principalmente porque este término engloba a todas las operaciones mentales relacionadas a la toma de decisiones que desempeña el terapeuta ocupacional, tanto en contextos clínicos como no clínicos. Como principal argumento, es poder realizar una desvinculación de esta área de estudio que tuvo sus inicios en el ámbito de la medicina, y ampliarlo a otros ámbitos de desarrollo de los terapeutas ocupacionales, como son los campos educativos y los entornos socio-comunitario (Schell & Schell, 2008).

Se utilizará el término de razonamiento profesional en vez de razonamiento clínico, para argumentar la desvinculación de esta área de estudio del ámbito de la medicina. Al tomar esta consideración, se intenta evitar las connotaciones del modelo médico al término “clínico” y con ello destacar su naturaleza cooperativa centrada en la persona (Kielhofner & Foryth, 2004); y con ello intentar evitar las connotaciones del modelo médico al término “clínico” y aportar a una naturaleza más amplia que se centre en las personas (Kielhofner & Foryth, 2004).

Otros términos que también se consideraran sinónimos de razonamiento profesional y que son utilizados en la literatura de Terapia Ocupacional son los términos de juicio clínico, toma de decisiones, solución de problemas y razonamiento diagnóstico, ya que son construcciones previas a lo que actualmente se considera como razonamiento profesional (Talavera, 2015).

El razonamiento profesional es a menudo un proceso, que es consistente en la prestación de servicios de Terapia Ocupacional, el cual combina los conocimientos teóricos con la experiencia personal y profesional, como también con las acciones que ejecuta el/la terapeuta ocupacional (Schell, 2005). Es guiado por una filosofía profesional compartida que se pone en práctica de forma diaria, en cada una de las acciones y pensamientos que genera el/la terapeuta ocupacional al verse enfrentado a un problema (Unsworth & Baker, 2016).

En otras palabras, es el proceso que involucra todos los procesos de pensamiento que desarrolla el/a terapeuta ocupacional durante su labor, incluyendo los pensamientos que se mueven dentro, a través y fuera de la relación terapéutica y los procesos propios de la Terapia Ocupacional (Unsworth & Baker, 2016). Por lo cual, puede ser considerado un elemento fundamental del proceso de evaluación e intervención, capaz de generar eficacia y competencia en las labores profesionales (Moruno, Talavera & Cantero, 2009).

Sumada a estas ideas, y dentro de las definiciones que se han elaborado respecto al razonamiento profesional; Neistadt et al. (1998) y Hagedorn, (2002), argumentan que el razonamiento profesional es un proceso de pensamiento aplicado a la práctica que permite individualizar la intervención, facilitar el desempeño funcional y generar resultados positivos en el usuario.

Higgs y Jones (2000) también definen de forma similar el razonamiento profesional, señalándolo como el proceso en el cual el/la terapeuta ocupacional interactúa con la persona a intervenir junto a otros/as personas significativas para el/ella misma, con la finalidad de estructurar el significado de la enfermedad, los objetivos de intervención y las estrategias de tratamiento a utilizar para recuperar su salud. Además, plantean que el razonamiento profesional se basa en datos clínicos, elecciones de la persona intervenida y en el juicio y conocimiento del profesional a cargo (Higgs & Jones, 2000).

Por otro lado, Unsworth (2004) asegura que el razonamiento profesional en Terapia Ocupacional constituye la principal estrategia para la toma de decisiones, que responde a “saber cómo hacer” el ejercicio de la profesión, posibilitando al terapeuta ocupacional a buscar e interpretar la información que permita decidir las mejores opciones de tratamiento.

Apoyando esta afirmación, Mattingly (1991), describe que el razonamiento profesional se caracteriza por ser un modo de pensamiento complejo y polifacético, que tiene lugar en diferentes momentos de la práctica profesional y que permite aprehender y enjuiciar los diversos elementos que se ponen de manifiesto durante la acción profesional. Para consolidar esta toma de decisiones, se debe considerar durante el proceso la visión de mundo del mismo terapeuta ocupacional, sus valores, sus creencias, el sentido de espiritualidad, su motivación como el estilo y asunciones personales que presente (Mattingly y Fleming, 1994; Hooper, 1997).

Mientras que Briceño (2011) propone que el razonamiento profesional es la base de nuestra práctica; ya que consiste en el proceso de reflexión y análisis metacognitivo sobre las necesidades de la persona. El razonamiento profesional es un proceso complejo de diálogo interno que se encuentra implícito en el quehacer profesional, participando en él los fundamentos filosóficos y teóricos que sustentan la disciplina, como los sistemas de valores y principios éticos. Tiene la finalidad de entender las necesidades del usuario, como de tomar decisiones acerca de la modalidad en que se debe intervenir, evitando posibles riesgos en la salud de la persona y favorecer su participación (Briceño, 2011).

Además, tal y como advierten Rassafiani, Ziviani, & Rodger (2006) puede mejorar su eficacia y, consecuentemente, optimizar la calidad de la labor profesional. Es decir, el razonamiento profesional aplicado a la práctica facilita la habilidad del terapeuta ocupacional para gestionar el proceso de evaluación, planificación e implementación, como también influir en la efectividad de su trabajo (Talavera, 2015).

Por último, Schell y Schell (2008), propone que el razonamiento profesional se utiliza para obtener información sobre la interacción del usuario con su contexto, categorizar los problemas de desempeño, valorar las intervenciones posibles, considerar las limitaciones personales o profesionales y llevar a cabo una intervención dentro de los márgenes éticos presentes.

Por lo cual, el/la terapeuta ocupacional se convierte en un pensador/a responsable, que desarrolla su labor de la mejor forma posible, independientemente de su entorno laboral. Esta situación permite al terapeuta ocupacional entender a las personas y comprender sus necesidades, es decir, el profesional sabe qué puede ofrecer al paciente, además de definirse y diferenciarse de otras disciplinas (Talavera, 2015).

En este sentido, Trombly (1993) señala que el razonamiento profesional permite disponer de un lenguaje común que dota a la Terapia Ocupacional de una identidad profesional suficiente para ser reconocida por la sociedad; ya que al disponer de un razonamiento profesional común entre profesionales de Terapia Ocupacional, se pueden documentar de forma similar lo que sucede, por que sucede y cuáles pueden ser las consecuencias, es decir existe una práctica de acción sistematizada. Además, el razonamiento profesional ofrece rigor en el manejo del léxico de la disciplina, dotando de sentido a la interpretación de su discurso ante colegas y personas foco de su intervención, evitando de esta forma confundir a sus profesionales al utilizar otros postulados que no son propios de la disciplina.

Por consiguiente, el estudio del razonamiento profesional en Terapia Ocupacional facilita la creación de nuevas generaciones de profesionales altamente capacitados y con habilidades metodológicas suficientes como para justificar las decisiones tomadas las cuales buscaran llevar a cabo una buena y adecuada práctica profesional (Talavera, 2015).

1.2. Dimensiones del razonamiento profesional en Terapia Ocupacional

Como se señaló anteriormente, el razonamiento profesional utiliza diversas modalidades en la práctica, las cuales se encuentran entrelazadas por distintos aspectos o enfoques de pensamiento de acuerdo con la naturaleza de la situación de salud que se está tratando, o bien, según las diversas demandas contextuales del problema a tratar.

Se han planteado diversas nomenclaturas para nombrar las dimensiones del razonamiento profesional para describir y discutir su esencia. Para efecto de este capítulo, se tiene en cuenta la nomenclatura propuesta por Schell (2005), la cual considera como dimensión del razonamiento profesional cuatro dimensiones: el razonamiento científico, el razonamiento pragmático, el razonamiento ético y el razonamiento narrativo.

1.1.1. Razonamiento científico.

El razonamiento científico es la dimensión del razonamiento profesional que permite vislumbrar el problema de salud que afecta a una persona, comprender su intensidad y relacionar la sintomatología con el desempeño ocupacional presente en el momento de la evaluación e intervención. Este razonamiento permite decidir qué intervenciones son las más adecuadas para resolver el problema de salud. Es un proceso lógico que se desarrolla de forma similar a una indagación científica, que intenta responder a las preguntas: ¿cuál es la naturaleza de la enfermedad?, ¿cuáles son las discapacidades habituales que resultan de este trastorno? o ¿qué protocolos de intervención son aplicables a este problema de salud? (Schell, 2005).

Este razonamiento ha sido descrito en la literatura de Terapia Ocupacional a través de dos formas: una forma diagnóstica (Rogers y Holm, 1991) y otra forma operativa (Flemming, 1991).

El razonamiento científico de forma diagnóstica está vinculado a la detección de los problemas médicos y la definición de estos. Este proceso comienza antes de atender a la persona, cuando el/la terapeuta ocupacional recibe la solicitud de servicio y genera una representación mental de la enfermedad, que puede ser comparada con un desempeño ocupacional esperado a esa afección, lo que brinda una guía para la evaluación de la persona referida a la intervención de Terapia Ocupacional (Rogers y Holm, 1991).

Por otro lado, el razonamiento científico de forma operativa tiene lugar cuando los profesionales están pensando sobre la enfermedad o la discapacidad y decidiendo que procedimientos (actividades terapéuticas) podrían ser empleados para corregir los problemas funcionales de la persona a tratar (Flemming 1991). Este razonamiento entra en juego en cualquier acción que realice el/la terapeuta ocupacional, como por ejemplo, una entrevista, la observación en una tarea o actividad, aplicación de una evaluación formal u otro procedimiento convencional en el espacio de atención. Este razonamiento, tiene una aplicación constante, el cual

permite recoger datos y obtener una imagen clínica más clara de la evolución habitual de la enfermedad, discapacidad o disfunción, en contraste al desempeño demostrado por la persona en ese momento.

1.1.2. Razonamiento pragmático

El razonamiento pragmático es la dimensión del razonamiento profesional que va más allá de la relación profesional-persona intervenida y trata el mundo en el cual tiene lugar la terapia (Schell y Cervero, 1993). Este razonamiento entra en juego cuando se contemplan aquellos aspectos vinculados al encuadre de la práctica que afectan al servicio que se ofrece. 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 las intervenciones de Terapia Ocupacional (Creighton, Dijkers, Bennet y Brown 1995; Strong, Gilbert, Cassidy, & Bennet, 1995).

Estos autores señalan que el razonamiento pragmático está influido por dos perspectivas: el contexto práctico y el contexto personal. Dentro de los factores del contexto práctico, en la literatura se han citado: la duración de la estancia de la persona a tratar en el servicio, el entorno donde reside y el conocimiento que tenga el/la terapeuta ocupacional sobre él/ella, las experiencias en el entorno de la persona a tratar, los recursos sociales, los recursos económicos, la presión institucional sobre el/la terapeuta ocupacional (por ejemplo, si existe lista de espera o si la atención es individual o en grupos), los recursos terapéuticos, la cultura organizacional, las relaciones de poder entre los miembros del equipo, los problemas retributivos y las tendencias de la práctica en la profesión (Barris, 1987, Howard, 1991; Neuhaus, 1988; Rogers y Holms, 1991).

En relación con los factores del contexto personal, es decir a la situación personal del profesional que afectan al razonamiento profesional se encuentran: las competencias clínicas, las preferencias y el compromiso con la profesión de una persona, y las demandas de los roles vitales que fuera del trabajo afectan a las elecciones consideradas (Barris, 1987, Howard, 1991; Neuhaus, 1988).

Este razonamiento intenta responder a preguntas que relacionen el contexto de práctica con el contexto de la persona intervenida, como por ejemplo: ¿quién deriva a esta persona y por qué?, ¿quién está pagando los servicios y cuáles son sus expectativas?, ¿qué recursos familiares o de la persona a cargo existen para apoyar la intervención?, ¿cuánto tiempo hay para ver a esta persona? y ¿qué espacio y equipo de terapia están disponibles? (Schell, 2005). La consideración de todos los elementos que forman parte del encuadre terapéutico son de gran importancia para la planificación e implementación de la intervención (Erhardt y Meade 2005).

1.1.3. Razonamiento ético

El razonamiento ético es la dimensión del razonamiento profesional que permite elegir las acciones moralmente defendibles, dados los intereses competitivos entre las variables puestas en juego durante el ejercicio profesional. Este razonamiento avanza un paso más y formula la pregunta: ¿qué debo hacer? (Schell, 2005).

Este razonamiento apunta a terminar en una decisión ética por sobre una científica, siendo la naturaleza ética de este razonamiento por la cual se debe guiar toda la secuencia de intervención a realizar. Este razonamiento analiza: ¿Cuáles son los beneficios y los riesgos para la persona relacionados con la prestación de servicios y los beneficios que justifiquen los riesgos?, frente al tiempo y los recursos limitados, ¿cuál es la forma más justa de dar prioridad en la atención?, ¿cómo puede

el/la terapeuta ocupacional equilibrar los objetivos de la persona que recibe servicios con los de quien los presta cuando no existe coincidencia? (Schell, 2005).

Dentro de este razonamiento es fundamental considerar las necesidades ocupacionales reales y atingentes a la situación que se encuentra viviendo la persona, como también entender la ocupación como una experiencia irrepetible y construida personalmente por un individuo. Es decir, considerar la ocupación como un evento único y subjetivo en condiciones temporales, sociales y culturales (Briceño, 2011). Para su aplicación se debe adoptar un acercamiento holístico que tome en cuenta las experiencias de la vida de la persona y su situación actual, respetando sus derechos fundamentales, dentro de los cuales se incluye el recibir la asistencia en salud necesaria, ser respetado en su dignidad, y ser apoyado y cuidado en sus necesidades (Briceño, 2011).

1.1.4. Razonamiento Narrativo

El razonamiento narrativo es la dimensión del razonamiento profesional que permite comprender el significado del problema para la persona desde su propia narrativa, es decir proporciona una forma de comprender la experiencia de la enfermedad e intenta responde a las siguientes preguntas: ¿cuál es la historia vital de esta persona?, ¿cuál es la naturaleza de esta persona como ser ocupacional?, ¿cómo ha afecto el trastorno de la salud la historia vital de la persona o su capacidad para continuar su historia vital?, ¿qué ocupaciones son más importantes para esta persona? y ¿qué ocupaciones son significativas para esta persona y útiles para cubrir los objetivos terapéuticos? (Schell, 2005).

El razonamiento narrativo se denomina así porque comprende el pensamiento profesional en forma de historia, relatos o cuentos, elementos esenciales cuando se considera que la historia vital de una persona es interrumpida por un trastorno de salud, y debe ser guiado a través de una intervención para reconstruirse (Kielhofner, 1997). En cierta medida, estas historias, relatos o cuentos

se tornan visibles al relacionarse el profesional de Terapia Ocupacional con la persona que requiere sus servicios y definen de forma compartida los objetivos del plan de intervención.

El uso de historias o relatos vitales también resalta cuando el/la terapeuta ocupacional selecciona actividades, tanto por su componente terapéutico como por su significado particular para la persona que recibe los servicios de Terapia Ocupacional (Clark, 2000). Con el relato o historias ocupacionales pasadas, los/las profesionales de Terapia Ocupacional pueden contribuir a crear nuevas historias y nuevos futuros para la persona que recibe los servicios de Terapia Ocupacional. Este aspecto del razonamiento profesional se centra en la persona como un ser ocupacional, proporciona un nexo entre los valores fundamentales de la profesión y las exigencias actuales de la práctica (Gray,1998).

Para finalizar, se puede concluir que el concepto de razonamiento profesional es un concepto ampliamente estudiado en la Terapia Ocupacional, que es considerado como un proceso multifacético, que exige una actividad cognitiva compleja por parte de los/las terapeutas ocupacionales; el cual permite desarrollar esquemas y anotaciones a medida que se gana en experiencia, generando un cuerpo de conocimiento y acciones específicas durante las evaluaciones e intervenciones.

Se considera la base de los/las Terapeutas Ocupacionales para comprender los problemas de la persona desde diferentes perspectivas. Es desde el razonamiento profesional, que se aplican procesos lógicos para comprender las disfunciones y discapacidades de la persona, como los contextos de desempeño del sujeto de atención y con ello, predecir el impacto que tienen sobre el desempeño ocupacional.

Por otro lado, se incluye la narrativa, con la finalidad de apreciar el significado de las limitaciones del desempeño ocupacional para la persona y apoyar así la

atención centrada en el individuo. Estas dos facetas del razonamiento se mezclan con elementos pragmáticos de la realidad, enfrentando recursos y limitaciones asociados a la provisión de servicios para el desarrollo del plan de intervención.

Sumado a esto, al razonamiento profesional se le adiciona un proceso ético del ejercicio de la disciplina, por el cual los/las profesionales de Terapia Ocupacional deben seleccionar las mejores acciones terapéuticas, las cuales deban responder a las necesidades del desempeño ocupacional de la persona atendida y que respeten los principios bioéticos.

El razonamiento profesional dota al terapeuta ocupacional de una certeza en su práctica, ya que permite el desarrollo de diversas modalidades de razonamiento que entregan una mejor comprensión de la problemática ocupacional que será abordada, y los motivos por los cuales se cursa esa situación.

El uso del razonamiento profesional de forma consciente facilita la sistematización de los procesos de evaluación como de intervención, ya que permite recopilar datos de forma rigurosa y adecuada para cada caso a intervenir; desarrolla la comprensión del “saber hacer”, consolidando el uso de un cuerpo teórico y de experiencias que permiten delinear la misión profesional, y permite la comprensión de las posibles dificultades en el desempeño ocupacional, como también entregar la comprensión del porque se producen y en que repercuten estas dificultades (Talavera, 2005).

Por último, el razonamiento profesional potencia las practicas reflexivas, conduciendo a los/las terapeutas ocupacionales a redefinir el significado de sus acciones y a producir nuevos conocimientos, fruto de su aplicación diaria en el contexto profesional y por el desarrollo de nuevas investigaciones del concepto en la disciplina.

2. Razonamiento Narrativo en Terapia Ocupacional

En el apartado anterior se explicó la importancia del razonamiento profesional en el proceso de Terapia Ocupacional; realizando una revisión de las distintas definiciones desarrolladas en la literatura de esta disciplina, sus principales características, las modalidades que se manifiestan durante la resolución de problemas en el ejercicio profesional y la vinculación que tiene durante el proceso de Terapia Ocupacional.

Se definirá el concepto de razonamiento narrativo como *“la dimensión del razonamiento profesional que permite comprender el significado del problema para la persona desde su propia narrativa, es decir proporciona una forma de comprender la experiencia de la enfermedad en forma de historias”* (Shell, 2005, p138).

Para poder comprender a cabalidad este concepto, es primordial realizar una revisión del uso que ha tenido la narrativa en Terapia Ocupacional como en Ciencia de la Ocupación. Para ello, se expondrá la propuesta realizada por Bonsall (2012), ya que este autor ha contribuido en la entrega de una conceptualización más clara de los diversos usos que ha tenido la narrativa en estas disciplinas, minimizando la confusión terminológica, y vinculándola al concepto de razonamiento narrativo.

Se espera con el desarrollo de este apartado, poder explicitar desde las diversas perspectivas e influencias conceptuales, la construcción del concepto de razonamiento narrativo, entregando un desarrollo teórico claro y coherente a lo largo de todo el escrito.

Siguiendo la propuesta de Bonsall (2012), se propone una tipología que presenta una doble conceptualización, es decir la conformación de dos desarrollos conceptuales que han permitido fundamentar al razonamiento narrativo. Esta tipología, permite una comprensión más ordenada de la creciente gama de aplicaciones narrativas, la cual se divide, por un lado, en las conceptualizaciones

proveniente de Ciencia de Ocupación aplicadas a la comprensión de la influencia de la narrativa en la vida cotidiana y, por otro lado, las conceptualizaciones provenientes de la Terapia Ocupacional sobre el uso de la narrativa durante la práctica disciplinar y el desarrollo del razonamiento profesional.

Para mejorar el entendimiento de las conceptualizaciones de la narrativa en Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación que influyen en el desarrollo del concepto de razonamiento narrativo, se presenta el siguiente esquema (figura 1) el cual se procederá a explicar en los siguientes apartados.

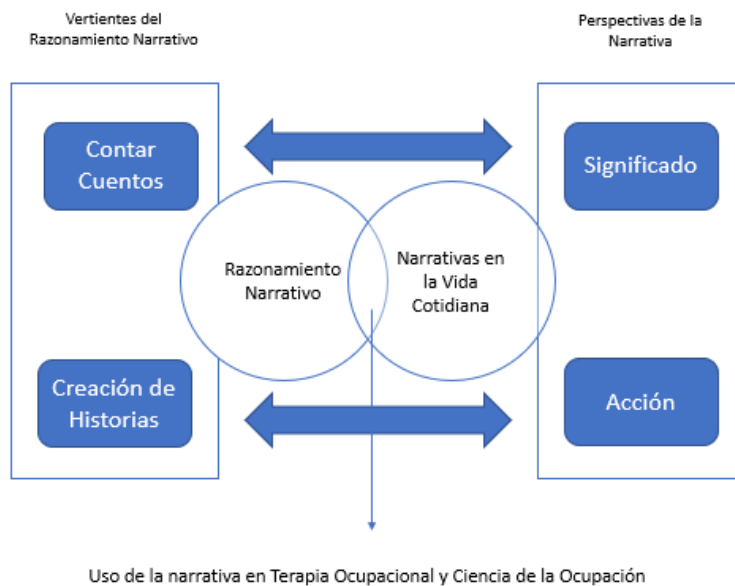


Figura 1: Conceptualizaciones de la Narrativa en Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación que influyen en el desarrollo del concepto de razonamiento narrativo. (Elaboración propia).

2.1. Conceptualizaciones provenientes de Ciencia de Ocupación aplicadas a la comprensión de la narrativa en la vida cotidiana.

Desde los estudios desarrollados en Ciencia de la Ocupación, los/las terapeutas ocupacionales han podido sistematizar una vertiente de estudios de la vida cotidiana, que les han permitido reflexionar sobre la importancia de la experiencia y la naturaleza holista que se da al uso de la narrativa (Flemming & Mattingly, 1994).

Al revisar una definición exacta de la narrativa, esta es difícil de alcanzar. En su forma más simple, la narrativa es sinónimo de historia (Riessman, 2008; Crepeu & Cohn, 2009).

Por lo cual, apuntaremos a entender por narrativa a la acción de exponer, contar, relatar; referir, decir; poner en memoria; registrar y/o historiar, es decir a como pretendemos entender la sucesión de hechos, situaciones, procesos y eventos donde se involucran pensamientos, sentimientos, emociones e interacciones, a través de las vivencias contadas por quienes las experimentan (Galheigo, 2009, p.9). Sin embargo, al analizar esta simple definición este concepto se vuelve mucho más matizado y variable (Polkinghore, 1995 & Mattingly, 1998).

Narrativa es el discurso que emerge en el curso cotidiano de la vida, específicamente a las narraciones centradas en eventos históricamente particulares, localizados en un tiempo y lugar particular (Lawlor, 2000). Es decir, la narrativa establece una relación con la ocupación, ya que, en su base, la narración influye en la vida cotidiana.

Recordemos que el concepto de razonamiento narrativo rescata durante el ejercicio de la terapia la experiencia de enfermedad de la persona, por lo cual conocer el enfoque de la narrativa en la vida cotidiana se configura como un sustrato básico para su vinculación y desarrollo. Este enfoque está conceptualmente vinculado a la propuesta realizada por Bruner (1986), la cual define el pensamiento narrativo desde el significado y la acción, ubicando las experiencias en un tiempo y lugar, permitiendo explicar las ocupaciones desde un contexto cotidiano (Frank, 1996; Mattingly, 1998; Clark, 1993; Josephsson, Asaba y Jonsson, 2006; Jackson, 1995).

Es importante considerar en la aplicación de la narrativa el concepto de trama u organización de la narrativa, elemento angular para comprender la creación de significados como la estructuración de la acción (Frank, 1996; Mattingly, 1998;

Polkinghorne, 1988 & Josephsson, Asaba, Jonsson y Alsaker, 2006). Toda narrativa esta constituida por tramas, las cuales se despliegan en el tiempo, generando secuencia y sentido a los sucesos. Estas tramas permiten mostrar como los actores hacen las cosas, como sus acciones configuran eventos e instigan respuestas de otros actores; cambiando el mundo, sus propios actos, la forma en que los eventos y otros actúan sobre alguien, modelando sus posibilidades y la forma en que se ve el mundo. Es a través de las narrativas que se puede explorar los motivos que impulsan a los individuos a actuar de alguna manera, además de revelar las restricciones del entorno, del cuerpo, de los contextos sociales que delimitan las posibilidades de acción (Lawlor, 2000).

Es decir, la narrativa desde la vida cotidiana considera dos perspectivas para su comprensión: el significado y la acción, los cuales se desarrollarán a continuación.

2.1.1. Significado en la narrativa

El primer componente para comprender la narrativa en la vida cotidiana es el significado, ya que las narrativas se consideran un proceso cognitivo en el cual, las personas manejan para organizar sus experiencias y acciones pasadas, con la finalidad de tener una vía que cree significado (Polkinghorne, 1988), es decir, la narración es la forma de asignar causalidad y orden a los eventos y circunstancias de la vida cotidiana (Josephsson, Asaba, Jonsson y Alsake, 2006).

Dentro de las principales narrativas de este tipo en la literatura de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación se encuentran las narrativas de enfermedades, las cuales se centran en entender y explicar enfermedades a otras personas a través de la exposición de historias (Mattingly, 1988; Kleinman, 1988; Hughes, 2002; Cloustin, 2004; Helfrich, Kielhofner y Mattingly, 1994, Clark, 1993; Jackson, 1995). Estas historias se cuentan y ocurren dentro de un contexto social y cultural, permitiendo la construcción de significado entre un narrador y un oyente,

además de convertirse en marco para comprender y transmitir el significado dentro de las culturas (Garro, 2000).

2.1.2. Acción en la narrativa

El segundo componente para comprender la narrativa en la vida cotidiana es la acción. Las narrativas pueden guiar las acciones de una persona a través de su naturaleza temporal, la cual ha sido denominada como triple presencia del tiempo, la cual permite definir lo que ocurre en el presente, recordar el pasado y anticipar el futuro (Mattingly, 1998).

En este sentido, las experiencias pasadas y las posibilidades futuras influyen en la acción al generar deseo (Mattingly, 1998). Además, este deseo estructura las posibilidades de crear alternativas a futuro, permitiendo transformar a la persona en lugar de convertirse. Es desde las posibilidades, la narrativa acerca brechas existente entre el estado actual de una persona con el lugar donde quiere estar.

El puente entre la acción y las posibilidades futuras es el punto donde los actores se comprometen e intentan alcanzar esos compromisos a través de una acción narrativamente estructurada (Mattingly, 1998). Por ejemplo, Josephson et al. (2006) describieron como una persona con un traumatismo raquímedular creó posibilidades futuras mediante la compra y la ingesta de un sándwich. Aunque esta es una actividad rutinaria para muchos/as, para esta persona la experiencia de comprar un sándwich por primera vez desde su lesión creó una narrativa que brindó la posibilidad de logros independientes en el futuro.

Es desde esta idea, que la narrativa se considera una ruta que facilita las acciones para transformar a la persona en lo que el desee, a lo que Baber (2004) conceptualizo con el termino motivos ordenados, el cual lo define como las imágenes futuras de la persona que se generan con las narrativas de lo que ha hecho o visto esta persona de otras personas hacer, un ejemplo de ello, es cuando

una persona se autoidentifica como un buen profesor, basada en historias de interacción con estudiantes en el pasado. De acuerdo con esta autodefinición, la persona se sentirá motivada por trabajar hacia la consolidación del rol de buen profesor.

Además, las narrativas pueden ser reconfigurados en el tiempo con cada evento vital, como por los roles emergentes, los cuales pueden dar como resultado a nuevas aspiraciones. En este sentido, las narraciones ejercen un papel dinámico en la configuración de la acción (Barber, 2004).

En contraste a esta idea, Kielhofner y Burke (1980) proponen que la acción en la narrativa es producida por la volición. Dentro de la propuesta, la narración se utiliza como un método para que la persona pueda dar sentido a los valores e intereses, los cuales estimulan la volición y permiten comprender los motivos y las acciones (Helfrich, Kielhofner, 1994; Kielhofner, Burke, 1980). Por lo tanto, las narrativas sirven para crear significado para las acciones y permiten ubicarlas dentro de una trama (Helfrich, Kielhofner y Mattingly, 1994).

Por lo cual, la acción en la narrativa se puede definir desde tres perspectivas, por un lado, Mattingly propone el concepto de deseo, Barber el de motivos ordenados y Kielhofner y Burke de volición. Tanto el deseo como los motivos ordenados se dirigen a disminuir la brecha entre el presente (real) con el futuro (ideal), sin embargo, Mattingly propone que el deseo se crea con la experiencia y está en cambio constante, mientras que Barber, apunta a una reconfiguración a lo largo de un tiempo prolongado. En contraste a estas propuestas, la volición no considera las disparidades entre la realidad y las posibilidades futuras, sino que propone un concepto estático centrado en los valores e intereses, los cuales las narrativas en ocasiones no logran cambiar.

Para finalizar, la comprensión del significado y la acción de la narrativa en la vida cotidiana se configura como un sustrato básico para el desarrollo del razonamiento narrativo, como también para ser una herramienta clave en la comprensión de la

persona desde el enfoque de Terapia Ocupacional. Para poder comprender a cabalidad el razonamiento narrativo, es necesario además analizar las conceptualizaciones provenientes de Terapia Ocupacional desarrolladas de la práctica disciplinar y del razonamiento profesional, las cuales se describirán a continuación.

2.2. Conceptualizaciones provenientes de Terapia Ocupacional aplicadas a la narrativa durante la práctica disciplinar y desarrollo del razonamiento profesional.

El razonamiento profesional utiliza la narrativa a través de una de sus dimensiones, la cual es conocida como razonamiento narrativo. Esta dimensión se configura con la forma que tiene el/la terapeuta ocupacional para incorporar las influencias de la narrativa a la vida cotidiana y así, facilitar el proceso de recuperación de la persona (Mattingly & Fleming, 1994; Mattingly, 1991). Además, esta dimensión del razonamiento profesional se nutre de forma directa de la categoría expuesta anteriormente, la narrativa de la vida cotidiana conceptualizada en los estudios de Ciencia de la Ocupación.

El razonamiento narrativo se ha definido como la esencia de la práctica y se aplica a todas las etapas de la Terapia Ocupacional, incluida la evaluación, el establecimiento de objetivos, el tratamiento y el alta (Burker & Kern, 1996).

El razonamiento narrativo se ha conceptualizado desde investigaciones provenientes de Terapia Ocupacional aplicadas a la narrativa durante su práctica disciplinar como del análisis del razonamiento profesional. Para comprender este concepto existen dos vertientes de la aplicación del razonamiento narrativo: narración de cuentos y la creación de historias, las cuales se desarrollarán a continuación.

2.2.1. Narración de cuentos.

La vertiente del razonamiento narrativo conocida como narración de cuentos, incluye dentro de su concepto el escuchar y contar historias. Esta modalidad del razonamiento narrativo se utiliza como una herramienta terapéutica para guiar el tratamiento y, al mismo tiempo, hacer que el proceso terapéutico sea significativo para la persona (Mattingly, 1991). La creación de significado durante la intervención de Terapia Ocupacional es el producto de compartir relatos de la vida cotidiana.

El uso de la narración durante el encuentro permite aumentar el conocimiento sobre la persona a intervenir, minimiza las disparidades de poder presentes, mejora la comunicación del conocimiento profesional entre las partes, reduce las barreras culturales y estimula el dialogo continuo entre los participantes (Larson & Fanchiang, 1996).

En otras palabras, se puede afirmar que las narrativas se describen como un método que los/las Terapeutas Ocupacionales utilizan para reconocer a la persona a intervenir y al mismo tiempo analizan cómo la acción social da forma a su identidad (Burnnett, 2006). Además, es de vital importancia para los profesionales de Terapia Ocupacional obtener, reconocer y escuchar las narraciones de las personas intervenidas (Hamilton, 2008), configurándose como un modo de entender el significado usando las historias (Crepeu & Cohn, 2009; Lawlor & Mattingly, 2009).

Por último, el uso de la narrativa en Terapia Ocupacional se ha ido estableciendo en numerosas investigaciones, destacándose el uso de historias de casos, gráficos de vida y las historias de vida, configurase como una parte integral del desarrollo de conocimiento para la disciplina (Frank, 1996).

2.2.2. Creación de Historias

La segunda vertiente del razonamiento narrativo es conocida como creación de historias. Esta modalidad el/la terapeuta ocupacional y la persona, crean

experiencias en las que vinculan las acciones de la terapia con el contexto cotidiano de la persona y sus posibilidades a futuro (Flemming & Mattingly, 1994; Mattingly, 1991; Clark, 1993). Por lo tanto, es a través de esta vertiente del razonamiento narrativo, donde las narrativas no solo se utilizan para interpretar, sino para crear historias, que dan acción y resultados en la vida real.

Mientras que la narración de cuentos se refiere principalmente al significado, la creación de historias es análoga al aspecto de acción de la narración en la vida cotidiana. Hay dos formas principales en que la narrativa se utiliza para facilitar las acciones en el transcurso de la terapia. En primer lugar, las sesiones de terapia pueden ganar estructura a través de la triple presencia de tiempo previamente abordada. En este sentido, la experiencia dentro de las sesiones de terapia se puede organizar en torno a las interacciones entre la narración del pasado recordado y el futuro anticipado. Como ilustración de este principio, Mattingly define las narraciones como constantemente creadas y recreadas dentro de cada sesión de terapia (Flemming & Mattingly, 1994; Mattingly, 1991).

Sin embargo, al contrastar la duración en la que las narraciones pueden cambiar, si uno recurre a la noción de Barber (Baber, 2004) de los motivos ordenados, solo hay un cambio en el transcurso de numerosas sesiones de terapia. La segunda forma en que la creación de historias puede influir en las acciones en contextos terapéuticos es creando un puente entre dónde está la persona y dónde quiere estar. De esta manera, las acciones inmediatas son motivadas por el deseo producido a través del proceso de creación de historias. El deseo puede extenderse a las situaciones reales de la persona intervenida y dar como resultado decisiones en su vida real (Mattingly, 1998).

En resumen, a través de lo expuesto en este apartado, la narración puede ser utilizada para comprender las ocupaciones de las personas, el significado y en especial la experiencia de enfermedad, determinar las acciones y el desarrollo de estas para todos los individuos. Esta condición, permite que sean utilizados en el

razonamiento profesional del Terapeuta ocupacional, aportando en la evaluación como la intervención, otorgándosele una base de conocimiento que puede aportar a otros profesionales, realzando la importancia de la ocupación como de la experiencia humana en los procesos propios de la Terapia Ocupacional.

3. Atención de Terapia Ocupacional en Unidades de Paciente Críticos.

La atención de Terapia Ocupacional en unidades de pacientes críticos se enmarca en las atenciones agudas realizadas en entornos hospitalarios para pacientes que presentan una enfermedad crítica (Bandoc et. al., 2017). Estos espacios de hospitalización cuentan con equipos altamente especializados y capacitados, capaces de ofrecer servicios de apoyo, diagnóstico, monitoreo continuo y tratamiento, enfocado a la resolución de problemas de salud de alta complejidad (Moreno, Cubillos & Duarte, 2017).

Las Unidades de Pacientes Críticos se caracterizan por ser un servicio de acciones inmediatas y priorización de actividades técnicas; que involucra complejidad tecnológica, gravedad de la enfermedad y profesionales especializados (Mariciel & Souza, 2006 en Bombarda et. al., 2016). Debido a esta constitución, la UPC parece ofrecer uno de los entornos más tensos, agresivos y traumatizantes del hospital, también visto como un espacio relacionado con el sufrimiento y la muerte (Proença & Agnolo, 2011; Guirardello et al., 1999 en Bombarda et. al., 2016).

Los pacientes que son atendidos en estas unidades, como se señaló anteriormente sufren una condición patológica que afecta a uno o más sistemas (sistema cardiovascular, respiratorio, endocrino, desórdenes neurológicos y/o gastrointestinales, sobredosis de drogas, quirúrgicos y misceláneas), que pone en serio riesgo actual o potencial su vida y que presenta condiciones de reversibilidad, que hacen necesaria la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado (Sáez & Infante, 2004).

Es decir estos pacientes, es común que puedan haber experimentado un declive repentino en su estado médico y funcional debido a un evento traumático, un empeoramiento de una enfermedad progresiva o la aparición de una nueva afección, por lo cual la acción de Terapia Ocupacional requiere ser diferenciada a

las prácticas habituales llevadas a cabo en el ámbito de la intervención en salud física, por lo cual el enfoque principal en el entorno de cuidado agudo no es la rehabilitación, sino estabilización médica del paciente. Además, se debe considerar que todos los profesionales que trabajan en estas unidades, incluidos los/las terapeutas ocupacionales deben estar preparados para tratar las inestabilidades en el entorno clínico, así como tener conocimientos teóricos relacionados con el área específica de cuidados intensivos (Paiva et al., 2002 en Bombarda et. al., 2016).

3.1. Terapia Ocupacional en Unidades de pacientes críticos versus rehabilitación tradicional.

En las unidades de paciente críticos es habitual realizar intervenciones cortas en el tiempo (días a semanas), a diferencia en los entornos de rehabilitación donde son un gran número de sesiones (meses a años), las cuales permiten períodos prolongados de trabajo y conocer a la persona a cabalidad (Moreno, Cubillos & Duarte, 2017). En este contexto el/la terapeuta ocupacional es responsable de tomar algunas decisiones importantes que influirán en lo que sucederá con el paciente después de recibir el alta, por lo cual, la evaluación, observación clínica y la capacidad de realizar entrenamientos en todas las áreas de Terapia Ocupacional son importante en el desempeño de su rol.

Las intervenciones en estas unidades se realizan principalmente en la unidad del paciente (habitación o cama), dependerá del nivel de resistencia y el estado médico del paciente para determinar las acciones a seguir.

Como propósito de la Terapia Ocupacional para este contexto de intervención se encuentra: mantener el máximo de bienestar, prevenir el deterioro de una enfermedad crónica, promover y restaurar las funciones biopsicosociales, como también el ajuste social y la integración a los roles (Affleck, Lieberman, Polon, & Rohrkemper, 1986; Álvarez et al., 2017; Ares, Díaz-Mor, & Huerta, 2014; Castro, 1990; Celis et al., 2014; Dinglas et al., 2013; Jakob & Takala, 2009; Pohlman, Schweickert, & Pohlman, 2010; Schweickert et al., 2009).

Las acciones de Terapia Ocupacional han demostrado tener un impacto importante en la recuperación del paciente crítico a largo plazo y permiten tener una atención continua desde la unidad crítica a otras unidades post agudas dependiendo de las dificultades presentes en cada paciente que hacen necesario coordinar sus acciones para su rehabilitación.

Cabe señalar, que al existir una gama amplia de diagnósticos y condiciones que los terapeutas ocupacionales abordan en estas unidades se seleccionan diversas técnicas de tratamiento, modalidades, equipos y objetivos para adaptarse al diagnóstico específico, unidad y equipo con el que se trabaja.

Dentro de los principales objetivos de las actividades se considera mejorar la tolerancia de la actividad, la fuerza y la movilidad funcional, que se trabajan bajo el concepto de movilización temprana, también se busca mejora de la orientación para un paciente confundido, mejorar las habilidades cognitivas, manejar la tolerancia al estrés, a través de la enseñanza de técnicas de relajación, cuya finalidad es reducir el shock después de una lesión o hospitalización en estas unidades (Affleck, Lieberman, Polon, & Rohrkemper, 1986; Álvarez et al., 2017; Ares, Díaz-Mor, & Huerta, 2014; Castro, 1990; Celis et al., 2014; Dinglas et al., 2013; Jakob & Takala, 2009; Pohlman, Schweickert, & Pohlman, 2010; Schweickert et al., 2009)..

3.2. Principales acciones de Terapia Ocupacional en Unidades de Paciente Críticos y evidencia de sus prácticas.

Para dar respuesta a las problemáticas de salud mencionadas anteriormente, el enfoque de atención por Terapia Ocupacional va desde la prevención, hacia la mantención y restauración de las habilidades de desempeño, en conjunto a proyectar el retorno de la participación a la vida cotidiana.

El perfil de usuarios en estas unidades es diverso, considerando en su atención a adultos y adultos mayores, que pueden presentar o no ventilación

mecánica y/o sistemas de soporte vital, afecciones del sistema cardiovascular, respiratorio, endocrinos, neurológicos, gastrointestinales, traumáticas y postquirúrgico (Affleck et al., 1986; Álvarez et al., 2017; Ares et al., 2014; Castro, 1990; Celis et al., 2014; Dinglas et al., 2013; Jakob & Takala, 2009; Pohlman et al., 2010; Schweickert et al., 2009).

Dentro de las técnicas utilizadas destacan el uso de movilización activa y pasiva de forma temprana e intensa, realizando principalmente movimientos globales del cuerpo y/o con énfasis en miembros superiores, fomento y entrenamiento en actividades de la vida diaria básicas, estimulación sensorial, uso de órtesis, adaptaciones y sistemas de posicionamiento, estimulación cognitiva, educación a la familia, uso de técnicas de relajación y de gestión del estrés, fomento de la comunicación y uso de actividades y tareas significativas para promover habilidades (Affleck et al., 1986; Álvarez et al., 2017; Ares et al., 2014; Castro, 1990; Celis et al., 2014; Dinglas et al., 2013; Jakob & Takala, 2009; Pohlman et al., 2010; Schweickert et al., 2009).

La atención de Terapia Ocupacional se da siempre en un equipo multidisciplinario y utiliza a la familia como recurso de apoyo para la intervención.

Como fundamento de esto, Weinreich et al., (2017) realiza una revisión sistemática, donde expone una serie de investigaciones de Terapia Ocupacional en Unidades de Paciente Crítico, las cuales se presentan en modo de resumen la siguiente tabla:

Investigación	Propósito del Estudio	Unidad / Muestra	Diseño	Intervención TO	Medida de Resultados	Principales hallazgos
Álvarez et. al, 2016.	Efectividad de la intervención de TO	MICU/SICU 140	Ensayo Clínico aleatorio.	TO (estimulación polisensorial, posicionamiento, estimulación cognitiva, ejercicios de extremidad	Método de evaluación de la confusión y Escala de calificación del Delirium, Medida de	Disminución del delirium, Aumento en puntajes de funcionalidad, aumento de fuerza de garra,

				superior, entrenamiento en AVD, participación familiar)	Independencia Funcional, Dinamometría de mano, MMSE.	Mejora en MMSE.
Brummel et. al., 2014	Factibilidad y seguridad de la terapia cognitiva.	MICU/SICU 87	Ensayo Clínico aleatorio.	Cuidado Usual	TowerTest, MMSE, Timed up and go, Katz AVD, EQ-sD, FAQ, Dysexecutive questionnaire	La terapia cognitiva en conjunto a la movilidad temprana es segura y factible, sin embargo, no impacta sobre las medidas.
Corcoran et. al, 2017	Implementar y evaluar los efectos de un programa que mejora la calidad de atención.	MICU/SICU 123	Cohorte prospectivo	Movilidad temprana (no diferenciado de TF)	Duración de estadía en Hospital/ UPC, independencia en deambulación, alta hospitalaria, análisis de costos.	Disminuye la estadía en el hospital/UPC, aumenta la independencia en la deambulación, aumenta la cantidad de pacientes dado de alta y genera costos reducidos.
Davis et. al, 2013	Viabilidad del programa de movilización temprana y describir los resultados funcionales.	MICU/SICU 15	Cohorte retrospectivo	TF/TO familiarizado con protocolo Perme y Chandrashekar (Fase 1 – 4)	Describir la factibilidad y seguridad.	Es factible y seguro implementar protocolos de la de movilidad para adultos mayores.
Fields et. al., 2015	Describir el nivel de seguridad programa de movilidad y niveles de actividad.	Cardiac ICU 366	Mejora de la calidad.	Movilidad y ambulación (no diferenciada de TF)	15 pacientes reciben TO por un total de 17 sesiones, movilidad de la cama horas (7 veces), transferencias (7 veces) y deambulación (4 veces).	La participación en el TO no causó complicaciones del catéter de la arteria pulmonar

Needham et. al, 2010	Implementación de efectos de evaluación del programa de mejora de la calidad.	MICU 57	Ensayo Clínico aleatorio, análisis secundario.	Movilidad temprana (no diferenciado de TF)	Delirium, uso de sedación, nivel de movilidad funcional, duración de estadía en Hospital/ UPC.	Disminución del delirium, menor uso de sedación, mejores niveles de movilidad funcional, disminución de la duración de estadía en Hospital/ UPC.
Patel et. al., 2014	Efectividad de las intervenciones de TF y TO.	MICU 104	Estudio descriptivo de pacientes en ensayo clínico aleatorio.	Ejercicios y movilidad (no diferenciado de TF)	ICU-AW y requerimientos de insulina.	La movilidad temprana previno la UCI-AW y redujo los requisitos de insulina
Pohlman et. al, 2010	Factibilidad y seguridad de a intervenciones de TF y TO precoz.	MICU 49	Ensayo Clínico aleatorio.	Rango de movimiento y movilidad funcional (no diferenciado de TF)	69% pacientes con ventilación mecánica se sentaron en el borde de la cama, 33% se transfirieron, 33% se pararon y 15% deambularon.	TF/TO temprana es segura y factible para pacientes con ventilación mecánica.
Schweickel et. al., 2009	Efectividad de las intervenciones de TF y TO.	MICU 104	Cohorte prospectivo	Ejercicios y movilidad (no diferenciado de TF)	Retorno al funcionamiento independiente, Delirium en UCI, duración de estadía en Hospital/ UPC., días libres de ventilador, Índice de Barthel.	Mejoras resultados en independencia funcional, menor duración en estadía en Hospital/UPC. duración del delirio y más días libres de ventilación comparados con la atención estándar
Titworth et. al., 2012	Factibilidad y seguridad de un programa de movilización temprana.	Neuro ICU 93		Ejercicios determinados por TF y TO.	I-MOVE mobility score, duración de estadía en Hospital/ UPC.,	Mejoras en I-MOVE mobility score, menor duración en estadía en

					días en Hospital/UPC., restricciones, disminución de tasas de días en infección. restricciones y tasas de infección.
--	--	--	--	--	---

Abreviaciones: TO: Terapia Ocupacional; TF: Terapia Física; MMSE: Mini-Mental Status Examination; UPC: Unidad de de Paciente Crítico, UCI: Unidad de Cuidado Intensivos; ICU-AW: Debilidad adquirida en Unidad de Cuidados Intensivos; AVD: Actividades de Vida Diaria; MICU, Unidad de cuidados médicos intensiva; SICU, Unidad de cuidados quirúrgica intensiva; Cardiac ICU; Unidad coronaria intensiva.

Es interesante de esta revisión sistemática, que considera diez estudios de alto valor en evidencia científica que emplean intervenciones de Terapia Ocupacional en unidades de paciente críticos (Álvarez et. al, 2016, Brummel et. al.,2014, Corcoran et. al, 2017, Davis et. al, 2013, Fields et. al., 2015, Needham et. al, 2010., Patel et. al., 2014, Pohlman et. al, 2010, Schweickert et. al., 2009 & Titsworth et. al., 2012).

Estos estudios han demostraron que la Terapia Ocupacional era segura, aunque tres estudios tuvieron eventos adversos (Pohlman etal., 2010; Schweickertetal., 2009; Davisetal., 2013). Además, estos estudios han demostrado resultados específicos en los pacientes que reciben atención de Terapia Ocupacional en unidades de paciente críticos, entre los que destacan disminución del delirium, menor uso de sedante, aumento de fuerza, mejoría de la función, una disminución de los días con ventilación mecánica y menor permanencia en el hospital como en las unidades de pacientes críticos (Needham et al., 2010; Schweickert et al., 2009; Corcoran et al., 2107; Álvarez et al., 2016, Patel et. al., 2014, Needham et. al, 2010)

Particularmente, las Unidades de Pacientes Críticos se configuran como un entorno de practica único para los/las terapeutas ocupacionales. Sus características distintivas y su enfoque, incluido el enfoque holístico, la consideración de la interacción entre la persona y el entorno, y el análisis de la habilidad en la tarea, pueden aportar beneficios distintivos para estos pacientes (Weinreicha et. al.,2017).

La Terapia Ocupacional no solo responde a exigencias del medio en salud, sino que lleva su intervención a las necesidades y objetivos de cada persona, lo cual refleja las posibilidades de atención en las unidades de pacientes críticos, según el tipo de patologías presentadas, el medio que lo rodea, las necesidades específicas y las atenciones a las familias de pacientes críticos, Además, se reconoce el rol del profesional de Terapia Ocupacional en el campo de la Medicina Intensiva, posicionándose como un actor importante al interior de los equipos que intervienen sobre personas con enfermedad crítica, que es capaz de realizar intervenciones basadas en evidencia científica.

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Enfoque metodológico y tipo de diseño adoptado en la investigación.

Para esta investigación se utiliza un enfoque metodológico cualitativo, ya que dentro de la comprensión de la Terapia Ocupacional estas metodologías permiten examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados; es decir, analizan la experiencia en su unicidad y no como un dato (Hernández, Fernández & Baptista, 2014; Hopkins & Smith, 1998).

Así, la investigación cualitativa propone el estudio de las personas y procesos en sus ambientes naturales, para aprender de su perspectiva, entender su manera de ver el mundo y su construcción subjetiva de la realidad, contar una historia compartiendo entendimientos y hacer una diferencia a través de este entendimiento (Valiant, 2001). Además, la metodología cualitativa, es un enfoque recomendable para temas que han sido poco estudiados o no se ha realizado una investigación al respecto (Marshall, 2011 y Preissle, 2008).

Como enfoque principal para su desarrollo, se ha escogido una aproximación etnográfica, ya que estos diseños permiten estudiar de forma sistematizada el desarrollo cotidiano y las características culturales de los grupos sociales, sus actividades, las motivaciones que los impulsan, sus significados y la interpretación que se le otorga a cada aspecto dentro de la comunidad objeto de estudio (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014). Como se ha mencionado, el objeto de estudio de la presente investigación es indagar sobre la influencia que tiene el razonamiento narrativo en los/las terapeutas ocupacionales que intervienen en unidades de pacientes críticos, por lo cual un diseño etnográfico podría orientar el estudio a interpretar significados relacionados con el razonamiento narrativo por el grupo de terapeutas ocupacionales y la interacción que presenta la aplicación de este razonamiento en su entorno.

Se espera con la aproximación etnográfica obtener una comprensión global y compleja de la aplicación del razonamiento narrativo en la intervención de Terapia Ocupacional, ya que posibilita tener en cuenta las dimensiones subjetivas y de significado, y es, por lo tanto, una herramienta de estudio y reflexión sobre la práctica profesional, como también un marco metodológico flexible que permite adaptarse a distintos problemas de investigación (Gutiérrez & Pujol, 2010).

3.2. Contexto de la investigación

La presente investigación se realizó en la Unidad de Pacientes Críticos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile durante el periodo comprendido entre el mes de Octubre a Diciembre del 2018, tiempo en el cual se realizó la inmersión al campo de investigación y la recolección de datos (registro etnográfico y entrevistas a participantes).

Cabe señalar, que el Hospital Clínico de la Universidad de Chile pertenece a la red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Norte, y se configura como un hospital de alta complejidad, a la vanguardia de los procesos médicos, terapéuticos y quirúrgicos; siendo reconocido como establecimiento asistencial y docente. Este se encuentra ubicado en la comuna de Independencia, en el sector norte de la ciudad de Santiago de Chile.

Respecto al área académica, es considerado el principal hospital universitario del país, recibiendo en sus distintos servicios durante todo el año a alumnos de pregrado y de postgrado de las carreras de Medicina, Tecnología Médica, Enfermería, Nutrición y Dietética, Obstetricia y Puericultura, Kinesiología, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional, pertenecientes a la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (Red Hospital Clínico de la Universidad de Chile, 2019).

El Hospital Clínico de la Universidad de Chile se funda durante el gobierno chileno del presidente Federico Errazuriz Zañartu, a cargo del Decano de la

Facultad de Medicina de la Universidad de Chile el Dr. José Joaquín Aguirre, el cual había convocado a una asamblea extraordinaria por las altas tasas de mortalidad de la población; lo cual trajo como resultado, la decisión a nivel de gobierno la construcción de dos nuevos hospitales en Santiago, el Hospital del Salvador y el Hospital San Vicente de Paul (Red Hospital Clínico de la Universidad de Chile, 2019).

El Hospital San Vicente de Paul, antecede al Hospital Clínico de la Universidad de Chile, el cual inicia su construcción el 1 de septiembre de 1872. Este hospital se configuro como el hospital más grande de Chile y comenzó a operar el 2 de noviembre de 1874. Su historia abarca desde su transformación en Hospital Militar durante la guerra del pacifico, hasta ser hoy el primer Hospital Universitario del país y principal campo clínico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, el cual tiene como misión formar a profesionales de salud de excelencia a través de la investigación y mejores prácticas clínicas. Con los años, se ha posicionado como un hospital líder en la medicina de alta complejidad, otorgando a la comunidad soluciones integrales de salud (Red Hospital Clínico de la Universidad de Chile, 2019).

Además, ha sido pionero en intervenciones y procedimientos durante toda su existencia, pues en sus pabellones, salas y laboratorios se han realizado la primera laparoscopia diagnostica, cirugía de corazón extracorpórea, trasplante renal y reflujo gastroesofágico, entre otros (Red Hospital Clínico de la Universidad de Chile, 2019).

Dentro de las especialidades que forma este establecimiento asistencial, se encuentra la Medicina Intensiva. La Medicina intensiva es una especialidad reconocida formalmente en Chile desde el año 1988, la cual ha hecho una contribución significativa a la salud pública de Chile, ya que se ha hecho cargo de los cuidados de los pacientes graves, de manera organizada y con resultados que

van más allá de lo esperado por el crecimiento tecnológico y económico del país (Gálvez et. al.,2013).

Esta especialidad médica ejerce su labor en Unidades de Pacientes Críticos, la cual para el Hospital Clínico de la Universidad de Chile tiene sus orígenes durante 1960 cuando se crea la primera Unidad de Cuidados Intensivos. Actualmente esta unidad reúne las Unidades de Cuidados Intensivo y Unidad de Tratamiento Intermedio en un establecimiento bajo una organización y dependencia común (Red Hospital Clínico de la Universidad de Chile, 2019).

La Unidad de Cuidados Intensivos, se conceptualiza como la dependencia hospitalaria destinada a proporcionar cuidado médico y de enfermería permanente y oportuna a pacientes críticos inestables. Se caracteriza por contar con residencia médica permanente, así como tecnología de alta complejidad, solamente disponibles en estas unidades; mientras que la Unidad de Tratamiento Intermedio, es la dependencia del hospital destinada al manejo de pacientes críticos estables que requieren para su cuidado de monitoreo no invasivo, vigilancia y manejo de enfermería permanente además de cuidados médicos (Sáez & Infante, 2004).

La Unidad de Paciente Crítico del Hospital Clínico Universidad de Chile cuenta con un equipo humano y técnico altamente especializado, dedicando las 24 horas del día a las necesidades de cada uno de sus pacientes. Esta unidad está integrada por diversos profesionales, entre los que se destacan médicos especialistas en el área intensiva y de otras especialidades, enfermeras, farmacéuticos clínicos, nutricionistas, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, técnicos en enfermería, paramédicos, entre otros, los cuales están formados en medicina intensiva, lo que permite aportar con conocimiento científico y tener una visión humanista de la atención de pacientes severamente enfermos (Red Hospital Clínico de la Universidad de Chile, 2019).

En estas unidades, un elemento clave es la tecnología presente, ya que pone a disposición de la comunidad de herramientas que permiten el sostén vital, entregando una ventana de tiempo destinada a corregir la enfermedad con la que ingresa una persona a la unidad de pacientes críticos. Es por ello que hoy el trabajo de equipos multidisciplinarios resulta fundamental, para la toma de decisiones adecuadas y oportunas en pacientes graves, balanceando los riesgos y beneficios de las distintas alternativas terapéuticas existentes. Cada profesional brinda su aporte desde su particular área de conocimiento y experiencia clínica, a la mejoría global de cada paciente.

Dentro de las especialidades que se han integrado al modelo de atención en paciente crítico esta la unidad de Terapia Ocupacional, quienes desde el 2010 comienzan acciones formales de rehabilitación en pacientes críticos, generando un programa específico a las necesidades de estos pacientes.

Junto con intervenir, el equipo de Terapia Ocupacional del Hospital Clínico de la Universidad de Chile ha realizado investigaciones a través de ensayos clínicos controlados los cuales han demostrado la eficiencia de sus programas de Terapia Ocupacional en pacientes críticos, siendo pioneros en la implementación y sistematización de estos programas en Chile. Además, ha establecido espacios de formación formal en esta dinámica, ofreciendo en el año 2017 a la fecha un curso de especialización en Terapia Ocupacional en Unidades de Paciente Crítico y, en este 2019 un diplomado en la temática.

Con estos trabajos, junto con el apoyo de otros/as Terapeutas Ocupacionales que realizan intervención en estas unidades, se ha comenzado a trabajar en la integración de la Terapia Ocupacional a la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva, la cual, durante el mes de enero del 2019, logran la formación de la División de Fonoaudiología y Terapia Ocupacional en la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva (Sociedad Chilena de Medicina Intensiva, 2019).

Esta organización interdisciplinar, tiene el objetivo de favorecer la atención de los pacientes críticos desde una orientación que apunte a la humanización de los cuidados, aportando desde los conocimientos propios de cada disciplina al quehacer ya realizado por el resto del equipo de salud. La División de Fonoaudiología y Terapia Ocupacional, se fundamentó en el antecedente de que en la actualidad existen más pacientes que requieren cuidados intensivos que involucran distintas competencias manejadas por terapeutas ocupacionales y fonoaudiólogos, que permiten una rehabilitación temprana de las posibles secuelas del cuadro, así como minimizar los efectos que conlleva el sobrellevar una condición de salud crítica a largo plazo (Sociedad Chilena de Medicina Intensiva, 2019).

Este espacio al interior de la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva, permitirá la generación de una instancia para la comunicación y participación entre sus miembros, tanto a nivel interno como con otras divisiones; participación activa como división de Fonoaudiología y Terapia Ocupacional en los congresos de la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva; generación de cursos de manejo de paciente crítico, bajo las perspectivas de una o ambas profesiones; participación activa en los grupos de trabajo, ya existentes o nuevos; redacción y validación del reglamento de la división y; generación de una guía clínica para el manejo del paciente crítico, pertinente al quehacer de Fonoaudiología y Terapia Ocupacional (Sociedad Chilena de Medicina Intensiva, 2019).

En este contexto se realizan el registro etnográfico y entrevistas a participantes. El diario de campo se desarrolló durante las visitas a la unidad de Terapia Ocupacional y Unidad de Paciente Crítico del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, donde mi rol de investigador fue acompañar a los/las Terapeutas Ocupacionales encargadas del programa de rehabilitación de esta unidad, los cuales conocían la finalidad de la visita y el objetivo del presente estudio.

3.3. Identificación y descripción de la estrategia de muestreo.

La estrategia elegida para la presente investigación corresponde al muestreo no probabilístico de tipo teórico o intencionado (Hernández Sampieri et al., 2014), el cual se define como un proceso de recolección de datos para generar una teoría por medio de la cual el analista selecciona, codifica y analiza la información. Así, el investigador decide qué información escoger y dónde encontrarla para desarrollar su teoría, tal como sugiere Glaser y Strauss (1967). La estrategia de muestreo permite seleccionar a la población que cumple con los requisitos de la investigación para obtener los resultados.

Desde esta modalidad de aproximación, se contó con cuatro participantes (unidades de observación), los cuales fueron seleccionados de forma cuidadosa e intencionada en relación con sus posibilidades de ofrecer información profunda y detallada sobre el asunto de interés, además de considerar elementos de factibilidad, acceso y participación voluntaria.

Como lo señala Martínez-Salgado, (2012), en esta modalidad de indagación, lo decisivo no es el tamaño de la muestra, sino la riqueza de los datos provistos por los participantes, y las habilidades de observación y análisis del investigador.

Como elemento de consideración, se veló que los casos considerados fueran profesionales de Terapia Ocupacional y que cumplieran los criterios de inclusión propuesto, para así responder a la pregunta planteada en la problemática. Se finalizó la recolección de información una vez saturado el campo de estudio, es decir, se esperó llegar al punto en que se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos; lo cual entregará las bases para analizar los datos y poder construir una teoría comprensiva y convincente sobre el tema (Martínez-Salgado, 2012).

3.4. Identificación y descripción de las participantes en la investigación

3.4.1. Criterios de inclusión

Las participantes de la investigación fueron seleccionadas de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión:

1. Poseer el Título de Terapeuta Ocupacional.
2. Desempeñarse en un contexto de intervención enfocado a la atención de pacientes críticos.
3. Trabajar en la Región Metropolitana.
4. Poseer al menos un año de antigüedad trabajando en este contexto, pudiendo ser de jornada completa o parcial.
5. Utilizar narrativas como elementos de evaluación y/o intervención.

3.5. Caracterización de la muestra

Para una mayor comprensión de la muestra estudiada, se presenta a continuación un cuadro resumen con las características más importantes.

Cuadro N°1: Caracterización de la muestra

Informante	Edad	Genero	Jornada de Trabajo	Vinculación	Experiencia en UPC	Formación
Terapeuta Ocupacional N° 1	57 años	Masculino	Completa	Terapeuta Ocupacional en Unidad de Cuidados Intensivos.	10 años.	Diplomado y Cursos específicos.
Terapeuta Ocupacional N° 2	23 años	Masculino	Parcial	Terapeuta Ocupacional en Unidad de Intermedio Medico e Intermedio Médico Quirúrgico.	1 año.	Cursos específicos
Terapeuta Ocupacional N° 3	34 años	Masculino	Parcial	Terapeuta Ocupacional en Unidad de Cuidado Intensivo, Unidad de Tratamiento Intermedio, Hospitalizado en otros servicios.	5 años	Magister, Diplomado y cursos específicos.
Terapeuta Ocupacional N° 4	33 años	Femenino	Parcial	Terapeuta ocupacional en Unidad de Intermedio Medico e Intermedio Médico Quirúrgico, Hospitalizado en otros servicios.	9 años	Diplomado y cursos específicos

3.6. Identificación de técnicas de recolección de datos:

Para la presente investigación, se utilizaron como técnicas de recolección de datos la entrevista en profundidad, la observación participante, confección de un diario de campo y análisis de documentación escrita, las cuales se definen a continuación:

- a) **Entrevista en profundidad:** Técnica para recopilar y/o solicitar información sobre un tema determinado, dirigido hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Se caracteriza por una conversación personal larga, no estructurada, en la que se persigue que el entrevistado exprese de forma libre sus opiniones, actitudes, o preferencias sobre el tema objeto estudio. De esta manera se concibe como una interacción social entre dos personas en la que se va a generar una comunicación de significados; una va a explicar su visión del tema entrevistado y la otra va a tratar de comprender o interpretar esa explicación. Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas (Varguillas Carmona & Ribot de Flores, 2007).

- b) **Observación participante:** Se escoge este proceso de recolección de datos, ya que faculta a los y las investigadores a aprender acerca de las actividades de las personas en estudio en el escenario natural a través de la observación y participando en sus actividades. Provee el contexto para desarrollar directrices de muestreo y guías de entrevistas. Se puede definir como "el proceso de aprendizaje a través de la exposición y el involucrarse en el día a día o las actividades de rutina de los participantes en el escenario del investigador" (Kawulich, 2005, pág. 91). Este método permite revisar expresiones no verbales de sentimientos, determinan quién interactúa con quién, permite comprender cómo los participantes se comunican entre ellos,

y verifican cuánto tiempo se está gastando en determinadas actividades (Schumuck, 1997 en Kawulich, 2005). La observación participante permite a los investigadores verificar definiciones de los términos que los participantes usan en entrevistas, observar eventos que los informantes no pueden o no quieren compartir porque el hacerlo sería impropio, descortés o insensible, y observar situaciones que los informantes han descrito en entrevistas, y de este modo advertirles sobre distorsiones o imprecisiones en la descripción proporcionada por estos informantes (Marshall & Rossman 1995 en Kawulich, 2005).

- c) Diario de Campo:** Se plantea dejar registro de la observación participante a través de un diario de campo, ya que es un instrumento utilizado por los investigadores para registrar aquellos hechos que son susceptibles de ser interpretados, como datos, información u observaciones recabadas a lo largo de un determinado período de tiempo. En este sentido, el diario de campo es una herramienta que permite sistematizar las experiencias para luego analizar los resultados (Hernández Sampieri et al., 2014).

- d) Análisis de documentación escrita:** Se plantea realizar el análisis de documentos escritos facilitados por los participantes que sean de interés para la investigación. Las fuentes documentales pueden ayudar a entender la aplicación que tiene el razonamiento narrativo. Esta fuente de información se considera ya que prácticamente la mayoría de las personas, grupos, organizaciones, comunidades y sociedades los producen y narran, o delinean sus historias y estatus actuales. Son de utilidad al investigador por que dan a conocer los antecedentes de un ambiente, así como las vivencias o situaciones que se producen en él y su funcionamiento cotidiano y anormal (Hernández Sampieri et al., 2014).

A los/las participantes se les realizó una entrevista en profundidad, la cual tenía una duración de 120 minutos dividida en dos sesiones de 60 minutos cada una. Estas se realizaron en un lugar, fecha y horario que resulten cómodos para el

entrevistado y acordados previamente con el investigador. Se realizaron las entrevistas en la Unidad de Terapia Ocupacional del Hospital Clínico de la Universidad de Chile y en una sala ubicada en la Escuela de Terapia Ocupacional de la Universidad de Chile. Ambas entrevistas fueron registradas mediante grabación de audio y posteriormente transcritas.

Además, se solicitó la inmersión al campo de trabajo clínico de cada terapeuta ocupacional participante por 10 horas de trabajo. Las visitas fueron acordadas previamente en fecha y horario. Durante las visitas se llevó un diario de campo donde se tomó registro de lo que sucedía junto con la consideración de hechos relatados por los/las terapeutas ocupacionales, principalmente en relación con pensamientos sobre la ejecución del plan de tratamiento, los cuales posteriormente fueron transcrito en una bitácora de notas.

Por último, fue facilitado el protocolo de intervención de Terapia Ocupacional en la Unidad de Pacientes Críticos, el cual fue diseñado por el equipo interventor, el cual se anexo a los documentos que se consideraron para realizar el análisis de datos.

3.7. Técnica de Análisis de los Datos:

El análisis de los datos recopilados en esta investigación tuvo como directriz la teoría fundamentada (Glaser y Strauss, 1967), ya que es una metodología de análisis que mezcla la recolección de datos con la formulación de un conjunto de hipótesis conceptuales; las cuales permitieron responder a la pregunta de investigación: ¿Cómo influye el razonamiento narrativo de los/las terapeutas ocupacionales en la intervención en unidades de pacientes críticos?. Con la respuesta se desarrolló una teoría sustantiva, entendida como aquella que se cimenta en torno a ámbitos muy limitados o particulares de la realidad social o cultural, la cual es expuesta en los resultados de la presente investigación.

La base epistemológica de este análisis, se desarrolló desde el enfoque del interaccionismo simbólico, puesto que atribuye una importancia primordial a los significados sociales que los/las terapeutas ocupacionales asignan para la comprensión del razonamiento narrativo en la intervención de Terapia Ocupacional en unidades de pacientes críticos. Este enfoque está representado por tres premisas principales (Blumer, 1969 en Taylor & Bogman, 1995).

1. Las personas actúan respecto de las cosas e incluso respecto de las otras personas, sobre la base de los significados que estas cosas tienen para ellas. Es el significado lo que determina la acción.
2. Los significados son productos sociales que surgen durante la interacción: El significado que tiene una cosa para una persona se desarrolla a partir de los modos en que otras personas actúan con respecto a ella en lo que concierne a la cosa de que se trata.
3. Los actores sociales asignan significados a situaciones, a otras personas, a las cosas y a sí mismos a través de un proceso de interpretación. El/la actor/triz selecciona, controla, suspende, reagrupa y transforma los significados a la luz de la situación en la que está ubicado y de la dirección de su acción.

Una vez obtenidos los datos del estudio, se identificaron sus atributos o cualidades y se compararon entre sí para encontrar coincidencias y distinguir diferencias. Los datos que compartieron las mismas características se agruparon a través de códigos, realizando en esta operación tres tipos de codificación: la codificación abierta, axial y selectiva.

3.6.1. Etapa I: Codificación abierta

En la codificación abierta se generaron códigos a partir de dos fuentes: la pre-codificación y los códigos in vivo. La pre-codificación es entendida como los códigos o subcategorías que se generan gracias a la subjetividad inductiva del investigador,

mientras que los códigos in vivo son las expresiones y el lenguaje de los participantes, encontradas en las frases literales que emplearon y cuya riqueza se perdería al ubicarlas dentro de un código o porque simplemente no existe un rótulo que la abrevie (Bonilla & López, 2016).

3.6.2. Etapa II: Codificación axial

Posteriormente se generó una codificación axial, en la cual se relacionaron las categorías con sus subcategorías y enlazaron las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones. El proceso siguió las siguientes etapas (i) acomodación de las propiedades de una categoría y sus dimensiones; (ii) identificación de la variedad de condiciones, acciones/interacciones y consecuencias asociadas con el fenómeno (iii); relacionar una categoría con sus subcategorías por medio de oraciones que denotan las relaciones de una con otras; y (iv) buscar claves en los datos que denoten cómo se pueden relacionar las categorías principales entre sí (Bonilla & López, 2016).

3.6.3. Etapa III: Codificación selectiva

Por último, se generó una codificación selectiva para integrar los conceptos en torno a una categoría central (razonamiento narrativo) y completar las categorías que necesitaron más refinamiento y desarrollo (conceptualización), reflejando la profundidad y complejidad del pensamiento y obteniendo las fundamentaciones y la estructura inicial para construir una teoría (Bonilla & López, 2016).

3.7. Criterios de calidad de la investigación cualitativa

Con el objeto de garantizar el rigor y la confianza de los hallazgos de la presente investigación, se utilizaron los siguientes criterios de calidad (Gubay Lincon, 1985, p.85 en Rodríguez, Lorenzo y Herrera, 2005)

a) Credibilidad

Observación persistente: El investigador permaneció en el campo de estudio el tiempo necesario para ofrecer una mayor garantía y verosimilitud a los datos recogidos, como para entregar una mayor profundidad en aquellos aspectos más característicos de la situación.

Triangulación: Se contrastó la información y observaciones a través de diferentes técnicas de recogida de datos (entrevista en profundidad, observación participante, diario de campo y análisis de documentación escrita), con el fin de aumentar la credibilidad y validez de los resultados.

Recogida de material de adecuación referencial: Se contrastó la información obtenida del campo de estudio con grabaciones de audios y notas documentales que hicieran referencia a las situaciones observadas.

Comentarios de pares: Se sometió a juicio crítico los instrumentos de recogida de datos por parte de agentes externos expertos en la temática, considerando sus observaciones e interpretaciones.

b) Transferencia:

Descripción en profundidad: Se realizaron descripciones exhaustivas y minuciosas del proceso, con la finalidad de hacerlas extensivas y generalizables a otros lugares.

c) Dependencia

Establecer pistas de revisión: Se dejaron constancia de cómo se recogieron los datos, cómo se seleccionaron los informantes, que papel desempeñó el investigador, como se analizaron los datos y como se caracterizó el contexto, con

la finalidad de comprobar la estabilidad de los resultados en momentos diferentes y dados por otros investigadores.

d) Confirmabilidad

Auditoría de confirmabilidad: Se solicitó a un agente externo la correspondencia entre los datos y las interpretaciones llevadas a cabo como investigador.

Descriptores de bajo nivel de inferencia: Se llevaron registros lo más fieles posibles a la realidad de donde fueron obtenidos los datos (transcripciones textuales, citas y referencias directas).

3.8. Consideraciones éticas.

Para la investigación se consideró la propuesta presentada por Emanuel, Wendler, Killen y Grady (2003). La aplicación de esta pauta constituye un marco específico para las prácticas investigativas, con la posibilidad de aplicarse en cualquier estudio, independiente de su naturaleza, contexto o patrocinio, siendo una orientación práctica para aquellos profesionales que planifican, conducen y evalúan investigaciones (Emanuel, 2003). Los tópicos para considerar según esta propuesta son:

Valor social: Los resultados obtenidos de la investigación servirán para identificar qué elementos utiliza el Terapeuta ocupacional para aplicar el razonamiento narrativo durante su intervención en unidades de paciente críticos, entregando elementos de validez a otros profesionales, como también potenciar el

rol del Terapeuta ocupacional en esta área, lo que favorecería la atención integral del paciente crítico.

Validez científica: Con la rigurosidad del diseño metodológico de la investigación cualitativa se conocerá directamente de los profesionales el significado que tiene para ellos el razonamiento narrativo durante sus prácticas profesionales en unidades de pacientes críticos.

Proporción riesgo-beneficio favorable: Se realizará la evaluación de los riesgos y beneficios potenciales a los que podría someterse a la población en estudio en el marco de la presente investigación, comparando los resultados que se desea conocer con el beneficio que estos resultados reportarían a los profesionales de Terapia Ocupacional, Medicina Intensiva, y a otros profesionales de la rehabilitación y atención a pacientes críticos, como también a los procesos de futuros profesionales que se desempeñen en Unidades de Paciente Críticos, permitiendo un mejor proceso de intervención tanto a los pacientes en esta unidades como a sus familiares.

Consentimiento informado de los participantes: A través de la firma del consentimiento informado se logrará la participación de los profesionales de Terapia Ocupacional, pacientes, familiares e informantes claves de la investigación que acepten ser unidad de observación, dicho consentimiento se redactará de tal forma que sea comprensible y adecuado al nivel cultural de los participantes, garantizando la libertad de rechazo y/o retiro de la investigación.

Respeto de los participantes reclutados y de las comunidades de estudio:

Se explicará en el consentimiento informado, la confidencialidad de los participantes y la posibilidad de retirarse sin dar explicación. Se informará que en el transcurso de la investigación los resultados les serán proporcionados, así como también los resultados finales del estudio.

Confidencialidad de la investigación: Se mantendrá la confidencialidad en torno a la construcción de narrativas y observaciones presente durante el proceso de investigación, en el cual no se revelará información personal de los participantes ni de los procesos de intervención narrados durante su trabajo como Terapeutas Ocupacionales.

Por último, **se gestionarán los permisos** para realizar la investigación en los establecimientos de trabajo de los/las "Terapeutas Ocupacionales participantes y se someterá su ingreso al campo de investigación de sus comités de ética pertinente, de acuerdo el procedimiento establecido por dicha institución.

3.8.1. Consentimiento Informado

El consentimiento informado es un mecanismo desarrollado para salvaguardar la seguridad de los participantes en la investigación y respetar su derecho a quedar fuera de ella. Se trata de un mecanismo tomado de las ciencias biomédicas y que se basa en explicar a los participantes de la investigación los detalles del proyecto, y se les solicita su participación y el consentimiento para incluirlos (NESH 2001).

La negativa a participar (Hudson y Bruckman 2002) o la imposibilidad práctica de obtener el consentimiento (Sudweeks y Rafaeli 1996) es razón suficiente para que una investigación no se desarrolle; de ahí que el consentimiento informado se

convierta en uno de los mecanismos fundamentales, si no el principal, del proceso formalizado de la ética de la investigación en ciencias humanas y sociales

Teniendo en cuenta la singularidad de la etnografía y la obtención del consentimiento informado de las personas implicadas, se propone respetar los principios señalados por la guía ética de la American Anthropological Association (2012), ya que ofrece una formulación flexible y gradual para la obtención del consentimiento informado.

La American Anthropological Association entiende el consentimiento informado como un proceso dinámico y continuo a lo largo de la investigación que debería iniciarse desde el diseño del proyecto para continuar a través del diálogo y la negociación con quienes estudiamos. Dada la naturaleza de este proceso, este no implica o requiere necesariamente y en todos los casos de un formulario específico escrito o firmado: “Es la calidad del consentimiento, y no su formato, lo que resulta relevante” (American Anthropological Association, 1998, pág. 3).

Las recomendaciones de la American Anthropological Association se adaptan a las condiciones de un trabajo de campo intensivo, permitiendo que el investigador pueda tejer las redes de confianza al mismo tiempo que informa a sus sujetos de los objetivos de su proyecto, en un proceso que suele ocupar tiempo y energías y que no siempre termina con un protocolo formalizado, sino que puede consistir en un consentimiento tácito que se logra a lo largo de la investigación.

Mann y Steward (2000) insisten en que, en estas circunstancias, lo que importa es la calidad del acuerdo, y no tanto si este se obtiene por escrito o verbalmente. Esto no significa decir que no sea necesario explicitar los objetivos de la investigación ante el colectivo estudiado durante el trabajo de campo. Significa que el consentimiento informado debe entenderse como un pacto que se consigue a través de la relación que el etnógrafo mantiene con aquellos con quienes investiga.

Aun cuando el investigador o la investigadora puedan haber logrado el acceso al campo, esto no implica que hayan obtenido un consentimiento general para registrar todo lo que acontece, en cualquier momento, circunstancia y de cualquier

persona. A lo largo de su trabajo se enfrentará con situaciones en las que de una u otra forma no se le permitirá el registro, se le plantearán dudas sobre la honestidad de registrar lo que presencia, o se le pedirá que no registre o que proteja el anonimato de los actores en determinadas circunstancias que consideran especiales. En estos casos, y como norma general, se respetará el compromiso y la voluntad de los participantes, se solicitará siempre el consentimiento para incluir la información, de preferencia escrito, si no es posible de forma tácita como indica la guía señalada.

3.8.2. Obtención del Consentimiento Informado

La obtención del consentimiento informado para este estudio considera la obtención de los consentimientos de todos/as los/las participantes durante la intervención de Terapia Ocupacional en Unidades de Paciente Críticos, considerando para ello la inclusión de los/las Terapeutas Ocupacionales participantes, otros profesionales presentes en el trabajo o informantes claves y pacientes críticos que sean intervenidos durante el proceso de rehabilitación.

Para el caso de los/as Terapeutas Ocupacionales participantes, se solicitará un consentimiento informado desarrollado específicamente para ellos. En caso de relacionarse con otros profesionales o informantes claves, se solicitará una firma de un consentimiento diseñado para este caso, el cual entrega los lineamientos del estudio y solicita la incorporación de sus comentarios y observaciones a este.

Para el caso de los pacientes críticos, siempre que sea posible, dadas las condiciones de salud, el nivel de conciencia y el nivel de comprensión de su estado clínico (Escala Karnofky inferior a 50 puntos)² se solicita el consentimiento informado al paciente para ser participante de la investigación, el cual se formula con información de forma lineal, llana, sencilla, clara, explícita e ilustrativas,

² Existe la percepción de que muchos enfermos, en especial los más graves, aunque conscientes y con una capacidad mental aparentemente conservada, presentan dificultades para resolver tareas mentales complejas y tomar decisiones clínicas informadas. Sin embargo, se ha demostrado que aquellos con puntuación inferior a 50 en la escala de Karnofky muestran un desenvolvimiento bastante adecuado en cuanto al concepto de auto responsabilidad de su salud (Torres, C., Peinado M., Gómez R., Ramírez T., 2009)

considerando el apoyo de imágenes y construcción del consentimiento con lectura fácil (Muñoz, 2011).

Cuando no sea posible, se tomará como criterio consultar al representante legal del paciente (por lo general un familiar que muestre competencia para la decisión). En caso de no tener familia, se optará por una persona allegada con estrecho vínculo al paciente.

En la literatura se reporta la existencia de una tercera instancia para obtener el consentimiento en caso de no poder precisárselo con los mecanismos anteriores descritos; este procedimiento se conoce como consentimiento implicado (Torres, C., Peinado M., Gómez R., Ramírez T., 2009), el cual se entiende como un consenso de ideas, criterios y juicios de valor de todo el equipo asistencial, el cual se sustenta en los principios de la bioética de la no maleficidad y de la beneficencia, en el cual puede dar respuesta a la problemática, al no poder obtener el consentimiento por la imposibilidad de decidir del paciente y/o no contar con un representante, familiar o allegado que pueda representar su decisión. Para esta investigación esta metodología no se considera, por lo cual, si no se obtiene el consentimiento de las dos formas anteriores, el participante no será incluido en el estudio.

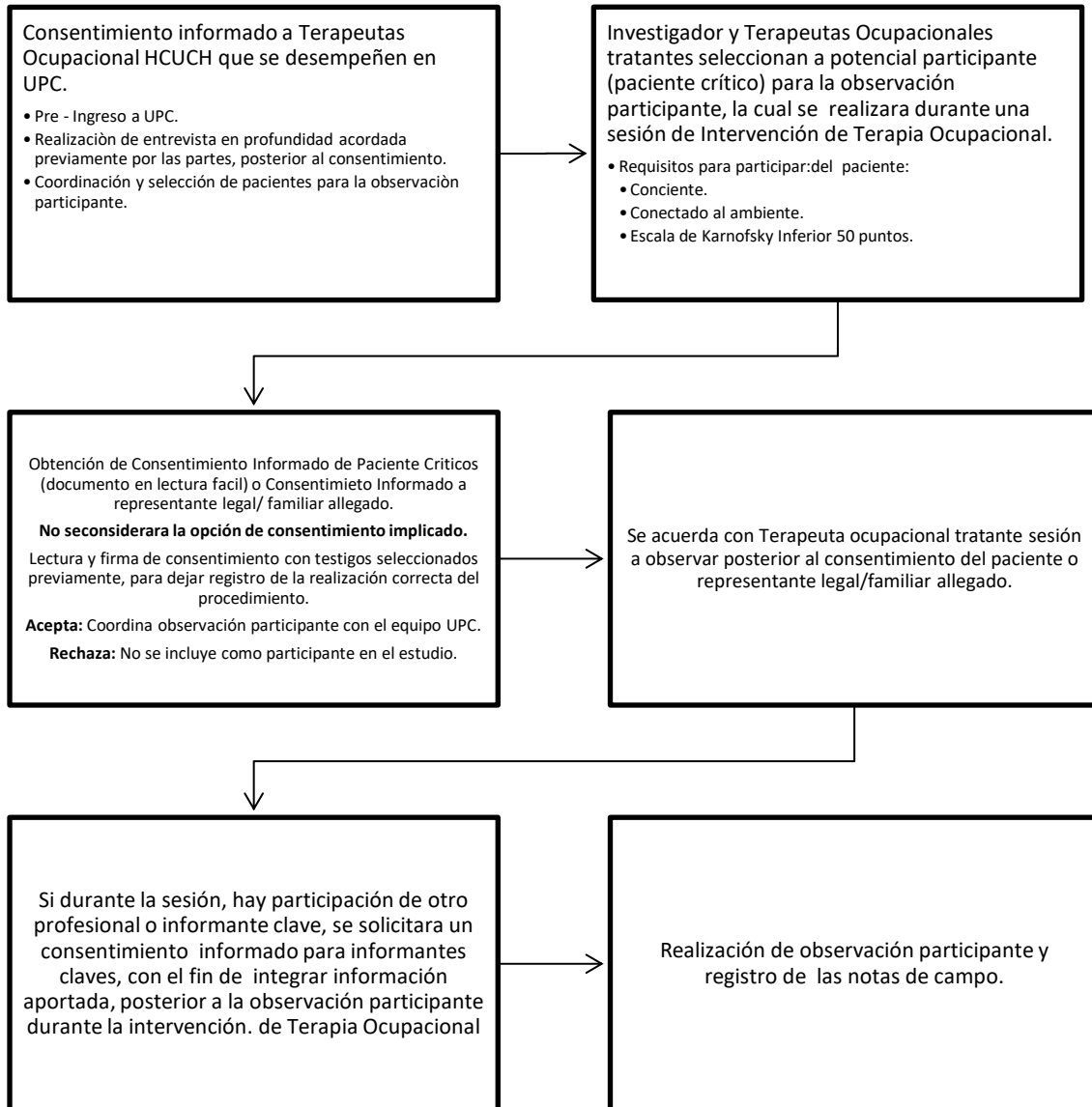
Por lo cual para la presente investigación se desarrollaron los siguientes consentimientos informados:

1. Consentimiento informado para Terapeutas Ocupacionales participantes.
2. Consentimiento informado para informantes claves.
3. Consentimiento informado para pacientes en lectura fácil.
4. Consentimiento informado para representante legal, familiar o persona allegada significativa para el paciente.

Además, se considerará la presencia de testigos, quienes garantizarán la exacta lectura del consentimiento del potencial participante, dejarán constancia que se realizó el procedimiento y que fue llevado de la manera correcta.

La firma de los consentimientos se realiza en un lugar tranquilo y privado del Hospital Clínico de la Universidad de Chile para los Terapeutas Ocupacionales antes de las visitas de observación. En conjunto con ellos se planificará que pacientes se observaran durante su trabajo y se solicitaran el consentimiento antes de realizar la observación. En caso de considerar relatos de informantes claves, se solicitará el consentimiento posterior a la consideración de su información para esta investigación.

3.8.3. Diagrama de Flujo



CAPITULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4. Procesamiento de datos y resultados

En este apartado, se presentarán los resultados obtenidos tras la recopilación de datos en el campo de estudio y entrevistas realizadas a los/las terapeutas ocupacionales; cabe señalar que para el análisis de los datos se utilizó la estrategia de codificación abierta, axial y selectiva, la cual considera todas las operaciones en las cuales los datos son fragmentados, conceptualizados y luego articulados analíticamente de una manera diferente. Estos nuevos conceptos y categorías generados a través de la codificación adoptan la forma de hipótesis, y luego son comparados con posterioridad al análisis, para ser integradas en torno al concepto de razonamiento narrativo, obteniendo una teoría fundamentada.

Para la transcripción de las entrevistas y del diario de campo, se utilizó la codificación indicada en el siguiente ejemplo, de manera de ordenar la información y resguardar la identidad de los/las participantes

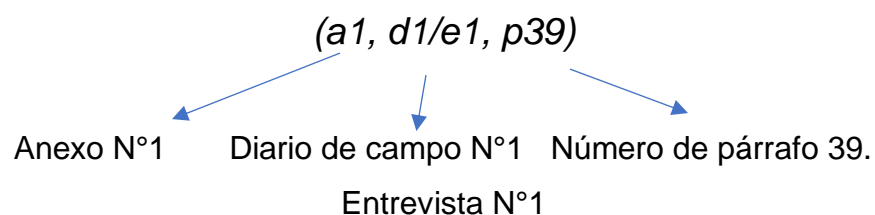
A: Anexo.

E: Entrevistado/a o **D:** Diario de Campo.

P: Párrafo.

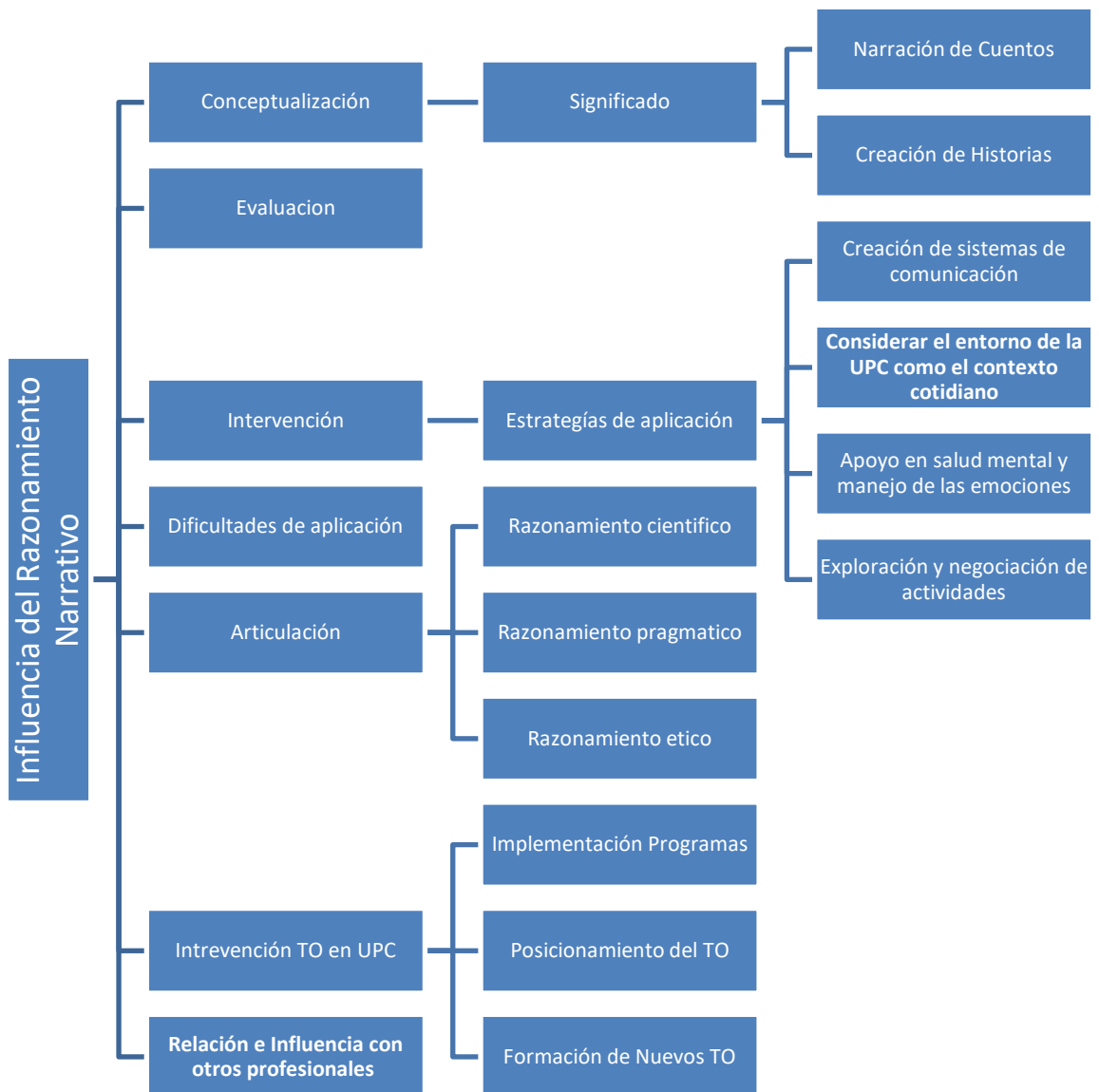
Ejemplo:

“La narrativa puede influenciar las decisiones clínicas y cuestiona el quehacer al ver la realidad desde el punto de vista del paciente, e invita a tomar mayor conexión personal con el caso” (a1, d1, p39).



A continuación, se muestra un cuadro resumen de las categorías utilizadas con sus subcategorías:

Cuadro N°2: Categorías y Subcategorías utilizadas de la Influencia del Razonamiento Narrativo.



1. Conceptualización del razonamiento narrativo:

Desde la perspectiva de los participantes, el razonamiento narrativo está asociado a la forma que tiene el/la terapeuta ocupacional para abordar las problemáticas del paciente crítico a través de la incorporación de la narrativa o historia de la vida, con ello facilitar el proceso terapéutico, y con ello la rehabilitación.

Se expresa en el encuentro terapéutico entre el/la terapeuta ocupacional y el paciente crítico, estableciéndose de manera práctica en el proceso terapéutico, influyendo la evaluación, el establecimiento de objetivos a corto plazo, la selección y la implementación de actividades en el tratamiento. Al respecto el terapeuta ocupacional #1 señala: *“La narrativa puede influenciar las decisiones clínicas y cuestiona el quehacer al ver la realidad desde el punto de vista del paciente, e invita a tomar mayor conexión personal con el caso” (a1,d1,p291).*

Su conceptualización se sustenta en dos vertientes de significado en el que se puede observar el razonamiento narrativo. Uno de ellos es la narración de cuentos, la cual se centra en el significado de la vivencia de la enfermedad crítica y de estar en una Unidad de Paciente Críticos, y la segunda vertiente es la creación de historias, que se centra en el establecimiento de acciones por parte del paciente para lograr su recuperación, es decir, es el proceso en el cual el paciente crítico en conjunto con el/la terapeuta ocupacional realizan una articulación de experiencias pasadas con las posibilidades futuras, para crear las alternativas que influyen en el desempeño ocupacional actual. Muchas veces, estas vertientes se mezclan y se superponen, para dar un sustento al razonamiento profesional del terapeuta ocupacional desde este ámbito.

Como elemento clave para que esto ocurra, el razonamiento profesional se nutre de elementos contextuales propios de las Unidades de Pacientes Críticos, un ejemplo de ello es lo que relata el Terapeuta Ocupacional #2 respecto a estar hospitalizado en una unidad de este tipo y el significado que este contexto puede

tener para la persona quien debe ser hospitalizada a causa de alguna enfermedad o evento traumático:

“Ósea de partida hay que entender que estar en una UPC³ es algo rudo, es un contexto muy invasivo, lleno de estímulos, lleno de máquinas, poco estimulado. Pero en verdad, la gente entiende que la UPC jamás va a ser agradable en la vida para nadie, ni para las personas que están hospitalizado, y para uno que ve una persona que está sufriendo, que está con dolor, que le molesta todas las cosas, está lejos de su familia, en el fondo tú tienes que entender que está en un contexto que se sale o que es disruptivo de la vida de alguien y de su actividades cotidianas, de sus ocupaciones diarias o como lo quieras llamar, entonces de partida ya, sí o sí ya es penca para el paciente, y para cualquier persona, si lo quieren llevar a una persona en particular, aquí uno debería conocer ya antecedentes más propios de cada persona, sus historias, a que se dedica, que sé yo, igual que lo vemos más o menos en terapia y pucha uno desde allí puede entender, que esta persona hacía tal y tal cosa hasta ayer, y ahora pasó esto y en verdad es rudo e insisto en eso, para mí, en particular en una visión como de promover mucho la humanización...”(a1,e2,p1969).

Es habitual que una unidad de pacientes críticos esté cargada de experiencias consideradas negativas, donde el alejamiento de la vida cotidiana, la pérdida de autonomía, compromiso de funciones corporales, el sufrimiento en el plano físico como mental, además del dolor e incomodidad, van influyendo tanto el razonamiento profesional del terapeuta ocupacional como el sentido de vivencia del paciente crítico.

Algunos ejemplos, son las notas que escribe en un cuaderno un paciente que se encuentra internado en Unidad de Cuidado Intensivos, donde refiere algunas experiencias negativas del proceso (a1,d1, p601 – 604):

³ UPC: Unidad de Pacientes Críticos.

“Cuando salgo de este proceso. Yo me siento bien”

“Quiero bajarme me duele la espalda”

“Tápame los pies”

“Estoy respirando bien”

“Visitas a qué hora”

“Tengo los pies helados pero la cabeza caliente”

“Ventilador uno negro, uno negro me podrías traer”

“Si cae esa agua dentro de la boca me la puedo tomar”

“Muero de sed y eso creo q’ me hace muy mal”

“Tengo un poco de secreciones”

“aspírame la boca”

“Agua”

“La sed es igual al tumor crece día a día y eso te mata igual”

“Agua x Fi”

*“Quiero q’ me saque la traqueo para poder hablar y beber liquido si creo que
mejoraría sería más rápida”*

“Estoy chato de estar acostado”

Estos atributos negativos se observan al interior del campo de estudio; y que los/las profesionales de Terapia Ocupacional los consideran al realizar acciones de tratamiento, como en la valoración y descubrimiento de potenciales que tiene la persona, intentando que el contexto de una Unidad de Paciente Crítico tenga un menor impacto para ellos/as.

Junto con ello, sería muy relevante que todo profesional que se encuentra al interior de estas unidades y en especial los/las terapeutas ocupacionales sean conscientes de la influencia directa que tienen las condiciones ambientales, sociales y culturales de las unidades de paciente críticos, sobre la vivencia de la persona que le toca cursar esta situación de vida, y no que se perpetúen y se normalicen las experiencias negativas dentro de la dinámica de atención, considerándolo como algo estático que no se puede influir.

Por otro lado, es a través de la narrativa establecida en la relación terapéutica entre el/la terapeuta ocupacional y el paciente crítico que se puede modular del impacto que tiene el ambiente sobre la vivencia o experiencia para la persona. Esta narrativa busca acompañar, contener y guiar el proceso de intervención, haciendo que el proceso de terapia sea una experiencia positiva para la persona, un ejemplo de ello puede ser lo referido por el Terapeuta ocupacional #2:

“..para mí lo terapéutico es la relación, es la compañía de estar con alguien, haciendo algo, conversando algo, no sé la rehabilitación temprana, si bien, la considero muy importante, quizás el foco tiene que estar en lo que estamos hablando ahora, quizás no va estar en que una persona ... se vista, si puede que un largo plazo lo vaya a trabajar ,... pero quizás en un primera organización no va a estar ahí, va estar en lo otro, que la persona esté bien, que sienta bien, que tenga ganas de participar en la rehabilitación ... no sacai na⁴´ con llegar y plantear todas las actividades, no te va a resultar ... lo que yo he visto al menos es que un buen vínculo, una buena relación favorece que la persona esté bien y pueda trabajar contigo. “ (a1, e2, p2100).

Con este ejemplo, se observa que el razonamiento narrativo es la parte del razonamiento profesional que permite acompañar a la persona en su proceso de hospitalización en una unidad de paciente críticos, la cual entrega las primeras bases para conocer a la persona que debemos atender, además de tener los primeros lineamientos para el trabajo de retomar proyectos de vida y retorno a los roles cotidianos, los cuales serán acciones para abordar en una instancia más avanzada del tratamiento.

Sobre esta idea, a modo de ejemplo, se expone algunas notas y relatos llevados a cabo en una sesión de Terapia Ocupacional en donde me mantenía como observador participante. Estaban presentes el Terapeuta Ocupacional #1, su interna

⁴ Modismo Chileno para indicar no sacas nada.

y Andrea, usuaria que permanecía hospitalizada en la Unidad de Cuidado Intensivos:

“Se instaura una conversación entre los participantes, de cómo es la vida en la UCI⁵ y como será volver a integrarse a su casa, a lo cotidiano y natural. Andrea repasa la evolución que ha tenido su proceso de salud y enfermedad (heridas, trastorno del habla y su pérdida de fuerza)” (a1,d1,p1257). “Cuando a Andrea le pregunto, ¿Qué ha significado para ti el proceso de Terapia Ocupacional?, Andrea habla como ha ido aumentando su independencia en cosas sencillas, como moverse de la cama, levantarse, arreglarse, vestirse y comer sola, se emociona por el vínculo que ha establecido con la interna de Terapia Ocupacional.” (a1,d1,p1258). “Después nos muestra una bandeja hecha con técnica de decuopage⁶, para realizar ello pasa de la cama a sedente borde cama independiente. Refiere que la ergoterapia la va a usar en su casa en navidad y que “la usara para llevar pan de pascua con cola mono”. Muestra con orgullo los trabajos realizados con los Terapeutas Ocupacionales. Se proyecta por primera vez, los trabajos hechos en la UCI para ser usados en la vida cotidiana, teniendo un puente entre el hospital y retomar su vida cotidiana.” (a1, d1, p1522 – 1523).

Es desde este relato, que se puede señalar que el razonamiento narrativo permite organizar las experiencias del paciente y definir las acciones a seguir en el proceso desde la Unidad de Cuidados Intensivos, pasando por la Unidad de Tratamiento Intermedio o Intermedio Médico, hasta salir a unidad de hospitalización común. El razonamiento narrativo aporta a determinar las metas funcionales a implementar durante el programa de intervención, y permite, al relacionarse con la persona intervenida, establecer puentes entre acciones concretas y sus posibilidades a futuro.

⁵ UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

⁶ Se trata de una técnica manual decorativa en la que se emplean papeles impresos o telas para pegar sobre soportes varios como madera, cerámicos, metales, velas, jabones, vidrios, lozas y cartón entre otros. Se busca que al finalizar lo obtenido imite la pintura a mano, utilizando técnicas de pátinas y pintura, distribuyendo correctamente los recortes y dando un acabado con barniz.

A modo de síntesis, se puede señalar que el razonamiento narrativo (desde la perspectiva de los/las Terapeutas Ocupacionales que se desempeñan en la Unidad de Paciente Crítico del Hospital Clínico de la Universidad de Chile) es definido como la forma que tiene el/la terapeuta ocupacional para comprender como el cotidiano y la historia de vida del paciente son modificadas por la repercusión de la enfermedad crítica. Este razonamiento facilita el proceso terapéutico, porque entrega mayor conexión personal con el caso y permite ponerse en el lugar del otro, cuestionado el quehacer habitual, permitiendo entender el significado de la enfermedad, comprender las influencias del contexto y entender que acciones son más pertinentes para la recuperación de la persona.

A diferencia de otras modalidades del razonamiento profesional, el razonamiento narrativo permite al terapeuta ocupacional realzar la historia de vida del paciente, conocer la vivencia diaria de mantenerse en una unidad de paciente crítico y acompañar en el proceso de recuperación y reintegración a su vida cotidiana.

Como terapeuta ocupacional, nos permite ponernos en el lugar de la persona, que a causa de una enfermedad debe cursar la experiencia de someterse a una unidad de pacientes críticos, con todo lo que involucra (monitorización, soporte avanzado, procedimiento invasivos y restricciones por seguridad), comprender como las discapacidades o limitaciones contextuales afectan su desempeño y como de esos elementos se pueden formular acciones que sean significativas para sortear los obstáculos. Se establece como una herramienta del razonamiento profesional que permite acercarse a lo que es experimentar una situación y utilizarlo para generar posibilidades en el tratamiento.

1.1. Significados del Razonamiento narrativo en la práctica.

Como se señaló anteriormente, el concepto de razonamiento profesional contiene dos vertientes de significado en el que se puede describir el razonamiento narrativo al interior de las unidades de pacientes críticos y que son señaladas por

los/las participantes del estudio: la narración de cuentos y la creación de historias. A continuación, se presentan los resultados de estas dos subcategorías de análisis.

1.1.1. Narración de cuentos

De acuerdo con el relato de los/as entrevistados/as, la narración de cuentos considera el proceso en el cual los/las terapeutas ocupacionales escuchan y recopilan historias personales del paciente crítico y su experiencia al interior de la unidad de paciente crítico, para construir la experiencia y el significado de lo que implica estar hospitalizado en estas unidades.

Al respecto el Terapeuta Ocupacional #2 señala:

“Yo creo que la experiencia, que logro entender de las personas que están en una unidad de paciente crítico, lo hago a través del... relato que tienen los pacientes, y de otros pacientes que han salido de la unidad de pacientes críticos, de contarme de lo que ellos sintieron y de que ellos vivieron en esa unidad...” (a1, e2, p2087).

Al ingresar a una Unidad de Pacientes Críticos, los relatos referidos por los/las terapeutas ocupacionales se centran en la pérdida de independencia y capacidad, como lo señala el Terapeuta Ocupacional #3 durante la entrevista realizada: *“...mucho de lo que te dicen los pacientes, de que antes eran independientes y hacían tantas cosas y que ahora no son capaces de ni tomar agua o tomar un vaso, se dan cuenta que no pueden realizar la prehensión para tomar un vaso...” (a1, e3,p2131).*

“Pasar de una persona independiente completo a una persona que la mueven, para limpiarles sus genitales, para bañarle, para limpiarle los dientes, para limpiarle la boca, es algo es extremadamente invasivo...” (a1,e3,p2131).

Además, a esto, consideran experiencias en que la vida de estos pacientes se encuentra en peligro, como lo señala el Terapeuta Ocupacional #1: *“...los pronostico*

algunas veces son super malos, entonces muchas veces la sobrevivida de ese paciente es nula y de allí se ven las condiciones de cómo va a quedar...". (a1,e1,p1752).

Es a través del relato de experiencia del mismo paciente o de otros pacientes que experimentaron la vivencia de sobrevivir a una unidad de paciente crítico, que el/la terapeuta ocupacional configura el significado de "enfermedad crítica", la cual la relaciona con las necesidades comunes que relatan los pacientes y establece una identidad de lo que es ser un paciente crítico desde su punto de vista, frente a esto, el Terapeuta Ocupacional #1 afirma: *"...siempre se considera que el paciente está desvalido, no tiene ninguna opción de muchas veces de expresar sus necesidades, es un paciente que muchas veces dependen al 100% de ti, de tu capacidad de solventar esas necesidades que son mínimas". (a1,e1,p 1834).*

Por lo cual al tener una identidad de "desvalidado", los/las terapeutas ocupacionales participantes generas acciones terapéuticas que intentan revertir esto, a través de la construcción de una identidad que refleje como elemento primordial la capacidad, el sentido de la supervivencia y valorando lo humano como característica fundamental del proceso. Para ello, se utilizan los relatos como un elemento transformador. Al respecto el Terapeuta Ocupacional #3 señala: *"Creo que, al tomar aspectos significativos de la persona, en muchas ocasiones, es allí donde la persona puede sentirse considerada, y sentir que la intervención que está siendo realizada está tomando todas las aristas, todos los aspectos que para él son importantes." (a1,e3,p2141).*

El paciente tiene la posibilidad de narrar sus historias a partir de diversos hechos y eventos, construyendo y deconstruyendo historias, lo que permite ir recuperándose del evento traumático de haber vivido en una Unidad de Pacientes Críticos. La narrativa establecida con el razonamiento narrativo sirve como un canal a través del cual las personas encuentran sentido en sus luchas contra la enfermedad crítica. Permite como producto entender el significado asociado al proceso de la enfermedad crítica y crear significados a partir de esta.

Desde las observaciones realizadas, un ejemplo a esto fue la intervención realizada por el Terapeuta Ocupacional #1 en conjunto a su interna con un usuario llamado Daniel, que se encontraba en el Intermedio Médico Quirúrgico, con el diagnóstico de una polineuropatía del paciente crítico, que había dejado con secuelas de tetraparesia con soporte de traqueostomía. Durante sus sesiones el paciente habría comenzado un proceso de fortalecimiento muscular en miembros superiores, que luego de unos días se vinculó con trabajo en escritura lo que permitió lograr un sistema de comunicación. A continuación, algunas citas de la conversación durante una sesión de Terapia Ocupacional.

- *“Terapeuta Ocupacional #1: “Si tiene algo que decirlo, dígalo ahora antes de empezar. Daniel toma un lápiz y escribe de la mejor forma que pueda. (a1,d1,p1428).*
- *Interna de Terapia Ocupacional: “Pero que linda tiene la letra ahora.” (a1,d1,p1430),*
- *Daniel escribe:” Gracias por ayudarme, gracias de corazón.” (a1,d1,p1432), Posteriormente Daniel rompe en llanto, ya que este logro significaba una gran mejora en el proceso de recuperación de su enfermedad”.*
- *Interna de Terapia Ocupacional: “Recuerda si te desanimas tienes que seguir, recuerda como persistes y como estas”. “Recuerda que eres un gran hombre”. (a1,d1,p1514),*

Con anterioridad a este suceso, los/las terapeutas ocupacionales que habían planteado con Daniel la forma que el viera progreso en sus terapias y que se animara en seguir las dinámicas de rehabilitación. Dentro de su evaluación una dificultad evidente era, no disponer de un sistema de comunicación que permitiera explicar a otras personas lo que él pensaba. Por lo cual se establecieron objetivos de mejorar sus habilidades motoras para lograr escritura y con ello poder escribir. Además, este hito marco un punto de inflexión en el tratamiento de Daniel durante las semanas de observación, generando mayor motivación y comunicación con el

equipo de Terapia Ocupacional, considerando nuevas posibilidades para su desempeño al interior del Intermedio Médico Quirúrgico.

Para la construcción del significado de ser un paciente crítico, *“...La Terapia considera aspectos que son relevantes de la persona, pero que ella considera significativa, de lo que considera importante, de lo que ve como transcendental (a1,e3,p2141)*. Este rescate de lo relevante para la persona se materializa de forma práctica a través del vínculo terapéutico que establece el/la terapeuta ocupacional con el paciente crítico.

Es a través del vínculo terapéutico, que se establece en cada sesión de Terapia Ocupacional, donde se generan espacios de intercambios de relatos, tanto del paciente para el Terapeuta Ocupacional y del Terapeuta Ocupacional al paciente, permitiendo conocer quién es la persona que intervenimos, cuáles son sus preocupaciones, deseos, intereses y transmitiéndoles que posibilidades tiene en relación con su condición médica.

Sobre este punto, de conocer la historia del paciente, el Terapeuta Ocupacional #3 señala: *“Entonces yo creo que primero hay que lograr el vínculo terapéutico, establecerlo con el usuario y que mediante conversaciones muy serias o conversaciones muy triviales y mirado al buen humor ayuda mucho, ayuda muchísimo, si uno se toma de forma muy serio, o de verdad no tiene un vínculo muy cercano con la persona es poco probable que la persona te pueda contar o explicar en algún tipo de conversación personal y de sus aspectos personales” (a1,e3,p 2160)*. Con esta idea, lo primordial está puesto en la interacción de dos partes que se relacionan para conocerse y establecer algún tipo de trabajo que permita superar la enfermedad crítica.

Al respecto, el mismo Terapeuta Ocupacional, refiriéndose a considerar los relatos del paciente y mantener una relación cercana, afirma: *“Creo que eso ayuda mucho al vínculo, al proceso de rehabilitación o al proceso de habilitación que va a*

vivir la persona producto de la condición que se encuentra en la UPC” (a1,e3,p:2141).

Un ejemplo de fomentar una relación cercana y que aporte a la creación de significados compartidos, es lo que señala el Terapeuta Ocupacional #3: *“Lo que uso harto, lo que a mí me resulta es mas allá que me cuente, es en la entrevista y en la evaluación que uno realiza, es ... jugar con el humor, dar el espacio, dar la instancia que él puede “hechar la talla”⁷ o poder hacer ciertos chistes, ciertas bromas, de poder tener un mayor grado de confianza.... Yo creo que allí, a través de ciertas estrategias, como justamente reírse juntos, lograr aspectos que sean significativos, lograr su confianza, que él me cuente sus penas, sus tristezas y sus alegrías, creo que allí hacen sean mucho más fácil esta entrega de confianza por parte del paciente.” (a1,e3,p 2160).*

La narración de cuentos, o la exposición de relatos por ambas partes, tanto del terapeuta ocupacional con el paciente crítico, permite por un lado desarrollar la historia de vida del paciente como desarrollar historias de sucesos ocurridos al interior de la Unidad de Pacientes Críticos, como por el otro a minimizar las disparidades de poder entre el/la terapeuta ocupacional y el paciente crítico, mejorar la comunicación del conocimiento profesional, reducir las barreras culturales y estimular el dialogo continuo entre el paciente y el/la terapeuta ocupacional.

Como ejemplo, se puede referir un episodio que aconteció en unas de las sesiones de Terapia Ocupacional de Andrea, paciente de larga estadía que se encontraba hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos, en la cual reta al Terapeuta Ocupacional #1 a bailar bachata, ya que el será su Terapeuta Ocupacional ahora y es requisito que el baile para trabajar con ella (a1,d1,p1525). El Terapeuta Ocupacional #1 refiere: *“Yo estoy aprendiendo a bailar salsa, pero si tú me enseñas a bailar bachata, yo le doy” (a1,d1,p1526).*

⁷ Bromear, tomar la situación con humor.

Posteriormente a eso conversan sobre lo importante que ha sido el baile para Andrea en su vida personal, como bailar es ajeno a una Unidad de Cuidado Intensivo y cómo el Terapeuta Ocupacional coordinó acciones para montar música al interior de la unidad y realizar una sesión de baile que aporte a las habilidades motoras de Andrea.

Por último, al considerar los relatos de los pacientes durante el proceso de Terapia Ocupacional y usarlos para cambiar el significado a la enfermedad como para plantear acciones terapéuticas, hace que la acción de Terapia Ocupacional se vea reforzada a través del agradecimiento que entregan los pacientes durante su proceso de recuperación, al respecto el Terapeuta Ocupacional #3 señala: *“Me lo han dicho muchos pacientes, como que te refuerzan, dentro de la misma sesión, basta un gracias y ya con eso influyó positivamente en el paciente. Cuando un paciente te dice gracias, para mí es un parámetro puntual, que el paciente realmente lo que tú hiciste le ayudó, también hay muchos factores de comunicación, está contento contigo, se siente cómodo contigo, no se siente forzado a la actividad, no llega y te pone la cara larga, cachai⁸, son ciertos factores de comportamiento y conducta.”* (a1,e1, p1817).

Como reflexión personal, la narración de cuentos permite considerar las experiencias de enfermedad de los pacientes inmersos en las Unidades Pacientes Críticos, como de los que alguna vez estuvieron hospitalizados en ellas. Configuran una identidad de paciente crítico, que influye en el razonamiento profesional que realizan los/las terapeutas ocupacional sobre sus pacientes; permitiendo desplegar acciones para contrarrestar los aspectos negativos de esta identidad y enfocarlo a un sentido positivo de lucha contra de la enfermedad crítica. Además, los relatos se establecen desde la relación terapéutica entre terapeuta ocupacional y paciente crítico, el cual permite una mayor cercanía y participación de las partes, sin

⁸ Modismo Chileno, que se refiere a comprender, darse cuenta, saber, conocer.

disparidad de poder y facilita la generación de canales de comunicación que aportan a la recuperación de la persona intervenida por la Terapia Ocupacional.

1.1.2. Creación de historias

De acuerdo con el relato de los entrevistados, la creación de historias considera el proceso en el cual el paciente crítico y el/la terapeuta ocupacional colaboran para crear experiencias que vinculan la acción de la terapia con el contexto y sus posibilidades futuras. En este proceso, las narrativas no se utilizan meramente para interpretar, sino se utilizan para promulgar acciones que generen resultados que corrijan la situación de dependencia del paciente crítico.

Referente a esto último, la narración de cuentos se utilizaba para definir el significado de ser un paciente crítico, mientras que la creación de historias apunta a interpretar este significado y darle una acción que genere algún resultado frente a esta situación, al respecto el Terapeuta Ocupacional #3 señala: *“... Ellos lo extrapolan⁹ a que van a quedar así el resto de su vida, y por ende que la persona vaya adquirieron objetivos mínimos y pequeños van ayudando que la persona a recuperar su motivación, que recuperen su esfuerzo a salir adelante y darse cuenta de que en... puede ser una situación transitoria y si no lo es, puede ver la posibilidad de cómo puede adaptar y lograr la mayor independencia y autonomía que se pueda dependiendo del diagnóstico.” (1:2131)*

Se puede observar que la creación de historias se ubica dentro de las sesiones de terapia, cuando el/la terapeuta ocupacional organiza los relatos a través de una doble presencia de tiempo, interrelacionando las experiencias pasadas del paciente con su presente en el cual, se debe batallar contra una enfermedad crítica. Estas historias son constantemente creadas y recreadas dentro de cada sesión, formando una trama terapéutica que permite encadenar significados con las acciones

⁹ Esta afirmación hace referencia a lo que sienten los pacientes críticos durante el proceso de salud-enfermedad.

pertinentes para lograr las metas de rehabilitación como los desafíos ocupacionales propuestos en el proceso de intervención de Terapia Ocupacional.

En relación al mismo proceso de Terapia Ocupacional los *“...objetivos de intervención muchas veces esta dado y parten muchas veces del profesional, y eso es lo importante y lo destacable que tenemos nosotros los Terapeutas Ocupacionales, podemos conversar y podemos llegar a un punto de acuerdo con la persona, para llevar a donde queremos apuntar con los objetivos terapéuticos”* (a1,e3,p2116).

Ejemplo de esto, es durante la intervención con Carol, paciente que se encontraba en la Unidad de Tratamiento Intermedio posterior a un accidente cerebro vascular y un estado confusional, *la Terapeuta Ocupacional #4 analiza la vivencia de tener recuerdos confusos y recuerdos fragmentados como un proceso normal del contexto y que deben ser reportados y manejados, además asume que puede tener dificultades cognitivas, por lo cual es primordial evaluar y objetivar sus habilidades en esta esfera* (a1,d1,p664-665). La Terapeuta Ocupacional analiza los relatos pasados de la paciente, los organiza en el presente y contrastada con la realidad, permitiendo establecer una trama de hechos coherente para la vivencia de Carol. *La educa sobre estrategia para ordenar sus pensamientos, además de entregar un relato de su historia médica para completar los períodos de recuerdo confusos* (a1,d1,p667). Posterior a esto, la Terapeuta Ocupacional #4 y Carol, teniendo clara las dificultades reportadas por la paciente, se construye un plan de intervención, que tiene metas y acciones determinadas por ambas, motivándola a plantearse desafíos que pueda superar a pesar de sus dificultades cognitivas.

Refiere tener problemas de memoria de trabajo, los cuales previamente fueron evaluados por Terapia Ocupacional. Carol se mantiene expectante y ansiosa de que se resuelva su problema de salud y con ello, poder volver a casa (a1,d1,p669). Dentro de las nuevas posibilidades la Terapeuta Ocupacional #4, le solicita comenzar a retomar el ejercicio de su independencia en las actividades de la vida

diaria al interior de la unidad y a trabajar en un programa de habilitación de sus habilidades.

Carol reporta estar ‘feliz por integrar tareas de uso de WC en su rutina y tener períodos de marcha al interior de la unidad’ (a1,d1,p671). Ella recuerda esta conversación, como un hito que permitió entender su vivencia posterior a un estado confusional y como el inicio de un camino para retornar a sus roles antes del accidente cerebro vascular.

Es en este proceso, en donde se establecen puentes entre donde se encuentra el paciente y el dónde desea estar, considerando un sentido de apreciación realista de su desempeño ocupacional como del proceso de salud y enfermedad que cursa.

Puede darse la posibilidad que el paciente recupere su nivel de funcionamiento a pesar de las dificultades del desempeño ocupacional que tenga presente por su situación de salud y/o manejo ambiental, como puede ser el caso, de tener expectativas que sobrepasen su nivel de funcionamiento actual. De ser así el caso, el/la terapeuta ocupacional deberá reconfigurarla y enfocarla al desempeño presente, con la finalidad de disminuir las brechas existentes entre lo esperado y lo que puede realizar en la actualidad.

Respecto a la construcción de posibilidades, estas dependen de la evaluación diaria que pueda hacer el/la terapeuta ocupacional, al respecto el Terapeuta Ocupacional #1 señala: *“Depende, se va conversando día a día habitualmente, pero si el paciente es más inquieto, allí tú puedes trabajar, si quiere involucrarse más en el proceso, allí puedes trabajarlo junto, Si usted quiere lograr esto, debemos lograr esto primero...” (a1,e1,p1845).*

Muchas veces, pasa que el paciente requiere poder probar los límites de sus habilidades para reconfigurar sus expectativas en su recuperación; como señala el Terapeuta Ocupacional #1 *“...generalmente se va viendo el día a día, igual los*

paciente se cansan, la fatiga es muy alta, entonces con cuea¹⁰ hacen lo que tú les pedí, como que de repente hacer más es difícil, es complicado que ellos se planteen objetivos ambiciosos, hay muchos que dicen yo quiero esto, y duran 3 segundos y allí ellos solos se aterrizan, y comienzan a escucharte más a ti y dicen voy a empezar a hacerle más caso a esta persona que me atiende...” (a1,e1,p1847)

El/la terapeuta ocupacional coordina las acciones del paciente ante las posibilidades funcionales que el provee o estima, con los deseos en el hacer que manifiesta el paciente, los cuales direccionan los compromisos del paciente a realizar su terapia, estructuran la narrativa para lograr las metas propuestas a corto plazo. El terapeuta ocupacional utiliza de forma intencionada pequeñas experiencias de logro de los pacientes críticos, posterior a su ingreso y estabilización, para crear una narrativa que brinde la construcción de una historia que posibilite el logro de la independencia hacia el futuro.

En relación con esto, el Terapeuta Ocupacional #1 señala: *“[Cuando se integra la narrativa]...cambia absolutamente el tratamiento, cambia ufffr mucho, porque te focaliza en el interés del paciente más que nada, y tratai, ...de compensarlo con su déficit, pero te ayudo mucho a que el paciente se involucre en lo que tú le estas, en este caso estas tratando de entregar como herramienta.” (a1,e1,p1801).*

En caso de no tener un pronóstico favorable, muchas veces la narrativa que se establece en el proceso es de cautela y reserva, donde tanto el/la terapeuta ocupacional como el equipo interventor de la Unidad de Pacientes Críticos, debe esperar la evolución del paciente para tomar acciones interventoras, centrándose en primera instancia en la sobrevivencia de la enfermedad crítica y en segunda instancia, si sobrevive, a detectar tempranamente la discapacidad para plantear un programa de rehabilitación, ya que muchos de estos paciente establecerán una larga estadía configurándose como un paciente critico crónico.

¹⁰ Sarcasmo utilizado en Chile para indicar posibilidad, suerte.

En relación con esto, el Terapeuta Ocupacional #1 señala: “...eso se ve día a día y se conversa y se trabaja a través del equipo.... Con el paciente no, no, no, y con la familia sí, pero como resguardando mucho, con cautela, resguardando la cautela, porque finalmente los pronósticos alguna vez son super malos, entonces muchas veces la sobrevida de ese paciente es nula y de allí se ven las condiciones de cómo va a quedar, entonces eso lo reservamos con mucho cuidado hasta que el paciente se estabilice y uno siente que avanza en las evaluaciones, allí uno puede tener más claro lo que se viene.” (a1,e1, p1746).

La posibilidad de crear historias, también se ven limitadas por las nociones de cuidados ante una enfermedad crítica inestable, donde el/la profesional de Terapia Ocupacional, fuera de velar por la funcionalidad a futuro debe velar por evitar daños mayores. Desde el contexto si se visualiza un cambio de paradigma, que estrategias que fomenten la funcionalidad sean requeridas en estos contextos de intervención.

“No es un conflicto, porque es una necesidad, una necesidad de cuidado, de los cuidados médicos, nadie quiere un paciente que se le haga una escara grado IV, nadie quiere que un paciente se edematice, nadie quiere que se pase 20, 30, 40 días con el ventilador mecánico, ni el propio paciente.” (a1,e1,p 1825).

“... por sobre todo una persona como paciente crítico es complejo y por supuesto que tú no vas a querer que le pase nada a él, que se saque una vía o que se saque un no sé qué... Y eso igual, de las personas que trabajan allí, es una cultura de la UCI, que viene desde hace tiempo, ya que la UCI, siempre ha estado orientada históricamente hacia la supervivencia de la persona, y nunca se consideró hasta un par de años, la funcionalidad que pasa con la persona posterior al alta, cuánto tiempo más deba estar viviendo y con qué calidad de vida va a vivir. Entonces ese cambio en la cultura UCI, es lo difícil que dificulta realmente la intervención.” (a1,e1,p1937).

En resumen, para la aplicación del razonamiento narrativo en las unidades de pacientes críticos en forma de creación de historias, depende de la narrativa que

establezcan el/la terapeuta ocupacional con el paciente crítico en relación a sus posibilidades de hacer el futuro, las cuales dependen de la estimación de las habilidades que realiza el terapeuta ocupacional sobre el paciente, a las expectativas de funcionamiento y actividad que percibe el mismo paciente, a las condición de salud y requerimiento de cuidado, como a la exploración y ejercicio de actividades que logren realizar al interior de las unidades de paciente crítico.

2. Razonamiento Narrativo y aporte en la evaluación.

Ya expuestas las vertientes del significado atribuidas al razonamiento narrativo, se revisarán la influencia que tiene el razonamiento narrativo en la evaluación de Terapia Ocupacional.

Para comprender en que consiste el aporte del razonamiento narrativo en la evaluación, primero hay que comprender para que se utiliza, por lo cual el Terapeuta Ocupacional # 3, desarrolla:

“La historia ocupacional en UPC... se puede [obtener] desde la misma persona, a través de una entrevista semiestructurada, pero no hago una entrevista igual para todos, principalmente recopilo antecedentes generales, a que se dedica, cuáles son sus pasatiempos, cuál es su rutina, elementos cotidianos, más bien analizar su rutina previa, si estaba equilibrada, si había elementos estresores y también compararlo mucho con lo que ve la familia.” (a1,e3,p2087)

Con esto, se puede afirmar que el razonamiento narrativo aplicado en la evaluación de Terapia Ocupacional se utiliza para obtener la historia del paciente crítico, para comprender como era la persona con anterioridad a la enfermedad crítica, disponer del historial y experiencias ocupacionales del paciente, estableciendo antecedentes que describan su nivel de funcionamiento previo, patrones de vida diaria, sus intereses, valores y necesidades.

Sobre las fuentes de información de donde se obtiene la información, este mismo Terapeuta Ocupacional señala: *“En varios casos la información que entrega el usuario es distinta a la que entrega la familia y en ese sentido debemos hacer una especie de contraste y empezar a realizar una unión de factores en común, para establecer lo que va a hacer la historia propiamente tal. En general, hay gente hospitalizada que esconde cosas o que dice cosas de más que la familia por desconocimiento o no, influyen en esta congruencia de historias ocupacional.”* (a1,e3,p2088).

Por lo cual, la información conseguida en la evaluación se puede obtener a partir del mismo paciente o a través de relatos de terceros, especialmente familiares y personas cercanas. Cuando se utilizan relatos de tercero para este fin, es importante poder triangular la información, para tener mayor congruencia y veracidad, ya que, al utilizar información desde otros informantes, esta tiene diversos puntos de vista sobre los hechos y circunstancias, como también respetar los elementos que el paciente crítico quiera mantener en forma confidencial.

Sobre las dimensiones que abarca la persona, el Terapeuta Ocupacional #3 reflexiona: *“la persona presenta múltiples características y por ende hay que aceptar los aspectos psico, físico y emocional que tiene y que es fundamental el aspecto médico o biológico, pero también hay que considerar elementos que ellos no abarcan que han demostrado en las intervenciones... que han ayudado a... como la persona se ha involucrado en su proceso de salud o de recuperación.”* (a1,e3,p2078). Por lo cual es posible señalar que, la evaluación debe considerar varias dimensiones de la persona, los cuales se organizan en elementos objetivos como también subjetivos que apunten a orientar la intervención hacia la recuperación de la persona.

Además, mientras más fluida es la comunicación entre el paciente crítico y el/la terapeuta ocupacional se obtiene más información que aporta a la evaluación. Referente a esto, durante la entrevista el Terapeuta Ocupacional #3

señala: “...podemos encontrar personas que si tienen comunicación, pero hay casos en que la comunicación con la persona no se da en manera fluida o simplemente no se da y por lo tanto poder tomar elementos de la narrativa de las personas, desde una persona significativa, un ser querido o un familiar, creo que es sumamente importante o también contrastar la narrativa que dice la persona con lo que dice su familia ...creo que desde el enfoque de narrativa es importante considerara a la persona pero también su círculo más cercano.” (a1,e3,p 2226).

No sólo se debe considerar en este proceso al paciente crítico, sino a todo su contexto familiar, ya que como reflexiona el Terapeuta Ocupacional #2: “Creo que es importante tomar elementos de la familia de lo que entiende del proceso de intervención y...tratar de... colocarme en el lugar de esa persona [internada en la unidad de paciente crítico]... (a1,e3, p2087). Esto es importante para el proceso narrativo, ya que, si se considera por separado el relato de la familia y se comprende como otro foco de intervención, en el cual las acciones de Terapia Ocupacional pueden ser pertinentes y pueden rescatar narrativas de la vida cotidiana.

La enfermedad crítica no sólo afecta al paciente sino también afecta a la dinámica familiar, por lo cual rescatar la narrativa de la familia, lleva al terapeuta ocupacional a ponerse en otro lugar, lo que amplía su visión narrativa del caso.

Sobre esta misma línea de ponerse en el lugar de otro, el Terapeuta Ocupacional #1 reflexiona al respeto y se pone en el lugar de uno de sus pacientes, señalando: “[Intentar] tomar un vaso, lavarme los dientes o hacer lo básico de las ocupaciones... como me gustaría a mí que me trataran y que me consideraran, esto es un aspecto más subjetivo de cómo intervenir...” (1:2087).

Es al considerar los relatos de las personas en estas unidades, permite generar mayor empatía con el/la terapeuta ocupacional y lo guían el tratamiento hacia el cumplimiento de los deseos del paciente crítico

Junto con ello, si la evaluación considera las narrativas durante su ejecución, esta aporta a las acciones que llevaran a cabo posteriormente a su aplicación. Esta debe ser conjugada con elementos del razonamiento científico para que sea un aporte explícito para el/la terapeuta ocupacional. Frente a esto, lo que se considera como una buena evaluación para el Terapeuta Ocupacional #2, este señala: *“Una buena evaluación para mí debe tener contenidos objetivos, este dado por pautas o screening y también está dado aspectos subjetivos, que está dado por aspectos narrativos de las personas. Yo debo de tener elementos objetivos de mi intervención que me permitan demostrar que, si mi intervención tiene efectos, tiene importancia y si tiene un impacto real en la intervención.”* (a1,e2,p2183).

El razonamiento narrativo en la evaluación permite dar otra perspectiva al proceso, entregando mayor globalidad a la evaluación al integrar la historia del paciente como elemento clave del proceso, pero muchas veces este tipo de estrategia no es reconocido de forma explícita por los Terapeutas Ocupacionales, a pesar de aplicarse de forma constante en su práctica, y del valor que entrega al proceso de rehabilitación y recuperación del paciente crítico.

Por último, las experiencias en la unidad de paciente crítico no son siempre nuevas para el paciente, *“...hay muchas veces que no es la primera vez que el paciente está en situaciones de UPC y por lo tanto tomar consideraciones de la misma familia pueda relatar, de cosas que dijo el paciente en ese minuto de cómo lo paso en la UPC y de cómo lo considera la familia también.”* (a1,e3,p2085). Es desde los relatos pasados, que se puede tomar acciones en el presente, ya que el razonamiento narrativo durante la evaluación permite rescatar estos relatos y con ello se pueden definir líneas de intervención desde la perspectiva del paciente, objetivar sus preocupaciones en relación con su desempeño ocupacional y priorizar las acciones durante la ejecución del plan de intervención.

En resumen, el razonamiento narrativo es un aporte a la evaluación de Terapia Ocupacional, ya que facilita el desarrollo de modos para la obtención de

información que permite conseguir la historia del paciente crítico. La historia de la persona permite comprender como era con anterioridad al ingreso a la unidad de paciente crítico, como también conocer su funcionamiento, intereses valores y necesidades.

Esta historia se rescata del mismo paciente como de sus personas significativas, las cuales a través del proceso de triangulación y respeto a la confidencialidad permiten generar un relato que ayuda al terapeuta ocupacional a pensar cómo se siente la persona en este proceso, y como se siente la familia con su ser querido en esta condición.

Mientras más fluida sea la comunicación, más relatos se logran obtener y, por ende, mayor aporte al razonamiento profesional. Al conocer mejor a la persona que se atiende, se tienen más elementos para guiar el tratamiento y poder cumplir los deseos que tenga el paciente para lograr su recuperación. A pesar de que se reportan aportes en la evaluación, los/las terapeutas ocupacionales no reconocen de forma explícita este aporte, viéndose su aplicación más en la práctica que en su discurso.

3. Razonamiento Narrativo y aporte en la intervención.

Una vez revisada la influencia que tiene el razonamiento narrativo sobre la evaluación del paciente crítico, se procede a desarrollar su influencia durante su intervención.

La aplicación del razonamiento narrativo durante la intervención de Terapia Ocupacional al interior de las Unidades de Paciente Crítico permite dar dinamismo a las intervenciones clásicas realizadas en su interior, seleccionando actividades significativas para la persona y vincular elementos de su historia de vida a los objetivos de intervención propuestos desde un enfoque de rehabilitación.

Al respecto el Terapeuta Ocupacional #3, nos narra lo siguiente:

“Una señora de 65 años, en unidad coronaria [intensiva]...tenía una patología cardíaca importante, estaba con un delirium hipoactivo y el trabajo kinésico estaba muy supeditado al trabajo respiratorio, pero del punto de vista cognitivo-funcional estaba bastante complicada...La señora estaba todo el día acostada principalmente, si había trasferencias cama-sillón era realizada por funcionarios... allí nos pidieron apoyo de Terapia Ocupacional, porque habían probado (según ellos) con todas las fórmulas y con todos los medicamentos para poder activarla. Entonces empecé a averiguar con su familia, que era lo que la motivaba, lo que a ella le hacía feliz en la vida ... me dice su hijo que era cocinar, le encantaba todos los elementos de cocina y que ella siempre regalaba, a los que quería y demostraba su cariño a través de la comida... empecé a solicitarle a la familia que trajera diversas especies de la cocina, como comino y vinagre, todos los elementos que fueran pasosos, ajos, cebolla, vino, jugos, frutas, frutas en polvo, cosas que pudiéramos trabajar desde la sensorialidad y ver si con eso podíamos aumentar su estado de alerta.

...Se vio aumento en el estado de alerta de la persona, los médicos al principio no miraban con buenos ojos esta intervención por desconocimiento más que nada, pero luego que la señora empezó a abrir los ojos, empezó a mirar, empezó a degustar en conjunto al fonoaudiólogo estos jugos en polvo, tenía sabor, podía ... oler... ella tuvo una respuesta muy positiva y que en un caso de 2 a 3 días la señora salió de esta dependencia total que tenía, a estar alerta`, [con ello podía] ayudar al equipo de enfermería, [lograba] salir a caminar con los kinesiólogos y que pudiéramos trabajar ... las AVD¹¹ básicas, creo que allí fue el punto de inflexión en el proceso de rehabilitación, ya que la señora empezó a considerar elementos que eran de ellas para rehabilitarse a pesar de que estábamos en un hospital, pero pudimos rescatar elementos de cocina, que en muchas oportunidades no se puede y que no son compatibles” (a1,e3,p2080).

¹¹ AVD: actividades de la vida diaria.

La intervención de Terapia Ocupacional desde el razonamiento narrativo permite la utilización de elementos significativos de la vida cotidiana del paciente crítico, es decir rescata la narración de cuentos y creación de historias al relevar lo significativo en la persona y vincularlos con acciones directas que influyen en el proceso de intervención. Por lo general, estas estrategias son de utilidad cuando abordajes tradicionales desde el ámbito de rehabilitación no son fáciles de aplicar por dificultades contextuales o como del mismo paciente crítico. Esta forma de ver el tratamiento se potencia al trabajar en equipo durante las intervenciones que realiza el/la terapeuta ocupacional al interior de la Unidad de Pacientes Críticos, generando como se describe en el ejemplo, un mejor rendimiento funcional al interior del hospital. Además, permite una ventana que mezcla elementos de la vida cotidiana con el contexto hospitalario, generando una instancia de compatibilidad de visiones que muchas veces no son posibles de concebir como complementarias, teniendo otras formas de trabajar que aporten al cuidado de su salud.

Si analizamos en detalle la intervención de Terapia Ocupacional desde el razonamiento narrativo, desde la observación del trabajo de terapeutas ocupacionales en la Unidad de Paciente Críticos, se señala en el diario de campo que *“...la intervención va a estar dado por elementos que diferencian a cada persona y eso también va a estar dado por los intereses y la narrativa de la persona, pero también va a estar dado por que tan bien este logrado el vínculo terapéutico y que adherencia a la intervención tenga, la disposición tenga por trabajar, muchos aspectos que tú puedas manejar.”* (a1, d1, p2185). Es desde su aplicación práctica, que se vuelve un elemento central en la intervención de Terapia Ocupacional, fomentando la interacción terapeuta ocupacional y paciente crítico, dirigiendo las acciones a lograr un mayor desempeño ocupacional. Es decir, se reconoce que la intervención de Terapia Ocupacional es influenciada por la visión de la persona, la narrativa misma del proceso, el vínculo terapéutico y la adherencia al tratamiento.

En relación con esta última idea, el Terapeuta Ocupacional #3 durante una de las entrevista rescata la idea de que el paciente crítico puede elegir cual será la prioridad de las acciones del tratamiento, a través de establecer desde su narrativa

sus prioridades, produciendo que la intervención no solo sea determinada por el/la terapeuta tratante, sino que la persona pueda compartir su relato de experiencia de enfermedad y vivencia cotidiana , para influenciar en el proceso de intervención, lo cual se señala en la siguiente cita:

“... lo fundamental de la Terapia Ocupacional es que yo puedo decir que la persona tiene un déficit exactamente, va a tener más dificultades y limitaciones en las actividades de la vida diaria básicas, sin embargo, para mi puede ser muy importante que el vuelva a alimentarse solo, pero para él no sea la alimentación lo más importante en este minuto, sino el vestuario, o sea otros aspectos de las actividades de la vida diaria básicas u otro aspecto de él. Por lo tanto, no siempre se va a dar por hecho que una intervención tiene que estar dada arbitrariamente por el tratante sino también está dado por lo que la persona pueda señalar o responder.” (a1,e3,p2116).

Junto con esto, *“...la intervención va a estar dado por elementos que diferencia a cada persona y eso también va a estar dado por los intereses y la narrativa de la persona, pero también va a estar dado por que tan bien este logrado el vínculo terapéutico y que adherencia a la intervención tenga, la disposición que tenga por trabajar, muchos aspectos que tú puedas manejar.” (a1, d1, p2185).* Es decir, la utilización del razonamiento narrativo durante la intervención permite generar un plan de trabajo centrado en el paciente crítico, que rescata la narrativa para entender la vivencia de la persona como para plantear acciones que apunten a resolver la discapacidad adquirida por la enfermedad crítica, fomenta el vínculo terapéutico y la adherencia que tiene el paciente para someterse al plan de intervención.

Además, la consideración de las metas establecidas por la persona, en contraste a la valoración de habilidades realizada por el/la terapeuta ocupacional, permiten muchas veces articular objetivos y desarrollar actividades fuera del espacio terapéutico, fomentando la participación del equipo y la familia para el logro de las metas significativas del paciente crítico.

La intervención de Terapia Ocupacional, además de conocer a la persona debe conocer su contexto de desempeño, el cual incluye realizar trabajo en alianza con la familia, ya que ella conoce al paciente crítico y maneja información relevante de su vida como también se configura como un apoyo para acompañar al paciente crítico a salir de la unidad intensiva. Al respecto el Terapeuta Ocupacional #3 señala en relación a la intervención con familiares que *“... es fundamental que el familiar sea un terapeuta más un co-terapeuta más, en ese sentido si yo no voy a estar, hay que enseñarle a la familia o demostrarle a la familia que es lo que puede hacer el paciente, por lo tanto en el horario de visitas no valla solo a verlo y conversar, sino que lo haga trabajar para intervenir en aspectos que para él son importantes.”* (a1,e3, p2210), lo cual el Terapeuta Ocupacional #2 complementa que: *“ si uno no está, tiene que confiar que estará otra persona en ese rol...”* (a1,e3,p2210), refiriéndose al rol que puede tener la familia como un actor de la rehabilitación de su familiar.

Durante la intervención al considerar los relatos de familiares, estos se deben vincular en el proceso de rehabilitación, y tratar que sea un actor que fomente la acción en el plan más que un simple espectador.

Otro elemento que va influencia la intervención de Terapia Ocupacional desde el razonamiento médico es el pronóstico mismo que tiene el paciente crítico y el discurso de este pronóstico en el mismo equipo de rehabilitación. Desde el diario de campo se extrae la siguiente observación: *“[la intervención de terapia ocupacional] va a depender del pronóstico médicos y de las metas propuestas por rehabilitación, es decir si la patología de base no va a permitir el cumplimiento de cierto cumplimiento objetivo; es importante que el equipo médico hasta los técnicos paramédicos y todo el equipo de salud, estén conscientes, de lo que puede y no puede llegar a hacer. Así también si la persona piensa lograr un objetivo y no lo hemos trabajado bien, o la persona no está muy vinculada con la intervención, también hay que decirle que va a depender única y exclusivamente del trabajo que él pueda realizar, siempre dejando en claro que los procesos de rehabilitación no*

es un par de minuto al día, sino que sea un proceso que sea largo durante el tiempo lo más probable.” (a1,d1,p2220).

Lo que se traduce, a que los componentes científicos del razonamiento profesional (diagnóstico médico como pronóstico y curso de la misma enfermedad) se deben conocer y alinear con el discurso de acción que establece el paciente crítico, los cuales serán potenciados por el uso del razonamiento profesional. Además, al tener claro cómo será la evolución de la enfermedad, se puede evitar a que el paciente crítico se haga expectativas sobre su funcionamiento que no se puedan cumplir desde el trabajo de rehabilitación. Al tener claro el posible pronóstico de la enfermedad, la intervención al interior de estas unidades exige que todo el equipo de intervención deba alinearse a un discurso acorde a su pronóstico.

La acción de Terapia Ocupacional también estará determinada por la vinculación que realiza el/la terapeuta ocupacional con el paciente crítico en su proceso de enfermedad y rehabilitación, el cual debe plantearse como una acción que será todo el día durante toda su estadía en la unidad de paciente crítico. Junto con esto, la motivación de la persona por completar las metas de rehabilitación y el compromiso que muestre en su recuperación, son factores que desde la narrativa se pueden influir y orientar en el plan de intervención, los cuales aportarán a que los planes de trabajo tanto de Terapia Ocupacional, como de los otros profesionales de rehabilitación sean realizados de forma positiva.

Por último, para comprender como el razonamiento narrativo influye en el proceso de intervención de manera práctica, se procederá a describir la subcategoría llamada estrategias de aplicación del razonamiento narrativo, la cual recopila las observaciones y referencias realizadas durante la intervención de Terapia Ocupacional en pacientes críticos en que existe aplicación del razonamiento narrativo.

3.1. Estrategias de aplicación del razonamiento narrativo

En este apartado se desarrollan estrategias observadas y señaladas por los participantes en las cuales se puede precisar que existe presencia de la utilización del razonamiento narrativo a nivel de la intervención de Terapia Ocupacional en unidades de paciente críticos, dentro de las que se encuentran: creación de sistemas de comunicación, las consideraciones del entorno de la unidad de paciente crítico como un contexto cotidiano, el apoyo en la salud mental y manejo de las emociones y la exploración y negociación de las actividades.

3.1.1. Creación de sistemas de comunicación.

La comunicación entre el/la terapeuta ocupacional y el paciente crítico es un elemento esencial para establecer el razonamiento narrativo. En caso de que el paciente no disponga de las habilidades para comunicarse o que, en contexto de una unidad de paciente crítico, se vea alterada por el uso de sedantes, tubo endotraqueal, traqueotomías y sistemas de ventilación mecánica invasivo como no invasivo, es primordial intentar plantear un sistema de comunicación alternativo – aumentativo.

En relación con esto, el Terapeuta Ocupacional #3 señala: *“...si nosotros no logramos la interacción con la persona, y ... no logramos construir esta historia o no logramos construir y conocer aspectos fundamentales de la historia de la persona, la Terapia Ocupacional no se diferencia tanto de una terapia física... Pero si para trabajar desde... los aspectos que son significativos para la persona, es muy importante conocerla y saber quién es y claramente la intervención va a ser distinta, si nosotros lo conocemos.” (a1,e3,p2104)*

La creación de un sistema de comunicación se sitúa como una herramienta clave para la aplicación del razonamiento narrativo, tanto a nivel de la evaluación como de la intervención, ya que entrega elementos diferenciadores de la disciplina con

relación a otras, permitiendo establecer una intervención centrada en la persona, responder a las necesidades ocupacionales presentes, como también recolectar los relatos de las vivencias y experiencias de la persona en esta situación.

Frente a esta idea el Terapeuta Ocupacional #3 se refiere, indicando: *“Cuando no logran la comunicación verbal, lo que realizamos es a través de ayudas técnicas, junto con el... fonoaudiólogo, [se implementa unos] tableros de comunicación o inventar un sistema de comunicación que sea factible para la persona. Básicamente, es ver qué posibilidades tiene la persona con este elemento no verbal, y ensayar mucho para que este elemento sea utilizado...”* (a1,e3,p2089).

Al analizar los problemas de comunicación presente en las intervenciones de Terapia Ocupacional en Unidades de Pacientes Críticos, se tiene dificultad de comunicación por el uso de traqueostomía, como lo refiere el Terapeuta Ocupacional #1, *“se puede buscar otra alternativa, para que una persona no comprometida de conciencia, pero si con un trastorno de comunicación, como que este con una traqueo (lo cual no va a poder hablar que se yo), también puede expresarlo, quizás no con lenguaje verbal, eso también lo buscamos hartito. Lo bueno es que yo me considero muy experto en leer labios y puedo entender muchas cosas”* (a1,e1:p1980), donde la aplicación de forma alternativa de comunicación puede resolver la problemática. Otra forma de poder solucionar esta dificultad es utilizar preguntas dicotómicas, como lo plantea el Terapeuta Ocupacional #3, *“... puedes hacerle preguntar al paciente que sean del tipo Si y No o dicotómicas, que solo él pueda decidir si/no y nosotros empezar a lanzar preguntas y creo que eso es una buena estrategia, cuando me ha funcionado.”* (a1,e3,p2098). También se puede integrar información de otros profesionales que se relacionan a diario con el paciente crítico, tan como afirma el Terapeuta Ocupacional 3, al señalar: *“... preguntar a los Técnicos y Paramédicos o a la Enfermera que están más con el contacto con el paciente, que cosas le molestan o cuando se enoja o molesta, para ir entendiendo más o menos en que situaciones le desagradan para ir de apoco*

modificando esas conductas y logrando entender de apoco que es lo que a la persona le acomoda o no, o que le desagrada al menos.” (a1,e3,p2098).

Por último, *“...es súper habitual que alguien no te puedo expresar, por varios tipos de cosas, pero lo que yo hago en estos casos es igual conversar o intentar con la familia, que a través de la familia uno pueda acceder quizás a una historia de algo, un interés de alguien, como él se desempeñaba previamente sus actividades de la vida diaria previamente, que se yo. Yo prefiero 1000 veces que me lo diga la persona, pero al final si no tengo un criterio que me diga que está diciendo cosas exactamente como son...” (a1,e1,p1978)*, es decir, para comunicarse con el paciente muchas veces utilizamos mediadores, a través de familiares, quienes muchas veces pueden aportar con datos relevantes.

Por lo cual, se puede considerar como estrategias para favorecer la comunicación entre terapeuta ocupacional y el paciente crítico la integración de tableros de comunicación de bajo costo (para realizar dinámicas comunicativas complejas), cambios de forma en la interacción, utilizando preguntas dicotómicas, usar claves contextuales o potenciando el lenguaje no verbal a través de la lectura de labios por el/la terapeuta ocupacional o en su defecto por alguna persona cercana que, si pueda entenderle, estableciéndose un sistema de interacción por traductor (para realizar dinámicas comunicativas simples). En caso de no disponer de un sistema de comunicación funcional, es habitual que se recopile impresiones y apreciaciones del resto del equipo sobre las preferencias, necesidades y gustos del paciente crítico al interior de estas unidades, como también establecer una comunicación con la familia para extraer antecedentes de su historia ocupacional.

Frente a que ninguna de estas estrategias logre generar una forma de comunicación, el Terapeuta Ocupacional #3 afirma que *“cuando no funciona... la verdad que uno termina haciendo lo que uno cree es pertinente para la persona y no necesariamente, se puede precisar si esto es lo que realmente necesita...” (a1,e3,p2098)*. Es decir, en el caso de que el paciente no logre establecer una forma

alternativa de comunicación, el trabajo de Terapia Ocupacional se ve dificultado, teniendo la tendencia a no aplicar el razonamiento narrativo, primando en las decisiones clínicas el razonamiento científico, pragmático y ético. Es importante en este punto que se deben agotar las instancias e intentos de establecer un proceso de comunicación, ya que, al disponer de él, las intervenciones se sienten más completas.

3.1.2. Considerar el entorno de la Unidad de Paciente Crítico como el contexto cotidiano.

Al ingresar a una Unidad de Pacientes Críticos se establece un cambio radical en el ambiente de la persona, ya que al tener una condición de salud crítica, se deben entregar los cuidados necesarios para mantener su salud, los cuales generan cambios a nivel del dominio del ambiente, el cual estará determinado por terceros, supeditado por el cuidado de la salud y a restricciones asociadas a la no maleficencia¹² en primera instancia, perdiendo en este proceso dominio de acción en el medio ambiente, como autonomía en el mismo.

En relación con esto, el Terapeuta Ocupacional #2, señala: *“...si está en una condición crítica, su ámbito cotidiano cambia en su totalidad, su rutina y todo, sus hábitos y rutinas se ven alterados y esto va estar supeditado a lo que puede hacer y no a lo que quiera hacer” (a1,e2,p2022).*

¹² Cabe señalar, que los cuatro principios básicos de la bioética que deben condicionar la conducta en condiciones críticas son: 1) **La no maleficencia**, que obliga a no dañar a los demás a realizar correctamente el trabajo asistencial. Se traduce en protocolos que recogen las exigencias de una buena práctica clínica. El tratamiento debe proporcionar más beneficio que riesgo o peligro para el paciente; 2) **La justicia**, que obliga a proporcionar a todos los enfermos las mismas oportunidades en el orden de lo social, sin discriminación, segregación o marginación y a la correcta administración de los recursos sanitarios en su mayoría públicos, 3) **La autonomía**, que es la capacidad que tienen las personas de realizar actos con conocimiento de causa, información suficiente y en ausencia de coacciones internas o externas, o sea que media el "consentimiento informado". Un paciente competente tiene el derecho de aceptar o rechazar el tratamiento médico o delegar su decisión a alguien que actúe en su nombre cuando él no lo puede hacer, y por último, 4) **la beneficencia**, que obliga a hacer bien, según los criterios de bien del posible beneficiado. El equipo médico debe ayudar al paciente a sobrellevar y reducir el impacto de la enfermedad. Por este principio el equipo médico tiene que responsabilizarse de cumplir los objetivos de tratar lo mejor posible al paciente restaurando su salud, preservando su vida y aliviando su sufrimiento (Vera, 2010).

Esta condición contextual se configura como el contexto cotidiano del paciente crítico, instaurándose y naturalizando esta situación. Muchas veces se presentan condiciones de desconfort, molestias y restricción tanto física como personal, naturalizándose esta situación y plasmándose en la frase “así es vivir en una UPC” (a1,d1,p2384). En relación con esto, el Terapeuta Ocupacional #1, señala: “...*Muchas veces pacientes me han dicho que les molestan los ruidos, que no dormían bien, mucha bulla en general, odiar ciertos olores, el olor a alcohol siempre se quejan, que más, los cambios de posicionamientos, las molestias en el cuerpo, ese tipo de cosas, la luz, que a veces le duele la cabeza*” (a1, e1,p1827).

Dentro de las condiciones contextuales más comunes se encuentran la restricción del ingreso a familiares, uso de contenciones físicas, constante ruido de los equipos, excesiva iluminación tanto de día como de noche, pérdida de estímulos cotidiano, estrés al vivenciar un proceso de enfermedad complejo e incertidumbre del proceso a futuro, los que afectan la condición del paciente y su desempeño como un ser ocupacional.

Como estrategia para resolver esta problemática y para fomentar la conexión con elementos más cotidianos, los/las terapeutas ocupacionales establecen narrativas a través del uso de elementos audiovisuales (foto, videos, música, interacciones telefónicas, entre otras) y objetos personales (ropa, utensilios de aseo, alimentos de preferencia del paciente, etc), los cuales conectan con la vida anterior, permiten la narración de cuentos, que permite transformación de un contexto amenazante a uno más amigable, el cual fomenta la motivación y generar acciones en el tratamiento, aportando a la recuperación de las habilidades como los roles ejercidos antes del proceso de hospitalización. En relación con esta idea, el Terapeuta Ocupacional #3 señala que la “*Música, fotografías, videos, son elementos que ayudan muchísimo en las intervenciones. O sea sacarlos mucho de este contexto, o sea en una UPC, que es lo que más se escucha, son personas hablando en términos raros, que la persona no catcha¹³, o no conoce, sonidos de máquinas cada par de segundo, está sonando la maquina suya o la del compañero,*

¹³ Modismo Chileno que hace atribución a “entender” o “comprender”.

teléfonos, gritos o palabras no adecuadas por el personal de salud, por lo tanto elementos que te permitan acercar tu vida o tu realidad a este contexto, el paciente siempre lo aprecia y lo valora mucho.” (a1,e3,p2218).

Por lo cual, al considerar el contexto de la unidad de paciente crítico como el contexto cotidiano, hace que el/la Terapeuta Ocupacional este preocupado por las condiciones contextuales, los cuales afectan de forma directa el desempeño ocupacional como la construcción del sujeto, los cuales al disponer de elementos que conecten con su realidad previa hacen que el sujeto establezca narrativas que reconstruyen su historia, apoya en su recuperación y fomenta la acción para lograr establecer un plan que se ajuste a las fases de su rehabilitación. Integrar elementos cotidianos a un contexto que muchas veces no es confortable para el paciente crítico, hace que las brechas entre su integración a su hogar y la permanencia en el hospital se acorten, generando un ambiente más familiar, que se disponen de elementos personales, que permiten generar narrativas y da la sensación de mayor control del ambiente.

3.1.3. Apoyo en salud mental y manejo de las emociones

Durante las intervenciones, el/la terapeuta ocupacional no sólo considera el cuerpo¹⁴ para intervenir, sino también considera mente y emoción. Al interactuar con el paciente crítico, el/la terapeuta ocupacional va conociendo el mundo interno del paciente, y se va conectando con una persona, que tiene significados y necesidades, preferencias, prioridades e intereses los cuales se van construyendo al interior de la Unidad de Pacientes Críticos. La visión que se considera sobre la persona por parte del terapeuta ocupacional va más allá de lo biomédico, sino que

¹⁴ Desde una visión histórica de la Terapia Ocupacional en el ámbito de la salud física, el cuerpo se considera como un objeto de saber, que se hace su propio objeto de intervención olvidando el lado subjetivo del mismo. Esta visión está influenciada por el paradigma biomédico, donde se considera al cuerpo como algo biológico, compuesto por partes, subsistemas, funcionando en base a leyes de la física y biología, por ende ahistórico, entendiéndolo abstraído de su propia experiencia personal, histórica, política y cultural, es decir, un cuerpo aislado (Gálvez, Godoy, & Lagos, 2010).

apunta a una visión más humanizada del proceso, la cual se fomenta a través del uso del razonamiento narrativo, promoviendo la exploración de múltiples procesos relacionados con la percepción de la experiencia de enfermedad crítica para el paciente y su familia, además de determinar la influencia de factores como la corporeidad, el género y la edad del paciente crítico, dentro de la experiencia individual al interior de una Unidad de Pacientes Críticos.

Esta idea se ve afirmada por parte del Terapeuta Ocupacional #3 el afirma que: *“Si bien es importante que se mejore, que le den los medicamentos, que le den todo el tratamiento en sí; que hallan aspectos que consideren más humanos “entrecomillas”, más personales, hacen esta unión entre lo que para él es importante y como eso importante para él, le sirve en este momento que no está bien.”* (a1,e3,p2141).

Desde la observación personal al interior de una Unidad de Paciente Críticos se aprecia que su gran objetivo es brindar un soporte vital artificial durante un periodo crítico de la vida de un paciente que es potencialmente recuperable. Ante esta situación, muchos de los pacientes críticos al interior tienen experiencias diarias de incomodidad, dolor, la sensación de ser dependiente a un soporte vital artificial, además que se deben hacer procedimientos rutinarios de cuidados, como el baño diario, succión del tubo orotraqueal, cambio de pañal, cambio de posición, diversas terapias y procedimiento de sedación y despertar, entre otras acciones, que al no tener opciones por el equipo médico de diferirlas, se realizan sin muchas veces pensar como genera malestar en el paciente y van afectando su bienestar.

Es por esto, que es importante al interior de estas unidades, acompañar en el dolor y sufrimiento, junto con comprender y contener las emociones. Estas acciones son esenciales para que el paciente crítico valla estableciendo un canal a través del cual pueda expresar su disconfort, como sus emociones, lo que permite reconstruir narrativas de malestar y empezar a generar un plan de acción en contra la enfermedad crítica. Es durante este proceso, que es importante que el/la terapeuta

ocupacional sea consiente que acciones simples como acompañar y conversar sobre la vivencia cotidiana en una Unidad de Paciente Crítico, pueden ser un elemento para lograr la rehabilitación. Como ejemplo a esta idea, durante la entrevista al Terapeuta Ocupacional #2, este señala, “...*que lo más importante es la dignidad de la persona, el respeto a esta es algo que yo valoro, y no se dé donde empecé a valorarlo tanto, y lo empecé a tomar en cuenta, pero siento que es algo que falta todavía [a nivel de equipo de Unidad de Paciente Crítico], nos falta mucho, y no todas las personas entienden lo que realmente se siente ser hospitalizado allí, yo no he pasado por esta experiencia, pero me la imagino terrible. Hay personas que lloran, [al tomar consciencia de ello] trato de contener, lo único que necesitan ese momento realmente es hablarte, por ejemplo te cuenta que lo despertaron toda la noche, que le pasó esto, me pasó esto, me pasaron la vía me duele acá, y no necesitarás nada más en ese momento [que ser escuchado] entonces, al final llegas a entender; eso es un poquito difícil porque tú dices: Chuta¹⁵ tú fuiste a escucharme un rato, y se acabó la intervención y no podemos hacer nada más, igual tú sabes que estás allí...* (a1,e2,p1954). Es desde esa contradicción, de “*chuta tú fuiste a escucharme un rato... y no podemos hacer anda más*”, que se observa que el acompañar al paciente crítico en este proceso no es consiente en el discurso, pero que en la observación en el mismo campo de trabajo se visualiza de forma constante por el equipo de Terapia Ocupacional. Junto con ello, cuando el/la terapeuta ocupacional piensan la vivencia de estar en el lugar del paciente, hace que se amplíe la forma de abordar el caso, generando espacios de acompañamiento y contención emocional; comprendiendo la necesidad de no estar solo en el proceso y se cambia la forma de trabajo habitual, que se centra en dar mayor rendimiento al cuerpo físico

Dentro de la intervención de Terapia Ocupacional, se observa que en cada acción generada por el equipo de Terapia Ocupacional incluyen la salud mental, la cual abarca la comprensión del bienestar emocional, psicológico y social al interior de la unidad, la cual muchas veces no es considerada como un ámbito necesario

¹⁵ Chuta: expresión que hace referencia a darse cuenta, tomar conciencia.

de evaluación e intervención. El/la terapeuta ocupacional debe comprender como el proceso de enfermedad crítica afecta la forma en que piensa, siente y actúa el paciente crítico ante la misma enfermedad como por enfrentarse en un contexto en que la sobrevivencia pasa a ser un valor fundamental. Por lo cual el determinar cómo se maneja ese estrés y relacionarlo a la intervención, puede ser un componente clave en el cual el razonamiento narrativo puede aportar al comprender el significado y la experiencia de enfermedad. Frente a esto, el Terapeuta Ocupacional #1 reflexiona sobre el bienestar del paciente crítico señalando: *“Pero que la persona esté bien de sus cosas pero que la persona esté bien es lo importante, apuntar al bienestar...entender el contexto..., falta para entender un poquito esa visión en pacientes críticos”* (a1,e1p1966), la cual devela que no solo se debe prestar atención a la persona, sino también la situación en la cual está inmersa.

Muchas veces, el trabajo de la Terapia Ocupacional se enmarca en la expresión emocional y necesidad de preocuparse por la salud mental del paciente crítico, hace que el/la terapeuta ocupacional evalúe de forma diferenciada todos los componentes que permiten elaborar un discurso y con ello disponer de la expresividad de lo que realmente siente el paciente. Ejemplo de ello son los siguientes diálogos llevado por una interna de Terapia Ocupacional, el Terapeuta Ocupacional #1 y Daniel un paciente con SIDA¹⁶ el cual se encontraba inmerso en la unidad de tratamiento intermedio por un cuadro infeccioso (a1,d1,p1426 -1516).

- Interna de Terapia Ocupacional: “¿Tienes frío? ¿Dolor? ¿Fatigado? ¿Tuviste visitas hoy? ¿Te paso algo con la visita?”
- Daniel: Realiza el gesto con los hombros de no saber.
- Terapeuta Ocupacional #1: “¿Estay medio triste? Por algo especial.”
- Daniel: empieza a llorar e intenta contenerse.

¹⁶ Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida

- Terapeuta Ocupacional #1: “Tranquilo si quieres llorar, llora te va a hacer bien.” “Lo voy a bajar un poquito, allí no más negrito.” “Quiere papel, donde te paso.”
- Terapeuta Ocupacional #1: “Entonces vamos a subir el ánimo”
- Usuario señala recolector de saliva.
- Terapeuta Ocupacional #1: “Ya lo sabes usar de memoria. Cuidado (refiriéndose a las vías).”
- Terapeuta Ocupacional #1: “Si tiene algo que decirlo, dígallo ahora antes de empezar.”

Frente a los relatos del paciente, el Terapeuta Ocupacional cambia el foco de su actividad, que en primera instancia era realizar estimulación motora a una actividad en la cual buscaba conocer la opinión y significados de estar enfermo, con elementos de humor y contención, lo que permitió por un lado al usuario cambiar el foco de preocupación y por otro lado conocer lo que sentía en ese momento.

Dentro del relato que establece Daniel en la actividad, refiere sentimiento de miedo al futuro, sentimientos de discapacidad, soledad y abandono, describiendo que ya no podía hacer nada solo (Daniel cursaba una neuropatía del paciente crítico) y que no podría retomar su vida como era antes de ingresar a la unidad. Estos relatos fueron modulados y replanteados por el Terapeuta Ocupacional #1 de manera simbólica. Desde este relato, se evidencia que existe un quiebre vital en su historia ocupacional y limitando todos los roles que desempeña esa persona antes del suceso que lo llevo a vivir la experiencia de hospitalización. Muchas veces el/la terapeuta ocupacional debe conceptualizar al paciente crítico como un ser traumatizado y dependiente, que presenta una disminución en la efectividad en el desempeño de sus actividades de la vida diaria, lo cual dificulta más aún la reincorporación al hogar y comunidad posterior al alta, constituyéndose una alteración importante en su plan vida y sobre todo a su desempeño ocupacional.

Además, en el proceso de rehabilitación el Terapeuta Ocupacional debe ir manejando el duelo por la pérdida de salud y funcionalidad, en los cuales deberá pasar por un proceso de negociación hasta la aceptación de su condición, los cuales, si no se considera esta esfera de la salud, sería algo imposible poder realizar de forma adecuada la rehabilitación.

Por lo cual, se puede delimitar que la esfera de salud mental y en especial considerar la emoción de vivenciar una enfermedad crítica, son componente importantes en la intervención de Terapia Ocupacional en Unidades de Pacientes Críticos, las cuales permiten deslumbrar un componente no tan abordado en las prácticas de salud física, el cual tiene una relación potente con el razonamiento narrativo, ya que al manejar relatos de pacientes críticos, estos muestran experiencias y significados sobre cómo afecta su enfermedad su contexto cotidiano, los cuales al ser manejada y encaminadas por el/la terapeuta ocupacional desde el razonamiento narrativo permite aportar a una nueva forma de tratar a la persona, estableciendo acciones que son necesarias para su intervención, de las cuales muchas veces no son conscientes los/las terapeutas ocupacionales que se desempeñan en estas unidades. Cabe recalcar en esta idea, que la enfermedad no solo es un evento físico, sino también un constructo simbólico, el cual puede ser abordado desde la relación terapeuta ocupacional – paciente crítico,

3.1.4. Exploración y negociación de actividades

Desde la intervención misma, la selección de las actividades se enmarca en el plan de intervención realizado por el/la terapeuta ocupacional tratante, con la finalidad de mejorar el desempeño ocupacional del paciente crítico, el cual contiene las acciones que se realizaran para influir y apoyar el progreso en el desempeño del paciente crítico y permite delinear los objetivos de intervención. Este plan toma información de las modalidades del razonamiento profesional para decidir qué actividades se deberán llevar a cabo, su prioridad y tiempo de ejecución.

La intervención se provee para ayudar al paciente crítico a alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social, satisfacer sus necesidades, identificar y lograr sus aspiraciones y para cambiar o hacer frente al contexto en la Unidad de Pacientes Críticos.

Desde las sesiones observadas de Terapia Ocupacional en la Unidad de Pacientes Críticos, se visualiza que *“se va repasando la historia de la hospitalización del paciente crítico y la van vinculando a su proceso terapéutico, establecen metas de forma implícita y van graduando sus acciones para llegar a la meta propuesta, a través de actividades pequeñas.”* (a1,d1,p501). Es decir, el/la terapeuta ocupacional al repasar los hitos importantes de la hospitalización, los vincula a nuevas metas del proceso terapéutico generando metas implícitas y permite la graduación de las acciones en actividades que sean logrables por el paciente crítico.

Junto con ello, los/las terapeutas ocupacionales que trabajan en esta unidad realizan actividades que responden a los objetivos del plan de rehabilitación diseñado durante la evaluación, las cuales muchas veces se ven modificados por las conversaciones que tiene el/la terapeuta ocupacional con sus pacientes, donde esta información pasa a segundo plano dentro del discurso de los mismos terapeutas ocupacionales, pero que es fuertemente aplicado en el contexto de la práctica profesional misma. Es a través del uso de la narrativa que se puede potenciar la motivación y el involucramiento del paciente crítico al proceso, además permiten conocer la historia ocupacional del paciente, comprendiendo sus dificultades, fortalezas, preferencias e intereses.

Frente a la selección de las actividades, esta mezcla el punto de vista del terapeuta ocupacional con el paciente crítico, donde se negocia la realización de acciones que respeten el punto de vista de ambas partes. Como ejemplo de esto, durante una sesión en la unidad de tratamiento intermedio. *“El Terapeuta Ocupacional #1 negocia [con Andrea, paciente de la UTI] que las dos actividades propuesta son interesantes y que él también había hablado con su Interna y le*

pareció la idea de [hacer] las tarjetas [navideñas] y decupage, por lo cual llegan a acuerdo que terminen la actividad de marroquinería que estaban realizando (monedero y estuche) [cuyo objetivo era ganar fuerza en miembros superiores] [propuesta por el Terapeuta Ocupacional #1], para posteriormente seguir en la tarde con decoupage [cuyo objetivo es ganar coordinación] y después iniciar la actividad de las tarjetas navideñas [propuestas por Andrea].” (a1,d1,p87).

Constantemente, en las intervenciones de Terapia Ocupacional se visualizan negociaciones entre las nuevas posibilidades de desempeño con el desempeño ya instaurado, para ir avanzando en el programa de intervención, las cuales consideran el punto de vista del paciente el cual decide cuando explorar y apropiarse de estos espacios de posibilidades. Como ejemplo, el Terapeuta Ocupacional #1 posterior a una sesión logra que la usuaria pudiera comer alimentos traídos fuera del hospital, generando la siguiente situación: Andrea refiere que “Quiero puro tomarme un jugo de melón heladito” (a1,d1,1520). [Necesidad referida en muchas ocasiones durante sus sesiones. El Terapeuta Ocupacional #1 revisa como está la deglución desde los informes de Fonoaudiología y le comenta la situación a su médico tratante, para autorizar la posibilidad que Andrea pueda probar algo más casero y con ello premiar sus esfuerzos en las actividades desarrolladas en rehabilitación. Posterior a ello, se le da la autorización y el Terapeuta Ocupacional #1 coordina que esta acción pase].

Cuando llegan los alimentos traídos fuera del hospital, Andrea nos cuenta “Qué está autorizada para comer comida de la casa” y que ‘Al fin puede comer cosas ricas, porque la comida de acá es super mala’.” (a1,d1,p1521).

Es a través de la relación terapeuta ocupacional y paciente crítico, donde se pueden negociar actividades que permiten la integración del mundo cotidiano a la unidad de pacientes críticos. En primeras instancias, las actividades se limitan a realizar actividades motoras, cognitivas y funcionales, pero que ante los avances en el funcionamiento empieza a existir una progresión de lo médico a lo cotidiano y se van dando ventanas en las cuales es posible integrar elementos externos a la

unidad de paciente críticos; lo cual permite ir desarrollando una mayor diversidad en el repertorio de actividades, generar espacios de integración de la unidad de pacientes críticos a la historia del paciente y visualizar posibilidades que en un principio no se barajaban.

Desde el diario de campo, como ejemplo de lo señalado anteriormente, “*Se observa como segunda instancia¹⁷ de la fase de rehabilitación en UPC, se fomenta la funcionalidad en base a 4 acciones: a) Ergoterapia. b) Salidas por la unidad. c) Entrenamiento en AVD-B. d) Propuestas del usuario que sean aplicable a UPC. Cuando analizan un caso, discuten puntos de vista con clínico y funcional, y utilizan como fundamento específicamente pautas y las vivencias de los pacientes.*” (a1,d1, 553 – 564). Donde parte de la planificación está dada por elementos clínicos y funcionales y por otro lado por experiencias previas en la unidad y vivencia que reporta el paciente crítico.

Además, al ir progresando el paciente en las habilidades e ir recuperando su funcionamiento previo, el/la terapeuta ocupacional intenta explorar y apropiarse espacios en la Unidad de Paciente Crítico para que el paciente pueda hacer más, generando escalones de participación, que van desde la realización de actividades en la cama, para progresar a sedente en borde cama, transferir a un sillón, ponerse de pie, caminar cerca de la unidad, manipular los elementos cercanos y pasear al interior de la unidad de paciente críticos, como también la disposición de elementos de orientación espacio temporal, la generación de rutina que estimulan la cognición, ingreso de elementos de personales de su vida pre ingreso a la Unidad de Pacientes Críticos, como también brindar la oportunidad al paciente crítico de tener mayor control del ambiente, y poder de decisión en su hacer, y construir puentes de negociación entre las reglas y normas de la Unidad de Paciente Críticos con los deseos de la persona, lo que genera un camino progresivo para lograr las metas de rehabilitación propuesta.

¹⁷¹⁷ En primera instancia el tratamiento de Terapia Ocupacional en unidades de paciente críticos está enfocada a la evaluación, posicionamiento órtésico, estimulación sensorial y activación motora.

4. Dificultades de la aplicación del Razonamiento Narrativo en Unidades de Paciente Críticos.

Dentro de las situaciones y circunstancias difíciles de resolver o superar presentes la aplicación del razonamiento narrativo en las Unidades de Pacientes Críticos se puede mencionar que, durante la creación de historias muchos de los relatos compartido por los pacientes críticos consideran elementos o situaciones externas a las Unidades de Paciente Críticos, que para poder intervenir con esos elementos al interior de la unidad no es posible por la naturaleza misma de esta, como ejemplo de esta idea, es lo señalado por el Terapeuta Ocupacional #3: *“...no todos los elementos se van a poder poner en práctica en estas unidades, hay elementos que puedan ser que.... (suspiro). Por ejemplo, desde la narrativa diga me gusta la carpintería o elementos que se escapan a la obtención de elementos que nos permitan acercarnos a lo que ellos nos narran o a lo que él nos cuenta y un tiene que hacer con él, gran trabajo de adecuar lo que es la narrativa con el contexto propiamente tal” (a1,e3,p2118).*

Al existir limitaciones en la movilidad de los pacientes críticos por los sistemas de cuidados avanzados, soporte vital y monitorización; como también por trastornos cognitivos asociados a la misma enfermedad crítica o por el uso de sedoanalgesia, además que muchas veces la fase de la enfermedad crítica hace que la persona este inestable y este en riesgo vital, hacen que integrar actividades externas a estas unidades no sea conveniente al inicio del proceso, sino más bien va evolucionando la posibilidad de integrar elementos narrativos, dependiente de las mejoría clínica de la misma persona. En caso de existir enfermedades médicas, que produzcan una limitación importante en el nivel de habilidades del paciente crítico, como son los estados de alteración de conciencia (coma y sopor), la integración de elementos narrativos no tiene efecto sobre los objetivos de intervención, teniendo baja utilidad aplicar el razonamiento narrativo en estas problemáticas.

Otro factor que afecta el ingreso de elementos materiales para la realización de ocupaciones significativas para la persona, son las normativas de aislamiento

hospitalario, los cuales se utilizan para prevenir la transmisión de enfermedades por contacto directo o indirecto entre el personal y el paciente crítico o por el contacto con objetos contaminados entre pacientes al interior del hospital. Por último, como dificultad en este tópico, es la dificultad práctica de obtener elementos que permitan acercarnos o evocar las ocupaciones narradas, como la imposibilidad de emular ocupaciones significativas al interior de la Unidad de Pacientes Críticos.

En cuanto a dificultades que tienen relación con el ámbito de los deseos y posibilidades del desempeño del paciente crítico, encontramos narrativas que son poco realistas al proceso de salud y enfermedad, las cuales requieren que sean reconfiguradas por el/la terapeuta ocupacional y enfocadas a la condición actual de salud. El Terapeuta Ocupacional #3 señala al respecto: *“[Se debe considerar] la capacidad que tenga esa persona en el minuto. Más [que el paciente] quiera salir a caminar y él no puede caminar, no puedo tener el objetivo terapéutico de caminar si él aún no logra las acciones previas. Por tanto, se toma en consideración, pero hay que compatibilizarla con el contexto en que se encuentra la persona en estos momentos.”* (a1,e3,p2118); que complementado con lo que señala el Terapeuta Ocupacional #2, que hace énfasis en conocer elementos médicos frente a los narrativos señalandos: *“...depende del pronóstico, de la intervención, de la condición médica también, de muchos otros factores, pero creo que lo importante es aterrizar y darle la cuota de realidad a lo que la persona está pasando, o sea no escondiéndole, pero sí, no entregándole demasiada expectativa de lo que va a hacer en el futuro. Yo creo que allí es delicado del tema, de hablar del futuro, de las ocupaciones o de lo que va a hacer, en un tiempo mediano... corto, mediano y largo plazo.”* (a1,e2,p2157). Es decir, las mismas narrativas que aparecen en el proceso, requieren que la enfermedad crítica este controlada para permitir la acción y construcción de una historia que permita aportar a la recuperación de la funcionalidad.

Además, otra circunstancia que dificulta la aplicación del razonamiento narrativo es que la perspectiva narrativa presente en el razonamiento profesional del terapeuta ocupacional, no es priorizada o valorada por el resto del equipo médico,

pasando a segundo plano frente a perspectivas del razonamiento que se centran en lo médico – científico, donde lo primordial es sólo comprender como se controla la patología de base y se manejen las complicaciones de las acciones médicas, ejemplo de esto es lo planteado por el Terapeuta Ocupacional #3, el cual desarrolla una reflexión que pone en tensión la importancia de lo narrativo versus lo técnico-científico de la acción en la Unidad de Pacientes Críticos, indicando que: *“...debemos poner en práctica elementos centrado en la persona, en contexto UPC, estamos a años luz, para que esto ocurra. Por sobre todo para que el médico pregunte, cuál es su historia de vida, cuál es su narrativa, cuáles son sus intereses y que esto vaya a favor de la intervención. Creo que eso no se da y que es una lucha constante, por eso yo te decía que las habilidades blandas o yo lo que diría a una persona en este ámbito es posicionarse tanto como profesional como del punto de vista de la carrera propiamente tal, porque cuando el equipo de trabajo se da cuenta de estos actores, hay un cambio de switch, hay cambio de cómo ver a la persona, o al menos, valorizan más lo que es la Terapia Ocupacional, o al menos crea la necesidad de tener o contar con Terapeutas Ocupacionales en las unidades. (a1,e3, p2124).* Es desde este ejemplo, que existe una dificultad al aplicar e razonamiento narrativo al interior de la Unidad de Pacientes Críticos por la no comprensión del concepto por el resto del equipo se ha configurado como un elemento transformador y que es necesario integrar a las prácticas en las Unidades de Pacientes Críticos.

Referente a esto el Terapeuta Ocupacional #3 señala: *“ ...creo que en la intervención global la narrativa no tiene importancia lamentablemente... la prioridad está dada en otras cosas , la prioridad no está dada desde la narrativa, no está dada desde la historia de la persona, ya sea que el caballero la señora que está hospitalizada en UPC sea ingeniero, sea costurero, sea dueña de casa, sea taxista, sea lo que sea, o que tenga una historia de vida cualquiera que sea, en la intervención médica no va a estar influenciada o dada por ninguna manera por la narrativa a pesar que es importante que nosotros lo consideremos para poder ponerlo en una arista de la intervención que reciba, podemos incorporar esta*

narrativa y podemos tratar incorporarlo en el proceso de Terapia Ocupacional que se está entregando. Por eso yo creo que desde Terapia Ocupacional es importante, pero desde lo global es escasa su importancia. (a1,e3,p2122). Por lo cual hay ocasiones en que al no poder aplicar la narrativa y que por requerimiento contextuales se solicite ignorar en el plan de acción los relatos de la persona, el/la terapeuta ocupacional recurre a la aplicación de un programa centrado en acciones estándar en vez de ser centrado en la persona, que muchas veces se representan a nivel de protocolos de intervención preestablecidos.

Esta misma invisibilización del concepto, ocurre al observar las reuniones del equipo clínico y de rehabilitación al interior de la Unidad de Paciente Críticos, donde *“Los relatos de paciente e historia ocupacional pasan a un segundo plano dentro de la exposición al equipo de trabajo, a pesar de que muchas decisiones son determinadas por el relato del paciente y de considerar la experiencia de vivir en una UPC. El equipo maneja fenomenología de vivencias en UPC y toma acciones para prevenir el malestar subjetivo, pero no de manera implícita, sino como acciones u objetivos secundarios” (a1,d1,p160).* Esta misma situación observe cuando los/las Terapeutas Ocupacionales me explicaban sus planes de intervención, donde ponían énfasis en las acciones de rehabilitación y omitían los procesos de vinculación del paciente y compartir relatos de su biografía, experiencias vitales relevante y significados de estar en una Unidad de Pacientes Críticos, elementos de mucho énfasis durante la realización de la terapia misma, ya que las perspectivas narrativas de los/las terapeutas ocupacionales permite vincular las historias con las actividades, generando acciones para cambiar las dificultades asociadas a la enfermedad crítica.

5. Experiencias que articulan el razonamiento narrativo con otras modalidades del razonamiento profesional en la intervención de Terapia Ocupacional en unidades de paciente críticos.

Cabe recordar, que el razonamiento profesional utiliza diversas modalidades en la práctica, las cuales se encuentran entrelazadas por distintos aspectos o enfoques

de pensamiento de acuerdo con la naturaleza de la situación de salud que se está tratando, o bien, según las diversas demandas contextuales del problema a tratar, presentando cuatro modalidades para su configuración: el razonamiento científico, razonamiento narrativo, razonamiento pragmático y razonamiento ético.

Si bien el razonamiento narrativo está presente en la caracterización de este estudio, en esta investigación al igual que la literatura, se observa la interrelación con otras modalidades del razonamiento profesional. Por lo cual, se desarrollará a continuación experiencias que articulan el razonamiento científico con el narrativo, el razonamiento ético con el narrativo y el razonamiento pragmático con el narrativo.

5.1. Razonamiento científico

En la atención de Terapia Ocupacional en pacientes críticos, lo que prima en primera instancia es el conocimiento de la patología de ingreso junto con objetivar las habilidades del desempeño y comprender el impacto del ambiente sobre la persona.

Desde el razonamiento científico, se ha ido pasando de un abordaje de rehabilitación tardío a enfoques de rehabilitación tempranos, los cuales van incluyendo elementos de la persona en la ejecución del programa de rehabilitación, coordinando las acciones con el razonamiento narrativo.

Referente a esto, el Terapeuta Ocupacional #3 señala que en la atención de Terapia Ocupacional se debe objetivar el *“déficit desde el punto de vista sensorial, sensitivo, motor, ambiental; que están en situaciones que manda la patología y la intervención médica por sobre... la intervención temprana de rehabilitación, por ende he visto la evolución, primero el paciente, lo médico una mirada biomédica pero ya se ha ido transformando lo complementario a lo biomédico, se han ido*

desarrollando elementos de rehabilitación, y que de apoco se ha ido integrando a esta persona al proceso de rehabilitación y de tratamiento” (a1,e3,p2073). Es decir, la perspectiva de atención no sólo prima la comprensión científica de la enfermedad, si no también se debe comprender la experiencia de la enfermedad y el punto de vista que tiene la persona sobre como la misma enfermedad afecta su vida; lo cual conlleva a aportar con información desde su propio punto de vista, lo que ayuda al Terapeuta Ocupacional a seleccionar las estrategias más pertinentes para resolver los problemas asociados a su enfermedad, desde una fase aguda, en vez de una fase más tardía o de estabilización de la enfermedad.

Las acciones de Terapia Ocupacional están protocolizadas y se ordenan por ejes de intervención, los cuales se alinean a las principales complicaciones que realizan los pacientes en estas unidades. El protocolo determina las evaluaciones y priorizan las acciones que debe realizar el/la terapeuta ocupacional. La lógica de razonamiento, más que centrarse en la toma de decisiones empíricas estas se basan en Terapia Ocupacional basada en evidencia.

Desde el Protocolo de Atención de Terapia Ocupacional en Unidades de Paciente Críticos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (Ver anexo C; a1,d1,p2416 -2630), se declara los fundamentos científicos, los cuales configuran el razonamiento científico de los/las terapeutas ocupacionales, que posterior a su comprensión deberán articular con la narrativa del paciente para poder elegir que metas serán las que abarcaran en la intervención al interior de la Unidad de Paciente Critico. En dicho protocolo está centrado a la atención de personas mayores y se declara que *“la primera parte busca entender generalidades de las personas mayores en las unidades de pacientes y como estas unidades afectan en la funcionalidad de ellos, la segunda parte se orienta a entender el impacto y secuelas que genera una hospitalización en las personas mayores, que nos permitirá entender las distintas áreas que se ven afectadas y la complejidad de las secuelas, la tercera parte se revisa la evidencia que existe a la fecha en cuanto a cuando realizar las intervenciones no farmacológicas y de terapia ocupacional en estas*

unidades de alta complejidad, la penúltima parte muestra las evaluaciones y pautas más relevantes y sugeridas para trabajar con personas mayores en las unidades de pacientes críticos, y por último revisaremos las intervenciones sugeridas para el terapeuta ocupacional, considerando los niveles de conciencia y sedación.” (a1,d1,p2425).

Además, el razonamiento científico establece las principales líneas de intervención, centrando el quehacer del terapeuta ocupacional hacia la intervención de áreas que tiene evidencia en su aplicación y que no son abordadas por otras disciplinas de rehabilitación, como es el manejo ambiental, posición y manejo de edema, activación de extremidad superior, la independencia en actividades de la vida diaria, la estimulación cognitiva y el trabajo con la familia, las cuales aportan una validación externa a la disciplina y a su vez la distingue de otras, ganando identidad propia y un rol profesional de especialista diferenciado.

Cabe señalar que el razonamiento científico, permite centrar en el pensamiento profesional sobre el tratamiento de las enfermedades, considerando a éstas como entidades propias independientes de los pacientes críticos, generando acciones terapéuticas que no analizan contexto donde se producen los fenómenos y como la persona y terapeutas extrapolan esta experiencia para llegar a una solución. Este pensamiento ha sido el que más evidencia recapitula, pero no considera los significados y experiencias de los pacientes y como sus necesidades y expectativas influyen en sus acciones de recuperación, por lo cual el uso del razonamiento narrativo permite complementar la visión del terapeuta ocupacional, para apreciar el significado de las limitaciones del desempeño ocupacional para la persona y apoyar así la atención centrada en el individuo.

5.2. Razonamiento pragmático

Dentro del razonamiento pragmático, uno de los factores que afecta directamente al tratamiento de Terapia Ocupacional es saber cuál es la

disponibilidad de materiales, tanto para realizar actividades como de mobiliario y ayudas técnicas que permitan o faciliten posturas al interior de la unidad del paciente. Además de la disponibilidad de elementos materiales, se debe considerar la presencia de recursos humanos, específicamente la disponibilidad de personas que apoyen durante la realización de transferencias o movilidad general cuando se trabaja para fomentar la funcionalidad motora como cognitiva.

Una de las dificultades presente para trabajar en la Unidad de Pacientes Críticos estudiado, es la falta de elementos que apoyen la transferencia tal como lo refiere el Terapeuta Ocupacional #1 señala: *“Yo más te diría por los problemas de implementación, porque te limitan lo que puedes hacer, te limita mucho el hecho que el paciente requiera mucha asistencia, por lo cual necesitas implementar un sistema que permita darle asistencia, entonces tienes que inventar cosas para que el paciente genere menos esfuerzo en la actividad, ponerle cojines almohadas, todo lo que necesites para que el paciente haga su actividad por sí solo.”* (a1,e1,p1809), donde los/las terapeutas ocupacionales utilizan elementos del contexto para poder posicionar a los paciente como cojines, o deben coordinar con auxiliares turnos para ser asistidos en las transferencia y poder sacar al paciente de la cama y con ello realizar actividad terapéuticas que aporten a la rehabilitación del paciente crítico. Junto con ello también refieren falta de mobiliario para posicionar a los pacientes y realizar la terapia de mejor manera, tal como indica el Terapeuta Ocupacional #1, *“Y ojo cuando no tienes implementos, no tiene sillas de ruedas, no tienes cosas para transferir el paciente o cosas que te ayuden a trabajar con el paciente, no tener una mesa, esas cosas”.* (a1,e1,p1807), en el cual demanda que los Terapeutas Ocupacionales coordinen previamente la sesión sillas de ruedas y las traigan para que el paciente pueda sentarse, como también que realicen gestiones con las familias para disponer de sillas de ruedas o solicitar materiales para confeccionar mesas con escotaduras o cojines de posicionamiento.

Ante la falta de materiales para la realización de terapia, los/las terapeutas ocupacionales utilizan creatividad y transforman materiales clínicos como elementos para realizar actividades, un ejemplo de ello es utilizar guantes como

bandas elásticas o macillas terapéuticas, porta sueros como sistemas de suspensión parcial para miembros superiores, entre otras invenciones, que se observaron durante la permanencia en el campo durante la realización de varias sesiones de Terapia Ocupacional.

Otro factor que aporta al razonamiento pragmático es la organización de elementos de la unidad de paciente crítico, ya que la disposición de los elementos determina que acciones tomaran los/las terapeutas ocupacionales para realizar las actividades y que posibilidades puede realizar el paciente al interior de su sala. Esta disposición ambiental se mezcla con los objetivos determinados por el/la terapeuta ocupacional y se alinean a las expectativas y deseos en la rehabilitación del paciente crítico, siempre y cuando estas estén acorde al nivel de funcionamiento en sus habilidades. Referente a esto el Terapeuta Ocupacional #3 señala: *“Buena estado básicamente por los objetivos, los objetivos propios de los que yo quiero con el paciente, más los objetivos que el paciente quiera lograr, las actividades van a estar dadas supeditadas al contexto y al equipamiento en el cual este anexo a la persona, por ejemplo no puedo llevarlo al baño si está conectado a ventilación mecánica, no van a permitir aunque lo pueda hacer, todo va a estar determinado si la persona o no, no sé po, sentar al borde cama, si se puede levantar, si puede caminar, si esta con muchos elementos externos o no, yo creo que allí ya depende del contexto específico y de la confianza y de lo que...la UPC permite realizar también.”* (a1,e3,p2177), donde es posible ver que las metas del terapeuta ocupacional, con los objetivos del paciente, se mezclan con las condiciones contextuales para realizar la sesión en la Unidad de Pacientes Críticos.

En relación con el factor tiempo, esta presenta una estructura externa que limita el tiempo de atención por paciente, haciendo que el/la terapeuta ocupacional se ajuste a este, como por ejemplo la productividad del hospital. Fuera del tiempo de atención directa, se levantan y se ejecutan estrategias con las familias y el resto del equipo que potencien las metas de rehabilitación. Cada acción emprendida por el/la terapeuta ocupacional, se intenta realizar un trabajo que también se promueva fuera de las sesiones terapéuticas programadas, como por ejemplo terminar ergoterapias,

dejar ejercicios de estimulación cognitiva, educar en protocolos de movimiento, entre otras acciones. Ejemplo de esto es lo referido por el Terapeuta Ocupacional #3 al referirse a la evaluación con la intervención: *“Es como lo que te decía últimamente, desde lo que yo puedo rescatar desde la evaluación que yo realizo, y también de la evaluación e información que yo tomo de los familiares y de la información que yo voy rescatando desde el punto de vista del equipo médico, llamase Tens¹⁸, enfermera, etc. Dado que yo puedo estar 45 minutos, 1 hora con el paciente, pero no puedo estar todo el día con el paciente entonces es ver cómo se desarrolla en otros horarios para mí es un factor importante a la hora de poder colocar mmm proponer una intervención.”* (a1,e3,p2133). Es desde este ejemplo, que el terapeuta ocupacional construye acciones para alargar los periodos de intervención y utiliza todos los elementos contextuales al alcance del terapeuta ocupacional.

Junto con esto, se considera tiempo para preparar materiales para ser utilizado en sesiones, planificar y organizar las sesiones, lo que optimiza los tiempos enfocados en la atención de pacientes críticos.

Otro punto para considerar dentro del razonamiento pragmático, son las intervenciones que exigen que el/la terapeuta ocupacional sea capaz de coordinar sus esfuerzos y comunicar sus objetivos terapéuticos con el resto del equipo, para que las estrategias sean beneficiosas para la persona. Ejemplificando esta idea, el Terapeuta Ocupacional #2 señala: *“no sé si eso yo he visto paciente que utilizan órtesis que no tiene ningún sentido y que finalmente... Ya sea porque la Ortesis y no está totalmente bien hecha o el uso no es el más adecuado para los objetivos, porque uno va a un rato la deja posicionada, le deja indicado al enfermero, pero después no pasa nada y quizás por ese lado como una órtesis o posicionamiento que no está bien utilizado y que no es provechoso. Hoy fui a ver una señora que tenía la muñeca, ni el brazo así (indica con un gesto una postura de miembros superiores). Con la muñeca hacia abajo y yo no creo que sea la ortesis o la intervención misma, sino más bien como la comunicación con el otro equipo para entender los*

¹⁸ Tens: Técnico en Enfermería.

finas de la TO.” (a1,e2,p2031). Se reconoce que es primordial el compromiso y comprensión del equipo sobre las estrategias, las cuales al invertir tiempo en lo práctico las intervenciones son más efectivas, como en el caso de uso de órtesis puede ser un tema en la cual su efectividad necesita de tiempos de aplicación, y este tiempo y modo de uso debe ser transmitido al equipo para que funcionen adecuadamente.

5.3. Razonamiento ético

Desde un punto de vista ético, los/las terapeutas ocupacionales que trabajan en Unidades de Pacientes Críticos consideran lo humano como un eje importante en la intervención, evitando y teniendo precauciones sobre los comentarios o impresiones que se dan frente a los pacientes, en especial cuando se encuentran con estados de alteración de conciencia. Siempre se considera a la persona que es intervenida, como si estuviera conectada, considerando que siente, escucha, procesa e interpreta la información de su medio ambiente, ya que no porque no establezca una conexión con el medio ambiente se deja de considerar como un sujeto y se pasa a tratar como un objeto.

Un ejemplo de esto es lo referenciado por el Terapeuta Ocupacional #3: *“...me llamó mucho la atención, me llama mucho la atención, básicamente los médicos, cuando ellos están con un paciente... con estado de la conciencia disminuido, o en coma ellos hablan del paciente como sin una personalización y hablan de él como si fuese una cosa o simplemente no tienen el respeto de lo que tienen que decir, tener ciertas precauciones. Por ejemplo un día llego un paciente, donde el Jefe de la UPC y el enfermero y todos, estaban dando por muerto a la persona y él escuchaba que tenía tal diagnóstico y después de dos o tres meses el volvió a la UPC caminando y le decía al médico que sabía todo lo que habían dicho de él, por lo tanto desde esa experiencia es importante considerar que no porque la persona*

esté conectada a vía aérea artificial, con la sonda, con todo el aparataje médico y de enfermería, no considerar que la persona es una gente que siente, escucha y no porque no hay respuesta motora, no significa que la persona no esté sintiendo, escuchando o procesando la información que existe en el medio, eso me hace tomar mucha precaución de lo que puedo, de lo que hago o lo que no hago con ellos, desde la experiencia que ellos ya pasaron” (a1,e3,p2087).

Desde el concepto de lo humano se va generando una narrativa que respeta por sobre todo la dignidad del ser. Un elemento ético importante que aparece en la construcción de narrativas desde el trabajo de Terapia Ocupacional en Unidades de Pacientes Críticos es limitar la creación de historias a un punto que el Terapeuta Ocupacional sienta que puede cumplir con los deseos o posibilidades ocupacionales hacia el paciente crítico. Se tiene el resguardo de no proyectar un futuro al cual no se pueda lograr, o generar expectativas del paciente para retomar su vida igual que antes de ser hospitalizado a una Unidad de Paciente Críticos, como también prometer suplir una discapacidad y no lograrlo durante el proceso. La creación de estas narrativas es limitada a partir de la complementación con el razonamiento científico, que se plasma a través de entregar un pronóstico a futuro del funcionamiento de la persona, acorde a lo estudiado para ciertas patologías y considerando la evolución y evaluación de cada caso. El Terapeuta Ocupacional #3 lo plasma de la siguiente forma: *“Sería jugar con las expectativas, jugar con sus sentimientos... que hacemos si lo que decimos no se cumple, por ejemplo decir que va a volver a trabajar en 3 meses más, y si en 3 meses mas no vuelve a trabajar, la responsabilidad no es de él, la responsabilidad es nuestra, entonces yo creo que es super importante como acotar y poder contextualizar, acotar a la persona es decir, estamos en este proceso y en este proceso lo que podemos lograr es hasta esto, no sé si dimensionarlo a largo plazo, es decir después cuando usted se valla del hospital va a volver a hacer sus actividades normales, creo que allí es un límite, que yo al menos no me gusta cruzar, de verdad no cruzare.” (a1,e3,p2157).*

Por último, otro elemento ético presente en el trabajo de Terapia Ocupacional en Unidades de Paciente Crítico es la evaluación rigurosa del estado general, hemodinámico y respiratorio del paciente. Se debe trabajar con un paciente que se mantenga estable, intentando entregar la mayor beneficencia en las acciones terapéuticas, pero por sobre todo evitar la maleficencia durante las acciones de la especialidad. Para llevar a cabo esto, es importante conocer y manejar los sistemas de monitorización presente en estas unidades. En lo referente, se toma el discurso entregado por una Interna de Terapia Ocupacional quien trabajaba en la Unidad de Cuidados Intensivos a cargo del Terapeuta Ocupacional #1: *“Para mí ha sido buena la experiencia, pero además a mí me gustó mucho el ambiente y todo, y siento es necesario tener el ritmo y el manejo, porque uno puede tener una idea, ya vamos a hacer esto con el paciente y al otro día estar con mucho mejor o peor, incluso dentro del mismo día, incluso uno debe ser super riguroso que las técnicas que se apliquen, hay que ver que no le valla a traer ninguna maleficencia por que el paciente está en un proceso super crítico. Entonces hay que estar mirado constantemente, que este bien, este estable, siempre uno como TO debe estar mirando, sobre todo en este caso debe estar viendo que este bien, mirando ver si puede haber algo adverso, se debe estar atento, como codificando todo el rato al paciente a pesar de que no se pueda comunicar.”* (a1,d1,p1860). Además ejemplifica: *“Te pongo un ejemplo, sentamos al borde de la cama a paciente, un señor que venía saliendo de una cirugía, previamente estaba durando 25 minutos, ahora está a los 15 minutos, los parámetros impecables, y todo, el caballero se fatigo y le vino nausea y casi vomita, y eso es un mal parámetro, ningún paciente puede vomitar, si le hiciste activación, pero logramos controlar, y eso fue por fatiga excesiva. Igual nos dimos cuenta de que lo fatigamos, además tenía muchas secreciones purulentas entonces estuvo con la sensación todo el rato, pero se estaba forzando todo el rato, igual tenía la papilla cortada, cosas que igual influyen, pero eso no puede ocurrir, no podi trabajar con un paciente que le nauseas, no se hizo una evaluación optima y allí uno falla.”* (a1,d1,p1861). Por lo cual, es preciso considerar elementos éticos en la evaluación como en la intervención que afectaran

la intervención misma del paciente, con la finalidad que esta sean lo más beneficiosa para el paciente crítico.

A modo de conclusión, puede señalar que el razonamiento narrativo se vincula a las tres modalidades restantes del razonamiento profesional, aportando e interrelacionándose en su complejidad durante la labor del profesional en esta área. No es posible separar cada una de las modalidades y estas aportan desde diversas dimensiones al razonamiento profesional, permitiendo que se genere una guía completa para la resolución de problemas y toma de decisiones.

A continuación, se desarrollan las categorías emergentes de la investigación, las cuales se centran en comprender la intervención de Terapia Ocupacional en paciente críticos y la relación e Influencia de la Terapia Ocupacional con otros profesionales de la Unidad de Paciente Críticos. Es importante señalar, que para poder comprender a cabalidad la influencia del razonamiento narrativo, como parte del razonamiento profesional, es necesario entender desde donde se realiza la intervención en las unidades de paciente crítico, como además considerar las relaciones e influencia que recibe este razonamiento desde otros profesionales. Por lo cual, estas categorías aportaran a comprender como se pueden adquirir desde el ámbito contextual estrategias de aplicación del razonamiento narrativo.

6. Intervención de Terapia Ocupacional en Paciente Críticos.

Se procederá a desarrollar la categoría emergente llamada Intervención de Terapia Ocupacional en Pacientes Críticos, la cual hace referencia a como se ha ido implementando, posicionando y formando el programa de Terapia Ocupacionales en Unidades de Pacientes Críticos en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Cabe señalar, que los/las terapeutas ocupacionales durante su intervención desarrollan una relación de colaboración con el paciente crítico, con

la finalidad de comprender sus experiencias y deseos con relación a su desempeño ocupacional. El paciente crítico en momentos de la intervención brinda conocimiento de sus experiencias, deseos y proyecciones respecto al futuro, identificando necesidades y prioridades, las cuales el/la terapeuta ocupacional recapitula y combina con sus conocimientos sobre la manera en que la práctica de las ocupaciones afecta la salud y el desempeño.

Esto lo realiza a través del razonamiento profesional, y especialmente desde el razonamiento narrativo, la que permite estructurar su observación, análisis, descripción e interpretación del desempeño humano, como también vislumbrar el significado de la enfermedad crítica misma, lo que permitirá priorizar e identificar el mejor enfoque para el plan de intervención. Esta colaboración puede incluir a familiares y otras personas significativas, en especial cuando el paciente crítico no pueda aportar con elementos narrativos, lo que permite tener una visión integral de la ocupación, la salud y la participación.

6.1. Implementación del Programa de Terapia Ocupacional en Unidades de Pacientes Críticos.

Cabe señalar, que este estudio se realiza en la Unidad de Paciente Crítico del Hospital Clínico Universidad de Chile, la cual comienza a funcionar desde el año 2003. Esta unidad desde sus inicios ha contado con equipo humano y técnico altamente especializado, dedicando las 24 horas del día a las necesidades de cada uno de sus pacientes. La Unidad de Pacientes Críticos integra a profesionales de diversas especialidades, considerando en su equipo a médico de diversas especialidades, enfermeras, farmacéuticos clínicos, paramédicos, nutriólogas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales entre otros especialistas. El manejo en esta unidad es de carácter multiprofesional, liderado por médicos intensivistas, los cuales son guiados por saberes de la medicina intensiva, que aporta con el conocimiento científico y la visión humanista de la atención de pacientes

severamente enfermos, lo que exige realizar trabajo en equipos multidisciplinarios para la toma de decisiones adecuadas y oportunas en pacientes graves, balanceando los riesgos y beneficios de las distintas alternativas terapéuticas existentes. Cada profesional brinda su aporte desde su particular área de conocimiento y experiencia clínica, a la mejoría global de cada paciente.

Además, el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, desde su inicio ha sido considerado un hospital clínico asistencial, por lo cual todos sus espacios y unidades brindan el servicio de docencia y formación a estudiantes de diversas especialidades médicas y profesionales de la salud.

En relación con la integración de Terapeutas Ocupacionales a esta unidad, esta se fue desarrollando desde el año 2008, centrándose en primera instancia en posicionamiento órtésico, consolidándose en el año 2016 a través de la investigación de la efectividad de las intervenciones de Terapia Ocupacional en pacientes críticos para prevenir la aparición del delirium, como en mejoría en su nivel de independencia (Álvarez, et. al, 2016). Desde los relatos de los/las terapeutas ocupacionales participantes, describen que la implementación del programa de Terapia Ocupacional en Unidades de Pacientes Crítico se ha ido desarrollando a través de las oportunidades de intervenir a pacientes críticos más allá del manejo órtésico y posicionamiento, lo que ha permitido integrar otras áreas de acción de la Terapia Ocupacional y posicionar la especialidad al interior de estas unidades. En la medida que se manejan más casos y tienen éxito, la especialidad se vuelve un elemento común en los planes de rehabilitación de estos pacientes. Desde palabras del Terapeuta Ocupacional #3 refiere que: *“Básicamente tener la oportunidad de atender pacientes críticos, ... teniendo la oportunidad real de trabajo que he tenido en la UPC, con esto quiero desarrollar en el Hospital, la Terapia Ocupacional en el Hospital era algo desconocido y más bien se limitaba al manejo órtésico y el trabajo complementario o el trabajo propiamente tal de Terapia Ocupacional en UPC se fue desarrollando a medida que vas teniendo casos, en la*

medida que te va conociendo el equipo de trabajo de la UPC propiamente tal, te vas posicionando.” (a1,e3,p:2065).

La estructura del proceso de intervención desde palabras del Terapeuta Ocupacional #3 está dado *“Primero por la interconsulta.... Segundo esta dado por el diagnóstico y pronóstico de la patología que tenga la persona y tercero esta dado por la red de apoyo... familiar que pueda tener, y esto lo digo porque muchos de los elementos pueda trabajar en UPC están dados por lo que yo poseo en mi unidad de trabajo pero también por lo entregado por los mismos familiares...” (a1,e3,p2075),* es decir, el proceso de intervención está dado por el motivo de consulta que se recepciona a través de una interconsulta, a esto se suma la consideración del diagnóstico y pronóstico que tiene la persona que enfrenta una enfermedad crítica, la red de apoyo que entrega información de la persona para el plan de tratamiento y los elementos que puedan apoyar la intervención al interior de las unidades de paciente críticos disponible en el hospital (mobiliario para cambio de posturas, ayudas técnicas presentes, elementos para realizar actividades de la vida diaria, implementos específicos para rehabilitar entre otros), como los facilitados por la familia (fotografías, música, elementos de significación personal).

Las sesiones brindadas por Terapia Ocupacional consideran para su ejecución la presencia de sistemas de soporte vital como ventiladores mecánicos invasivos, como no invasivos, terapias de sustitución renal, drogas vasoactivas, entre otras, como la presencias sistemas de monitorización y de apoyo terapéutico como sondas, catéteres y monitores. Referente a esto el Terapeuta Ocupacional #3 señala: *“... la ventilación mecánica, las diálisis... no son un impedimento para realizar la intervención, impide las características que se pueda implementar en la intervención, pero no significa que no vaya a tener intervención de Terapia Ocupacional por que se encuentre en ventilación mecánica, por eso es fundamental conocer de ventilación mecánica, conocer de diálisis, conocer de todos los elementos fundamentales que tiene la persona, el manejo de sondas, el manejo de*

catéteres, saber cuándo y cómo manipular cada uno de estos instrumentos, al movilizar a estos pacientes uno debe tener los parámetros mínimos de seguridad para realizar esta tarea, por lo tanto no tener duda que si no logro conocer algo, pedir ayuda a quien tenga el conocimiento del dispositivo...” (a1,e3,p2128), es decir, la presencia de estos elementos exige que el/la terapeuta ocupacional que se desempeña en estas unidades esté capacitado para manipular y operar estos elementos durante las sesiones terapéuticas, considerando la seguridad del paciente y brindar una atención que apunte a completar los objetivos de rehabilitación propuesto durante la evaluación.

Además, el mismo Terapeuta Ocupacional señala que es importante que *“...la intervención no debería entorpecer; si la persona está en ventilación mecánica no es un elemento considerado para no entregar una terapia, yo creo que salvo por una indicación médica ... desde el punto de vista de la patología...; nosotros vamos a estimularlo desde el punto de vista físico-motor... motor y cognitivo. Ahora si no hay una limitación desde ese punto de vista la verdad no hay un pero para realizar la intervención, si en las características y el desarrollo de estas [sesión]” (a1,e3,p2128)*, lo cual exige que para implementar programas de intervención, es esencial el dominio y conocimiento sobre la operación de monitores y sistemas de soporte vital por parte del equipo de Terapia Ocupacional y se vuelve una exigencia en su formación para desempeñarse al interior de estas unidades.

Por otro lado, las sesiones se enfocan desde Terapia Ocupacional hacia la recuperación de la funcionalidad y el desempeño ocupacional, considerando elementos significativos en las personas y vinculándolo a estrategias terapéuticas propias de la disciplina. Por lo cual otro requisito para la implementación del programa en unidades de paciente crítico es que el profesional de Terapia Ocupacional domine técnicas y procedimientos de intervención que sean atingentes a este contexto, y que sea capaz de aplicar a pesar de todas las condiciones

contextuales propias de una unidad de pacientes críticos. Tal como señala el Terapeuta Ocupacional #3, al dominar las condiciones contextuales de la Unidad de Pacientes Crítico, *“Entonces desde allí puedo empezar con un trabajo full”* (a1,e2,p2075).

6.2. Posicionamiento del Terapeuta Ocupacional en Unidades de Pacientes Críticos.

Uno de los elementos importante en la implementación de programas de Terapia Ocupacional en Unidades de Pacientes Críticos es ser capaz de posicionar la importancia de la intervención de Terapia Ocupacional, diferenciándose como el profesional que utiliza actividades u ocupaciones significativas con un objetivo terapéutico. Muchas veces las actividades que implementa el/la terapeuta ocupacional, desde un observador externo son etiquetadas como “entretención para los pacientes” restándole valor a la intervención y minimizando su acción. Se rescata que la implementación de Terapia Ocupacional es una estrategia perteneciente a intervenciones no farmacológicas y que tiene una importancia valida como herramienta de recuperación de un paciente crítico. Referente a este punto, el Terapeuta Ocupacional #3 señala: *“Por lo tanto, la persona [profesional de Terapia Ocupacional] también debe ser capaz de posicionar lo que es su intervención y posicionar lo que es la Terapia Ocupacional en esta unidad, porque es súper fácil caer en que nosotros estamos entreteniendo o estamos realizando algo recreativo-lúdico pero muchas veces no queda claro el objetivo terapéutico propiamente tal que uno está desarrollando con la persona, que es igual de importante que un fármaco, igual de importante de una intervención [procedimiento enfermería], igual de importante que una imagen, o un cambio de catéter, cambio de vía, etc. De allí es importante que la persona que este desempeñándose allí, sea capaz de posicionarse.* (a1,e3,p2110).

Además, las actividades se fundamentan por un lado desde un razonamiento científico, pero que se impregna del razonamiento narrativo para enriquecer la intervención, generando que este aporte a la identidad de la persona y rescate elementos que son importante en su historia de vida y que sean acordes a las preferencias e intereses de la persona que participa en Terapia Ocupacional. Tal y como lo señala el Terapeuta Ocupacional #3 *“ la primera impresión es lo que uno ve lo que está haciendo el terapeuta ocupacional con la persona, por lo tanto me paso una vez o al principio, en que estábamos trabajando con una persona mediante el uso del domino y se acercaron varios médicos y me comentaron, fue primero sorpresa, estar con un domino en la UPC con un usuario y segundo fue el comentario, que bueno que la persona se está entreteniendo, por que pasa aburrido todo el día. Pero el fin de la actividad era [fomentar la cognición del paciente] porque él tenía alteraciones cognitivas importante desde el punto de vista atencional, concentración básicamente; que a través de una actividad que a él le importaba mucho, incluso él participaba en un campeonato de domino con otros adultos mayores, empezamos a trabajar lo que es estimulación cognitiva y nadie se cuestiona que tiene un objetivo cognitivo con él, sino con lo que uno queda es que el domino es de solo uso recreativo y por lo tanto, lo que yo estaba haciendo era entreteniéndolo para la persona, entonces es muy importante el dar a conocer la intervención del terapeuta ocupacional en UCI, para mostrar que lo que uno está haciendo es a través de una actividad, una intervención y que no eres un agente entretenedor en una unidad, sino que utilizas actividades recreativas con un fin terapéutico, si la persona logra entretenerse y logra divertirse o salir de este aburrimiento que tienen las personas en las unidades de cuidados críticos, es un objetivo secundario desde mi punto de vista. (a1,e3,p2114).* Por lo cual es muy importante, realizar la perspectiva científica y narrativa de las elecciones de las actividades al momento de intervenir y velar por una comunicación y educación al equipo sobre el rol del terapeuta ocupacional al interior de las unidades de paciente crítico.

Junto con ello, se reconoce que la perspectiva narrativa tiene importancia en el proceso de Terapia Ocupacional, pero no así para el resto del equipo. Se ve que

esta influye en espacios de relación terapeuta ocupacional y paciente crítico, generado un espacio relacional más cercano, potenciando la rehabilitación, pero esta es invisibilizada para el resto de las dinámicas que se dan al interior de la unidad de paciente críticos. Frente a esto, el Terapeuta Ocupacional #3 afirma: *“...creo que en la intervención global la narrativa no tiene importancia lamentablemente... la prioridad esta dada en otras cosas, la prioridad no está dada desde la narrativa, no está dado desde la historia de la persona”* (a1.e3,p2122). Además, la relación que establece el terapeuta ocupacional con el paciente es personal, y la construcción de su narrativa se va formando y transformando a medida que el tratamiento avanza, la cual se pone al servicio del tratamiento. Esta narrativa muchas veces es difícil de traspasar a otro terapeuta ocupacional una vez dado de alta del proceso, constituyéndose un nuevo episodio de construcción de narrativas que aporten significado y acción. Referente a esto, el Terapeuta ocupacional #3 señala: *“Es que va a depender del vínculo terapéutico que tu lleves y que si de verdad eres capaz de tomar los elementos para la persona son importantes y sea posible transferirlo a un objetivo terapéutico y que estos se cumplan, yo creo que allí es importante, pero ahora que esa narrativa o ese proceso, que yo lo pueda traspasar a otro colega si yo no lo veo, se va instaurar un proceso nuevo y con un vínculo totalmente distinto, que puede ser mejor que yo o que puede ser peor que yo, allí eso no va a depender de mí, de la confianza y de la intervención que tienen con él.”* (a1,e3,p2172). Por lo cual, el proceso narrativo requiere que cada Terapeuta Ocupacional lo establezca con cada uno de sus pacientes, que sea consciente de su necesidad para tener una visión completa del tratamiento y que la explicita como un eje más de su intervención, lo que permitirá validar en un futuro el razonamiento narrativo como una fuente válida de análisis en las Unidades de Pacientes Críticos.

Una vez posicionados los programas de Terapia Ocupacional en Unidades de Paciente Críticos al interior de las unidades de paciente críticos, estos acceden a los espacios de toma de decisiones, teniendo la validación para manejar algunos procedimientos en el cuidado del paciente crítico, los cuales son fundamentados por las experiencias previas como por el uso de procedimientos formales de evaluación.

Como ejemplo, el Terapeuta Ocupacional #1 señala: *“Antes era a puro juicio del enfermero a cargo, no existía el juicio del otro, si el determinaba sí y no. Pero ahora igual siguen otros juicios por las evaluaciones que realizamos nosotros.”* (a1,e1,p1839). Dentro de las acciones que se observaron como validadas al interior de las unidades, se encuentran la determinación del nivel de conciencia y cognición funcional de los pacientes al interior de la unidad, el manejo conductual de los pacientes críticos que cursan delirium, permitiendo determinar si usa o no usa sistemas de contención física; la integración de actividades de la vida diaria de forma independiente o asistida, la gestión de integrar elementos personales o significativos al interior de la unidad, con la finalidad de realizar ocupaciones significativas o valorar la historia ocupacional del paciente y la educación a los familiares de los pacientes hospitalizados sobre el impacto que tiene estar en unidad de paciente críticos por periodos prolongados.

6.3. Formación de Nuevos Terapeutas Ocupacionales.

La formación de terapeuta ocupacionales especialistas en la atención de pacientes críticos no se ha generado desde la formación formal desde pregrado, sino ha sido una construcción práctica desde la experiencia laboral de terapeutas ocupacionales que se han inmerso en estas unidades, realizando intervenciones que exploran este contexto y que han logrado sistematizar e investigar, para dar un sustento teórico, como una validación científica del hacer mismo de la Terapia Ocupacional. Además, se identifica que no existe formación de esta materia en pregrado, si no es más bien un área emergente donde cada terapeuta ocupacional toma herramientas de otras áreas de intervención y sistematiza las acciones para concretar una forma de hacer, por lo cual la práctica diversa y aún no establece líneas clásicas de intervención. Ante estas afirmaciones el Terapeuta Ocupacional #3 al preguntarle *¿Cómo se ha formado para trabajar al interior de estas unidades?* señala: *“La formación formal como tal en esta área no tengo en este sentido... en pregrado no hubo, es decir antes de salir de la universidad, yo cuando salí a trabajar*

empecé a trabajar altiro en UPC, no existe una asignatura o materia que abarque o profundice materia intervenciones o trabajo en pacientes críticos, he sacado experiencia desde el trabajo, desde el punto de vista profesional no como una formación formal más bien como una formación informal” (a1,e3,p2063). Mientras que el Terapeuta Ocupacional #2 indica “Participe en el curso de la UPC del año pasado, y organizado por el hospital de acá, este año participé en el curso de la UPC pediátrica” (a1,e2,p1908) y el Terapeuta Ocupacional #1 afirma: “Asistí a distintos cursos, tengo alrededor de 10 cursos del área, de la Sociedad de Medicina Intensiva y la red de intensivas y de participación también en congresos” (a1,e1,p1589), donde declaran que su formación ha sido en dinámicas de postgrado, asociado a la creación de cursos y diplomados del Hospital Clínico de la Universidad de Chile o en la Sociedad de Medicina Intensiva, junto con la posibilidad de ir explorando cada día en dinámicas de atención al interior de estas unidades.

Dentro de los contenidos que debe manejar el/la terapeuta ocupacional en su formación como especialista en Unidades de Paciente Críticos, el Terapeuta Ocupacional #3 señala: *“Primero que todo, conocer todos los parámetros fisiológicos que son... normales.... y manejo de elementos externos, como manejo básico, por ejemplo, en ventilación mecánica, que al menos sepa cuando la persona necesita un apoyo en ventilación mecánica, cuando la persona se puede trabajar con ella, cuando se está hipotensando... conocer características y sintomatología clínica básica que nos demuestre que algo está pasando y que no podemos seguir trabajando con él” (a1,e3,p:2108). Estas mismas ideas, se ven reflejada en el Protocolo de Atención de Terapia Ocupacional en Unidades de Paciente Críticos generado por la Unidad de Terapia Ocupacional del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (ver anexo C, protocolos y documentos en a1,d1,p2416), el cual declara, “ Dentro de la intervención en estas unidades, existen parámetros fisiológicos que determinan si la intervención no debe ser realizada o detenerse:*

1. *Frecuencia cardiaca (FC)*

- a. *>70% FC máxima precedida a su edad*

- b. *Disminución >20% de FC en descanso*
 - c. *<40 latidos/minuto; >130 latidos/minuto*
 - d. *Nuevo inicio de disritmia*
 - e. *Medicación nueva de antiarrítmica*
 - f. *Nuevo infarto al miocardio por ECG o enzimas cardíacas*
2. *Presión arterial*
- a. *Presión sanguínea sistólica >180mmHg*
 - b. *Disminución >20% de presión sistólica/presión diastólica; hipotensión ortostática*
 - c. *Presión arterial media (PAM) <65mmHg;>110mmHg*
 - d. *Nueva medicación de vasopresores o cambio de dosis*
3. *Frecuencia Respiratoria*
- a. *<5 respiraciones/minuto; >40 respiraciones por minuto*
4. *Oxigenación, saturación/ SpO₂ (Saturación arterial de O₂)*
- a. *Disminución >4%*
 - b. *<88%-90%*
5. *Ventilación mecánica (VM)*
- a. *FiO₂ (fracción de oxígeno inspirado) >0.60*
 - b. *PEEP (presión positiva al final de la espiración)*
 - c. *A sincronía ventilador paciente*
6. *Alerta/Agitación*
- a. *Paciente sedado o coma, RASS \leq -3 o SAS \leq 2*
 - b. *Agitado RASS \geq 2, SAS \geq 6*
 - c. *Paciente con intolerante disnea de esfuerzo.*

Es desde esta información que se desprende que para realizar un abordaje de Terapia Ocupacional en Unidades de Paciente Crítico es vital conocer los parámetros fisiológicos normales y las condiciones fisiológicas en las cuales no se puede intervenir, además de su relación con los sistemas de monitoreo y principales soportes vitales que se utilizan en las unidades de paciente críticos, con la finalidad

de disponer de criterios de seguridad durante la intervención de Terapia Ocupacional.

Otro ámbito a recalcar, y que es importante en a la formación es lo señalado por el Terapeuta Ocupacional #1: “ *dentro de las técnicas [que debemos manejar esta] evaluar, las evaluaciones, manejar ciertas evaluaciones, y en la intervención, principalmente técnicas en la vertical funcionales, cognitivas también pueden ser y técnicas de posicionamiento también... y dentro de las técnicas básicas que también podrían ser, técnicas de neurodesarrollo, debería ser, no que podrían, si o si debe saber técnicas de neurodesarrollo., polisensorial y de neurodesarrollo...*” (a1,e1,p1797), recalcado que “*lo más importante yo creo que es, manejar las ciertas técnicas básicas [posicionamiento órtésico, estimulación motora y cognitiva, entrenamiento en actividades de la vida diaria y trabajo con las familiar], manejar ciertas técnicas, para que se pueda desenvolver sino le va a costar mucho*” (a1,p1,e1795). Dentro de la formación en esta área, se destaca el interés por dominar técnicas enfocadas hacia la neurorrehabilitación y de rehabilitación cognitiva, de evaluación de conciencia (cuantitativa y cualitativa), dominios cognitivos específicos y de funcionalidad en las actividades de la vida diaria, ya que entregan un marco para detectar e intervenir varias problemáticas comunes en este contexto. Si el/la terapeuta ocupacional dispone de formación en esta área del saber, tendrá desde el punto de vista de los entrevistados un mejor desempeño al interior de estas unidades.

Otro elemento clave en la formación es manejar un lenguaje técnico con el equipo que interviene en Unidades de Pacientes Críticos y conocer las principales acciones que establecen para apoyar al paciente crítico durante su rehabilitación, ya que el trabajo en equipo es un eje fundamental en los programas de rehabilitación en unidades de paciente críticos. Esto es ejemplificado por el Terapeuta Ocupacional #3, el cual señala que el “*...lenguaje técnico, lenguaje técnico médico, lenguaje técnico en enfermería, de kinesiología, de fonoaudiología, ya que el trabajo aquí no se puede desarrollar en manera única, ni personal, sino que necesitas*

conocer lo que realizan los otros profesionales y necesitas conocer en qué va la intervención de los otros miembros del equipo, entonces no es que haces solo con la Terapia Ocupacional, sino es incluirse en lo que hacen los otros profesionales, especialmente en Fonoaudiología y en Kinesiología.” (a1,e3,p2108). Manejar estos elementos, permiten el entendimiento entre todos/as los/las interventores/as, entregando un lenguaje común que aporte a mantener un discurso y teorías similares, dando y guiando entendimiento entre los/las profesionales al momento de decidir qué es lo mejor para el paciente crítico.

Otro elemento de formación que es pertinente recalcar, es el desarrollo de habilidades blandas para el trabajo en equipo y tolerancia a trabajar bajo presión, frente a esto el Terapeuta Ocupacional #3 recalca: *“¡habilidades blandas!, que puedan desarrollar habilidades blandas, que la universidad no lo entrega, pero que es características propias de la personalidad de cada uno básicamente, ...que necesita desarrollar para tener un real trabajo en equipo. Una persona que no está acostumbrada a trabajar en equipo o que no está acostumbrada a trabajar bajo presión, no podría desenvolverse de forma adecuada en este contexto.”(a1,e3,p2110).* Por lo cual, las habilidades blandas juegan un rol importante para manejar los elementos externos a la intervención de Terapia Ocupacional y que influyen en la toma de decisiones de los Terapeutas Ocupacionales que se forman para trabajar en unidades de paciente críticos.

Frente al espacio de formación de estudiantes de pregrado, que se genera en la Unidad de Pacientes Críticos del Hospital Clínico de la Chile, esta cuenta actualmente con internos de Terapia Ocupacional que pueden formarse y vivenciar este espacio de atención y adquirir habilidades, destrezas y conocimientos en Medicina Intensiva. La introducción al trabajo en Unidad de Pacientes Críticos de estudiantes de pregrado se realiza de forma progresiva y siempre con el apoyo de un Terapeuta Ocupacional que realiza el trabajo de tutor. Se inicia de manera observacional, para ir evolucionando a una atención con supervisión y posteriormente al desempeño independiente al interior de estas unidades. Se

considera el nivel de carga mental como emocional que se dan estas unidades y se relacionan con las habilidades de afrontamiento del interno, la cual permite formarse en un contexto con exigencias mentales y emocionales complejo; además se da énfasis en comprender conceptos básicos para el trabajo como la consideración de la seguridad durante las intervenciones que se realicen, manejo de perfiles de pacientes que llegan a estas unidades, complicaciones comunes que se desarrollan en estas unidades, manejo de monitores y soportes vitales, conocer las técnicas y evaluaciones utilizadas, como también comprender la evidencia disponible en la rehabilitación de estos contextos. El Terapeuta Ocupacional #1 frente a la pregunta como forma a estudiantes en práctica profesional señala: *“Trata en un principio que sea muy observacional, que mire, que pierda el miedo a la UCI, que se relaje, no que se estrese con la UCI, que se lo tome liviano, sino esto mata, te abolla, te cansa, igual esta cuestión te cansa y te agota, pero para que el empieza es difícil entender la dinámica, pero acá la suerte que el equipo es bueno, entonces los chiquillos se adaptan rápido, pero no deja de ser difícil, entender conceptos básicos, comprender cositas livianitas, pero igual hay que aprenderla con cuidado bien, para que no se compliquen.”* (a1,e1,p1856); frente a *“los criterios de seguridad siempre tienen que estar presente, de todas maneras, los parámetros fisiológicos, mirar las barandas, dejar al paciente siempre contenido si la condición lo requiere, evaluar SAS¹⁹, baranda, papilla dada, clampear²⁰ la sonda Foley, tú tienes que hacerlo, cuidarlas cuando lo sientas, eso tiene que quedar clarito.”*(a1,e1,p1858).

La formación de nuevos/as terapeutas ocupacionales se da a través también de la educación de un protocolo de intervención en Unidades de Pacientes Crítico, el cual sistematiza las acciones que emprende el/la terapeuta ocupacional bajo una lógica de evidencia científica, lo cual demanda a realizar acciones predeterminadas durante la intervención. Esta lógica da mayor sustento teórico a las intervenciones,

¹⁹ Escala de sedo-analgésia (SAS): instrumento objetivo que permite evaluar el nivel de conciencia y cooperación del paciente sometido a protocolos de sedación y analgesia al interior de unidades de cuidado intensivos.

²⁰ Lenguaje cotidiano que se usa al interior de la Unidad de Paciente Crítico para referirse a cerrar una sonda o vía y evitar el reflujo de la misma.

no deja espacios para la improvisación y aumenta los niveles de seguridad (ver anexo C, protocolos y documentos en a1,d1,p2416).

En el proceso de formación de nuevos/as terapeutas ocupacionales que se desempeñen en unidades de paciente crítico, se necesita que desarrollen competencias cognitivas y de resolución cognitiva, es decir que generen un razonamiento profesional que permita y apunte a la recolección de datos, reconocer problemas, organizar sus pensamientos para generar hipótesis de los problemas ocupacionales de los pacientes inmersos en estas unidades, además de poder realizar análisis de la actividad, entorno y del desempeño que puedan en la intervención solucionar las problemáticas ocupacionales del paciente crítico. Para ello es de vital importancia, contar con guías de cómo realizar intervenciones manejando las cuatro dimensiones del razonamiento profesional: científico, pragmático, ético y narrativo. La formación de este razonamiento profesional se da desde la práctica (como en el caso de Terapeutas Ocupacionales que se autoformaron en el tema a través de la oportunidad de comenzar intervenciones en la Unidad de Pacientes Críticos), como de la experiencia y sistematización del conocimiento a través de protocolos (como en el caso de internos de Terapia Ocupacional que se forman con tutores al interior de la Unidad de Paciente Críticos), que en conjunto al modelamiento de Terapeutas Ocupacionales que trabajan en estas unidades, logran formar a nuevas generaciones de Terapeutas Ocupacionales que tienen competencias para trabajar en estas unidades.

7. Relación e Influencia de la Terapia Ocupacional con otros profesionales de la Unidad de Paciente Críticos

Al interior de las unidades de pacientes críticos, los/las terapeutas ocupacionales establecen conexiones con otros profesionales, formando equipos interdisciplinarios de trabajo, con la finalidad de lograr los objetivos planteados de rehabilitación y recuperación de la salud. Desde esta configuración, es que se observa que existen

dinámicas de relación y/o influencia entre los profesionales de salud que se encuentran inmersos en estas unidades.

La configuración del equipo es diversa, por lo cual cada uno de sus miembros realiza tareas propias de su disciplina como tareas transversales para el trabajo en una Unidad de Paciente Crítico. Este trabajo tiene como meta la recuperación de los paciente, tal como refiere el Terapeuta Ocupacional #1, que señala “...aquí el trabajo en equipo es bien fluido, se trabaja para que el paciente se pueda ir de la UPC” (a1,e1,1766). Existe una distribución de tareas y evaluación de desarrollo de estas por todo el equipo, tal como dice el Terapeuta Ocupacional #1: “Si no están los médicos, están las enfermeras, los kinesiólogos, siempre el equipo está dando pega²¹, te esta preguntado y qué onda este paciente, te parece si... si me parece, hablémoslo altiro con médico o el becado.” (a1,e1,1769), las que apuntan a coordinar las terapias e ir cumpliendo las metas propuesta de rehabilitación, en conjunto a los médicos

El trabajo en equipo tiene influencia significativa sobre el razonamiento profesional del terapeuta ocupacional, ya que al obtener información desde otros miembros del equipo se obtiene información pertinente sobre la condición de salud del paciente, procedimientos y tratamientos a los cuales será sometido u otra información relevante sobre la biografía del paciente, como antecedentes socio-familiares, permitiendo la expresión de un razonamiento profesional con más elementos analizar y poder plasmar una visión global del caso, desde las cuatro dimensiones del razonamiento profesional: científico, narrativo, pragmático y ético.

Ejemplo de esto, es cuando el/la terapeuta ocupacional no dispone de información narrativa para complementar su plan de intervención, consigue información de otros profesionales que se encuentran fijo en estas unidades, tal como señala el Terapeuta Ocupacional #3 “... no funciona [la intervención o faltan datos de la evaluación] la verdad que uno termina haciendo lo que uno cree es

²¹ Modismo Chileno para referirse a un trabajo.

pertinente para la persona, y no necesariamente lo que es importante para esta; no se puede precisar si esto es lo que realmente necesita y por eso se debe preguntar a los Técnicos y Paramédicos o a la enfermera que están más en contacto con el paciente, que cosas le molestan o cuando se enoja o molesta, para ir entendiendo más o menos en que situaciones le desagradan para ir de apoco modificando esas conductas y logrando entender de a poco que es lo que a la persona le acomoda o no, o que le desagrada al menos.” (a1,e3,p2279). Otro punto de vista que complementa esta idea es lo referido por el Terapeuta Ocupacional #2: “Yo tengo buena llegada con las personas, entonces yo siento que el trato, el trato con las personas que están allí, de trato directo, enfermería, quienes componen el equipo de UCI, del servicio de paciente crítico, en la unidad su apoyo es fundamental, finalmente porque son ellos a quienes uno recurre finalmente, uno recurre cuando necesito algo, si tienes que ver a alguien debes reportar o recapitular información, o informar a las personas que trabajan allá, entonces siento que al llegar al hospital por ejemplo, las personas que tienen mejor llegada, yo me quede en la UCI y en la UPC, porque como tengo y valoro mucho esa parte, esa capacidad de, si tú me ves arriba yo saludo a todo el mundo, tengo llegada con todos o busco eso al menos, y siento que eso es muy muy importante”(d1,e2,1933).

Dentro del equipo, muchas de las relaciones que se establecen dependen de las habilidades personales del terapeuta ocupacional o por el encuentro de metas interdependiente entre las disciplinas. El trabajo que se establece al interior del equipo de rehabilitación de las unidades de pacientes críticos es abierto, permite incorporar ideas, visiones o sugerencias al proceso de Terapia Ocupacional, con la finalidad de potenciar o dar a conocer las acciones puestas en escena por los/las terapeutas ocupacionales. Ejemplo de esto, es lo observado desde el campo: *“Posteriormente se observa, al Terapeuta Ocupacional #1 preguntar a una doctora y a una enfermera sobre la condición de un usuario, con la finalidad de planificar acciones terapéuticas para continuar con el tratamiento entregado por la especialidad y conocer las contraindicaciones, además de tener un reporte de evolución médica del paciente y futuros procedimientos. Se observa que este proceso es habitual entre profesionales en esta unidad, y desde enfermería y*

medicina se le entrega toda la información posible para que el terapeuta ocupacional pueda llevar a cabo su intervención.” (a1,d1, 483).

Otro ejemplo de ello: *“Después de atender a María, nos dirigimos a atender otra usuaria, pero el equipo de Enfermería señala que no estaba muy estable. En eso llega la Kinesióloga #1, la cual nos da mayor antecedente de esta usuaria, entregando información específica sobre cómo ha estado en su estado respiratorio, su condición hemodinámica y que esta taquicárdica, con atelectasia basal derecha, sugiriéndonos que esperaríamos que la evaluaran los doctores y que ahora no era posible atenderla por su inestabilidad respiratoria.” (a1,d1,1160)*

Es también desde este encuentro interprofesional que se reportan las contraindicaciones, se relatan las acciones que se llevaran a cabo desde el punto de vista individual disciplinar, maximizar nociones de seguridad para el paciente y el establecimiento de objetivos o metas en común.

Toda esta relación e influencia impactan en el trabajo mismo del terapeuta ocupacional, un ejemplo de ello es lo que señala el Terapeuta Ocupacional #2 durante la entrevista: *“Yo siento que así en el hospital al menos, son súper abiertos, súper abiertos a cambios, nos escuchan bastante, hay médicos que nos apoyan mucho y que son muy... amantes de la Terapia Ocupacional, [Apellido del doctor] por ejemplo, el cual nos dice por favor, ven, ven a ver a mi paciente, entonces nos ayuda mucho que él transmita eso; pero sigue existiendo [la dificultad de desconocer lo que hacer el terapeuta ocupacional]..” (a1,e2,1944).* Ya que, al tener el apoyo de médicos, es más fácil de implementar las acciones terapéuticas, frente al escenario contrario donde el trabajo del terapeuta ocupacional es desconocido. Es decir, mientras más se sociabilice la labor del terapeuta ocupacional, más se integra y se entiende su trabajo al interior de la unidad de paciente crítico.

Otro factor de relación interprofesional, es que durante la intervención de Terapia Ocupacional muchas de las acciones que emprende no se diferencian de las realizadas por otros profesionales de rehabilitación, ya que muchas de estas

buscan la activación motora como cognitiva del paciente crítico, teniendo objetivos de intervención similares, como también está la tendencia de que el/la terapeuta ocupacional se ponga en disposición de las acciones de otras especialidades de rehabilitación, para consagrar habilidades, las cuales en una segunda instancia serán un sustrato para lograr el funcionamiento ocupacional.

Ejemplo de ello es lo que se observa en durante una reunión clínica en la cual el *“Terapeuta Ocupacional #3: y Kinesióloga #1 conversan como podría aumentar su nivel motor y que estrategias podrías usar para sentarlo y ponerlo de pie, posteriormente conversan sobre instalar unos zapatos de descarga para aliviar el malestar de los pies, dejar horarios establecidos de trabajo y realizar un check list de las acciones a emprender en el futuro.”* (a1,d1,293) donde se ven objetivos similares de alcanzar y acoplamiento de acciones por parte de Terapia Ocupacional y Kinesiólogía. Otra situación ejemplificadora de la relación interdisciplinar es cuando la *“Kinesióloga #1 afirma: ‘Coordine con la TO de la UGA²² su intervención, ella me decía que se mantenía más despierta si la veía antes Kine²³, Tiene TO²⁴ dos veces en el día y está más activo después de una activación motora intensa, posterior a ello se puede trabajar súper bien, pero el desempeño se mantiene fluctuante con tendencia a la somnolencia’.*” (a1,d1,179), donde existen reportes inter disciplinar y trabajo coordinado para potenciar las acciones de las disciplinas en su conjunto.

Otra influencia es la autopercepción que tienen los/las terapeutas ocupacionales sobre su trabajo, al comparar áreas comunes por otras profesiones, frente a esto el Terapeuta Ocupacional #1 señala: *“...creo que ahí también es como la percepción que tiene uno quizás de las pegas. Yo soy muy amigo de un trabajo transdisciplinario y para mí no por movilizar a alguien voy a parecer kinesiólogo, a pesar de que parezca kinesiólogo para cualquiera que me mire, yo no quizás no me*

²² UGA: Unidad de Geriátría Aguda

²³ Kinesiólogía

²⁴ Terapia Ocupacional

quiera sentir kinesiólogo, pero sé que efectivamente podría parecer a la pega que Zxxahacen” (a1,e1,2088), además complementa “Es que trabajar quizás el rango, una fuerza lo que tú quieras, igual te vas [a parecer a kinesiología]... pero tu busca otra cosa con eso después, o quizás en una etapa inicial vas a tener que trabajar esto sí o sí pero después no” (a1,e1,2090). Es primordial en este punto, entender que hay acciones que son comunes entre las disciplinas, pero los objetivos finales son propios para cada disciplina, por lo cual la autopercepción del Terapeuta Ocupacional no cambia en relación con su labor.

Continuando con los puntos de influencia entre disciplinas al interior de las unidades de paciente críticos, es que muchas de las decisiones son conversadas con el equipo, pero las decisiones importantes o los pronósticos desfavorables son entregadas por el médico tratante. Ante esta idea, el Terapeuta Ocupacional #3 afirma: *“...va a depender del pronóstico médicos y de las metas propuestas por rehabilitación, es decir si la patología de base no va a permitir el cumplimiento de cierto cumplimiento objetivo, es importante que el equipo médico hasta los técnicos paramédicos y todo el equipo de salud, estén conscientes, de lo que puede y no puede llegar a hacer” (a1,e3,2401).*

Una vez tomada la decisión, esta es coordinada y transmitida de forma sincrónica por el equipo, evitando tener puntos de vista no consensuados, evitando transmitir información errónea. Esta entrega de información debe ser cautelosa en la forma de entregarse, siendo empático, asertivo, presentar escucha activa y contener, las cuales varían según el desarrollo personal de cada profesional. Se intenta respetar lo humano, al referirse al paciente evitando hablar del mismo como si fuera una cosa y se le perdiera el respeto. Ante esta idea el Terapeuta Ocupacional #2 afirma: *“...Toda comunicación igual siento que te demanda ciertas características pero yo creo que en el caso contrario, cuando el pronóstico funcional no es favorable para la persona, no sé, que alguien no vaya caminar por una lesión, no sé qué se yo eh... es muy complejo y yo creo que ahí sí demanda de una persona que vaya a comunicar esto, quizás mala noticia o que vaya a decirle a alguien algo malo para la persona porque, claramente no es un pronóstico bueno, demanda*

asertividad, demanda empatía, demanda que tú puedas escuchar lo que la persona tiene que decir en ese momento, demanda que quizás tengas que contener, quizás demanda mucho temas relacionales que va a depender, dalo mismo si eres terapeuta, si eres enfermero qué sé yo, depende de la persona, más allá de una profesión y que es lo que yo igual digo bastante.”(a1,e2,2132).

El trabajo en equipo se da dentro de diversas situaciones, observándose la participación de terapeutas ocupacionales en reuniones formales de la unidad de paciente crítico, reportes breves con el equipo de enfermería, médicos y/o becados, conversaciones informales entre profesionales en pasillos de la unidad, llamadas telefónicas o mensajería de texto, o en actividades extralaborales. En estas situaciones se coordinan las acciones del equipo, se busca apoyo para la priorización de algunas acciones o se negocian el uso de implementos y las horas para realizar las terapias. Es desde el encuentro con terceros, que el/la terapeuta ocupacional relata las necesidades de las personas, denotando un trabajo centrado en la persona más que centrado en la patología. Desde el diario de campo se reporta: *“Al ingresar a reunión, se observa que en dicha reunión participan Fisiatras, Kinesiólogos, Terapeutas Ocupacionales e internos de las disciplinas mencionadas” (a1,d1,121); además “durante la jornada se aprecia diversas instancias de dialogo entre el equipo desde: Reuniones formales de equipo, Brefing con el equipo de enfermería, médicos y/o becados, Conversaciones informales entre profesionales en pasillos en la unidad de paciente crítico, Coordinación acciones entre Terapeutas Ocupacionales tratantes, Llamadas telefónicas o whatsapp y Negociación en el uso de implementos y horarios de terapias.” (a1,d1, 183-190).*

Se observa, además que, al tener una relación cercana entre los integrantes del equipo, la información relevante fluye y se distribuye de forma eficiente entre sus miembros, logrando una coordinación entre los tratantes, tanto a nivel de los/las terapeutas ocupacionales como con los otros miembros del equipo y de rehabilitación. En relación con la entrega de información entre Terapeutas Ocupacionales esta pasa desde relatos técnicos a relatos narrativos. Ejemplo de

ello, e que “se observa coordinación entre tratantes tanto a nivel de *Terapeutas Ocupacionales*, como de estos profesionales con otros miembros del equipo de rehabilitación. Se ha observado que se van entregando información entre los colegas desde relatos técnicos a relatos narrativos. En este último punto los feedback entregados por el equipo, desde *Terapia Ocupacional* tiene énfasis en lo cognitivo y desde *Kinesiología* el componente motor, más que el respiratorio”. (a1,d1,181).

Durante la exposición de las acciones de *Terapia Ocupacional* al resto del equipo en las reuniones clínicas, estas buscan que los otros profesionales opinen y afirmen las acciones para ejecutarlas, esperando que se generen sinergias y sean fluidas las acciones, buscando que todas las acciones tanto de *Terapia Ocupacional* como del resto del equipo sean lo más eficiente posible. Los/las terapeutas ocupacionales conocen el rol de los otros profesionales, lo que les permite aportar con datos a sus intervenciones y genera oportunidades durante la intervención que los pacientes ponga en práctica los elementos trabajados por las otras disciplinas. Además, al establecerse este entendimiento mutuo de las diferentes dimensiones que abordan los procesos de rehabilitación, hace que se utilizan las estrategias correctas, es decir “*Existe una forma de trabajo que busca integrar mejorar en el proceso, para que las acciones de Terapia Ocupacional y del resto del equipo sean lo más eficiente posible y no se desperdicien recursos terapéuticos*” (a1,d1,301).

Es desde este último punto, que al conocer el trabajo que realizan los/las *Terapeutas Ocupacional* en una Unidad de Pacientes Críticos, permite ejecutar un mayor número de estrategias que benefician al paciente, por el contrario, si el equipo no marea el trabajo del terapeuta ocupacional se configura como barrera, ya que muchas de sus acciones parecen ajenas o extrañas en este contexto. Además, el trabajo de *Terapia Ocupacional* ha ido complementando y abarcando áreas que otras disciplinas no cubren. Otro punto que fomenta el actuar de la *Terapia Ocupacional*, es contar con el apoyo del equipo médico, ya que son los que autorizan las acciones al interior de la unidad. Es a través de la experiencia de los primeros casos éxitos por parte de la *Terapia Ocupacional*, que se ha ido

consolidando su acción al interior del equipo, lo cual ha permitido establecer las primeras evidencias de trabajo en el área.

Desde la integración de los/las terapeutas ocupacionales a equipos de Unidades de Pacientes Críticos, ha permitido transformar las practicas relacionadas al manejo conductual de estos pacientes, al realizar intervenciones no farmacológicas. Se integran con ello, nuevos puntos de vista y razonamiento en el manejo de pacientes con cambio conductual, pudiendo aplicar e informar al resto del equipo, elementos de orientación a la realidad y orientación temporo-espacial, como sucede en el Delirium, disminuyendo la utilización de contenciones físicas como farmacológicas.

Por otro lado, al poder comprender la alteración conductual desde una visión narrativa a los otros profesionales, estos amplían su campo de observación y comprenden las acciones y conductas que realiza el paciente. Frente a esto él se observa que *“El equipo de Terapia Ocupacional da reporte a Enfermería en temas de orientación a la realidad y orientación temporo-espaciales. Principalmente realizan manejo conductual en relación con los soportes físico o psicológicos y que tipo de contención es la más pertinente torácica, en manos, en pies. De preferencia se evitan las contenciones y exigen más manejo del personal y orientación constante.”* (a1,d1,579). *“Posteriormente a eso, el Terapeuta Ocupacional #1 conversa con un Enfermero sobre diversos casos donde al comprender la perspectiva narrativa del paciente se podía entender la conducta que presentaban, se realiza una relación entre la situación de estar en una UPC y las conductas de un paciente. Es decir, buscar la causa de la inquietud, siempre que se pueda identificar (especialmente en SAS 4 a 5, en SAS 6 y 7 no se logra esta acción).”* (a1,d1,p583).

Junto con ello, el trabajo en equipo influencia al paciente crítico, ya que muchas de las acciones emprendida por el equipo de salud influyen, configuran y anticipan las rutinas de los pacientes, dándole una estructura externa a su diario vivir. El Terapeuta Ocupacional #2 relata esta situación, ya que el paciente *“...Asocia quizás alguna acción o algo que vaya a hacer esa persona, ellos saben*

que si llega el enfermero probablemente lo van a examinar porque todos los días le examina el enfermero, saben que si llega la señorita de blanco le va a dar la comida porque son quienes les dan la comida que se yo, si llego yo con los tréboles, el terapeuta que va a trabajar tal y tal cosa, que viene la kinesióloga, si no que las personas somos quienes les dan o quienes estructuran un poquito esa rutina, si bien puede variar día a día mínimamente las horas o en la mañana o en la tarde no sé, somos nosotros quienes conformamos eso y yo creo que... al menos nosotros quizás si le damos más importancia” (a1,e2,2208). Por lo cual el trabajo entre las disciplinas tiene un impacto en la organización de la vida diaria al interior de estas unidades.

Cabe señalar, que integración de terapeutas ocupacionales a los equipos profesionales de la Unidad de Pacientes Crítico ha permitido aportar la visión de la disciplina en su práctica, la cual es influenciada por el hacer de los otros profesionales que se desempeñan y que estos también sufran la influencia del ejercicio de la Terapia Ocupacional en su trabajo realizado. Trabajar en equipo permite obtener más información y ampliar las acciones ejercidas por el/la terapeuta ocupacional, teniendo mayores elementos para la resolución de problemas y toma de decisiones, los cuales son beneficiosos para la formación del razonamiento profesional. Además, se observa que el trabajo de cada disciplina tiene una influencia sobre la organización de la rutina del paciente crítico y en la aplicación de tratamiento para su recuperación.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

5.1. Discusión.

Aunque la literatura sobre el tema es abundante en descripciones sobre el razonamiento profesional y sus modalidades aplicadas en diversos contextos de intervención de la Terapia Ocupacional, este estudio se distingue por explorar la influencia del razonamiento narrativo en la intervención de Terapeutas Ocupacionales que se desempeñan en la Unidad de Pacientes Críticos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Cabe señalar, que este estudio se construyó mediante el análisis cualitativo de los datos, a través de la generación de una propuesta teórica que explora la aplicación del razonamiento narrativo en la intervención de Terapia Ocupacional en Unidades de Paciente Crítico por cuatro terapeutas ocupacionales dedicados a esta labor en jornada completa como parcial en dicho hospital. Esta propuesta teórica fue desarrollada desde un enfoque etnográfico para generar un modelo conceptual que integrara las construcciones personales de los participantes durante su utilización, junto a la teoría del concepto.

Se establece que existe influencia del razonamiento narrativo en las prácticas de Terapia Ocupacional en Pacientes Críticos al interior del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Esta influencia se manifiesta como estrategias que se ven reflejadas durante la evaluación, al realzar los elementos significativos de la vida cotidiana antes del ingreso a la Unidad de Paciente Crítico junto con la construcción de la experiencia de enfermedad y vivencias al interior de la Unidad de Paciente Crítico, proceso conocido como narración de cuentos.

También tiene influencia durante la intervención, cuando de forma colaborativa, el/la terapeuta ocupacional y paciente crítico generaran relatos para crear experiencias que vinculan la acción de la terapia en la Unidad de Paciente Crítico y sus posibilidades futuras, conocido como creación de historias. Dicha influencia,

genera estrategias de intervención aplicables a este contexto, destacándose la creación de sistemas de comunicación (los cuales presentan consideraciones que realiza el/la terapeuta ocupacional respecto del entorno de la unidad de paciente crítico), la transformación del entorno como un elemento cotidiano, el apoyo en la salud mental del paciente crítico, el manejo de sus emociones al interior del proceso de intervención, la exploración y negociación de las actividades terapéuticas.

Estas estrategias permiten dar dinamismo a las intervenciones clásicas realizadas por el equipo de Terapia Ocupacional de la Unidad de Paciente Crítico del Hospital Clínico de la Universidad, permitiéndoles seleccionar actividades significativas para la persona al intervenir de estas unidades, como de vincular elementos de la historia de vida de esta persona a los objetivos de intervención propuestos, considerando la orientación narrativa al interior del enfoque de rehabilitación.

Otro elemento que establece este estudio, es que al interior de la Unidad de Paciente Crítico del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, sus terapeutas ocupacionales vinculan el uso del razonamiento narrativo a las otras modalidades del razonamiento profesional como son el razonamiento científico, pragmático y ético, aportando e interrelacionándose todas las modalidades a la construcción de un concepto complejo que aporta a la labor profesional de la Terapia Ocupacional en esta área. Cabe señalar que, en este estudio, no fue posible separar cada una de las modalidades del razonamiento profesional, ya que estas aportan con diferentes dimensiones al razonamiento profesional, permitiendo la formulación de un pensamiento integral que fomenta la resolución de problemas y toma de decisiones durante las acciones de Terapia Ocupacional.

Junto con esto, este estudio describe en sus resultados la influencia que tiene el razonamiento profesional en la implementación, validación y puesta en marcha de las atenciones de Terapia Ocupacional al interior del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, junto con considerar algunas estrategias en la formación de

nuevos/as terapeutas ocupacionales para la atención del paciente crítico al interior de este hospital, consolidando en su enseñanza herramientas para la toma de decisiones y resolución de problemas de estos futuros profesionales.

Moruno, Talavera & Cantero (2009) indican que realizar estudios en razonamiento profesional es una parte clave para describir y sintetizar las estrategias y habilidades que ponen en juego los/las profesionales de Terapia Ocupacional, lo cual es concordante con lo que propone este estudio, ya que a través del estudio del razonamiento narrativo por parte de terapeutas ocupacionales que se desempeñan en una unidad de paciente crítico, se logró establecer descripciones de cómo se realiza este proceso y de que manera se identifican y desarrollan estrategias para sus aplicación al interior de estas unidades, permitiendo construir un modelo explicativo que evidencia la relación entre los conocimientos teóricos con las acciones que emprenden, las cuales dan solución a las problemáticas ocupacionales que presentan los pacientes críticos al interior de estas unidades.

Este modelo de razonamiento narrativo en la Unidad de Pacientes Críticos estudiada, se caracteriza por ser un pensamiento complejo y polifacético, que se aplica en diferentes momentos de la práctica profesional, tal como lo señala Mattingly en 1991 en su estudio de la naturaleza narrativa del razonamiento clínico; en el cual el razonamiento narrativo es considerado como un elemento fundamental para que los/las Terapeutas Ocupacional puedan comprender la discapacidad en términos fenomenológicos, es decir, el razonamiento narrativo guía al terapeuta ocupacional para comprender la experiencia de enfermedad de sus pacientes y a entender como la discapacidad afecta sus vidas; siendo aplicado en diversos momentos de la intervención de Terapia Ocupacional, complementando a las modalidades tradicionales del razonamiento profesional. Al igual que Mattingly, esta investigación aporta con comprender el significado y experiencia de la enfermedad de los pacientes crítico desde la visión de los/las terapeutas ocupacionales estudiadas y amplía la orientación del concepto de razonamiento

profesional a las acciones que establece el/la profesional de Terapia Ocupacional para resolver las problemáticas ocupacionales presentes, considerando en su actuar las posibilidades de hacer del del mismo paciente crítico.

Otro punto que concuerda esta investigación con el estudio de Mattingly (1991), es que el razonamiento narrativo es conformado por dos tipos de razonamiento narrativos: el contar cuentos y la creación de historias. La consideración de que existen dos vertientes del razonamiento narrativo permitió en esta investigación abarcar la mayoría de los procesos de pensamiento revelados por los/las terapeutas ocupacionales participantes de este estudio, generando una teoría del concepto que es aplicable a las intervenciones que se realizan en la unidad de paciente crítico estudiada.

Junto con esto, Bonsall (2012) amplía la conceptualización y descripción que realiza Mattingly (1991) sobre los tipos de razonamiento narrativo; describiendo que la configuración de este concepto se ha dado por un lado por los estudios del razonamiento profesional en terapeutas ocupacionales, como también, está dado por los estudios de la narrativa en la vida cotidiana de personas que experimentan una enfermedad. Al igual que Bonsall (2012), esta investigación relaciona el razonamiento narrativo como una modalidad al interior del razonamiento profesional; que es generado por los pensamientos y relatos de los/las terapeutas ocupacionales entrevistados en este estudio, como también, a la narrativa misma compartido por los pacientes crítico al trabajar con los/las terapeutas ocupacional observadas en la Unidad de Pacientes Críticos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Cabe considerar que, para proponer una teoría conceptual del razonamiento narrativo, este concepto es difícil de separar de la narrativa misma del terapeuta ocupacional en su formulación, como de la narrativa que propone el paciente crítico al experimentar la enfermedad al interior de la unidad estudiada, por lo cual la propuesta teórica que se señala en este estudio relacionada por un lado la visión del terapeuta ocupacional con la visión misma del paciente crítico, aportando a un modelo explicativo que considera en su construcción estas dos visiones.

En relación con la idea inicial de esta investigación, de estudiar de forma aislada el razonamiento narrativo según la conceptualización de Schell (2005), esta resulta difícil, ya que en los resultados de la presente investigación se observó que todas las modalidades del razonamiento profesional operan de forma paralela y se complementan entre sí. Este hallazgo es encontrado también por Unsworth & Baker, (2016), donde los autores señalan que la articulación del razonamiento profesional es el proceso que involucra todos los procesos de pensamiento que desarrolla el/la terapeuta ocupacional durante su labor, los cuales incluyen los pensamientos que se mueven dentro, a través y fuera de la relación terapéutica y el proceso de terapia con una persona. Esto es posible, ya que, durante la articulación de la narrativa con el proceso terapéutico, esta permite generar un plan de trabajo centrado en el paciente, el cual potencia el vínculo terapéutico y la adherencia al tratamiento, permitiendo la interacción terapeuta ocupacional y paciente crítico. Esta interacción dirige las acciones emprendidas a lograr un mayor desempeño ocupacional, como también a la promoción de la actividad fuera del espacio terapéutico, fomentando la participación del equipo y la familia para el logro de las metas significativas.

Si bien no es posible separar los tipos de razonamiento, el haber intencionado la investigación hacia el razonamiento narrativo permitió generar una descripción del proceso en forma detallada y articulado con otras modalidades del razonamiento profesional al interior de la unidad de paciente crítico estudiada y generó una teoría aplicada del concepto a otro contexto de intervención que no había sido estudiado anteriormente.

Otro punto para destacar en esta investigación, es la fuerte relación que se observa entre el razonamiento narrativo y la relación terapéutica (vínculo terapeuta ocupacional y paciente crítico). Considerar la variable relación terapéutica como parte del razonamiento narrativo puede ser beneficioso para futuras conceptualizaciones del razonamiento narrativo en otras unidades de paciente crítico. Al respecto, Taylor (2008) propone un modelo de atención de Terapia

Ocupacional centrado en las relaciones intencionales, el cual abarca estos procesos desde los aspectos interpersonales que establece el/la terapeuta ocupacional, para fomentar el compromiso ocupacional, considerando la relación entre terapeuta ocupacional y el cliente. Este modelo podría aportar desde su marco conceptual al proceso de desarrollo del razonamiento narrativo, lo que permitiría entregar una nueva vertiente de entre las narrativa y relación terapéutica.

Pimentel (2005) por su parte, señala que al narrar se realiza un acto discursivo con propiedades particulares que pone en una relación especial al enunciador con el contenido y/o referente de su enunciado. Lo que establece necesariamente una relación temporal y de interdependencia entre el acontecimiento y el enunciador. Es decir, la narrativa establece una relación entre el terapeuta ocupacional con el paciente crítico, el cual, al manejar los relatos o cuentos sobre la historia de su vida, su experiencia de enfermedad o deseos a futuro genera una construcción de interdependencia a través de la trama de acciones los que llevara a posibles resultados en su estadía al interior de la Unidad de Paciente Críticos, tal cual como ocurre en el establecimiento de las relaciones terapéuticas observadas al interior de la Unidad de Paciente Críticos estudiada.

Por otro lado, esta investigación plantea que la narrativa establecida por el paciente crítico en relación a sus posibilidades de hacer en el futuro, dependen de la estimación de las habilidades que emplea el terapeuta ocupacional sobre el paciente, de las expectativas de funcionamiento y actividad que percibe el mismo paciente, a las condiciones de salud y requerimiento de cuidado, como a la exploración y ejercicio de actividades que logren realizar al interior de las unidades de paciente crítico. En este sentido, la dimensión del tiempo de las narrativas está centrada en el pasado y en el presente; teniendo cautela en plantear opciones a futuro, debido a no saber cómo evolucionará la enfermedad crítica; configurando una narrativa que presenta una doble presencia del tiempo (considera el pasado y presente, omitiendo el futuro).

En este sentido, la dimensión del tiempo, tiene una particularidad en la intervención de pacientes críticos en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile realizada por los/las terapeuta ocupacionales estudiado, dado que se presenta una diferencia a lo propuesto por Flemming & Mattingly, (1994). Estos autores proponen que durante la realización de la Terapia Ocupacional las experiencias de las sesiones se organizan en torno a las interacciones entre la narración del pasado recordado y el futuro anticipado, impactando en el presente. Esto no se desarrolla al interior de las intervenciones realizadas por el equipo de Terapia Ocupacional de la Unidad de Pacientes Críticos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, ya que el futuro anticipado es muy difícil de acceder por el pronóstico del paciente, prefiriendo centrar la acción en el pasado recordado con la condición de salud al presente en vez del futuro anticipado, utilizando en la dimensión del tiempo sólo una doble presencia (pasado-presente).

Además, tal como señala Mattingly (1991), el razonamiento narrativo es un elemento que es subestimado e invisibilizado por los/las Terapeutas Ocupacionales en su discurso de sus prácticas. Es interesante que al realizar una revisión sistemática en Terapia Ocupacional e intervención en unidades de paciente críticos (Álvarez et. al, 2016, Brummel et. al., 2014, Corcoran et. al, 2017, Davis et. al, 2013, Fields et. al., 2015, Needham et. al, 2010., Patel et. al., 2014, Pohlman et. al, 2010, Schweickert et. al., 2009 & Titsworth et. al., 2012), los estudios de alto valor en evidencia científica se centran en componentes técnicos-científicos y no consideran en sus variables componentes narrativos, los cuales podría aportar enormemente al desarrollo disciplinar y configurarse como una nueva propuesta para el saber de esta área. Por lo cual, un estudio del razonamiento narrativo situado en una unidad de paciente crítico específico, como es el caso de la presente investigación, genera una propuesta de valor, que permite visibilizar y posicionar esta variable en los estudios disciplinares generados en estos contextos de intervención.

Esta idea es apoyada por un estudio realizado por Carrier, et. al. (2010), el cual señala que las intervenciones de Terapia Ocupacional tienen más eficacia cuando los/las terapeutas ocupacionales están informados en cómo se establece

su razonamiento profesional. Junto a este estudio, Schell y Schell (2008) sostiene que es importante que los/las Terapeutas Ocupacionales reciban formación teórica lo más adecuada posible en materia de razonamiento profesional, para que posteriormente esta facilite el desarrollo de su práctica clínica.

Considerar la perspectiva narrativa en las acciones de Terapia Ocupacional en Unidades de Paciente Crítico, puede ser un paso para generar un conocimiento en un área emergente de la disciplina, que tradicionalmente se ha ido construyendo y validando sólo desde una perspectiva científica del razonamiento profesional, olvidando en su desarrollo la influencia de la narrativa en su acción.

Junto a esto, existe la necesidad de generar evidencia que fundamente y argumente el uso de la perspectiva narrativa al interior de la Unidad de Pacientes Críticos por parte de los/las Terapeutas Ocupacionales, como también la necesidad de validar esta perspectiva de trabajo que complementa los enfoques intervenidos clásicos. Por lo cual, esta investigación puede aportar a este ámbito y puede generar un sustrato a futuras investigaciones que fundamente esta nueva arista de la atención de Terapia Ocupacional a pacientes críticos.

Cabe indicar que, al integrar la perspectiva narrativa, tal como señala Galheigo (2009), el conocimiento de información y datos aislados se han demostrado insuficientes para hacer frente a la complejidad de la condición humana, por lo cual la acción del terapeuta ocupacional debe pasar desde la enfermedad y la disfunción hacia el análisis de motivos, valores y creencias, es decir, el mundo del significado y del sentido. Desde este punto, la narrativa permite entender e interpretar las historias individuales y con ello construir en conjunto a los usuarios, posibles resultados que representen esta realidad.

Dentro de las estrategias de intervención influidas por el razonamiento narrativo presentes en la Unidad de Pacientes Crítico estudiado, que permiten entender e interpretar las historias individuales y comprender el impacto de la enfermedad crítica sobre el paciente crítico, se encuentra las acciones ejercidas por

el/la terapeuta ocupacional para promover la salud mental y apoyo emocional del paciente crítico.

Estas estrategias en su fase de implementación, consideran elementos contextuales propios de las unidades de paciente crítico, como también en la relación que establece el/la terapeuta ocupacional con paciente en los roles de relator y de oyente, los cuales concuerdan con lo propuesto por Hamui (2011) el cual señala que tanto al expresar como al interpretar la experiencia del padecer, las narrativas median entre el mundo interno de los pensamientos y sentimientos, por un lado, y por otro, el mundo externo de las acciones observables y el estado de las situaciones, permitiendo que la narración se establezca como la manera fundamentalmente humana de dar significado a la experiencia.

Para finalizar esta discusión, otro tópico que es relevante posicionar es en la formación de nuevos/as terapeutas ocupacionales que deseen ejercer en Unidades de Pacientes Críticos, ya que al comprender como influye el razonamiento narrativo en la intervención, puede manejar nuevos engranajes para sus intervenciones. Unsworth (2001) señala que los estudios de razonamiento clínico son esenciales para ampliar los conocimientos de la práctica de la Terapia Ocupacional, como también para comunicar mejor la labor del terapeuta ocupacional tanto para clientes, colegas y estudiantes de la disciplina. Por lo cual tener resultados que aporten a esta concepción, resultan de utilidad para la formación de Terapeuta Ocupacionales que se desempeñaran en Unidades de Paciente Crítico.

Sin embargo, tal como señala Unsworth (2001), acceder al razonamiento profesional de los Terapeutas Ocupacionales no es tarea fácil porque estos procesos cognitivos solo se pueden estudiar de manera indirecta, por lo cual al disponer de estudios que describan y sinteticen este proceso aportan al aprendizaje.

Como se vio en la etnografía, existe una dificultad por parte de los/las terapeutas ocupacionales participantes de acceder de forma conscientes a sus propios procesos de razonamiento profesional, teniendo dificultad en manifestar

desde su discurso verbal como operan sus procesos mentales durante una evaluación o intervención en esta área, pero al compartir con ellos y comprender desde la relación terapéutica que establecían con sus pacientes, se generaron diálogos que intercambiaban narrativas y desde las mismas narrativas se fue conceptualizando el uso del razonamiento narrativo, que permitió generar un instrumento de entendiendo común para describir y sintetizar el proceso de elaboración del razonamiento profesional al momento de evaluar como de intervenir.

5.2. Consideraciones Finales.

Con estos resultados, se podría explicitar la instauración de elementos narrativos en los abordajes en Unidades de Pacientes Críticos por terapeutas ocupacionales que se desempeñan al interior del Hospital Clínico de la Universidad de Chile; permitiendo relevar de forma precisa otros aportes a su atención hacia las personas atendidas en ellas, realzando su calidad de ser humano en post de realizar tratamientos holísticos e integrales.

Por lo cual se puede aceptar el supuesto que establece que la utilización del razonamiento narrativo influye en el proceso de intervención de pacientes críticos, permitiendo entregar una atención centrada en las necesidades de la persona y coherente a su historia de vida.

Cabe señalar, que el razonamiento narrativo es un proceso esencial para la intervención de Terapia Ocupacional en Unidades de Pacientes Críticos, a pesar de ser una modalidad del razonamiento profesional invisibilizada por las metodologías de investigación empleadas en esta área, por lo cual resulta una perspectiva poco familiar para validar las practicas al interior de la Unidad de Pacientes Críticos estudiada.

La narrativa en el razonamiento profesional influye en las decisiones clínicas y cuestiona el quehacer, al ver la realidad desde el punto de vista del paciente crítico, invitando a los/las terapeutas ocupacionales a tomar mayor conexión personal de los casos que deben atender.

Esta modalidad del razonamiento profesional, rescata la historia ocupacional del paciente crítico y la integra al contexto de intervención, permitiendo la manifestación de la cotidianidad en un contexto biomédico, la cual muchas veces, amenaza el desempeño ocupacional de esta persona.

El razonamiento narrativo nos permite como terapeutas ocupacionales a concentrarnos a la experiencia del paciente y apoyarlo con decisiones y acciones que apunten a superar la hospitalización al interior de esta unidad. Por su parte, el razonamiento narrativo aporta al desarrollo de la evaluación, al rescatar las historias del paciente y con ello, genera estrategias propias que son aplicables a las intervenciones. Para su aplicación, requiere que exista una relación terapéutica estrecha entre el/la terapeuta ocupacional y el paciente crítico, la cual fomenta la instauración de procesos de comunicación y establece un dialogo que apunta a la toma de decisiones compartida entre participantes.

En su conjunto, genera acciones que permiten la apertura al mundo interno de la experiencia, ampliando la visión histórica de la Terapia Ocupacional en salud física hacia el cuerpo, considerando elementos de la forma de pensar, sentir y actuar de la persona, permitiendo la transformación de paradigmas clásicos de la intervención en salud física y dinámicas de atención de Terapia Ocupacional intrahospitalaria.

Junto con ello, si se desea potenciar su aplicabilidad, el razonamiento narrativo debe complementarse con las otras modalidades del razonamiento profesional, como es el razonamiento científico, pragmático y ético, los cuales al

aplicarse de forma combinada entregan una visión integral y holista de las problemáticas presentes durante la intervención de Terapia Ocupacional.

Otro eje de influencia del razonamiento narrativo al interior de la Unidad de Paciente Crítico Estudiada, es su importancia en la formación de nuevos/as terapeutas ocupacionales, ya que esta modalidad del razonamiento profesional permite la comprensión de la experticia de la enfermedad y significados asociados a la estadía en una Unidad de Pacientes Críticos, como también entrega el sello a la Terapia Ocupacional de ser una atención centrada en el cliente. Por lo cual, considerar el uso de razonamiento narrativo de forma implícita en las intervenciones de Terapia Ocupacional aplicadas a pacientes críticos permite ampliar el campo de acción, generar un proceso más efectivo como significativo para el paciente crítico.

En relación a la pregunta de investigación ¿Cómo influye el razonamiento narrativo de los/las Terapeutas Ocupacionales en la intervención en unidades de paciente críticos?, este tiene una influencia directa en las prácticas de Terapia Ocupacional hacia paciente críticos, teniendo aplicabilidad durante la evaluación, al realzar los elementos significativos de la vida cotidiana antes del ingreso a la unidad de paciente crítico junto con la construcción de la experiencia de enfermedad y vivencias al interior de las unidades de paciente crítico, como también en la intervención, cuando los/las terapeutas ocupacionales crear experiencias que vinculan la acción de la terapia en la Unidad de Paciente Crítico y sus posibilidades futuras. Estas dos vertientes de significado del razonamiento narrativo, son conceptualizadas como la narración de cuentos y la creación de historias.

Dentro de las técnicas de intervención que tienen influencia directa del razonamiento narrativo en la práctica profesional al interior de las unidades de pacientes críticos, se encuentran la creación de sistemas de comunicación, las consideraciones del entorno de la unidad de paciente crítico como un contexto cotidiano, el apoyo en la salud mental y manejo de las emociones y la exploración y negociación de las actividades; que permiten la selección de actividades

significativas para el paciente crítico, como la vinculación de su historia de vida a los objetivos de intervención propuesto por la disciplina, siendo elementos de gran utilidad para la labor realizada por los/las terapeutas ocupacionales.

En lo que respecta al objetivo general de describir la influencia del razonamiento narrativo de los/las terapeutas ocupacionales en el proceso de intervención en unidades de paciente críticos, esta tiene una influencia transversal en las acciones que emprende el/la terapeuta ocupacional durante el ejercicio de su profesión, impactando en el razonamiento empleado en la evaluación como en la intervención. Además, su influencia se puede ver relacionada con la implementación y validación de programas de atención al interior de Unidades de Pacientes Críticos, ya que el uso de las narrativas es un elemento esencial en el hacer cotidiano de cada una de las intervenciones que realiza el/la terapeuta ocupacional. Otro ámbito que tiene influencia es la formación de terapeutas ocupacionales para la atención en esta área, ya que permite desde este ámbito comprender el significado de la enfermedad crítica, sus repercusiones en la vida cotidiana y a ser consciente de su aplicación práctica para generar estrategias que den acción y proyección al funcionamiento ocupacional del paciente crítico, los cuales muchas veces los terapeutas ocupacionales novatos no son conscientes.

Junto con esto, el trabajo del terapeuta ocupacional al interior de estas unidades es influenciado y complementado por otros profesionales, lo que brinda en su resolución de problema y toma de decisiones nuevas posibilidades para apoyar a los pacientes que se encuentran inmersos al interior de una unidad de paciente crítico.

En lo que respecta al análisis de experiencias que articulan el razonamiento científico (saber técnico-científico) con el razonamiento narrativo (saber narrativo-cotidiano) en la intervención de Terapia Ocupacional en Unidades de Pacientes Críticos, estas no pueden ser separadas y analizadas cada una de manera aislada. El razonamiento narrativo para que tenga operatividad y sea de utilidad en la

intervención de Terapia Ocupacional a paciente crítico, debe complementarse y articularse con las otras modalidades del razonamiento profesional: el razonamiento científico, ético y pragmático. Cabe señalar que existe una subestimación del uso de la perspectiva narrativa en las intervenciones de Terapia Ocupacional en este ámbito, por lo menos a nivel de discurso implícito, como en investigaciones, por lo cual hace necesario trabajar como disciplina en investigaciones que equiparen la perspectiva narrativa con la perspectiva más técnico-científica. Además, en cada intervención existen factores contextuales y dilemas éticos en las acciones que muchas veces, se deben considerar como eje central para resolver las dificultades ocupacionales del paciente, por lo cual disponer de desarrollos teóricos de cada una de las modalidades del razonamiento profesional resulta primordial para entregar mejores servicios a los pacientes inmersos en las Unidades de Pacientes Críticos.

En lo que respecta a identificar las estrategias de aplicación del razonamiento narrativo en la intervención de Terapia Ocupacional en Unidades de Paciente Críticos en este estudio se señalan como estrategias la creación de sistemas de comunicación, considerar el entorno de la unidad de pacientes críticos como el contexto cotidiano de desempeño, entregar apoyo en salud mental y manejo de las emociones y exploración y negociación de actividades. Estas estrategias es necesario poder desarrollarlas en la intervención de forma explícita y validar los resultados que se obtengan con su aplicación. Por lo cual queda la invitación para realizar intervenciones de terapia ocupacional con dichas estrategias, las cuales establezcan supuesto y sean la base para nuevas investigaciones. Es importante considerar en este punto, que ampliar la visión de la intervención a una perspectiva narrativa, ratifica la visión holística de la disciplina y permitiría influir en otras esferas que componen a la persona, lo cual fomenta la resolución de problemas por parte del terapeuta ocupacional y con ello fomenta acciones terapéuticas que facilitan la salida de estas unidades para continuar el proceso de rehabilitación en otros dispositivos hospitalarios de menor complejidad.

En lo que respecta comprender los significados que impregna el/la terapeuta ocupacional al razonamiento narrativo en su intervención en unidades de paciente críticos, la categorización del razonamiento narrativo en dos vertientes de significado, como es contar cuentos y la creación de historias, representa y abarca la mayoría de los procesos de pensamientos del terapeuta ocupacional cuando realiza su intervención en la unidad de paciente crítico, permitiendo tener una buena descripción del proceso y una guía teórica para entender cómo opera esta modalidad del razonamiento profesional.

5.3. Limitaciones y proyecciones

Dentro de las limitaciones en el presente estudio, se encuentra en primera instancia la existencia de una restricción en la universalización de las conclusiones, ya que la metodología utilizada no tiene pretensión de que esta investigación tienda a la universalización. Aun así, debido a la descripción pormenorizada tanto del trabajo como de su metodología, se podría replicar en otros escenarios de intervención de Terapia Ocupacional en Unidades de Paciente Crítico, siempre y cuando exista un ajuste en el contexto cultural concreto.

Otra limitación presente en esta investigación corresponde a los aspectos temporales del estudio y los recursos humanos presentes para su ejecución, ya que los tiempos de permanencia en el campo de estudio no fueron de una gran extensión debido a los plazos existentes para realizar esta tesis y la recogida de datos solo fue manejada por el investigador principal, por lo cual no se logró documentar los hallazgos descritos en el documento. En relación con el límite geográfico, este estudio abarcó la Unidad de Pacientes Críticos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, la cual se ubica en la comuna de Independencia, Santiago de Chile.

En relación con el tamaño de la muestra, este estudio conto con la participación de cuatro terapeutas ocupacionales, los cuales hacen que el estudio sea insuficiente para garantizar la validez externa en términos de otras metodologías de investigación, pero fue lo suficiente para saturar todas las categorías y realizar una propuesta cualitativa del suceso.

La metodología seleccionada para realizar el estudio fue perspectiva etnográfica, la cual fue útil para conocer a profundidad las dinámicas de funcionamiento del programa de Terapia Ocupacional al interior de la Unidad de Cuidados intensivos, como también observar la aplicación del razonamiento profesional por parte de sus terapeutas ocupacionales; la cual tiene como limitación que solo puede estudiar grupos o comunidades relativamente pequeños, que debe ser complementado con observaciones indirecta, poseer una comprensión del contexto, además la obtención de información dependen de la confianza que pueda generar el investigador del grupo, del conocimiento que tenga del fenómeno de estudio y considera que el investigador puede influenciar en las dinámicas naturales que se dan al interior del grupo. Por lo cual en caso de que se realicen futuras investigaciones, es pertinente que la metodología de investigación integre estrategias que permitan hacer más evidente el razonamiento profesional, como son los informes concurrentes, Think Aloud “pensar en voz alta”, e Informes retrospectivos, tal como señala Talavera (2105).

Los informes concurrentes, son un método que consiste en solicitar al terapeuta ocupacional que escriba una nota sobre lo que está pensando mientras revisa una viñeta o caso escrito. 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 seleccionado y las variables de información a incluir. El Think Aloud o “pensar en voz alta”, consiste en solicitar al participante que describa sus pensamientos mientras trabaja en situaciones simuladas o reales y describa su pensamiento tras haber realizado anotaciones de casos escritos. Por último, los Informes retrospectivos consisten en solicitar al Terapeuta realizar un informe

retrospectivo de una sesión de terapia 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 de los participantes.

Estas metodologías permitirían ampliar la obtención de datos y hacer más explícito el razonamiento profesional de los/las terapeutas ocupacionales a investigar, ante las limitaciones señaladas, además son métodos flexibles que permiten adecuarse a otras metodologías.

Un elemento que no se analizó en esta investigación, fue considerar el nivel de experticia que presentan los participantes en el estudio, por lo cual considerar este elemento en futuras investigaciones puede aportar otro punto de vista a la temática. Unsworth (2001) señala que el aprendizaje del razonamiento profesional depende del nivel de experiencia que tengan los/las terapeutas ocupacionales, ya que investigaciones han demostrado existen diferencias en el desempeño de los clínicos noveles y expertos, los cuales se deben principalmente a sus capacidades de razonamiento profesional. Por lo cual, al disponer de conocimiento de las formas en que los expertos y los principiantes estructuran su razonamiento profesional, permite explicar las complejidades de la práctica y, en última instancia, ayudar a los novatos a pensar como expertos.

Por último, en relación con las proyecciones, se espera que esta tesis sea un insumo para nuevas conceptualizaciones en la intervención de Terapia Ocupacional en Unidades de Paciente Crítico y se configure como aporte de la fundamentación profesional en esta área específica de intervención. Que la propuesta realizada genere nuevas investigaciones que realcen la perspectiva narrativa, fomente la documentación y publicación de las experiencias de terapeutas ocupacional similares a las condiciones de investigación de esta tesis, como también a generar guías y documentos que apoyen la labor asistencial de Terapeutas Ocupacionales que se desempeñan en el área.

Tal enfoque, permitiría conducir a la identificación de nuevos canales para que los/las terapeutas ocupacionales promuevan la recuperación en sus pacientes críticos a través de la narración de historias y la creación de historias, lo cual hace interesante que se generen nuevas iniciativas de investigación en la temática, como además de posicionar los estudios de razonamiento profesional como estudios propios del quehacer al interior de una unidad de paciente crítico.

En relación a la temática de las investigaciones futuras, se visualiza la generación de investigaciones que aborden la efectividad en el uso de estrategias narrativas en Unidades de Paciente Críticos, las cuales permitan iniciar un proceso de implementación y capacitación a terapeutas ocupacionales a mayor escala, permitiendo mejorar la atención a pacientes críticos que se encuentren en proceso de rehabilitación, además de generar profesionales que valoren estos elementos y presenten un desempeño satisfactorio en dicho contexto. Otra línea de estudios interesante en esta temática, son los estudios que comparen los niveles de expertiz en la aplicación del razonamiento narrativo entre terapeutas ocupacionales novatos con nobeles, ya que estos estudios permiten establecer diferencias en la aplicación del razonamiento narrativo entre terapeutas ocupacionales con distinta formación y años de experiencia laboral.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Affleck, A., Lieberman, S., Polon, J., & Rohrkemper, K. (1986). Providing occupational therapy in an intensive care unit. *American Journal of Occupational Therapy*, 40(5), 323–332.

American Anthropological Association. (1998). Code of Ethics of the American Anthropological Association: American Anthropological Association.

Álvarez, E., Garrido, M., Tobar, E., Prieto, S., Vergara, S., Briceño, C., & González, F. (2016). Occupational therapy for delirium management in elderly patients without mechanical ventilation in an intensive care unit: A pilot randomized clinical trial. *Journal of Critical Care*, 37(1), 85-90. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.09.002>

Ares, L., Díaz-Mor, C., & Huerta, R. (2014). Terapia Ocupacional en Pacientes Ingresados en UCI con daño neurológico y en estados de mínima conciencia. *TOG (A Coruña)*, 11(19), 24.

Asaba, E., & Jackson, J. (2011). Social Ideologies Embedded in Everyday Life: A Narrative Analysis about Disability, Identities, and Occupation. *Journal of Occupational Science*, 18(2), 139-152. <https://doi.org/10.1080/14427591.2011.579234>

Barris, R. (1987). Clinical reasoning in psychosocial occupational therapy: The evaluation process. *Occupational Therapy Journal of Research*, 7, 147-162.

Barber, M. (2004). Occupational science and phenomenology: Human activity, narrative and ethical responsibility. *J Occup Sci* 11 (1):105–4.

Beltrán, O. (2009). La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichan*, 9(1), 23-37.

Benetton, J. (2012). A narrativa clínica no método Terapia Ocupacional dinâmica. *Rev CETO*, 13, 13.

Bombarda, T., Lanza, A., Valente, C., Torkomian, R. (2016). The Occupational Therapy in adult Intensive Care Unit (ICU) and team perceptions. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos*, 24 (4): 827-835. <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoRE0861>

Bondoc, S., Lashgari, D., Hermann, V., Finnen, L., Frost, L. & Alexander H. (2017). Occupational Therapy's role in acute care. Fact Sheet. The American Occupational Therapy Association, Inc.

Bonsall, A. (2012). An examination of the pairing between narrative and occupational science. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(1), 92-103. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.552119>

Bonilla, M., & López, A. (2016). Ejemplificación del proceso metodológico de la teoría fundamentada. *Cinta de moebio*, (57), 305-315. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2016000300006>.

Boyt, B., Blessdell, E., & Cohn, E. (2005). Consideraciones generales de la intervención. En *Willard & Spackman Terapia Ocupacional* (10° Edición). Buenos Aires: Médica Panamericana.

Briceño, C. (2011). Reflexiones en torno al razonamiento bioético en cuidados paliativos. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 11(2), Pág. 34 - 46. [doi:10.5354/0719-5346.2011.17777](https://doi.org/10.5354/0719-5346.2011.17777)

Brummel, N., Girard, T., Ely E., Pandharipande, P., Morandi, A., Hughes, C., Graves, A., Shintani, A., Murphy, E., Work, B., Pun B., Boehm L., Gill, T., Dittus R., & Jackson

J. (2014). Feasibility and safety of early combined cognitive and physical therapy for critically ill medical and surgical patients: The Activity and Cognitive Therapy in ICU (ACT-ICU) trial. *Intensive Care Medicine*. 40,370–379.

Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Burke, J., Kern, S. (1996). The issue is – Is the use of life history and narrative in clinical practice reimbursable? Is it occupational therapy? *Am J Occup Ther* 50:389–92.

Burnett, S. (2006). Personal and social contexts of disability: Implications for occupational therapists. In: Pedretti LW, Pendleton HM, Schultz-Krohn W, editors. *Pedretti's occupational therapy: Practice skills for physical dysfunction*. 6th ed. Philadelphia: Mosby/Elsevier; 79–100.

Burtin, C., Clerckx, B., Robbeets, C., Ferdinande, P., Langer, D., Troosters, T., ... Gosselink, R. (2009). Early exercise in critically ill patients enhances short-term functional recovery. *Critical Care Medicine*, 37(9), 2499-2505. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181a38937>

Carrier, A., Levasseur, M., Bédard, D., Desrosiers, J. (2010). Community occupational therapists' clinical reasoning: identifying tacit knowledge. *Australian Occupational Therapy Journal* (2010) 57, 356–365 doi: 10.1111/j.1440-1630.2010.00875.x

Carrier, A., Leveausser, M., Bedard, D., y Desroirs J. (2012). Clinical reasoning process underlying choice of teaching strategies: A framework to improve occupational therapists' transfer skill interventions. *Australian Occupational Therapy Journal* (2012). 59, 355–366 doi: 10.1111/j.1440-1630.2012.01017.x.

Castaño, Á. (2008). Hacerse entender: la experiencia de pacientes sometidos a ventilación mecánica sin efectos de sedación. *Investigación y Educación en Enfermería*, 26(2), 236–242.

Castro, D. (1990). Experiência de pacientes internados em unidade de terapia intensiva: análise fenomenológica. Recuperado 25 de junio de 2017, a partir de <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-213431>

Celis, F., Gálvez, C., Moretti, C., Navarrete, E., Rovengo, M., & Torrent, V. (2014). Terapia Ocupacional y paciente crítico. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 14(1), Pág–101.

Clark, F. (2000), The concept of habit and routine: a preliminary theoretical synthesis. *Occup Ther J Res*. 20(S1): S123-S137

Clark, F. (1993). Occupation embedded in a real life: Interweaving occupational science and occupational therapy. 1993 Eleanor Clarke Slagle Lecture. *Am J Occup Ther* 47:1067–78.

Clavet, H., Hébert, P. C., Fergusson, D., Doucette, S., & Trudel, G. (2008). Joint contracture following prolonged stay in the intensive care unit. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 178(6), 691-697. <https://doi.org/10.1503/cmaj.071056>

Clouston, T. Narrative methods: Talk, listening and representation. *Br J Occup Ther* 2003; 66:136–42. 47.

Corcoran, J., Herbsman, J., Bushnik, T., Van Lew S., Stolfi, A., Parkin, K., McKenzie, A., Hall, G., Joseph W., Whiteson, J., & Flanagan S. (2017). Early rehabilitation in the medical and surgical intensive care units for patients with and without mechanical ventilation: An interprofesional performance improvement project. *Physical*

Medicine & Rehabilitation: The Journal of Injury, Function, and Rehabilitation, (2),113–119.

Creighton, C.; Dijkers, M.; Bennet, N.; Brown, K. (1995). Reasoning and the Art of Therapy for Spinal Cord Injury. *American Journal of Occupational Therapy*. 49, 311-317. doi: 10.5014 / ajot.49.4.311

Crepeau, E., Cohn, E. (2009). Narrative as a key to understanding. In: Willard, H., Crepeau, E., Cohn, E., Schell, B, editors. *Willard & Spackman's occupational therapy*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 98–104.

Del Barrio, M., Lacunza, M. M., Margall, M. A., & Asiain, M. C. (2001). Pacientes con trasplante hepático: su experiencia en cuidados intensivos. Estudio fenomenológico. *Enfermería Intensiva*, 12(3), 135–145.

Davis, J., Crawford, K., Wierman, H., Osgood, W., Cavanaugh, J., Smith, K., Mette S., & Orff, S. (2013). Mobilization of ventilated older adults. *Journal of Geriatric Physical Therapy*. 36,162–168.

Desai, S., Law, T. J., & Needham, D. (2011). Long-term complications of critical care: *Critical Care Medicine*, 39(2), 371-379. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181fd66e5>

Dinglas, V. D., Colantuoni, E., Ciesla, N., Mendez-Tellez, P. A., Shanholtz, C., & Needham, D. M. (2013). Occupational Therapy for Patients With Acute Lung Injury: Factors Associated With Time to First Intervention in the Intensive Care Unit. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(3), 355-362. <https://doi.org/10.5014/ajot.2013.007807>

Egerod, I., Schwartz-Nielsen, K. H., Hansen, G. M., & Laerkner, E. (2007). The extent and application of patient diaries in Danish ICUs in 2006. *Nursing in Critical Care*, 12(3), 159–167.

Emanuel, E. (2003). ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En *Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas. Programa Regional de Bioética OPS/OMS*.

Emanuel, E., Wendler, D., Killen y Grady, C. (2003). *The Oxford textbook of Clinical research ethics*. Oxford, New York.

Engström, A., Grip, K., & Hamrén, M. (2009). Experiences of intensive care unit diaries: touching a tender wound'. *Nursing in critical care*, 14(2), 61–67.

Erhardt, R.; Meade, V. (2005) Improving handwriting without teaching handwriting: The consultative clinical reasoning process. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(3), 199-210.

Ericsson K., Simon, H. (1993) *Protocol analysis: verbal reports as data*. MA: Cambridge: MIT Press.

Fields, C., Trotsky, A., Fernandez, N., & Smith, B. (2015). Mobility and ambulation for patients with pulmonary artery catheters: A retrospective descriptive study. *Journal of Acute Care Physical Therapy*, 6, 64–70.

Finlay L. (2004). From gibbering idiot to iceman, Kenny's story: A critical analysis of an occupational narrative. *Br J Occup Ther*; 67:474–80.

Flemming, M. (1991). Clinical Reasoning in Medicine compared with Clinical Reasoning in Occupational Therapy. *Am J Occup Ther*. 45(11):988-996.

- Fleming, M., Mattingly, C. (1994). Giving language to practice. In: Mattingly, C., Fleming, M. editors. *Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice*. Philadelphia: F.A. Davis. p 3–21.
- Frank, G. (1996). Life histories in occupational therapy clinical practice. *Am J Occup Ther*; 50:251–64.
- Galheigo, S. (2009). Narrativas contemporâneas: significado, diversidade e contexto. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 20(1), 8–12.
- Gálvez, M., Godoy, M., & Lagos, A. (2010). Construcción de significados de experiencia de cuerpo con personas en situación de discapacidad física adquirida. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, (10), Pág. 71 - 83. doi:10.5354/0719-5346.2010.10562.
- Gálvez., González, H., Labarca, E., Cornejo, R., Bruhn, A., Ugarte, H., Canteros, J., Tobal, E., Soto, R., Castillo, L. (2013). Medicina intensiva en Chile: desafíos para su desarrollo. Documento de la Comisión Nacional de Medicina Intensiva del Ministerio de Salud. *Rev. méd. Chile* [online]. 2013, vol.141, n.1
- Garro, L. (200). Cultural knowledge as resources in illness narratives: Remembering through accounts of illness. In: Mattingly, C., Garro, L., editors. *Narrative and the cultural construction of illness and healing*. Berkeley: University of California Press; 70–87.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.

Gray, J. (1998). Putting occupation into practice: occupation as ends, occupation as means. *Am J Occup Ther.* 52(5): 354-364.

Gutiérrez, P., Pujol, J. (2010). *Etnografía (s) para la Terapia Ocupacional. Terapia Ocupacional. Pesquisas qualitativas.* Belem, Amazonía Editora.

Hagedorn, R. (2002). *Foundations for practice in occupational therapy (3rd ed.)* Edinburgh. Churchill Livingstone.

Hamilton T (2008). Narrative reasoning. In: Schell, B., Schell, J., editors. *Clinical and professional reasoning in occupational therapy.* Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 125–168.

Helfrich C, Kielhofner G, Mattingly C. (1994). Violation as narrative: Understanding motivation in chronic illness. *Am J Occup Ther;*48:311–17.

Helfrich C, Kielhofner G. (1994) Violational narratives and the meaning of therapy. *Am J Occup Ther;*48:319–25.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación.* 6° edición. Mexico D.F, Mcraw-Hill.

Higgs J, Jones M. (2000). Clinical reasoning in the health professions. In: Higgs J, Jones MA, eds. *Clinical Reasoning in the Health Professions.* 2nd ed. Boston, Mass: Butterworth-Heinemann;3–14.

Hooper, B. (1997). The relationship between pretheoretical assumptions and clinical reasoning. *Am J Occup Ther;* 51(5):328-328.

Hopkins, H. y Smith, H. (1998). *Willard & Spackman.* Terapia Ocupacional. Madrid: Editorial Panamericana.

Howard, B. (1991). How high do we jump? The effect of reimbursement on occupational therapy. *American journal of Occupational Therapy*, 45, 875-881.

Hamui Sutton, Liz. (2011). Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social. *Cuicuilco*, 18(52), 51-70. Recuperado en 20 de abril de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592011000300005&lng=es&tlng=es

Hudson, J. M., & Bruckman, A. (2002). IRC Francais: The Creation of an Internet-Based SLA Community. *Computer Assisted Language Learning (CALL)*, 15(2), 109-134.

Hughes J. (2002) Illness narrative and chronic fatigue syndrome/ myalgic encephalomyelitis: A review. *Br J Occup Ther* ; 65:9–14

Iwashyna, T. (2010). Survivorship will be the defining challenge of critical care in the 21st century. *Annals of Internal Medicine*, 153(3), 204-205. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-153-3-201008030-00013>

Jackson J.(1995). Sexual orientation: Its relevance to occupational science and the practice of occupational therapy. *Am J Occup Ther*; 49:669–679.

Jakob, S. & Takala, J. (2009). Physical and occupational therapy during sedation stops. *Lancet (London, England)*, 373(9678), 1824-1826. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60866-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60866-7)

Jablonski, R. (1994). The experience of being mechanically Ventilated. *Qualitative Health Research*, 4(2), 186-207.

Josephsson S, Asaba E, Jonsson H, Alsaker S (2006). Creativity and order in communication: Implications from philosophy to narrative research concerning human occupation. *Scand J Occup Ther*;13:86–93.

Kawulich, B. (2005). La observación participante como método de recolección de datos. En *Forum: qualitative social research* (Vol. 6, pp. 1–32).

Kielhofner, G. (1997). *Conceptual foundations of occupational therapy*. (2nd ed). Baltimore. Williams & Wilkins.

Kielhofner, G. (2006). *Fundamentos Conceptuales de la Terapia Ocupacional* (3° edición). Buenos Aires: Medica Panamericana.

Kielhofner G, Burke J. (1980) A model of human occupation, part 1: Conceptual framework and content. *Am J Occup Ther*; 34:572–81.

Kielhofner, G. (1997). Temporal adaptation: a conceptual framework for occupational therapy. *Am J Occup Ther*; 31(4): 235- 242.

Kielhofner, G., & Foryth, K. (2004). Pensar con la teoría: Un marco de trabajo para el razonamiento Terapéutico. En *Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación* (3° edición, pp. 185-202). Buenos Aires: Médica Panamericana.

Kleinman, A. (1988) *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.

Larson, E., Fanchiang, S.(1996) Nationally speaking. Life history and narrative research: Generating a humanistic knowledge base for occupational therapy. *Am J Occup Ther*;50: 247–50

Lawlor M, Mattingly C. (2009) Understanding family perspectives on illness and disability experiences. In: Willard HS, Crepeau EB, Cohn ES, Schell BAB, editors. *Willard & Spackman's occupational therapy*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 33–44.

Lawlor, M. (2000). Learning from stories: Narrative interviewing in cross-cultural research. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 7(1), 4–14.

Leiva, V. (2010). Aspectos vivenciales del paciente durante su estadía en Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 25(4), 199-203.

Marshall, M. (2011). Early intervention for psychosis. *Cochrane Database of systematic Reviews*. Issue 6. Art. No CD004718. Doi:10.1002/14651858.CD004718.pub3.

Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 613–619.

Mattingly, C. (1991a). The narrative nature of clinical reasoning. *American Journal of Occupational Therapy*, 45(11), 998–1005.

Mattingly, C. (1991b). What is clinical reasoning? *American Journal of Occupational Therapy*, 45(11), 979–986.

Mattingly C.(1998) *Healing dramas and clinical plots: The narrative structure of experience*. Cambridge: Cambridge University Press;

Moreno, J., Cubillos, C., & Duarte, S. (2017). Terapia ocupacional en unidad de cuidados intensivos. *Rev. Fac. Med.* 65(2): 291-296.

Mattingly, C, Fleming, M. (1994). Interactive reasoning: Collaborating with the person. In: Mattingly C., Fleming M.H. (Eds.), *Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice.* (1st ed). Philadelphia:F. A. Davis Company.

Mattingly, C., Femming, M. (1994). Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice. Philadelphia: Davis Company.

Moruno Miralles, P., Ángel Talavera Valverde, M., & Cantero Garlito, P. A. (2009). Razonamiento Clínico en Terapia Ocupacional. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 59(1), 53-59. <https://doi.org/10.1179/otb.2009.59.1.016>

Muñoz, O. (2011). *Lectura fácil: métodos de redacción y evaluación.* Real Patronato sobre Discapacidad. Madrid, España.

Needham, D. (2008). Mobilizing patients in the intensive care unit: improving neuromuscular weakness and physical function. *JAMA*, 300(14), 1685–1690.

Needham D, Korupolu R, Zanni J, Pradhan P, Colantuoni E, Palmer JB, Brower RG, & Fan E. (2010). Early physical medicine and rehabilitation for patients with acute respiratory failure: a quality improvement project. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91,536–542.

Neistadt, M; Wigth, J.; Mulligan, S. (1998). Clinical reasoning case studies as teaching tools. *Am J Occup Ther.* 52(2):125-132.

NESH. (2001). *Guidelines for research ethics in the social sciences, law and the humanities.* Norway: The National Committee for Research Ethics in the Social Sciences and the Humanities (NESH).

Newell A, Simon, A. (1972). Human problema solving. Englewood: Prencite-Hall; 1972.

Neuhaus, B. (1988). Ethical considerations in clinical reasoning: The impact of technology and cost containment. *American journal of Occupational Therapy*, 42. 288-294

Patel B, Pohlman A, Hall J, & Kress J. (2014). Impact of early mobilization on glycemic control and ICU – acquired weakness in critically ill patients who are mechanically ventilated. *Chest*, 146, 583–589.

Pimentel, L. (2005). *El relato en perspectiva: estudio de teoría narrativa*. Tercera edición. Siglo XXI editores. Buenos Aires, Argentina.

Preissie, J. (2008). Subjectivity statement. En Given, L.M (Ed.) *The sage encyclopedia of qualitative research methods* (Vol. 2, p 844 – 845). Thousand Oaks, CA: SAGE

Pohlman, M., Schweickert, W., & Pohlman, A. (2010). Feasibility of physical and occupational therapy beginning from initiation of mechanical ventilation. *Critical Care Medicine*, 38, 2089-2094.

Polkinghorne D.(1995). Narrative configuration in qualitative analysis. *Int J Qual Stud Educ*; 8:5–23.

Polkinghorne D.(1988) *Narrative knowing and the human sciences*. Albany: State University of New York Press.

Rassafiani, M., Ziviani, J., & Rodger, S. (2006). Occupational Therapist's Decision Making in Three Therapy Settings in Australia. *Asian Journal of Occupational Therapy*, 5, 29-39.

Red Hospital Clínico de la Universidad de Chile. (19 de Abril de 2019). Obtenido de <https://www.redclinica.cl/hospital-clinico/historia.aspx>.

Red Hospital Clínico de la Universidad de Chile. (19 de Abril de 2019). Obtenido de <https://www.redclinica.cl/plantilla/unidad-de-pacientes-criticos.aspx>.

Riessman C. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Los Angeles: Sage Publications.

Roberts, A. (1996). Clinical reasoning in occupational therapy: Idiosyncrasies in content and process. *Br J Occupa Ther.* 1996; 59(8): 372-6.

Rogers, J. (1983), Clarke E. Lectureship: Clinical Reasoning: Ethics, Science, Art. *Am J Occup Ther;* 37(9):600-616.

Rogers J, Holm, M. (1991). Occupational therapy diagnostic reasoning: a component of clinical reasoning. *Am J Occup Ther.* 45(11): 1045-1053.

Rogers J., Masagatani G. (1982). Clinical reasoning of occupational therapist during the initial assessment. *Occup Ther J Res.* 2(4): 195 – 219.

Sáez, E., & Infante, A. (2004). Guías 2004 de organización y funcionamiento de unidades de pacientes críticos. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 19(4), 209–223.

Schell, B., Cervero, R.. (1993). Clinical reasoning in occupational therapy: An integrative review. *American Journal of Occupational Therapy*, 47, 605-610.

Schell, B. (2005). Razonamiento Clínico: la base de la práctica. En Willard & Spackman: Terapia Ocupacional (10° edición, pp. 131-139). Buenos Aires: Médica Panamericana.

Schell, B., & Schell, J. (2008). *Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy*. Lippincott Williams & Wilkins.

Schwam, K. (1991). Clinical reasoning and new ideas on intelligence: Implications for teaching and learning. *Am J Occup Ther.* 45(11):1033-1037.

Schweickert, W., Pohlman, M., Pohlman, A., Nigos, C., Pawlik, A., Esbrook, C., ... Kress, J. (2009). Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet*, 373(9), 1874–28782. <https://doi.org/10.1016/S0140>

Sladyk, K., & Sheckley, B. (2001). Clinical reasoning and reflective practice: Implications of fieldwork activities. *Occupational Therapy in Health Care*, 13(1), 11–22.

Stenger, V. (2013, September 27). The rising antiscience. *The Huffington Post*. Recuperado de http://www.huffingtonpost.com/victor-stenger/rising-antiscience-faith_b_3991677.html

Strong, J.; Gilbert, J.; Cassidy, S.; y Bennet, S. (1995). Expert Clinicians' and Students' Views on Clinical Reasoning in Occupational Therapy. *British Journal of Occupational Therapy.* 58(3). <https://doi.org/10.1177/030802269505800309>

Sociedad Chilena de Medicina Intensiva. (19 de Abril de 2019). Obtenido de <https://www.medicina-intensiva.cl/post.php?id=1000274>.

Sudweeks, F., & Rafaeli, S. (1996). How do you get a hundred strangers to agree: Computer mediated communication and collaboration. *Computer networking and scholarship in the 21st century university*, 115-136.

Talavera, M. (2015). Estudio del razonamiento clínico en estudiantes de Terapia Ocupacional. Tesis Doctoral. Universidad Da Caruña.

Talavera, M. (2005). Razonamiento clínico y diagnóstico en Terapia Ocupacional. Madrid: Síntesis.

Taylor, R. (2008). Use of Self in Occupational Therapy: Making Relationships Intentional. *Ergoscience*, 3 (1), 22–31. doi: 10.1055 / s-2007-963767

Taylor, S.; Bogdan, R. (1995). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona, Paidós.

Trombly, C. (1993). Anticipating the future: Assessment of occupational therapy function. *American Journal of Occupational Therapy*, 47(3), 253-257.

Titsworth, W., Hester, J., Correia, T., Reed, R., Guin, P., Archibald, L., Layon, A, & Mocco J. (2012). The effect of increased mobility on morbidity in the neuro intensive care unit. *Journal of Neurosurgery*, 116, 1379–1388.

Unsworth, C. (2001). Case Report—Using a head-mounted video camera to study clinical reasoning. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 582–588.

Unsworth, C. (2001). The clinical reasoning of novice and expert occupational therapists. *Scand J Occup Ther* ; 8: 163–173.

Unsworth, C. (2004). Clinical reasoning: how do pragmatic reasoning, worldview and client-centredness fit? *British Journal of Occupational Therapy*, 67(1), 10–19.

Unsworth, C. (2005). Using a head-mounted video camera to explore current conceptualizations of clinical reasoning in occupational therapy. *American journal of occupational therapy*, 59(1), 31–40.

Unsworth, C., & Baker, A. (2016). A systematic review of professional reasoning literature in occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(1), 5-16. <https://doi.org/10.1177/0308022615599994>.

Unsworth, C., & Baker, A. (2016). A systematic review of professional reasoning literature in occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(1), 5-16. <https://doi.org/10.1177/0308022615599994>

Varguillas Carmona, C. S., & Ribot de Flores, S. (2007). Implicaciones conceptuales y metodológicas en la aplicación de la entrevista en profundidad. *Laurus*, 13(23).

Valiant, J. (2001). *Qualitative research in occupational therapy*. Canada: Delmar. Thomson Learning.

Vera, O. (2010). Dilemas bioéticos en las unidades de cuidados intensivos. *Revista Médica La Paz*, 16(2), 50-57.

Weinreich, M., Herman, J., Dickason, S. & Mayo, H. (2017): Occupational Therapy in the Intensive Care Unit: A Systematic Review, *Occupational Therapy In Health Care*, 3(3): 1-9. DOI: 10.1080/07380577.2017.1340690

World Federation of Occupational Therapists. (1998). *Definitions of Occupational Therapy*. Documenting center. Recuperado a partir de www.wfot.org.

ANEXOS

Anexo I: Formulario de consentimiento informado para Terapeutas Ocupacionales.

Proyecto de Investigación: “Razonamiento Narrativo durante la intervención de Terapia Ocupacional en Unidades de Pacientes Críticos.”

Nombre del Investigador principal: Oscar Ignacio Hernández Lanas, Terapeuta ocupacional.

R.U.T: 17.463.258-8

Institución: Departamento de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Teléfonos: +56 9 462 45 212

Este documento se dirige a: Terapeutas Ocupacionales que se desempeñen en Unidades de Pacientes Críticos en jornada total y/o parcial del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Para informarlo respecto de: Invitación a participar en investigación sobre la influencia que presenta el razonamiento narrativo en la práctica de Terapia Ocupacional en Unidades de Pacientes Críticos.

Este formulario de consentimiento informado tiene como finalidad invitarlo a participar en el proyecto de investigación “Razonamiento Narrativo durante la intervención de Terapia Ocupacional en Unidades de Pacientes Críticos”. Estudio que busca realizar un avance en la comprensión del razonamiento profesional en un contexto emergente de la intervención de Terapia Ocupacional, con el fin de aportar al perfeccionamiento y formación del razonamiento utilizado por los Terapeutas Ocupacional durante su intervención hacia personas que se encuentran internadas en unidades de pacientes críticos.

Esta investigación tiene por objetivo “describir la influencia del razonamiento narrativo (componente del razonamiento profesional) de los/las terapeutas ocupacionales en el proceso de intervención en unidades de paciente críticos”. El estudio incluirá a un número total de cuatro Terapeutas Ocupacionales que se desempeñen en Unidades de Pacientes Críticos en jornada total y/o parcial.

Si Ud. acepta participar, tendrá que permitir realizar una entrevista en profundidad, la cual durará dos sesiones de 60 minutos cada una, las que se realizarán en un lugar, fecha y horario que le resulten cómodos, el que se acordará previamente con el investigador; en caso de no disponer de un lugar se facilitará una sala en la Escuela de Terapia Ocupacional de la Universidad, ubicada en Av. Independencia 1027. Ambas

entrevistas serán registradas mediante grabación de audio para poder recoger toda la información.

Además, se solicitará la inmersión al campo de trabajo clínico del Terapeuta ocupacional participante por 4 semanas; 2 veces a la semana (mañana o tarde 2 horas cada vez), acordadas previamente en fecha y horario con usted y el investigador. Durante las visitas se llevará una grabadora de voz, la cual finalizando la acción se solicitará relataran los hechos (pensamientos sobre la ejecución del plan de tratamiento), para posteriormente ser transcrito, como también una bitácora de notas para llevar registro de las acciones.

Aunque solamente usted será entrevistado/a, considerando que se indagará sobre su quehacer profesional profundamente, se mantendrá en todo momento privacidad de las historias de las personas que interviene, como de su labor realizado. En caso de que se consideren diálogos con otros profesionales o colegas, a estos se le pedirá también su consentimiento para considerar esta información en la investigación.

Su participación en este estudio no implica ningún riesgo físico para usted, puede que a lo largo de las entrevistas y observaciones surjan temas delicados para usted, reflexiones personales sobre su quehacer profesional y de la disciplina, de los que podremos conversar para que reciba asesoría u orientación profesional, si lo requiere. Si Ud. considera que algún tipo de dato o información pueda ser perjudicial para alguien, puede comentarlo al investigador para mantener confidencialidad al respecto.

Además del beneficio que este estudio significará para el progreso del conocimiento y el mejor tratamiento de futuros pacientes y sus familias, su participación en este estudio le permitirá recibir información sobre las estrategias utilizadas para la aplicación del razonamiento narrativo, comprender su significado y analizar experiencias en la articulación del razonamiento profesional, con el fin de mejorar las atenciones entregadas por Terapeutas Ocupacionales en estos ámbitos de intervención y así dar mayor fundamentación a estas prácticas.

Al finalizar la investigación se le hará llegar un documento que contenga un resumen de los resultados de la investigación.

Su participación en este estudio no implica costos para usted. Usted no recibirá ninguna compensación económica por su participación.

Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en estricta confidencialidad, la que incluye el acceso del investigador. La información recolectada será almacenada en formato digital, a la cual sólo tendrá acceso el investigador.

Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima. Si en el futuro sus datos desearan ser usados para

propósitos diferentes a los de este estudio, deberá solicitársele un nuevo consentimiento informado.

Con los resultados de la investigación, se espera poder obtener una descripción de influencia del razonamiento narrativo en el proceso de intervención de Terapia Ocupacional en unidades de pacientes críticos, que apunte a fomentar la atención centrada en las necesidades de los pacientes críticos y que sea coherente con la historia de vida de la persona.

Además de disponer de una identificación clara de estrategias de aplicación del razonamiento narrativo para ser aplicadas por Terapeutas Ocupacionales en este contexto, como también generar conceptualizaciones que aporten a la comprensión del concepto de razonamiento narrativo, que articulen saberes técnico-científicos con saberes narrativos-cotidianos.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento comunicándolo al investigador. De igual manera el investigador podrá determinar su retiro si considera que esa decisión va en su beneficio.

Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado. En caso de duda sobre sus derechos debe comunicarse con el investigador principal. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con: Oscar Hernández Lanas, Investigador, teléfono +56 462 45 212.

En caso de duda sobre sus derechos debe comunicarse con el Presidente del “Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos”, Dr. Manuel Oyarzún G., Teléfono: 2-978.9536, Email: comiteceish@med.uchile.cl, cuya oficina se encuentra ubicada a un costado de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile en Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto **“Razonamiento Narrativo durante la intervención de Terapia Ocupacional en Unidades de Pacientes Críticos.”**

_____ Nombre del Participante Rut.	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre de director de Institución o delegado Art. 11 Ley 20120 Rut.	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre del investigador Rut.	_____ Firma	_____ Fecha

Anexo II: Formulario de consentimiento informado para informantes claves.

Proyecto de Investigación: “Razonamiento Narrativo durante la intervención de Terapia Ocupacional en Unidades de Pacientes Críticos.”

Nombre del Investigador principal: Oscar Ignacio Hernández Lanas, Terapeuta ocupacional.

R.U.T: 17.463.258-8

Institución: Departamento de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Teléfonos: +569 462 45 212

Este documento se dirige a: Profesionales del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, que se desempeñen en Unidades de Paciente Críticos y se relacionen con la labor de Terapeutas Ocupacionales al interior de estas unidades.

Para informarlo respecto de: Le estamos invitando como informante en una investigación sobre la influencia del Razonamiento Narrativo durante la intervención de Terapia Ocupacional en Unidades de Pacientes Críticos. Estudio que busca realizar un avance en la comprensión del razonamiento profesional en un contexto emergente de la intervención de Terapia Ocupacional, con el fin de aportar al perfeccionamiento y formación del razonamiento utilizado por los Terapeutas Ocupacional durante su intervención hacia personas que se encuentran internas en unidades de pacientes críticos.

Objetivos: Esta investigación tiene por objetivo describir la influencia del razonamiento narrativo (componente del razonamiento profesional) de los/las terapeutas ocupacionales en el proceso de intervención en unidades de paciente críticos”. El estudio incluirá a un número total de tres Terapeutas Ocupacionales que se desempeñen en Unidades de Pacientes Críticos.

Actividades: Si usted acepta participar como informante, se considera sus opiniones y conversaciones con los Terapeutas Ocupacionales durante la intervención que efectúan al interior de la Unidad de Paciente Crítico del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Riesgos: Su participación en este estudio no implica ningún riesgo físico para usted, puede que a lo largo de las entrevistas y observaciones surjan temas delicados para usted, reflexiones personales sobre su quehacer profesional y de otras disciplinas, de los que podremos conversar para que reciba asesoría u orientación profesional, si lo requiere. Si Ud. considera que algún tipo de dato o información pueda ser perjudicial para alguien, puede comentarlo al investigador para mantener confidencialidad al respecto.

Costos: La participación en las actividades de investigación no tiene costos para Usted.

Beneficios: Al finalizar su participación en esta investigación, la Escuela de Terapia Ocupacional de la Universidad de Chile le entregara un certificado por su colaboración. Además, esta investigación mejorará el conocimiento y la forma de estructurar el razonamiento profesional de futuros Terapeutas Ocupacionales.

Alternativas: Si Usted decide no participar en esta investigación, esto no tendrá consecuencias negativas para Usted.

Compensación: Usted no recibirá ningún pago por su participación en el estudio.

Confidencialidad: Toda la información sobre su participación en esta investigación será guardada en forma de estricta confidencialidad. Esta información sólo será conocida por los investigadores. Cualquier publicación de los resultados de la investigación será completamente anónima.

Toda la información será guardada en un estante con llave en la oficina del Investigador principal (Facultad de Medicina, Universidad de Chile). Se reemplazará el nombre de las personas por un número y este solo será conocido por los investigadores.

Usos potenciales de los resultados de la investigación:

- Formación de profesionales.
- Desarrollo de técnicas de intervención de Terapia Ocupacional.

Voluntariedad: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento. Si se desea retirar, tiene que hablar con el investigador.

Derechos del informante: Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con:

Nombre del Investigador principal: Oscar Ignacio Hernández Lanas, Terapeuta ocupacional.

Teléfonos: 9 462 45 212

Otros Derechos del participante: En caso de duda sobre sus derechos debe comunicarse con el Presidente del “Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos”, Dr. Manuel Oyarzun G., Teléfono 22978 9536, email: comiteceish@med.uchile, cuya oficina se encuentra ubicada a un costado de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile en Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

Conclusión:

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar como informante en el proyecto “Razonamiento Narrativo durante la intervención de Terapia Ocupacional en Unidades de Pacientes Críticos.”

_____ Nombre del Participante Rut.	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre de director de Institución o delegado Art. 11 Ley 20120 Rut.	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre del investigador Rut.	_____ Firma	_____ Fecha

Anexo III: Formulario de consentimiento informado para pacientes en lectura fácil.

Proyecto de Investigación: “Razonamiento Narrativo durante la intervención de Terapia Ocupacional en Unidades de Pacientes Críticos.”

Nombre del Investigador principal: Oscar Ignacio Hernández Lanás, Terapeuta ocupacional.

R.U.T: 17.463.258-8

Institución: Departamento de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Teléfonos: +56 9 462 45 212

Este documento se dirige a: Pacientes inmersos en Unidades de Paciente Críticos, que son atendidos por Terapeutas Ocupacionales del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Para informarlo respecto de: Invitación a participar en investigación sobre la influencia que presenta el razonamiento narrativo en la práctica de Terapia Ocupacional en Unidades de Pacientes Críticos.

Estimado/a
Presente

Te estamos invitando a participar de una investigación acerca la influencia que tiene la narrativa (historia de vida y relatos de tu experiencia) en la toma de decisiones de los Terapeutas Ocupacionales encargados de tu rehabilitación. Quienes investigamos, vamos a participar en las sesiones de Terapia Ocupacional, observando tu tratamiento y escuchando las historias que construyen en conjunto a tu Terapeuta ocupacional tratante.

Queremos que nos cuentes si quieres o no participar del proyecto de investigación sobre la toma de decisiones de los Terapeutas Ocupacionales que trabajan en Unidades de

Paciente Críticos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

“Puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo”

Puedo retirarme cuando quiera.

Entiendo de qué trata la investigación y que van a hacer.

Me han respondido las preguntas y puedo hacer más preguntas si las tengo.

Entiendo que cualquier cambio se discutirá conmigo

Acepto participar en la investigación.

Nombre del Participante
Rut.

Firma y/o Huella Dactilar

Fecha

Nombre del Testigo
Rut.

Firma

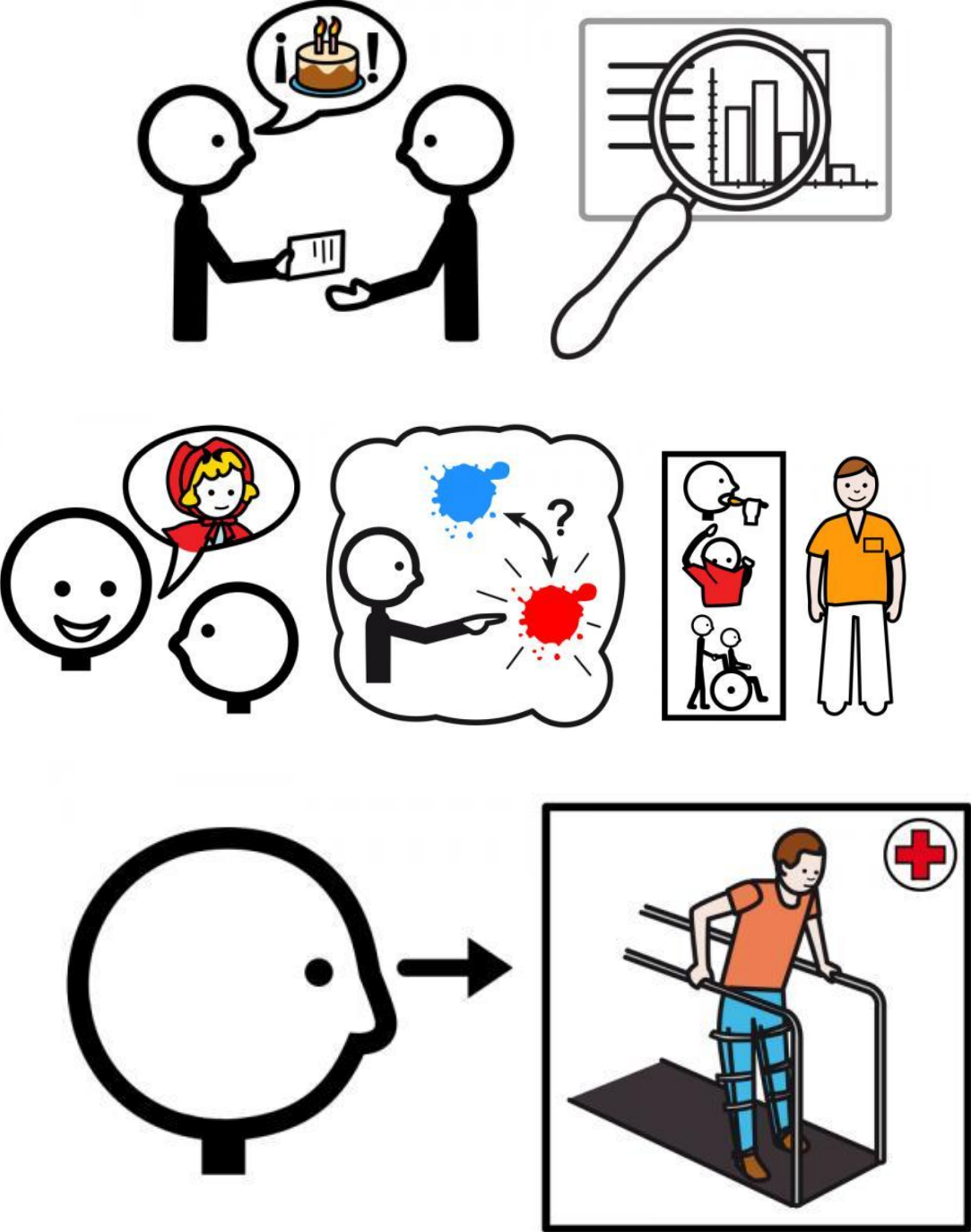
Fecha

Nombre del investigador
Rut.

Firma

Fecha

Pictogramas de apoyo, para la obtención del consentimiento informado.



He sido testigo de la lectura exacta del documento de asentimiento del participante potencial y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que ha dado su asentimiento libremente.

Nombre del testigo: _____

Firma del Testigo: _____

Fecha: _____

Copia dada al participante: _____

El representante legal ha firmado un consentimiento Informado SI _____ NO _____

Anexo IV: Formulario de consentimiento informado para representante legal, familiares o persona allegada significativa para el paciente.

Proyecto de Investigación: “Razonamiento Narrativo durante la intervención de Terapia Ocupacional en Unidades de Pacientes Críticos.”

Nombre del Investigador principal: Oscar Ignacio Hernández Lanas, Terapeuta ocupacional.

R.U.T: 17.463.258-8

Institución: Departamento de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Teléfonos: 9 462 45 212

El presente consentimiento será explicado y leído en presencia del representante legal del participante del proyecto.

Invitación a participar: Estamos invitando a participar a su familiar, de una investigación acerca la influencia que tiene la narrativa (historia de vida y relatos de tu experiencia) en la toma de decisiones de los Terapeutas Ocupacionales encargados de tu rehabilitación. Quienes investigamos, vamos a participar en las sesiones de Terapia Ocupacional, observando tu tratamiento y escuchando las historias que construyen en conjunto a tu Terapeuta tratante.

Objetivos: Esta investigación tiene por objetivo describir la influencia del razonamiento narrativo (componente del razonamiento profesional) de los/las terapeutas ocupacionales en el proceso de intervención en unidades de paciente críticos”. El estudio incluirá a un número total de tres Terapeutas Ocupacionales que se desempeñen en Unidades de Pacientes Críticos en jornada total y/o parcial, considerando su relación que establecen con los pacientes que cursan rehabilitación en estas unidades.

Actividades: Si Ud. acepta la participación de su familiar, su familiar será observado durante su sesión de rehabilitación por Terapia Ocupacional, la cual se acordará previamente con el equipo tratante y con usted.

Riesgos: Su participación en este estudio no implica ningún riesgo físico, en caso de que exista alguna complicación médica o ética, se suspenderá la observación y se abandonará el espacio de rehabilitación, dejando que se activen los protocolos pertinentes por el equipo médico tratante. Se solicitará un asentimiento a su familiar para la inclusión en estudio. Solo se considera la información del proceso de relación entre Terapeuta ocupacional y su familiar. Si Ud. considera que algún tipo de dato o información pueda ser perjudicial para alguien, puede comentarlo al investigador para mantener confidencialidad al respecto.

Costos: La participación en las actividades de investigación no tiene costos para Usted.

Beneficios: Esta investigación mejorará el conocimiento y la forma de estructurar el razonamiento profesional de futuros Terapeutas Ocupacionales, los cuales podrán generar mejores dinámicas de atención en este contexto de intervención.

Alternativas: Si Usted decide no participar en esta investigación, esto no tendrá consecuencias negativas para Usted.

Compensación: Usted no recibirá ningún pago por su participación en el estudio.

Confidencialidad: Toda la información sobre su participación en esta investigación será guardada en forma de estricta confidencialidad. Esta información sólo será conocida por los investigadores. Cualquier publicación de los resultados de la investigación será completamente anónima.

Toda la información será guardada en un estante con llave en la oficina del Investigador principal (Facultad de Medicina, Universidad de Chile). Se reemplazará el nombre de las personas por un número y este solo será conocido por los investigadores.

Usos potenciales de los resultados de la investigación:

- Formación de profesionales.
- Desarrollo de técnicas de intervención de Terapia Ocupacional.

Voluntariedad: La participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento. Si se desea retirar, tiene que hablar con el investigador.

Derechos del informante: Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con:

Nombre del Investigador principal: Oscar Ignacio Hernández Lanas, Terapeuta ocupacional.

Teléfonos: 9 462 45 212

Otros Derechos del participante: En caso de duda sobre sus derechos debe comunicarse con el Presidente del "Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos", Dr. Manuel Oyarzun G., Teléfono 22978 9536, email: comiteceish@med.uchile, cuya oficina se encuentra ubicada a un costado de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile en Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

Conclusión:

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para que mi familiar pueda participar como informante en el proyecto “Razonamiento Narrativo durante la intervención de Terapia Ocupacional en Unidades de Pacientes Críticos.”

_____ Nombre del Participante Rut.	.	_____ Fecha
_____ Nombre del representante legal, familiar o allegado Rut	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre de Director de Institución o Delegado Art. 11 Ley 20120 Rut.	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre del investigador Rut.	_____ Firma	_____ Fecha

Anexo V: Pauta de observación participante

El supuesto del presente estudio es:

“La utilización del razonamiento narrativo influye en el proceso de intervención de pacientes críticos, permitiendo entregar una atención centrada en las necesidades de la persona y coherente a su historia de vida.”

Objetivos Generales

1. Describir la influencia del razonamiento narrativo de los/las terapeutas ocupacionales en el proceso de intervención en unidades de paciente críticos.

Objetivos Específicos

1. Identificar las estrategias de aplicación del razonamiento narrativo en la intervención de Terapia Ocupacional en unidades de paciente críticos.
2. Comprender los significados que impregna el/la terapeuta ocupacional al razonamiento narrativo en su intervención en unidades de paciente críticos.
3. Analizar experiencias que articulan el razonamiento científico (saber técnico-científico) con el razonamiento narrativo (saber narrativo-cotidiano) en la intervención de Terapia Ocupacional en unidades de paciente críticos.

Método:

Se solicitará la inmersión al campo de trabajo clínico del Terapeuta ocupacional participante por 4 semanas; 2 veces a la semana (mañana o tarde 2 horas cada vez), acordadas previamente en fecha y horario con el participante y el investigador. Durante las visitas se llevará una grabadora de voz, la cual finalizando la acción se solicitará relataran los hechos (pensamientos sobre la ejecución del plan de tratamiento), para posteriormente ser transcrito, como también una bitácora de notas para llevar registro de las acciones.

Aunque solamente usted será entrevistado/a y considerando que se indagará sobre su quehacer profesional profundamente, se mantendrá en todo momento privacidad de las historias de las personas que interviene, como de su labor realizado. En caso de que se

consideren diálogos con otros profesionales o colegas, a estos se le pedirá también su consentimiento para considerar esta información en la investigación

Se espera acceder al contexto de atención directa de los/las terapeutas ocupacionales como a espacio de conversación con otros profesionales.

La finalidad de este proceso es observar los eventos que ocurren en el ambiente (desde los más ordinarios hasta cualquier suceso inusual o importante). Aspectos explícitos e implícitos, sin imponer puntos de vista y tratando, en la medida de lo posible, de evitar el desconcierto o interrupción de actividades de las personas en el contexto. Para este último punto se solicitará al Terapeuta ocupacional participante, que considere al investigador como un nuevo estudiante en inducción al área de especialidad, dándole un rol al interior de la dinámica cotidiana.

También se espera recabar datos sobre los conceptos, lenguaje y maneras de expresión, historias y relaciones de los participantes, como reflexionar acerca de las vivencias, que también son una fuente de datos que aportan a este estudio.

Este estudio está interesado en describir la influencia del razonamiento narrativo a los Terapeutas Ocupacionales durante su intervención en unidades de paciente críticos. Como ambiente de estudio se llevará a cabo en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, por ser el hospital pionero en implementar y sistematizar la práctica de Terapeutas Ocupacionales en Unidades de Pacientes Críticos, además que su equipo imparte un curso de formación en esta área para Terapeutas Ocupacionales.

Se espera como la inmersión inicial observar cómo se organiza el equipo de Terapia Ocupacional y en qué ambiente tiene lugar sus acciones (qué tan grande es, cómo es su distribución, cómo son los pabellones, las salas de hospitalización, las estancias, la cafetería o restaurante y demás espacios; su estructura organizacional: jerarquías, niveles de puestos; su ambiente social: grupos y subgrupos, patrones de relación, autonomía de los profesionales, quiénes son los líderes, costumbres, hospitalidad, servicio al paciente, etc.).

Sera necesario entender todo lo que rodea a la atención de Terapia Ocupacional en dichas unidades. Posteriormente, la observación se centraría en la interacción Terapeuta ocupacional-Paciente. Como resultado de las observaciones en la inmersión inicial y total, elegiríamos ciertos Terapeutas Ocupacionales y eventos de intervención, permitiendo que las observaciones apunten hasta llegar las unidades vinculadas con el planteamiento inicial.

Objetivos/Dimensiones /Temas

Objetivos	Dimensiones	Temas a observar
Identificar las estrategias de aplicación del razonamiento narrativo en la intervención de Terapia Ocupacional en unidades de paciente críticos.	Estrategias de aplicación del Razonamiento Narrativo	Patrón de relación con el usuario Dinámicas de Comunicación. Contenido de las conversaciones. Actividades seleccionadas.
	Intervención de Terapia Ocupacional	Organización del equipo Grupos y subgrupos Soportes Vitales Monitores Técnicas de Intervención. Relación Terapéutica Organización del plan de intervención. Contenido de las conversaciones. Objetos del paciente utilizados en la intervención. Implementos utilizados. Pautas de evaluación.
Comprender los significados que impregna el/la terapeuta ocupacional al razonamiento narrativo en su intervención en unidades de paciente críticos	Significado al uso del razonamiento Narrativo	Conceptos, lenguaje y maneras de expresión, historias y relaciones de los participantes, vivencias.
Analizar experiencias que articulan el razonamiento científico (saber técnico-científico) con el razonamiento narrativo (saber narrativo-cotidiano) en la intervención de Terapia Ocupacional en unidades de paciente críticos	Experiencias razonamiento científico (saber técnico-científico)	Fundamento de intervención expuesto a terceros. Escritura en Fichas.
	Experiencias de razonamiento narrativo (saber narrativo-cotidiano)	Relato de Historias expuesto a terceros. Anécdotas y vivencias

Anexo VI: Formato de transcripción de observaciones iniciales

Episodio o situación:

Fecha:

Hora:

Participantes:

Lugar:

Resumen	Anotaciones Directas (descriptivas)	Anotaciones Interpretativas.	Temática

¿Qué significa esto que observé?, ¿qué me dice en el marco del estudio?, ¿cómo se relaciona con el planteamiento?, ¿qué ocurre o sucedió?, ¿por qué?

Anexo VII: Pauta de Entrevista en Profundidad

El supuesto del presente estudio es:

“La utilización del razonamiento narrativo influye en el proceso de intervención de pacientes críticos, permitiendo entregar una atención centrada en las necesidades de la persona y coherente a su historia de vida.”

Objetivos Generales

1. Describir la influencia del razonamiento narrativo de los/las terapeutas ocupacionales en el proceso de intervención en unidades de paciente críticos.

Objetivos Específicos

1. Identificar las estrategias de aplicación del razonamiento narrativo en la intervención de Terapia Ocupacional en unidades de paciente críticos.
2. Comprender los significados que impregna el/la terapeuta ocupacional al razonamiento narrativo en su intervención en unidades de paciente críticos.
3. Analizar experiencias que articulan el razonamiento científico (saber técnico-científico) con el razonamiento narrativo (saber narrativo-cotidiano) en la intervención de Terapia Ocupacional en unidades de paciente críticos.

Instrucciones:

Estimado Participante:

Esta entrevista está dirigida a Terapeutas Ocupacionales que se desempeñen en unidades de pacientes críticos en jornada total y/o parcial del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, la cual tiene como propósito indagar sobre el razonamiento narrativo durante la intervención de Terapia Ocupacional en Unidades de Pacientes Críticos.

Toda la información derivada de la participación en este estudio será confidencial y cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima.

Es importante señalar que se resguardará el anonimato de toda persona que sea entrevistada, así como de a quienes nombre, sean lugares, personas y/o instituciones, los que serán reemplazados por códigos de manera consistente. Por ejemplo, el nombre "Ignacio C". será siempre reemplazado por integrante 1, en las transcripciones de este material.

Cada persona que acceda a realizar la entrevista tendrá conocimiento de esta pauta y dará el consentimiento para su realización.

Características de la entrevista

Si Ud. acepta participar, tendrá que permitir realizar una entrevista en profundidad, la cual durara dos sesiones de 60 minutos cada una, las que se realizarán en un lugar, fecha y horario que le resulten cómodos, el que se acordará previamente con el investigador; en caso de no disponer de un lugar se facilitada una sala en la Escuela de Terapia Ocupacional de la Universidad, ubicada en Av. Independencia 1027. Ambas entrevistas serán registradas mediante grabación de audio para poder recoger toda la información.

Se recuerda que todo dato entregado será confidencial y usted puede detener la entrevista de manera voluntaria si lo desea.

Antecedentes

Fecha:

Hora:

Lugar:

Entrevistador:

Entrevistado(a):

Edad:

Género:

Puesto:

Contacto:

Descripción del participante:

¿Hace cuánto tiempo que está vinculado a la atención con pacientes críticos?

¿Qué conoces sobre la historia de la integración de Terapeutas Ocupacionales en Unidades de paciente Críticos?

¿Qué formaciones tiene usted para realizar su labor en esta área?

¿Cuál es el perfil de los usuarios que te toca atender?

Guía de Preguntas

OBJETIVO ESPECIFICO	PREGUNTAS AL TERAPEUTA OCUPACIONAL
Identificar las estrategias de aplicación del razonamiento narrativo en la intervención de Terapia Ocupacional en unidades de paciente críticos.	<ol style="list-style-type: none">1. Cuéntame ¿Cómo estructuras el proceso de intervención de Terapia Ocupacional en una unidad de paciente críticos?2. ¿Qué elementos han favorecido para que puedas realizar intervención en un contexto así? Me puedes dar un ejemplo.3. ¿Qué elementos han dificultado que puedas realizar la intervención en un contexto así? Me puedes dar un ejemplo.

	<ol style="list-style-type: none">4. ¿Qué estrategias utilizas para comprender la experiencia de enfermedad de un paciente crítico? Me puedes dar un ejemplo.5. ¿Cómo recopilas información de la historia ocupacional de las personas que atiendes?6. ¿Qué te pasa cuando estas personas no logran la comunicación verbal, como resuelves esta problemática?7. ¿Qué elementos son claves en la intervención en UPC desde tu punto de vista, que debiese conocer una profesional de Terapia Ocupacional que se inicia en este ámbito?8. ¿Qué valor le das a las narrativas del paciente en tu intervención?9. ¿Crees que la narrativa de la persona tiene importancia en este contexto? ¿De qué manera?10. Me podrías ejemplificar con un caso difícil en el cual una persona no logra comunicarse, ¿cómo obtienes su perfil ocupacional?11. Me podrías ejemplificar con un caso. ¿Cuáles son los elementos que facilitan la intervención de Terapia Ocupacional en UPC12. ¿Cómo promueves la relación entre Terapeuta-Paciente? ¿Es posible hacerlo si esta intervenido con diálisis, ventilación mecánica u otros procedimientos?13. ¿Qué ocupaciones son las más afectadas al estar sometido a sistemas de soportes?14. ¿Cómo defines qué ocupaciones son significativas para esta persona y útiles para cubrir los objetivos terapéuticos?
--	--

<p>Comprender los significados que impregna el/la terapeuta ocupacional al razonamiento narrativo en su intervención en unidades de paciente críticos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo crees que la Terapia Ocupacional aporta en la construcción de eventos significativos a la historia de una persona con enfermedad crítica? 2. ¿Qué elementos son los que hacen, desde tu punto de vista, una Terapia Ocupacional centrada en las necesidades y características de la persona? 3. ¿Crees que la historia de la persona permite delinear objetivos de terapia? ¿Alguna vez has planteado nuevas posibilidades de desempeño a las personas que atiendes, es decir proyectando su desempeño al salir de la UPC? 4. Durante tus intervenciones ¿tus pacientes te cuentan historias de su vida? De qué manera. Puedes darme un ejemplo. 5. ¿Cómo utilizas las narrativas, es decir los relatos de tus pacientes durante la intervención? 6. ¿Cómo determinas el impacto de la historia vital de la persona o su capacidad para continuar su historia vital posterior a pasar por UPC? 7. De qué manera la historial ocupacional de las personas se integra al tratamiento en UPC y cómo es proyectada para su posterior integración/inclusión en su vida cotidiana
<p>Analizar experiencias que articulan el razonamiento científico (saber técnico-científico) con el razonamiento narrativo (saber narrativo-cotidiano) en la intervención de Terapia</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿En base a que planteas las actividades para cada paciente? 2.- ¿Qué elementos consideras ejes para planificar tu intervención de Terapia Ocupacional en UPC? 3. ¿Cómo integras la historia de vida del paciente a tu intervención?

<p>Ocupacional en unidades de paciente críticos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 4. En tu experiencia, como se integran, los razonamientos científicos y narrativos 5. Me podrías relatar un caso que haya sido exitoso como Terapeuta ocupacional durante tu trabajo en UPC 6. Me podrías relatar un caso que la Terapia Ocupacional no haya podido aportar ¿¿Qué elementos influyeron que no haya sido posible ser exitosa? 7. ¿Alguna vez, has notado como se modifica el ámbito cotidiano cuando se está en la lucha de un proceso de enfermedad crítica? 8. ¿Has considerado lo que significa para una persona en estado crítico, su vida cotidiana, dentro de la unidad? 9. Me podrías describir que cosas observas que le dan importancia tus pacientes en su rutina diaria. 10. ¿Has identificado elementos u objetos que conecten a las personas en estado crítico con su vida y significados? ¿Cuáles? ¿Los consideras en tu intervención? 11. En algún caso has comentado con el paciente, sus posibilidades a futuro. ¿Cómo estableciste ese proceso? 12. ¿Como consideras los deseos de tus pacientes? ¿cuáles han sido tus posibilidades y los límites? ¿cómo lograr ejecutar estos deseos en el contexto diario?
--	---

Finalización: Se agradece su participación en la entrevista y se le recuerda que todo dato aportado se mantendrá de forma confidencial. Además, se agradecería contar con su participación nuevamente en el futuro, si la investigación lo requiriese.

Anexo VIII. Centro donde se realiza el estudio de investigación.

Unidad de Paciente Crítico.

Unidad de Terapia Ocupacional.

Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Santos Dumont 999, Independencia, Región Metropolitana.

Anexo IX. Informe favorable del Comité de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.



UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO

(Documento en versión 1 corregida 15.01.2018)

FECHA: 23 de Octubre de 2018.

PROYECTO: "RAZONAMIENTO NARRATIVO DURANTE LA INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN UNIDADES DE PACIENTES CRÍTICOS."

INVESTIGADOR RESPONSABLE: (TESISTA) SR. OSCAR HERNÁNDEZ LANAS

INSTITUCIÓN: DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CHILE. (TUTORA PROF. PAMELA GUTIÉRREZ MONCLUS)

Con fecha 23 de Octubre de 2018, el proyecto ha sido analizado a la luz de los postulados de la Declaración de Helsinki, de la Guía Internacional de Ética para la Investigación Biomédica que involucra sujetos humanos CIOMS 2016, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996.

Sobre la base de la información proporcionada en el texto del proyecto el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, estima que el estudio propuesto está bien justificado y que no significa para los sujetos involucrados riesgos físicos, psíquicos o sociales mayores que mínimos.

En virtud de las consideraciones anteriores el Comité otorga la aprobación ética para la realización del estudio propuesto, dentro de las especificaciones del protocolo.

Este comité también analizó y aprobó el correspondiente documento de Consentimiento Informado en su versión modificada de fecha 17 de Agosto de 2018. Además se toma conocimiento de carta de Director del Establecimiento o custodio de la base de datos o carta de compromiso del Investigador responsable de fecha 22 de Junio de 2018.

Se extiende este documento por el periodo de...**2.. años** a contar desde la fecha de aprobación prorrogable según informe de avance y seguimiento bioético.

LUGAR DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO

- DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA, HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Teléfono: 29789536 - Email: comiteceish@med.uchile.cl



23 OCT 2018




UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES

**INTEGRANTES DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
EN SERES HUMANOS**

NOMBRE	CARGO	RELACIÓN CON LA INSTITUCIÓN
Dr. Manuel Oyarzún G.	Presidente	Sí
Dr. Hugo Amigo C.	Vicepresidente	Sí
Dra. Lucía Cifuentes O.	Miembro	Sí
Dra. Grisel Orellana V.	Miembro	Sí
Dra. María Ángela Delucchi B.	Miembro	Sí
Dr. Miguel O'Ryan G.	Miembro	Sí
Sra. Claudia Marshall F.	Miembro	No
Dra. Julieta Gonzalez B.	Miembro	Sí
Prof. ^a María Luz Bascuñán R.	Miembro	Sí

Santiago, 23 de Octubre de 2018.


UNIVERSIDAD DE CHILE
COMITÉ DE ÉTICA
PARA INVESTIGACIONES
EN SERES HUMANOS
Dra. Lucia Cifuentes Ovalle
Vicepresidente (Subrogante) CEISH

Proyecto Nº 089-2018
Archivo Acta nº 097

Teléfono: 29789536 - Email: comiteceish@med.uchile.cl



Anexo X. Informe favorable del Comité Académico del Programa de Magister en Ocupación y Terapia Ocupacional, Escuela de Posgrado, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.



Santiago, 27 de Junio de 2018

Sr. Oscar Ignacio Hernández Lanas
Alumno Magister en Ocupación y Terapia Ocupacional
Presente


Estimado Sr. Hernández:

Comunico a Ud. que el Proyecto de Tesis Versión Corregida:


"Razonamiento Narrativo durante la intervención de Terapia Ocupacional en Unidades de Pacientes Críticos."

bajo la dirección de la Prof. Pamela Gutiérrez, ha sido **APROBADO** por la Comisión Revisora integrada por las profesoras Erna Navarrete, Constanza Briceño y Silvana Castillo. Por lo tanto, Ud. deberá presentar la primera semana de septiembre un Primer Informe de Avance de Tesis.

Saluda atentamente a usted,



DR. ENRIQUE CASTELLÓN V.
Subdirector de Grados Académicos



Adj. – Informes Comisión Revisora.

ECV/dvf

Anexo XI. Carta de Autorización para llevar a cabo Investigación en Unidad de Pacientes Críticos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Santiago, 23 de Julio de 2018

Dr. Manuel Oyarzún Gómez
Presidente Comité de Ética
Facultad de Medicina
Universidad de Chile

Presente

Junto con saludarle, la presente tiene por objeto otorgar el patrocinio institucional al proyecto de investigación titulado "**Razonamiento Narrativo durante la intervención de Terapia Ocupacional en Unidades de Pacientes Críticos**", cuyo investigador principal es el T.O Oscar Hernández Lanas, estudiante del Magister en Ocupación y Terapia Ocupacional dictado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

El objetivo general de dicha propuesta es describir la influencia del razonamiento narrativo de los/las terapeutas ocupacionales en el proceso de intervención en unidades de paciente críticos.

Sus objetivos específicos son:

1. Identificar las estrategias de aplicación del razonamiento narrativo en la intervención de Terapia Ocupacional en unidades de paciente críticos.
2. Comprender los significados que impregna el/la terapeuta ocupacional al razonamiento narrativo en su intervención en unidades de paciente críticos.
3. Analizar experiencias que articulan el razonamiento científico (saber técnico-científico) con el razonamiento narrativo (saber narrativo-cotidiano) en la intervención de Terapia Ocupacional en unidades de paciente críticos.

Considerando las fortalezas y factibilidad de la propuesta, se autoriza a Oscar Hernández Lanas, a desarrollar el estudio en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, el cual plantea realizar un diseño etnográfico, con una muestra intencionada de terapeutas ocupacionales que se desempeñen en la unidad de pacientes críticos del Hospital. Se solicita recopilar información a través de entrevistas en profundidad a los participantes, observación participante y análisis de documentación escrita

Sin otro particular, le saluda atentamente a usted.



Dr. Rodrigo Cornejo Rosas
Jefe Unidad de Pacientes Críticos

Anexo XII. Carta de Autorización para llevar a cabo Investigación en Unidad de Terapia Ocupacional del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Santiago, 09 de Agosto de 2018

Dr. Manuel Oyarzún Gómez
Presidente Comité de Ética
Facultad de Medicina
Universidad de Chile

Presente

Junto con saludarle, la presente tiene por objeto otorgar el patrocinio institucional al proyecto de investigación titulado "**Razonamiento Narrativo durante la intervención de Terapia Ocupacional en Unidades de Pacientes Críticos**", cuyo investigador principal es el T.O Oscar Hernández Lanás, estudiante del Magister en Ocupación y Terapia Ocupacional dictado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

El objetivo general de dicha propuesta es describir la influencia del razonamiento narrativo de los/las terapeutas ocupacionales en el proceso de intervención en unidades de paciente críticos.

Sus objetivos específicos son:

1. Identificar las estrategias de aplicación del razonamiento narrativo en la intervención de Terapia Ocupacional en unidades de paciente críticos.
2. Comprender los significados que impregna el/la terapeuta ocupacional al razonamiento narrativo en su intervención en unidades de paciente críticos.
3. Analizar experiencias que articulan el razonamiento científico (saber técnico-científico) con el razonamiento narrativo (saber narrativo-cotidiano) en la intervención de Terapia Ocupacional en unidades de paciente críticos.

Considerando las fortalezas y factibilidad de la propuesta, se autoriza a Oscar Hernández Lanás, a desarrollar el estudio en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, el cual plantea realizar un diseño etnográfico, con una muestra intencionada de terapeutas ocupacionales que se desempeñen en la unidad de pacientes críticos del Hospital. Se solicita recopilar información a través de entrevistas en profundidad a los participantes, observación participante y análisis de documentación escrita

Sin otro particular, le saluda atentamente a usted.



Dra. Loreto Vergara B.
Jefa Medicina Física y Rehabilitación