



Facultad de Ciencias de la Rehabilitación
Escuela de Terapia Ocupacional

Terapia Ocupacional y equipos de salud: Experiencias en Unidades de Cuidados Intensivos de la Quinta región

Seminario de Investigación para optar al título de Terapeuta Ocupacional

Autoras

Paola Belén Calderón Aguirre
Carolina Angélica Romero Espinoza
Nicole Marianela Rozas Rojas
Marcela Alejandra Solís Solís

Guía temática

Mg. © Caroline Landeros Díaz

Guía Metodológica

Dra. Victoria Gálvez Méndez

Viña del Mar, Chile

2019

AGRADECIMIENTOS

Para lograr crear y desarrollar esta investigación, además de poner tiempo, compromiso, dedicación y mucho esfuerzo como equipo, también fue indispensable el apoyo constante de algunas personas. Es por eso, que nuestros agradecimientos van dirigidos a todos/as quienes fueron parte de este momento tan importante en nuestro universitario.

En primera instancia, agradecemos el apoyo incondicional a cada una de nuestras familias, amigos/as, parejas, cercanos/as y mascotas, quienes desde el primer día creyeron en nuestras capacidades y en que este trabajo cumpliría sus objetivos. Gracias por su constante apoyo, sobre todo en los momentos de inmensa frustración.

En segundo lugar, esta investigación no se hubiese podido desarrollar sin la disposición, confianza, entrega de experiencias y guía de cada profesional que de alguna manera fue parte de este proceso, quienes a través de sus relatos y vivencias fueron capaces de aclarar todas nuestras dudas y de entregarnos la máxima información posible para desarrollar este proceso.

Y finalmente, agradecer a cada una de nosotras el apoyo mutuo, quienes a pesar de las adversidades que se presentaron en el camino, en cada una de nuestras vidas, supimos sacar adelante esta investigación y complementarnos de tal manera que siempre estuvo la una para otra, pudiendo dar así, la finalización de este gran proceso.

“Para empezar un gran proyecto, hace falta valentía,
pero para finalizarlo hace falta perseverancia”

TABLA DE CONTENIDOS

Portada.....	1
Agradecimientos.....	2
Tabla de contenidos.....	3
Resumen.....	5
Abstract.....	6
Introducción.....	7
Capítulo I: Problematización.....	10
I.1 Formulación y delimitación del problema de investigación.....	10
I.2 Originalidad y relevancia.....	11
I.3 Pregunta de investigación.....	12
I.4 Objetivo general.....	12
I.5 Objetivos específicos.....	12
Capítulo II: Marco teórico.....	14
II.1 Salud y Derechos Humanos, un desafío a nivel nacional.....	14
II.2 Bases del sistema de salud en Chile.....	17
II.3 Equipos de salud en Unidad de Cuidados Intensivos: aportes desde la interdisciplinariedad.....	18
II.4 Paciente crítico y Terapia Ocupacional en Unidad de Cuidados Intensivos.....	20
II.5 Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.....	21
Capítulo III: Marco metodológico.....	23
III.1 Diseño de la investigación.....	23

III.2 Paradigma de la investigación.....	23
III.3 Enfoque de la investigación	24
III.4 Marco muestral.....	24
III.5 Recogida de información.....	25
III.6 Análisis de información.....	26
III.7 Resguardo bioético.....	27
Capítulo IV: Análisis de información.....	29
IV.1 Fase 1: Preanálisis categorial.....	29
IV.1.a Establecimiento de categorías y subcategorías apriorísticas.....	29
IV.1.b Cuadro de codificación	30
IV.2 Fase 2: Focalización.....	31
IV.2.a Categorías emergentes.....	31
IV.2.b Operacionalización de categorías y subcategorías apriorísticas....	31
IV.2.c Selección de unidades de registro de subcategorías apriorísticas.....	35
IV.3 Fase 3: Análisis de contenido de discurso categorial.....	46
Capítulo V: Conclusiones.....	63
Referencias bibliográficas.....	68
Anexos.....	72

RESUMEN

El presente seminario de investigación tiene como objetivo general interpretar los relatos de las y los profesionales pertenecientes a la Unidad de Cuidados Intensivos del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota en relación con la inclusión o exclusión de Terapeutas Ocupacionales y los fundamentos del discurso oficial de la Organización Mundial de la Salud. Para dar respuesta a este objetivo y producir la información necesaria para la investigación, se utilizó la entrevista semiestructurada en profundidad dirigida a tres profesionales de la salud que hayan tenido la experiencia de trabajar junto a terapeutas ocupacionales en alguna Unidad de Cuidados Intensivos del Servicio de Salud de Viña del Mar - Quillota. Para el análisis de esta información, se realizó un análisis de contenido de discurso categorial, todo lo anteriormente mencionado se situó bajo los lineamientos del paradigma de la complejidad y desde un enfoque hermenéutico el cual permitió recoger significados nacidos desde estas experiencias de los/as entrevistados/as para su posterior interpretación por parte de las investigadoras, triangulando estas dos perspectivas con la información recabada en el marco teórico.

En cuanto a los resultados de la investigación, se evidenció en primer lugar que la valoración que se tiene de la Terapia Ocupacional en la UCI por parte de los/as entrevistados/as es de tipo reduccionista, en donde se destaca principalmente la intervención en el ámbito de la rehabilitación física, específicamente en la confección de ortesis y en menor grado en el ámbito cognitivo, dejando fuera otras áreas en las cuales se podría desempeñar un terapeuta ocupacional. Además, se identificó que existe un desconocimiento de la disciplina de Terapia Ocupacional, lo cual también influye en lo mencionado con anterioridad. En segundo lugar, se reconoció una jerarquización impuesta dentro de los equipos de salud en las UCI, con respecto a los profesionales que se desempeñan como parte de este, siendo los/as médicos quienes lideran esta estructura y quienes toman la última decisión. Finalmente, se evidencia que en ninguno de los casos el/la terapeuta ocupacional es parte del equipo de planta de las UCI, lo cual abre un debate con respecto al porqué de esta situación.

ABSTRACT

The purpose of this research seminar is to interpret the stories of the professionals belonging to the Intensive Care Unit of the Viña del Mar - Quillota Health Service in relation to the inclusion or exclusion of Occupational Therapists and the fundamentals of the official discourse of World Health Organization. To respond to this objective and produce the necessary information for the investigation, I verified in-depth the semi-structured interview directed to three health professionals who have had the experience of working together with occupational therapists in an Intensive Care Unit of the Health Service from Viña del Mar - Quillota. For the analysis of this information, a categorical discourse content analysis was carried out, all the above mentioned was placed under the guidelines of the complexity paradigm and from a hermeneutical approach which allowed to gather lots of significance meanings, born from these experiences of the interviews for their subsequent interpretation by the researchers, triangulating these two perspectives with the information gathered in the theoretical framework.

Regarding the results of the research, it was evidenced in first place that the evaluation of Occupational Therapy in the UCI by the as interviewees it is of the reductionist type, where it is highlighted the intervention in the Physical Rehabilitation area, specifically in the preparation of orthotics and on a less degree in the cognitive field, leaving out other areas on which a occupational therapist could perform. In addition, it was identified that there is a lack of knowledge of the United Nations in the discipline of Occupational Therapy, which also influences on the just mentioned. Secondly, a hierarchy imposed within the health teams in the UCI is recognized, regarding the professionals who work as part of it, being the doctors who lead this structure and who make the last decision. Finally, it is evident that in none of the cases the occupational therapist is part of the UCI plant team, which opens a debate questioning “why is this situation happening?”.

INTRODUCCIÓN

El estudio que se presenta a continuación nace por la inquietud de seguir indagando y reflexionando acerca de la valoración que se le otorga al rol que desempeña la terapia ocupacional en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), en este caso, en el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota (SSVQ) y, a su vez, para comprender y analizar cuáles son las causas o fundamentos que llevan a que el equipo de salud se conforme incluyendo o excluyendo a esta profesión.

De este modo, realizar un estudio sobre la valoración de esta disciplina facilitará la formulación de nuevas interrogantes en relación a: las prácticas de la Terapia Ocupacional en UCI; del significado de salud a la que apuntan como equipo médico-rehabilitador; y la visión que se tiene de la persona a la cual se dirigen en un contexto y tiempo determinado.

En el capítulo 1 del presente estudio se formula y delimita el problema de la investigación, el cual apunta a la ausencia o presencia de terapeutas ocupacionales en las Unidades de Cuidados Intensivos del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota en relación a la conformación de los equipos de profesionales, basándose en la definición del concepto de salud que expone la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en la formulación de políticas públicas del país. A continuación, se presenta la originalidad y relevancia, explicada con anterioridad al inicio de este apartado. Posterior a ello, se formula la pregunta de investigación descrita como: ¿Cuáles son los fundamentos de inclusión o exclusión de la Terapia Ocupacional en equipos de Salud de las Unidades de Cuidados Intensivos del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, a la luz de los discursos oficiales de la Organización Mundial de la Salud y la experiencia de interacción de los profesionales con Terapeutas Ocupacionales?

El objetivo general del estudio es: interpretar los relatos de las y los profesionales pertenecientes a la Unidad de Cuidados Intensivos del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota en relación con la inclusión o exclusión de Terapeutas Ocupacionales y los fundamentos del discurso oficial de la Organización Mundial de la Salud. Y para el cumplimiento de este, se formulan tres objetivos específicos: identificar las valoraciones de profesionales del equipo de salud en interacción con terapeutas ocupacionales;

caracterizar las prácticas de Terapia Ocupacional con pacientes internados en UCI desde las experiencias de otros profesionales de la salud; y analizar los discursos oficiales de la OMS respecto de la configuración de equipos de salud en UCI en relación con las experiencias relatadas por profesionales integrantes de estos mismos.

En el capítulo 2 se presenta el marco teórico compuesto por distintos apartados que permitirán la comprensión y el sustento bibliográfico necesario para la investigación. En primer lugar, se aborda la temática de Salud y Derechos humanos como un desafío a nivel mundial, el cual expone que la salud debe considerarse como un derecho y no como un privilegio. Por otro lado, se describen las bases del Sistema de Salud en Chile, las cuales se desarrollan desde un enfoque biopsicosocial, argumentando que cada sujeto/a debe ser considerado como un ser que se encuentra inmerso en una sociedad y que se construye más allá de la enfermedad, es decir, se deben considerar además sus pensamientos, emociones y metas. A continuación, se presenta la caracterización de los equipos de salud en UCI desde la interdisciplinariedad, en el cual se expone que el trabajo en equipo y la complementariedad de los/as diferentes profesionales, en este caso, del área de la salud, permitiría entregar una atención integral y óptima a la persona. Posterior a ello, se realiza una descripción del paciente UCI y la labor que lleva a cabo el o la terapeuta ocupacional en esta área, con una mirada integral del sujeto. Por último, se realiza una descripción del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, contexto y lugar en donde se desarrollará la investigación.

En el capítulo 3 se expone que el diseño de la investigación es de tipo cualitativo, basándose en los lineamientos del paradigma de la complejidad y con un enfoque hermenéutico o interpretativo. El marco muestral describe que la muestra será intencionada y no probabilística, el instrumento de recogida de información será una entrevista semiestructurada y el análisis que se realizará será de contenido de discurso categorial. Finalmente se presentan los resguardos bioéticos tomados en la investigación, sustentados en la Ley N°20.120.

En el capítulo 4 se presenta el análisis de información, punto clave para la investigación ya que dentro de él se realiza la triangulación de los datos obtenidos tanto en el marco

teórico, en las entrevistas y se suma el punto de vista de las investigadoras, para así dar paso a las conclusiones del estudio que se exponen en el capítulo 5.

Expuesto lo anterior, se invita a los/as lectores/as a leer la presente investigación, la cual pretende ser un gran aporte para la disciplina de la terapia ocupacional en un área de intervención donde no existen gran cantidad de estudios en el país.

CAPÍTULO I: PROBLEMATIZACIÓN

I.1 Formulación y delimitación del problema de investigación

El estudio en curso se interesa en interpretar las decisiones acerca de la configuración de los equipos de salud que define la presencia o ausencia de terapeutas ocupacionales en la Unidad de Cuidados Intensivos (de aquí en adelante UCI).

Al analizar distintos documentos publicados de manera oficial por la Organización Mundial de la Salud (de aquí en adelante OMS) (1948, s.p), se evidencia que la salud es vista como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, a lo cual, se puede interpretar que cada profesional que pertenezca al área de la salud se encuentra capacitado para dar respuesta hacia el completo bienestar de la persona en relación a los tres aspectos mencionados anteriormente, puesto que, cuenta con el conocimiento, herramientas y habilidades apropiadas que ha desarrollado a lo largo de su experiencia profesional.

En virtud de lo señalado anteriormente, es que surgen distintas interrogantes con respecto a la formulación de las políticas públicas de salud en Chile puesto que, en primer lugar se considera importante saber si las justificaciones están en coherencia con lo que manifiesta la OMS en sus publicaciones y, en segundo lugar, cuáles son los sustentos que definen y caracterizan a los/as profesionales aptos/as para conformar el equipo de salud y del mismo modo, cuál es la base para incluir o excluir una disciplina o profesión en los dispositivos de salud, específicamente en la Unidad de Cuidados Intensivos y más aún, cuando las intervenciones de estos profesionales se sitúan en un contexto hospitalario en donde las personas presentan un alto compromiso vital.

La presente investigación se realizará en relación a disciplina de Terapia Ocupacional, la cual según Polonio, Durante & Moya (2001, s.p) tiene como foco principal la ocupación, es decir, la realización de actividades significativas y con

propósito que una persona realiza para mejorar su independencia en las actividades de la vida diaria, autocuidado y ocio, restaurando la capacidad funcional posterior a un traumatismo en el caso de los ambientes hospitalarios, donde generalmente se trabaja desde un modelo rehabilitador con la persona, el cual busca maximizar o mantener el potencial de destrezas indemnes o conservadas que fueron dañadas.

Es por lo anterior y sumando las interrogantes ya mencionadas, es que se deriva el problema de investigación en cuanto a los criterios de exclusión o inclusión de un/a terapeuta ocupacional en las UCI, basado en las justificaciones que sostiene la OMS en sus declaraciones. Para responder a esta problemática es importante realizar este estudio en relación a actores sociales que experimentan constantemente la realidad de estos contextos, quienes a través de sus discursos podrán relatar las experiencias de compartir en su día a día con terapeutas ocupacionales en las UCI, gracias a sus experiencias podrán transmitir estos significados para posteriormente ser analizados por las investigadoras.

I.2 Originalidad y Relevancia

La presente investigación cumple con la característica de ser original ya que el abordaje desde las investigaciones ya estudiadas, se relacionan sólo con la presencia de la Terapia Ocupacional en Unidad de Cuidados Intensivos siendo los/as mismos/as profesionales que desempeñan esta disciplina, quienes explican el impacto y/o el rol de la misma, excluyendo los discursos de otras áreas de la unidad hospitalaria. Es por esto, que surge el interés de realizar este estudio con el fin de conocer e indagar la experiencia que tiene cada profesional que forma parte del equipo de salud, acerca de la presencia o ausencia de la Terapia Ocupacional en la UCI.

Por esta razón, y dadas las características citadas anteriormente, la presente investigación pretende aportar hacia otras disciplinas que se encuentren

presentes en el área de la salud acerca del rol de la Terapia Ocupacional en la UCI, producto que dentro del equipo de trabajo existen diferentes profesionales que ejercen un cargo en específico de acuerdo a su dominio y experticia.

Asimismo, se permitirá conocer e identificar cuáles son los criterios que se utilizan para definir quiénes conformarán el equipo de trabajo en esta unidad hospitalaria, con el objetivo de obtener información sobre la relevancia en la determinación de la inclusión o exclusión de la Terapia Ocupacional.

Cabe destacar que durante la investigación se ha presenciado una carencia de información relacionada con la temática a investigar en Chile, lo que ha dificultado la adquisición de un conocimiento más contextualizado en el país, pero a la vez, esto inspira a aportar más a la disciplina de la Terapia Ocupacional.

I.3 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los fundamentos de inclusión o exclusión de la Terapia Ocupacional en equipos de Salud de las Unidades de Cuidados Intensivos del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, a la luz de los discursos oficiales de la Organización Mundial de la Salud y la experiencia de interacción de los profesionales con Terapeutas Ocupacionales?

I.4 Objetivo general

Interpretar los relatos de las y los profesionales pertenecientes a la Unidad de Cuidados Intensivos del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota en relación con la inclusión o exclusión de Terapeutas Ocupacionales y los fundamentos del discurso oficial de la Organización Mundial de la Salud.

I.5 Objetivos específicos

- Identificar las valoraciones de profesionales del equipo de salud en interacción con terapeutas ocupacionales.
- Caracterizar las prácticas de Terapia Ocupacional con pacientes internados en UCI desde las experiencias de otros profesionales de la salud.
- Analizar los discursos oficiales de la OMS respecto de la configuración de equipos de salud en UCI en relación con las experiencias relatadas por profesionales integrantes de estos mismos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

Para comprender la presencia o ausencia de la Terapia Ocupacional en los Equipos de Salud de la UCI, se realizará una recopilación de diferentes perspectivas teóricas y sus respectivos autores con el fin de respaldar científicamente la investigación, de este modo, se definirán diferentes conceptos que ayudarán a una mejor comprensión del estudio. Además, es importante señalar que la información expuesta a continuación se utilizará para generar el correspondiente análisis de la investigación.

El marco teórico constituye un corpus de conceptos de diferentes niveles de abstracción articulados entre sí que orientan la forma de aprehender la realidad. Incluye supuestos de carácter general acerca del funcionamiento de la sociedad y la teoría sustantiva o conceptos específicos sobre el tema que se pretende analizar (Dalle, P., Boniolo, P., Sautu, R. & Elbert, R., 2005, p.34).

II.1 Salud y Derechos humanos, un desafío a nivel nacional.

El 7 de abril de 1948 la OMS, dentro de su Constitución, afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”, este mismo incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente, lo que implica que todas las personas podrán ejercer su derecho a la salud sin ningún tipo de discriminación. Lo mencionado involucra el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca las mismas oportunidades para todos y todas y así alcanzar el grado máximo de salud. Para esto, la OMS (1948) define al concepto de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, es por esto que cada país que se adscribe a esta Constitución debe crear políticas y programas que promuevan el cumplimiento, respeto y protección de lo allí pactado.

El 16 de septiembre del año 1969 el Gobierno de Chile se suscribió al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales por la Asamblea

General de la Organización de las Naciones Unidas en el cual se declara en el Artículo 12, que todas las personas tienen como derecho disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. Para que el Estado Chileno haga valer este derecho, tomó cuatro medidas que se consideraban necesarias para la efectividad del mismo, entre ellas se dirige hacia la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas, por último, la creación de condiciones que aseguren a todos y todas asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Con respecto a lo anterior, en la Constitución Política de Chile (1980), en la cual se encuentran los derechos fundamentales de las personas, en el artículo 19, número nueve, se encuentra el derecho a la protección de la salud, el cual señala que

El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.

Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.

Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.

Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.

(Constitución Política de la República de Chile; Constitución 1980)

Dicho esto, y centrándose en las dos últimas medidas mencionadas, es que se continúa haciendo referencia a que la salud es un derecho y que el Estado Chileno es el encargado de hacerlo valer para todas las personas desde la prevención hasta el tratamiento de la enfermedad.

Como se evidencia hasta el momento, el Estado Chileno contiene dentro de su Constitución Política el derecho a la protección de la salud, sin embargo, en el Artículo 20 de esta misma, en donde se consagran los recursos de protección, se menciona que

El que por causa de actos u omisiones arbitrarios o ilegales sufra privación, perturbación o amenaza en el legítimo ejercicio de los derechos y garantías establecidos en el artículo 19, (...) 9º inciso final (...) podrá ocurrir por sí o por cualquiera a su nombre, a la Corte de Apelaciones respectiva, la que adoptará de inmediato las providencias que juzgue necesarias para restablecer el imperio del derecho y asegurar la debida protección del afectado, sin perjuicio de los demás derechos que pueda hacer valer ante la autoridad o los tribunales correspondientes.

Esto significa que el derecho a la salud en Chile no tiene un carácter justiciable, es decir, que una persona no tendría la facultad de reclamar este ante el Estado, quedando solo en el escrito. Lo que hace preguntarse si realmente se está cumpliendo con lo que firmó Chile en la Constitución de la OMS.

Desde el punto de vista de la eficacia del Estado Chileno en temas de salud, se ha podido observar cómo el sistema capitalista establece segregaciones hacia los/as individuos/as en las oportunidades a las cuales tienen libre acceso, siendo uno de los aspectos más segregadores la salud. Lo grave de esta situación, es que un gran porcentaje de familias debe endeudarse para optar a una atención de calidad y a un tratamiento efectivo, siendo las más desfavorables aquellas

familias que se encuentran descritas en la más alta pobreza del país. De este modo, no se estaría tratando la salud como un derecho fundamental, sino que como un bien de consumo y un acceso universal que se transforma en un privilegio.

En relación a las diferencias que se establecen entre la salud pública y la privada, se aprecia que van desde la calidad, los costos de la atención y en la selección de los pacientes a quienes les prestan el servicio. Esto quiere decir que Chile entrega y ofrece un servicio de salud inequitativo ya que en el sector público se agrupa la población de más bajos recursos y de alto riesgo, mientras que en el sector privado se agrupan los/as individuos/as de mayores ingresos y menores riesgos.

II.2 Bases del Sistema de Salud en Chile

A raíz de lo anterior, Chile se posiciona epistemológicamente desde un paradigma biopsicosocial para crear las políticas de atención de salud, el cual tiene una mirada integral del proceso salud-enfermedad que busca generar cambios en las prácticas de los equipos de salud, incorporando todas las dimensiones que afectarían al paciente, fomentando a su vez una proactividad por parte de este en su tratamiento (MINSAL, 2005, p.7). Dentro de este marco, el Estado de Chile declara en una de sus políticas el uso del Modelo de Atención Integral en Salud, el cual se define como:

“El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”. (MINSAL, 2005, p.9)

El planteamiento anterior resulta coherente con la definición de salud que entrega la OMS debido a que en ambos se entiende a la persona como un ser integral, construido e influenciado por distintos factores, tanto internos como externos, por lo que en la praxis de las intervenciones se debería velar porque estas se den bajo los lineamientos planteados y centrándose en atenciones que tengan como eje central el mejorar la calidad de vida de la persona que asista al centro de salud considerando también el entorno familiar.

II.3 Equipos de Salud en Unidad de Cuidados Intensivos: Aportes desde la interdisciplinariedad

Adentrándose aún más en el concepto de salud, es relevante aclarar qué se entenderá por equipo de salud. Estos se conforman por “un conjunto de personas con determinados conocimientos y habilidades, que se comprometen con un propósito común, fijan sus resultados esperados y acuerdan una estrategia para alcanzarlos, asumiendo la responsabilidad de su logro entre todos y todas” (Ministerio de Salud de Argentina, 2000, p.52). Por otro lado, Borrel (2001, s.p.) cita a la OMS que en el año 1973 define al equipo de salud como aquella “asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas y profesionales, con un objetivo común, que es el proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible”.

Bajo esta mirada, es importante destacar que el modelo propuesto por el Estado de Chile, mencionado anteriormente, refiere que los equipos que integren las atenciones en salud deben ser interdisciplinarios y de liderazgo horizontal. Como bien lo define Rosales (1994, s.p.) “el trabajo en equipo multiprofesional es, a su vez, interdisciplinario cuando existe una verdadera comunicación e interacción dinámica entre los miembros de las diferentes disciplinas, lo cual asegura, por consiguiente, su eficaz intervención”. Esto tomaría en cuenta a diferentes

profesionales de la salud, los cuales desde el complemento de sus disciplinas y el trabajo en equipo lograrían un tratamiento integral para la persona.

Comprendido lo anterior, la presente investigación se realizará en el contexto de la salud pública en Chile, para esto existe una Subsecretaría encargada de este tema y que tiene como misión generar estrategias de salud en materia de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, contribuyendo a un progreso sostenido en la calidad sanitaria y atención de los habitantes del país, asegurando un acceso oportuno y el respeto a la dignidad de las personas, con enfoque de género e inclusión social de grupos vulnerables (MINSAL, s.f, s.p). Específicamente en las UCI, las que fueron reconocidas hace no más de 25 años en Chile y que dentro de la salud pública han realizado una contribución significativa, ya que se ha logrado el completo cuidado 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, S., 2013, p.90).

Las UCI son definidas por el Ministerio de Salud de Argentina (2014, p.4) como una unidad de internación para los pacientes que se encuentren con un riesgo crítico de su vida y que presenten una posibilidad de recuperación parcial o total, a través de una atención médica y de enfermería constante. Esto incluirá a pacientes que necesitan soporte actual o potencial inmediato de la función de un órgano vital y/o la necesidad de efectuar procedimientos especiales de monitoreo continuo, diagnóstico y/o terapéuticos que preserven su vida.

Por ende, es vital que dentro de estas UCI que se encargan de los/as pacientes que están con un potente riesgo vital, exista un equipo de salud con funcionamiento interdisciplinario y bajo un enfoque biopsicosocial, con el objetivo de que no exista una mirada reduccionista en donde se ve al ser humano como una "máquina que se debe reconstruir" sino más bien, tomar en cuenta su bienestar a nivel físico, mental y social siendo parte de este equipo de trabajo, la familia para que sean agentes partícipes dentro de su proceso de recuperación y donde cada uno/a de los/as profesionales aporten desde sus disciplinas con el

objetivo común de salvar y mejorar la calidad de vida de la persona que se encuentra en riesgo.

II.4 Paciente crítico y Terapia Ocupacional en Unidad de Cuidados Intensivos: Una mirada integral del sujeto/a

Las personas que ingresan a estas unidades se caracterizan como pacientes en estado de salud crítico, lo cual significa que

(...) está en situación inminente del peligro de muerte y debe ser concebido en su integridad como ser biopsicosocial para así brindar un cuidado integral de enfermería, en el que se involucre a su familia desde el planeamiento, satisfaciendo de esta forma sus necesidades sociales, de afecto y fisiológicas; procurando así una estancia en la unidad de cuidado crítico menos dolorosa y/o estimulando una pronta recuperación. (González, R., 1995, p.3)

En relación a la Terapia Ocupacional, esta disciplina, según Polonio, Durante & Moya (2001) tiene como foco principal la ocupación, es decir, la realización de actividades significativas y con propósito que una persona realiza para mejorar su independencia en las actividades de la vida diaria, autocuidado y ocio, restaurando la capacidad funcional posterior a un traumatismo en el caso de los ambientes hospitalarios, donde generalmente se trabaja desde un modelo rehabilitador con la persona, el cual busca maximizar o mantener el potencial de destrezas indemnes o conservadas que fueron dañadas.

Como se mencionó anteriormente, para alcanzar el objetivo de la rehabilitación integral es necesaria la participación de distintos profesionales en el equipo de salud interdisciplinario, entre los cuales se puede encontrar a médicos/as, enfermeros/as, kinesiólogos/as, terapeutas ocupacionales, entre otros/as

profesionales del área de salud. Parte de esta rehabilitación debe involucrar a la familia, ya que el apoyo de esta es un factor importante en la recuperación del o de la paciente, teniendo el deber de poder llevar a cabo una rehabilitación exitosa posterior al alta.

La terapia ocupacional considera además a la familia como el principal agente de socialización (Rodríguez, A., 2007, p.92) por lo que es fundamental incorporar a esta dentro de los procesos de rehabilitación. La familia funciona como un sistema con una organización interna que se puede ver afectada por múltiples causas, como por ejemplo, un accidente o una enfermedad, los cuales desorganizan estas estructuras y el funcionamiento de la vida familiar, se producen cambios negativos esta dinámica, se generan necesidades extras que producen desajustes en la vida cotidiana de todos/as y además un desequilibrio afectivo importante, es por ello que un tratamiento de rehabilitación integral debe incluir también la intervención en conjunto con la familia, generando actividades prácticas o gestionando el apoyo necesario para que puedan expresar los sentimientos y emociones, prestando así un espacio de desahogo. actividades también para la familia, en donde ellos puedan expresar sus emociones y desahogarse (Mella, A., 2010, pp.2-4).

Comprendido lo anterior, es importante señalar que en el presente estudio se comprenderá al ser humano como un ser integral que se desarrolla dentro de un ambiente, sobre el cual influirán distintas características biológicas, psicológicas, sociales y espirituales, el cual estará dotado de conciencia, inteligencia, voluntad, intencionalidad, afectividad y creatividad, es decir, de una personalidad que responderá a su ubicación temporal y espacial (Palacio, L. & Escorcía, I., 2003, p.3), por lo tanto, la disciplina de la terapia ocupacional

(...) basada en su integralidad, 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 la UCI, según el tipo de patologías presentadas, el

medio que lo rodea, las necesidades específicas, la atención de familias, entre otros. (Moreno, J., Cubillos, C. & Duarte, S., 2016)

II.5 Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota

La presente investigación se llevará a cabo en el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, el cual en su Planificación Estratégica 2015 – 2018 define a los Servicios de Salud como organismos estatales que funcionan de manera descentralizada y que poseen personalidad jurídica y patrimonio propio para así cumplir sus objetivos. A estos les corresponderá la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas.

En 1980 al crearse los Servicios de Salud se asigna a cada una de ellos una jurisdicción determinada; en el caso del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (SSVQ) le correspondió la tuición de 18 comunas y la administración de 11 hospitales, 19 consultorios de atención primaria y 29 postas rurales.

En la actualidad, la jurisdicción de nuestro servicio cubre 18 comunas, con más de 90 dispositivos de Salud Primaria. (Centros de Salud Familiar, Centros de Salud, Posta de Salud Rural, Centro Comunitario de Salud Familiar, Servicio de Atención Primaria de Urgencia, Servicio de Urgencia Rural) y además el SSVQ mantiene bajo su gestión 11 hospitales, entre los que se cuentan: Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, Hospital de Quilpué, Hospital San Martín de Quillota, Hospital Juana Ross de Edwards, de Peñablanca, Hospital Santo Tomás de Limache, Hospital Geriátrico La Paz de la Tarde de Limache, Hospital Dr. Mario Sánchez de La Calera, Hospital San Agustín de La Ligua, Hospital Dr. Víctor Hugo Möll de Cabildo, Hospital de Petorca y Hospital Adriana Cousiño de Quintero.

(Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, 2012, s.p.)

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

El marco metodológico es definido como la “instancia referida a los métodos, las diversas reglas, registros, técnicas y protocolos con los cuales una teoría y su método calculan las magnitudes de lo real” (Balestrini, M., 2006, p.125), es decir, que este capítulo entregará la rigurosidad necesaria para el estudio. Dentro de él se darán a conocer el diseño, paradigma, tipo y muestra de la investigación, los cuales permitirán llevarla a cabo, además de la recogida y análisis de la información, considerando los resguardos éticos necesarios para la protección de los datos personales de los/as entrevistados/as que permitirán acceder a tal información que dará respuesta a la problemática investigativa.

III.1 Diseño de la investigación

Dada las características de la presente investigación, la cual busca analizar la inclusión o exclusión de la terapia ocupacional en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), a través de los discursos de profesionales de otras disciplinas que hayan tenido vivencias e interacción con profesionales de terapia ocupacional dentro de este contexto, es coherente la utilización de un diseño de investigación de tipo cualitativo, el cual permitirá identificar la valoración que se le otorga al rol de la terapia ocupacional en aquella área hospitalaria, gracias a que este tipo de estudio “se enfoca en comprender los fenómenos, explotándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto” (Sampieri. H., 2014, p.358).

III.2 Paradigma de la investigación

Considerando que el objetivo del presente estudio es interpretar los relatos de los/as entrevistados/as es que el transcurso de la investigación estará sustentado bajo los lineamientos del paradigma de la complejidad. Este es seleccionado para el estudio, ya que “es una opción ideológica, que, asumiendo las

aportaciones de la ciencia de la complejidad, es orientadora de un modelo de pensamiento y de acción ciudadana” (Bonil, Sanmartí, Tomás y Pujol, 2004, p.6).

Según Bonil, Sanmartí, Tomás y Pujol (2004, p.6) “la teoría de los sistemas complejos es un modelo explicativo de los fenómenos del mundo con capacidad predictiva que reúne aportaciones de distintas ramas del conocimiento científico”, esto es coherente con la investigación que, como se mencionó anteriormente, tiene como propósito analizar los testimonios desde distintos/as profesionales que integran los equipos de salud en las UCI, rescatando los significados desde las personas que viven y experimentan esta realidad.

III.3 Enfoque de la investigación

El enfoque de la investigación es hermenéutico o interpretativo, para el cual Carmen Ricoy (2006, p.16) cita a Pérez Serrano (1994) quien define algunas características del paradigma, entre las cuales se encuentran que esta teoría es constituida por una reflexión en y desde la práctica, para la cual la realidad es conformada por significados e interpretaciones elaboradas por el propio sujeto, basados en sus creencias, valores y reflexiones, gracias a la interacción con distintos contextos. Además, Ricoy (2006, p.17) considera que el conocimiento no es neutral, sino que relativo a los distintos significados de cada sujeto. Y finalmente se refiere a que, lo mencionado anteriormente, permitiría realizar una rigurosa descripción contextual de las situaciones, lo que abre el espacio a la intersubjetividad sobre la captación de la realidad entre los sujetos.

Lo mencionado se relaciona directamente con el diseño de investigación ya que se busca rescatar los distintos significados y apreciaciones que tendrán los/as sujetos/as del estudio, los cuales son creados a partir de las experiencias vividas en la praxis como profesionales de la salud, influenciados, además, por los contextos y tiempos determinados.

III.4 Marco muestral

Considerando todo lo anterior, es coherente utilizar un sistema de muestreo de tipo no probabilístico ya que será un proceso que no brindará a todas las personas la oportunidad de ser seleccionados, las investigadoras tomarán la decisión sobre quiénes podrán o no ser partícipe de estas. El tipo de muestreo es intencional ya que “permite seleccionar casos característicos de una población limitando la muestra sólo a estos casos” (Manterola, C. y Otzen, T., 2017, p.230).

La muestra de la siguiente investigación estará constituida por profesionales de la salud que hayan tenido la experiencia de haber trabajado con un/a terapeuta ocupacional en alguna UCI, dentro de la Red de Salud Viña del Mar - Quillota, ya que, este trabajo de investigación busca conocer la importancia de la Terapia Ocupacional en las Unidades de Cuidados Intensivos desde una mirada global e integral, evitando una autor referencia o sobrevaloración de la disciplina, permitiendo involucrar la visión y percepción de otras áreas de la salud a partir de los discursos, interacción y experiencias con terapeutas ocupacionales.

III.5 Recogida de información

La técnica de recogida de información que se utilizará será la entrevista semiestructurada en profundidad debido a que “parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos.” (Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M. & Varela, M., 2013, p.163)

Este instrumento es atinente a la investigación ya que presenta una serie de preguntas establecidas en relación a los objetivos de la problemática, pero otorga la opción de ser flexible en ello de manera que él o la entrevistador/a puede modificar el orden y el contenido de las preguntas acorde al contexto y desarrollo de la entrevista. Del mismo modo, este tipo de entrevista permite que el diálogo entre el o la entrevistador/a y el o la entrevistado/a sea de manera receptiva,

respetuosa y espontánea favoreciendo un espacio de diálogo profundo, sin interrupciones ni desaprobaciones de los testimonios.

Cabe destacar que la entrevista que se realizará pasó por un proceso de validación en donde 3 profesionales (2 terapeutas ocupacionales y 1 metodóloga) leyeron la pauta de preguntas y realizaron sugerencias acerca de los cambios que se podrían hacer en esta, los cuales fueron incorporados y finalmente se realizó una entrevista de prueba para terminar el proceso de validación.

III.6 Análisis de información:

La presente investigación utilizará el análisis de contenido de discurso el cual

...es una técnica de interpretación de textos, ya sean escritos, donde puedan existir toda clase de registros de datos, transcripción de entrevistas, discursos, protocolos de observación, documentos, videos, u otra forma diferente el denominador común de todos estos materiales es su capacidad para albergar un contenido que leído e interpretado adecuadamente nos abre las puertas al conocimiento de diversos aspectos y fenómenos de la vida social (Abela, J., s.f, p.2).

Además, el tipo de análisis de contenido de discurso que se utilizará será el sistema categorial, el cual “orienta el diseño de instrumentos, la recolección y generación de información proveniente de múltiples fuentes documentales y primarias, su registro ordenado, sistematización y análisis. Permite focalizar las búsquedas y evaluar permanentemente el desarrollo de la investigación” (Farfán, 2008, p.164).

A través del análisis de contenido de discurso y el sistema categorial se busca lograr la abstracción de información de una o más características que tienen en común los distintos conceptos utilizados y trabajados durante el proceso de la investigación, lo cual permitirá clasificarlos según su contenido y así lograr un análisis que contribuirá al desarrollo y cumplimiento de los objetivos propuestos en la investigación.

III.7 Resguardo bioético

Como se mencionó anteriormente, en la presente investigación se realizarán entrevistas a distintas personas, es por esto que se debe tener presente la ética investigativa, con la finalidad de mantener el resguardo bioético de los datos personales y de la información entregada por cada uno/a de los/as entrevistados/as que participarán en el estudio.

Esto es respaldado por la Ley 20.120 sobre “La investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana”, que en su Artículo 11° menciona que “Toda investigación científica en un ser humano deberá contar con su consentimiento previo, expreso, libre e informado, o, en su defecto, el de aquel que deba suplir su voluntad en conformidad con la ley”.

Con respecto al consentimiento informado, la ley mencionada anteriormente, en su Artículo 11 menciona lo siguiente.

Para los efectos de esta ley, existe consentimiento informado cuando la persona que debe prestarlo conoce los aspectos esenciales de la investigación, en especial su finalidad, beneficios, riesgos y los procedimientos o tratamientos alternativos. Para ello deberá habersele proporcionado información adecuada, suficiente y comprensible sobre ella. Asimismo, deberá hacerse especial mención del derecho que tiene de no autorizar la investigación o de revocar su consentimiento en cualquier momento y por cualquier

medio, sin que ello importe responsabilidad, sanción o pérdida de beneficio alguno.

El consentimiento deberá constar en un acta firmada por la persona que ha de consentir en la investigación, por el director responsable de ella y por el director del centro o establecimiento donde ella se llevará a cabo, quien, además, actuará como ministro de fe.

Por lo tanto, respetando todo lo mencionado anteriormente, se adjunta en los anexos el modelo de consentimiento informado (ver anexo 1) que se utilizará en la presente investigación, el cual debe ser leído, comprendido, aceptado y firmado por cada uno/a de los/as entrevistados/as, antes de proceder a realizar la entrevista.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

El análisis de información forma parte del proceso de adquisición y apropiación de los conocimientos latentes acumulados en distintas fuentes de información. El análisis busca identificar la información útil, es decir, aquella que es de interés del o de la investigador/a, a partir de una gran cantidad de datos (Domínguez, Y., 2007, p.3).

IV.1 Fase 1: Pre-análisis categorial

En esta fase se realizará el establecimiento de categorías apriorísticas, es decir, que se seleccionan antes de realizar las entrevistas y a continuación el cuadro de codificación donde se otorgan códigos a los conceptos claves de la investigación.

IV.1.a Establecimiento de categorías y subcategorías apriorísticas

A continuación, se presenta gráficamente el cuadro apriorístico que resume las categorías y subcategorías que se derivan de cada objetivo específico de la investigación, para su posterior análisis.

Objetivo específico		Categoría	Subcategoría	
1	Identificar las valoraciones de profesionales del equipo de salud en interacción con terapeutas ocupacionales.	Valoración de la Terapia Ocupacional	1.1	Procedimental
			1.2	Actitudinal
			1.3	Cognitiva
2	Caracterizar las prácticas de Terapia Ocupacional con pacientes internados en UCI.	Áreas de intervención en UCI	2.1	Estimulación cognitiva
			2.2	Salud física
			2.3	Actividades de

				la vida diaria
3	Analizar los discursos oficiales de la OMS respecto de la configuración de equipos de salud en UCI en relación a las experiencias relatadas por profesionales integrantes de estos mismos	Equipo de salud	3.1	Trabajo en equipo
			3.2	Jerarquía

IV.2.b Cuadro de codificación

En este ítem se exponen los códigos que se le asignarán a conceptos claves de la investigación, los cuales se reiterarán dentro del análisis.

Código	Significado
E1	Entrevistado/a 1
E2	Entrevistado/a 2
E3	Entrevistado/a 3
OG	Objetivo general
OE1	Objetivo específico 1
OE2	Objetivo específico 2
OE3	Objetivo específico 3
C1	Categoría 1
C2	Categoría 2
C3	Categoría 3
Sc1	Subcategoría 1

Sc2	Subcategoría 2
Sc3	Subcategoría 3

IV.2 Fase 2: Focalización

Esta fase se caracteriza por la búsqueda permanente de relaciones que puedan expresar hipótesis cualitativas; relaciones que encuentran su origen en comprobaciones previas y se constituyen por sí mismas en nuevas constataciones. En esta fase se define la circularidad del proceso interpretativo, a la vez que se van estableciendo nuevas relaciones entre las categorías definidas en la etapa anterior (González, R. y Uribe, B., 2018, s.p)

En esta fase se deberían describir las categorías emergentes, sin embargo, en la presente investigación no se encontraron, por lo que solamente se presentará la operacionalización de las categorías y subcategorías apriorísticas.

IV.2.a Categorías emergentes

Las categorías emergentes representan en investigación un elemento tanto teórico como operativo y responden a la necesidad de crear parámetros conceptuales que faciliten el proceso de recoger, analizar e interpretar la información (Cerde, H., 1988, p.181).

Sin embargo, en la presente investigación no se visualizan categorías emergentes, por lo que en este apartado no se presentaran.

IV.2.b Operacionalización de categorías y subcategorías

En el presente apartado se dará a conocer la definición de los conceptos denominados como categorías y subcategorías, los cuales son necesarios para posteriormente realizar el análisis de la información obtenida.

Categoría 1: Valoración de la Terapia Ocupacional.

El concepto de valoración es explicado por Pérez y Redondo (2006, p.3) como un proceso en donde “diferentes individuos pueden valorar la misma situación de diferente forma y sentirán, por tanto, distintas emociones. También, el mismo individuo puede valorar la misma situación de distinta forma en momentos diferentes, y también sentirá en cada momento distintas emociones”.

Por lo tanto, para la presente investigación se comprenderá la valoración de la Terapia Ocupacional como la otorgación de valor o significado hacia la disciplina en sí, influenciada por las distintas experiencias vividas por los/as entrevistados/as.

De esta categoría se desprenden tres subcategorías que serán explicadas a continuación:

Subcategoría 1: Procedimental.

En primer lugar, es necesario entender lo que es un procedimiento, lo cual se describe como el “modo de ejecutar determinadas acciones que suelen realizarse de la misma forma, con una serie común de pasos claramente definidos, que permiten realizar una ocupación, trabajo, investigación o estudio correctamente” (Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid, 2013, p.11). Por ende, se comprenderá como valoración procedimental a la otorgación de valor o significado hacia la Terapia Ocupacional basado en los procedimientos observados en los/as profesionales de dicha disciplina.

Subcategoría 2: Actitudinal.

Las actitudes suelen considerarse como predisposiciones aprendidas que ejercen una influencia y que consisten en la respuesta hacia determinados objetos, personas o grupos. Las actitudes son normalmente consideradas como productos de la socialización y, por tanto, como algo modificable (Ansa, M. y Acosta, A., 2008, p.122). Por lo tanto, se comprenderá como valoración actitudinal a la otorgación de valor o significado hacia la Terapia

Ocupacional influenciado por las actitudes vistas en los/as profesionales de la disciplina al momento de desempeñar sus labores.

Subcategoría 3: Cognitiva.

Para comprender esta subcategoría es necesario describir lo que es la cognición, la cual “se refiere directamente al conocimiento y su posibilidad, o no, de acceder a la realidad” (Feixas, 2003, p.107). Por ende, se comprenderá como valoración cognitiva a la otorgación de valor o significado hacia la Terapia Ocupacional basado en los saberes y la capacidad de llevarlos a cabo observados en los/as profesionales de dicha disciplina.

Categoría 2: Áreas de intervención en UCI.

Se comprenderán como las acciones e intervenciones que un/a terapeuta ocupacional puede llevar a cabo dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos.

De esta categoría se desprenden tres subcategorías que serán explicadas a continuación:

Subcategoría 1: Estimulación cognitiva.

Este término se define como “todas aquellas actividades dirigidas a mejorar el rendimiento cognitivo general o alguno de sus procesos y componentes (atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, cálculo, etc.), ya sea ésta en sujetos sanos o en pacientes con algún tipo de lesión en el sistema nervioso central” (WHO, 2001, s.p). Por lo tanto, esta área de intervención de Terapia Ocupacional se comprenderá como toda intervención relacionada a los procesos y componentes cognitivos.

Subcategoría 2: Salud física.

La salud física se refiere la condición física general de las personas en un momento dado. Es el bienestar del cuerpo, y el óptimo funcionamiento de éste. Es la ausencia de enfermedades y el buen funcionamiento fisiológico del organismo. Los ataques víricos o las lesiones tienen un efecto negativo

en nuestra salud física, que también se ve alterada por otros factores (Corbin, J., 2019, s.p).

Subcategoría 3: Actividades de la vida diaria.

La primera definición de AVD fue elaborada en 1978 por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) que las definió como “Los componentes de la actividad cotidiana comprendidos en las actividades de autocuidado, trabajo y juego/ocio”. Las AVD, también son llamadas áreas de ocupación, comprenden todas aquellas actividades de la vida cotidiana que tienen un valor y significado concreto para una persona y además, un propósito (Moruno, P., 2019, s.p).

Las ocupaciones son esenciales en la identidad y capacidades de una persona e influyen en el modo en el que uno emplea el tiempo y toma decisiones.

Categoría 3: Equipo de salud.

Como se mencionó anteriormente en el capítulo II, el equipo de salud fue descrito por el Ministerio de Salud de Argentina (2000,p.52) y por Borrel (2001,s.p) como un conjunto no jerarquizado de profesionales que pactan un propósito común, el cual es proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible, que determinan los objetivos esperados y que organizan una estrategia para alcanzarlos, asumiendo todos/as la responsabilidad de dar cumplimiento a ellos.

De esta categoría se desprenden dos subcategorías que se explicaran a continuación:

Subcategoría 1: Trabajo en equipo.

Se comprenderá este concepto según Cardona y Wilkinson (2006,s.p) quienes mencionan que el trabajo en equipo “consiste en colaborar organizadamente para obtener un objetivo común. Ello supone entender las interdependencias que se dan entre los miembros del equipo y sacar el

máximo provecho de ellas en aras a la consecución de esa meta (misión común”.

Subcategoría 2: Jerarquía.

Se entiende este concepto como organización social, política o administrativa en niveles donde cada elemento perteneciente a un nivel está estrictamente subordinado a un elemento del nivel superior. Mientras más se eleva uno en el orden del poder o del dominio, menos elementos comprende cada nivel: la jerarquía implica una organización piramidal (Pumain, D., 2017, s.p).

IV.2.c Selección de unidades de registro de subcategorías apriorísticas

A continuación, se presenta en un cuadro la selección de los relatos que serán utilizados para el posterior análisis de la información.

CATEGORÍA		
Valoración de la Terapia Ocupacional		
Subcategoría	Unidades de registro	
Procedimental	E1	“El terapeuta ocupacional también trabaja como interconsultor (...) idea es de que cuando él va nos diga que hizo”
		“a veces el paciente necesita distraerse de alguna forma y ahí nosotros también llamamos al T.O”
		“les hacemos las interconsultas cuando los pacientes son de larga estadía como para que vaya a verlos más seguido y para que les fabrique las ortesis, férulas o lo que el paciente requiera y los evalúe”
		“se demora súper poco cuando hay material y tiene disponibilidad”

	<p>“yo dejo al paciente sentado y el T.O trabajé con él sentado así como cosas de alcance, yo igual a veces trato de trabajar con eso pero siento que se necesita a alguien que esté puntualmente en eso”</p>
	<p>“cualquier paciente me dice que estoy aburrida desmotivada, por eso son tan importantes en la parte de rehabilitación en sí y nosotros no contamos con eso”</p>
	<p>“Solo he visto cuando me ha medido férulas, solamente él cuando lo veo hacer eso, me acerco yo, veo eso y le pregunto qué va a hacer...”</p>
E2	<p>“y a veces está el TO, y este está en la UCI, cuando hacen interconsulta específica de Terapia Ocupacional va, no es que lo haga de forma rutinaria (...) igual existe la posibilidad de que sean evaluados por ellos si es que se requiere”</p>
	<p>“¿cuánto será?... 2 años... si aproximadamente... existía un equipo que se llamaba “el equipo de rehabilitación” que estaba conformado por fonoaudiólogo, terapia ocupacional y kinesiólogo, pero era con la especialidad de motricidad neuroquirúrgica, fisioterapeuta y fisiatra. Este equipo veía a los pacientes que eran potencialmente “rehabilitables” en el fondo, y que generalmente eran pacientes con daños neurológico por ACV y requerían de rehabilitación. El médico de turno le hacía una interconsulta al equipo de rehabilitación”</p>
	<p>“Ellos llevaban equipos y hartas ‘cuestiones, la T.O me acuerdo que hacia como unos moldes para las manos o las piernas para que no hiciera el pie equino...”</p>
	<p>“es que la T.O tenía muchas ortesis que las hacía ahí mismo en la</p>

	<p>unidad (...) Traían algo, que hacían moldear la ortesis.”</p> <p>“Deben estar enfocado creo yo, en la parte neurológica, que su especialidad sea para ese lado. Que sea de rehabilitación para pacientes con daño neurológico, tiene que ir para ese lado. Por las características y ver el lado que se dañó y en relación a eso se verá que secuelas o con qué motricidad trabajar.”</p> <p>“es fundamental ya que ayuda a la salida de los pacientes de forma más rápida y recupera la motricidad entre comillas, porque no la va a recuperar totalmente pero la recupera de forma más rápida y eso hace que el paciente vaya evolucionando más rápido y van viendo avances, y cuando ven los avances ellos van teniendo mejor eh... más ánimo y el control psicológico...”</p> <p>“lo que más me llamaba la atención era el tema de las ortesis, igual la parte cognitiva me acuerdo que usaban los calendarios, no se po colocaban lunas y sol para ver el día y noche. El calendario era fundamental porque los orientaba.”</p>
E3	<p>“también nos encontramos con todo el resto de los profesionales que son los terapeutas y los fonoaudiólogos. (...) se llaman los profesionales como multiservicios, por qué, porque no somos solo exclusivos de la UCI (...) el hecho de actuar rápido, de por ejemplo de poder pesquisar... tal vez como kinesiólogo pesquisar este paciente eh... necesita una ortesis para posición entonces llega al tiro el terapeuta y empezamos a funcionar de manera más rápida”</p> <p>“y como ellos más que nosotros kines, se manejan en ortesis”</p> <p>“ellos finalmente ven todo el proceso de ortesis o el uso incluso de inclusión del paciente (...) En mi caso y con mis otros colegas lo que hacemos de repente es coordinar la hora de kine y después la</p>

		<p>hora al tiro del terapeuta para que juntos hagamos una evaluación global y entre nosotros determinar qué es lo que necesita el paciente”</p> <p>“el terapeuta como tiene esta función de orientar y de revolver a que vuelva a la sociedad por así decirlo, también incorpora a la familia, entonces, también le da un plus importante, le da por ejemplo más vitalidad y hace que el paciente sea un poco más autónomo , le da un poco más de esperanza en ese sentido.”</p> <p>“el terapeuta que da su aporte en la parte sobre todo de la orientación del control de las cadenas musculares y también de ortesis”</p>
Subcategoría	Unidades de registro	
Actitudinal	E1	<p>y el terapeuta ocupacional me dijo “si es que cada vez que subo lo están dializando” y yo tuve que explicarle que el hecho de que le estuvieran haciendo la diálisis no era impedimento de poder ver el paciente (...) él veía eso y se iba”</p> <p>“debe querer tener ganas de trabajar en equipo, como no ser alguien individualista”</p> <p>“creo que quizás el TO está un poco eh... no ha sido muy proactivo al respecto al mostrar la necesidad de que haya un terapeuta en la UCI porque realmente si uno quiere algo tiene que hacerlo uno mismo”</p> <p>“creo que es deber de el mismo demostrar que requiere más”</p> <p>“Nosotros podemos pedir, pedir, pedir, pedir, pero él tiene que decir: “oye sabí que no me da abasto para ver tantos pacientes, necesitamos a otra persona que me ayude” y demostrarlo con</p>

		<p>cifras (...) si tú no demuestras que se necesita, nunca te lo van a dar, porque nadie sabe la realidad si no eres tú mismo él que lo hizo...”</p> <p>“Cuando han habido más cargos, también es porque se ha demostrado de que se requiere y que no hay abasto suficiente con los que hay, entonces, creo que es pega de él un poco demostrar eso”</p> <p>“Porque a veces es tan silencioso que es lo que yo más le reclamo. Yo a veces no se ni cuando está, ni cuando se fue...”</p> <p>“dime que hiciste, si no yo creo que no fuiste”</p> <p>“Y nadie sabe qué hizo, nadie sabe que hizo porque no habla con el equipo...”</p> <p>“Sí, dependen de él, no de mi... porque si yo lo he pedido en 2 ocasiones y no, no hay feedback”</p> <p>“como que no lo sentimos muy presente (...) Pero si lo consideraría, lo hemos conversado como equipo, pero como les digo es falta de él de demostrar que es necesario en la UCI...”</p>
	E3	<p>“yo ahí, como por favor... terapeuta por favor reta porque nadie le pone bien la ortesis entonces yo ahí retaba a mis colegas y recuerdo que una de las terapeutas dejo el cartel ahí pegado que no saquen la ortesis y póngansela como corresponde y eso sirvió porque finalmente la paciente logró un control de tronco, ya después la paciente sociabilizaba con uno pero también fue porque uno le dice empodérate po si esta es tu área”</p>
Subcategoría	Unidades de registro	
Cognitiva	E1	“a ustedes se les ocurren más cosas en el área cognitiva que a

		nosotros”
		“si tú te refieres a si podría incluir a un TO si lo incluiría , o sea, mira va a sonar súper feo, pero estamos acostumbrados a trabajar sin él, sacamos a los pacientes adelante igual pero, creo que sí hay cosas que se podrían ver beneficiadas en el trabajo en conjunto con él porque ahora no lo sentimos presente”
	E3	“un terapeuta igual debería tener manejo ventilatoria en caso de que pase SOS de que se saque una vía, se desconecte, todo... para poder actuar rápido porque eso es súper importante eh... lo otro también tener algunos manejos de aspectos generales como manejar por ejemplo saber los signos vitales, cómo funcionan las máquinas que generalmente es como un consenso global de lo que hacemos también los (...) que con eso finalmente... va a tener la base de poder entablar lo que es su pega.”

CATEGORÍA		
Áreas de intervención en UCI		
Subcategoría	Unidades de registro	
Estimulación cognitiva	E1	“También les pedimos que vean a los pacientes de larga estadía para que se trate de trabajar los más cognitivo con estos pacientes”
		“creemos que él es más específico como en la parte cognitiva y les hacemos las interconsultas cuando los pacientes son de larga estadía como para que vaya a verlos más seguido”
		“yo nunca lo veo no sé si me entienden, y cuando lo veo, te mentiría porque no sé qué cosas cognitivas hace, visual no lo he

		visto hacer nada”
	E2	“Igual la parte cognitiva me acuerdo que usaban los calendarios, no sé po’ colocaban lunas y sol para ver el día y la noche. El calendario es fundamental porque los orientaba.”
Subcategoría	Unidades de registro	
Salud física	E1	“Pedimos interconsulta a los pacientes que por ejemplo tienen un ACV, que van a hacer rehabilitación a largo plazo o que requieran alguna férula, una ortesis o algo por el estilo que lo requiera”
		“ortesis, férulas, cuando tienen los materiales porque les cuesta mucho conseguirlos, pero cuando los tiene es súper rápido en hacer las ortesis, va un día y al otro día la tiene lista y nos pide que le vemos las zonas enrojecidas, las marcas y las corrige y quedan listas al tiro, se demora súper poco cuando hay material y tiene disponibilidad, se preocupa de que queden bien, nunca hemos tenido una lesión de piel o algo por el estilo, porque él se preocupa de que si hay una zona enrojecida la protege más”
	E2	“La T.O tenía muchas ortesis que las hacía ahí mismo, en la unidad y era como oh..., hacia los moldes para que las manos no les quedaran como en gota, también les tomaban medidas y después llegaban con unos moldes para que las piernas le quedaran hacia arriba.”
		“Es fundamental, ya que ayudan a la salida de los pacientes de forma más rápida y recupera la motricidad de forma más rápida”
	E3	“Se manejan en ortesis, uno da el aporte de la evaluación y ellos finalmente la pueden ajustar y, como en el caso uno ve más a los pacientes puede informar al terapeuta sobre “oye la ortesis no

		está funcionando”.
		“Lo que más vemos es el manejo de ortesis, por ejemplo, para mí que tengo que sentar a un paciente que estuvo no sé, tres meses sin hacer nada, el hecho de las ortesis me da más seguridad, entonces en eso nos aporta el terapeuta. ”
Subcategoría	Unidades de registro	
Actividades de la vida diaria	E1	“En el área de que tome un vaso o una cuchara y eso necesita un trabajo aparte y que se dediquen a eso y nosotros no tenemos tiempo para hacer eso, y para eso necesitamos cosas simples, yo dejo al paciente sentado y el T.O trabaja con el sentado como cosas de alcance”
		“Desde la parte fina, que pueda tirar un papel o tomar una cuchara y esas cosas, no es a lo que le damos más full rehabilitación, nosotros le damos a full sentarse, al pararse a caminar, entonces, esa es la parte de T.O que yo veo que nos falta dentro de todo”
	E3	“El hecho de un paciente que estuvo 3 meses y por ejemplo, puede agarrar su tenedor o su cuchara , que para nosotros puede ser súper sencillo, para él es súper significativo y tal vez puede ser ese “punch” para su rehabilitación.”

CATEGORÍA		
Equipo de salud		
Subcategoría	Unidades de registro	
Trabajo en	E1	“Llega el paciente y nosotros somos los primeros que los

equipo	<p>tomamos, llega la enfermera, el paramédico que lo están ordenando, nosotros lo estamos revisando, le estamos programando el ventilador en caso de que sea necesario y en realidad es como muy de primera atención y de contacto con el médico”</p>
	<p>“Dedicarse completamente al área, pero una es tener ganas y trabajar en equipo funciona, si quieres trabajar por si solo les va a air súper mal”</p>
	<p>“La auxiliar, paramédicos, es de acuerdo a la cantidad de pacientes, la cantidad que hay de cada uno, auxiliar, paramédico. enfermera, médico, están siempre... están incorporados dentro de las UCI”</p>
	<p>“Si la enfermera le dice “sabe doc creo que podría revisar esto”, si pero acuérdate que tiene esto, mejor démosle esto, pero él te escucha, si toma en cuenta las opiniones de los otros, totalmente”</p>
	<p>“Si podría incluir a un TO si lo incluiría , o sea, mira va a sonar súper feo, pero estamos acostumbrados a trabajar sin él, sacamos a los pacientes adelante igual pero, creo que sí hay cosas que se podrían ver beneficiadas en el trabajo en conjunto con él porque ahora no lo sentimos presente, así como les dije anteriormente, si ni siquiera me dice lo que hace, entonces, como que no lo sentimos muy presente, entonces, si consideraría a todos los profesionales que te dije y a un TO”</p>
E2	<p>“Fonoaudiología, Terapia Ocupacional y el Kinesiólogo, hacían una terapia como decirlo, como que se acoplaban, congeniaban los tres y hacían una terapia súper buena y en los pacientes se vio la ganancia de ese equipo.”</p>

		<p>“Ideaban un plan, en el fondo que trabajaban todos en conjunto y era como súper armonioso”.</p>
		<p>“Cada uno aporta con su grano de arena para rehabilitar al paciente y salga de su enfermedad, con vida y que salga bien”.</p>
	E3	<p>“Tal vez como kinesiólogo pesquisa este paciente eh... necesita una ortesis para posición, entonces llega al tiro el terapeuta y empezamos a funcionar de manera más rápida”.</p>
		<p>“Trabajamos muy a la mano por el hecho de que claro... nosotros hacemos la parte de rehabilitación y ellos finalmente ven todo el proceso de ortesis o el uso incluso de inclusión del paciente, por lo menos trabajamos muy a mano”.</p>
		<p>“Fomentando un poco el aporte en equipo, siempre ayudando, sumando, más que restando por la que la idea general, más que nosotros como profesionales es que el paciente esté bien, entonces si uno tiene un buen equipo de trabajo o ambiente laboral, hace que el ambiente sea más rico.”</p>
Subcategoría	Unidades de registro	
Jerarquía	E1	<p>“nosotros somos los que estamos como más... con más experiencia a cargo de la rehabilitación, entonces, si quieres remar para otro lado que no sea el mismo al que estamos nosotros, igual es complejo, entonces, como querer trabajar en equipo nosotros igual somos súper abiertos ah... ah... como a... no sé po, a comentar, consejos y todo mientras sea por el bien del paciente, nosotros siempre hacemos, siempre decimos que todo es por el bien del paciente”</p>
		<p>“el médico es el que ve a todos los pacientes, o sea, hay médicos en el intermedio y en la UCI, ellos están encargados de los</p>

	<p>pacientes de ver las indicaciones, de invadir a los pacientes, él es el que toma la decisión completa en relación al paciente como tal. Él sí tiene que conversar con la enfermera para los planes, nosotros conversamos con ellos, o sea, en realidad él tiene que conversar, hacemos planes como equipo de trabajo, pero él es el que encabeza todo el equipo de trabajo”</p>
	<p>“ellas tienen que seguir las indicaciones que da el médico, no sé si se han fijado que el médico anota en una hoja todas las indicaciones, ellas tienen que revisar que todas esas indicaciones se cumplan, en relación a los medicamentos que se pasen y todas esas cosas”</p>
	<p>“ellas son las que están como a disposición de lo que él dice y revisar las indicaciones y avisarle al médico ante cualquier eventualidad, si el paciente está hipotenso tiene que avisarle al médico”</p>
	<p>“estamos acostumbrados a los médicos, porque depende del médico que esté como tenemos que estar, ponemos música a veces, no sé si me explico, cosas así”</p>
E2	<p>“El fisiatra veía si estaba en condiciones o no de poder hacerse la rehabilitación”</p>
	<p>“Hay un jefe que tiene que ver con lo médico de la UCI que la mayoría son especializados en UCI, de medicina interna y aparte de ellos hay becados que pasan por esa especialidad y deben pasar por UCI, generalmente los mejores van quedando seleccionados.”</p>
	<p>“El médico revisa al paciente, la enfermera también tiene conocimiento del paciente, el médico va dejando las indicaciones</p>

		y después la enfermera va organizándose.
	E3	“El kine que va como el cabecilla de la parte de la rehabilitación”
		“Para ver al paciente como tal así como unidad, lo decide el médico, el medico dice, yo veo que el paciente tiene esto y esto otro, necesito la ayuda del kine, fono y terapeuta”.
		“Uno puede hacer protocolos, o sea puedes hacer protocolos que de repente se le indican a las personas de la unidad, lo revisa el jefe pero siempre el que da la cabecilla va a ser el jefe de la UCI”.
		“Hay médicos que si consideran su opinión y hay médicos que ellos son los cabecillas, entonces, finalmente pasa por una decisión médica pero uno igual puede dar su opinión”.
		“O sea lo primero sería un médico internista que es el médico... como que manda en la UCI”

IV.3 Fase 3: Análisis de discurso a través de análisis categorial

En la siguiente fase se analizarán las categorías apriorísticas trabajadas durante el proceso de la investigación, para completar el desarrollo y cumplimiento de los objetivos que fueron propuestos durante este proceso.

C1: Valoración de la Terapia Ocupacional

Para la siguiente investigación esta categoría se va a entender como la estimación o dotación de significado que se realiza dentro de los equipos de salud, entre los propios profesionales que lo componen hacia la disciplina de Terapia Ocupacional, tanto en ámbitos procedimentales, actitudinales y cognitivos.

De esta nacen tres subcategorías que nos permitirán comprender con mayor profundidad esta categoría las cuales son las siguientes:

Sc1.1: Procedimental

La investigación comprende esta subcategoría como la estimación o dotación de significado que se realiza dentro de los equipos de salud, entre los propios profesionales que lo componen, hacia la disciplina de Terapia Ocupacional basado en los procedimientos llevados a cabo por los profesionales de dicha disciplina dentro de las intervenciones.

Esta subcategoría se expone en los discursos de los/as entrevistados/as descritos con anterioridad, a modo de ejemplo se muestran las unidades de registro más representativas:

- E1: “a veces el paciente necesita distraerse de alguna forma y ahí nosotros también llamamos al T.O” “les hacemos las interconsultas cuando los pacientes son de larga estadía como para que vaya a verlos más seguido y para que les fabrique las ortesis, férulas o lo que el paciente requiera y los evalúe”
- E2: “es fundamental ya que ayuda a la salida de los pacientes de forma más rápida y recupera la motricidad entre comillas, por que no la va a recuperar totalmente, pero la recupera de forma más rápida y eso hace que el paciente vaya evolucionando más rápido y van viendo avances, y cuando ven los avances ellos van teniendo mejor eh... más ánimo y el control psicológico...”
- E3: “el terapeuta como tiene esta función de orientar y de resolver a que vuelva a la sociedad por así decirlo, también incorpora a la familia, entonces, también le da un plus importante, le da por ejemplo más vitalidad y hace que el paciente sea un poco más autónomo, le da un poco más de esperanza en ese sentido.”

Como se puede apreciar en los relatos de los/as entrevistados/as existe una percepción errónea y simplista en cuanto a los procedimientos llevados a cabo por un/a terapeuta ocupacional, en relación a lo que la presente investigación comprende por esta disciplina.

En primer lugar, se puede evidenciar que él o la terapeuta ocupacional se solicita solamente, como una interconsulta, cuando el equipo de la UCI cree que es necesaria la intervención de un/a paciente, debiendo, además pasar por la aprobación del o la médico a cargo de turno, ya que este/a profesional no es integrante del equipo de planta de esta unidad. En segundo lugar, en E1 se puede apreciar que el/la terapeuta ocupacional es visto como un/a profesional que va a entretener a los/as pacientes cuando estos/as se sienten aburridos, en E2 se evidencia que la Terapia Ocupacional en su respectivo lugar de trabajo se especializa en las intervenciones sobre neurología y de ortesis, por lo que se aprecia los procedimientos más biomédicos por sobre otras áreas de intervención.

El relato de E3 se acerca más a la percepción que la investigación tiene sobre la disciplina, en donde el o la terapeuta ocupacional realiza procedimientos en donde se incorpora a las redes de la persona, como la familia y se preocupa de que el o la paciente sea capaz de reintegrarse a la sociedad, este relato menciona que esto le da la motivación a este para que siga con su proceso de rehabilitación.

Como se menciona en el párrafo anterior, se puede apreciar que los procedimientos realizados por los profesionales de Terapia Ocupacional pueden ser significativos en el proceso motivacional que es un punto clave en la recuperación y rehabilitación de un/a paciente, y como se menciona en las entrevistas, al hacer efectivas las intervenciones procedimentales los/as terapeutas ocupacionales provocan que la evolución en los pacientes sea más rápida.

Finalmente, se pone hincapié en que el hecho de que un/a terapeuta ocupacional no sea parte del equipo de planta que integran las UCI, genera que procedimientos como reuniones de equipo o de coordinación de intervenciones no se puedan llevar a cabo en conjunto con el equipo interdisciplinario, además, esta misma situación genera que el/la profesional no de abasto con las horas de

atención que tiene, lo que puede entorpecer los procedimientos necesarios para la recuperación o rehabilitación integral del o de la paciente.

Sc1.2: Actitudinal

Se comprenderá esta subcategoría como la estimación o dotación de significado que se realiza dentro de los equipos de salud, entre los propios profesionales que lo componen, hacia la disciplina de Terapia Ocupacional basado en las actitudes y disposición que tengan los profesionales en su desempeño laboral.

Esta subcategoría se refleja en los discursos de los/las entrevistados/as descritos anteriormente, a continuación, se detallan las unidades de registro más destacadas:

- E1: “Porque a veces es tan silencioso que es lo que yo más le reclamo. Yo a veces no se ni cuando está, ni cuando se fue...” “como que no lo sentimos muy presente (...) Pero si lo consideraría, lo hemos conversado como equipo, pero como les digo es falta de él de demostrar que es necesario en la UCI...”
- E3: “yo ahí, como por favor... terapeuta por favor reta porque nadie le pone bien la ortesis entonces yo ahí retaba a mis colegas y recuerdo que una de las terapeutas dejo el cartel ahí pegado que no saquen la ortesis y póngansela como corresponde y eso sirvió porque finalmente la paciente logró un control de tronco, ya después la paciente sociabilizaba con uno, pero también fue porque uno le dice empodérate po’ si esta es tu área”

La actitud que toman los/as profesionales dentro de su lugar de trabajo es tan relevante como el conocimiento teórico y técnico que se debe tener, ya que si bien, la teoría es relevante, si se llega con una actitud negativa frente al equipo de trabajo o hacia los/as pacientes no se logrará una atención de calidad o un buen ambiente laboral dentro del equipo.

Estas apreciaciones actitudinales se relacionan con las habilidades blandas de cada persona, las cuales tienen que ver con los valores que se forman durante

toda la vida y con aspectos como la personalidad, la capacidad de liderazgo, la forma de conllevar las relaciones interpersonales o la manera de expresarse, entre otras, son las que se tornan fundamentales para poder llevar a cabo las intervenciones en equipo, para lograr solucionar problemas de manera efectiva, para poder actuar a tiempo en distintos eventos e incluso pueden influir con potencia en los niveles de estrés laboral, entre diversas cosas más. Por lo tanto, se considera que las actitudes deberían ser igualmente valoradas como el conocimiento teórico-práctico que pueda tener un/a profesional que desee ser parte de un equipo de salud, el cual tendrá siempre como objetivo el resguardar el bienestar de sus pacientes.

En los relatos de E1 y E3 se puede apreciar que el/la terapeuta ocupacional de esas UCI no se destacaba ni daban a conocer la importancia de sus intervenciones, esto debido a las actitudes que presentaban, ya sea no compartiendo su trabajo o no empoderándose del rol que estos/as jugaban en la recuperación del o de la paciente.

Además, en el relato de E1 se evidencia que la falta de una actitud pertinente al contexto de intervención influye en el tema de abrir campo laboral en el mismo lugar de trabajo, es decir, que actitudes como no compartir ni comunicar la efectividad de su trabajo, puede jugar un rol tan importante al momento de decidir si se abren cupos laborales para otros/as colegas.

La mala comunicación por temas actitudinales influirá de mala manera en los equipos de trabajo y al haber un mal ambiente laboral, se podría ver influenciado también el tratamiento de los/as pacientes. Como se demuestra en E1 la poca comunicación que existe entre los profesionales del equipo de la UCI y el terapeuta ocupacional que realiza las interconsultas, provoca la generación de una brecha entre estos, en donde por las actitudes del primero se afecta de manera negativa la percepción y la valoración que se le asigna a la disciplina en sí, esto como consecuencia de que un profesional, por temas actitudinales, no es capaz de demostrar el dominio del trabajo ni los beneficios que puede generar en

una recuperación y rehabilitación de un/a paciente, la intervención de Terapia Ocupacional.

Para finalizar con esta categoría, se entiende que la teoría dentro de una profesión es un aspecto fundamental, sin embargo, las actitudes de un/a profesional debe ser algo que se capacite y que se ponga en práctica, que se exija y enseñe con el mismo rigor que los aprendizajes teóricos. Ya que si bien un/a profesional puede demostrar un gran dominio de los conocimientos adquiridos durante su formación académica y en sus años de prácticas, si al momento de dar una indicación, de exponer su punto de vista o de tomar una decisión, no muestra seguridad o no sabe cómo dar a conocer su trabajo no logrará el desempeño ni el desenvolvimiento esperado en un equipo de trabajo, dejando ver un déficit importante e incluso influenciando de manera negativa la visión de la disciplina de Terapia Ocupacional.

Sc1.3: Cognitiva

Esta subcategoría se comprenderá como las capacidades y razonamiento clínico que debe tener un terapeuta ocupacional que está ejerciendo su trabajo en el área de UCI, demostrando sus saberes y la capacidad de llevar a cabo un trabajo eficaz.

La cual se puede ver reflejada en los discursos de los/as entrevistados/as descritos con anterioridad, a continuación, se expone la unidad de registro más representativa de esta subcategoría:

- E3: “un terapeuta igual debería tener manejo ventilatorio en caso de que pase SOS de que se saque una vía, se desconecte, todo... para poder actuar rápido porque eso es súper importante eh... lo otro también tener algunos manejos de aspectos generales como manejar por ejemplo saber los signos vitales, cómo funcionan las máquinas que generalmente es como un consenso global de lo que hacemos también los (...) que con eso finalmente... va a tener la base de poder entablar lo que es su pega.

Como se menciona en el marco teórico, un/a terapeuta ocupacional se puede desenvolver en distintas áreas, pudiendo entregar una intervención integral al paciente, en este caso, crítico, que se encuentra internado en una UCI, sin embargo, en algunas ocasiones el poco conocimiento de la disciplina puede generar instancias como las que menciona E1, en donde otros profesionales se encargan de realizar intervenciones para las que el/la terapeuta ocupacional está capacitado tanto teórica como prácticamente. Esto hace reflexionar acerca del Modelo de Atención Integral en Salud que declara el Estado Chileno, si se quiere prestar una atención basada en el paradigma biopsicosocial y como lo dice la palabra velar por el bienestar tanto físico, mental y social de la persona ¿por qué no incluir a profesionales que tienen los conocimientos para aportar en todos estos ámbitos, como lo podrían hacer los/as terapeutas ocupacionales, en el equipo de planta de las UCI?

Otra apreciación es la identificada por E3, cualquier profesional que trabaje en una UCI debería manejar los procedimientos que comúnmente se realizan en esta unidad, además de manejar los equipamientos, entre otras cosas. Se cree importante incorporar, dentro de los aprendizajes de las mallas curriculares de las universidades que imparten esta carrera, algunas de las cosas mencionadas anteriormente, ya que, si se desea desenvolver en unidades como esta, es necesario saber abordar los distintos eventos que se pudiesen presentar.

Las habilidades cognitivas se adquieren en la formación educativa que cada terapeuta ocupacional adquiere, sin embargo, depende también de la proactividad del o de la profesional seguir capacitándose en las distintas áreas de intervención para así aportar de mejor manera a la atención integral en salud a la cual las políticas públicas chilenas apuntan.

C2: Áreas de intervención en UCI

Para esta investigación se abordaron distintas áreas de intervención en UCI en donde el terapeuta ocupacional se puede desempeñar, como fue explicado anteriormente, estas áreas se dividirán en tres aristas que serán analizadas a continuación:

Sc2.1: Estimulación cognitiva

Esta subcategoría se comprende como un conjunto de técnicas y estrategias que tienen como objetivo la mejora del rendimiento y eficacia del funcionamiento de capacidades cognitivas como la memoria, atención y percepción desde la disciplina de la Terapia Ocupacional.

A continuación, se presentan extractos de las entrevistas en donde se represente la intervención desde la disciplina de la Terapia Ocupacional dentro de la investigación.

- E1: “yo nunca lo veo no sé si me entienden, y cuando lo veo, te mentiría porque no sé qué cosas cognitivas hace, visual no lo he visto hacer nada”.
- E3: “creemos que él es más específico como en la parte cognitiva y les hacemos las interconsultas cuando los pacientes son de larga estadía como para que vaya a verlos más seguido”.

La estimulación cognitiva es relevante en los pacientes ya que estas se dirigen a mantener o a mejorar el funcionamiento cognitivo en general, ya sea a través de ejercicios donde se trabaje memoria, percepción, atención, concentración, lenguaje, funciones ejecutivas, entre otros. Esta consiste en estimular y mantener las capacidades cognitivas existentes, con el fin de mejorar o mantener el funcionamiento cognitivo y enlentecer el deterioro que se puede producir por traumas, envejecimiento, patologías, etc.

A partir de las entrevistas realizadas, se logró dar cuenta de que E3, entendía la relevancia del o de la terapeuta ocupacional en UCI, ya que lo nombró como la persona más especializada para trabajar en el área cognitiva, en especial en aquellos/as pacientes que son de larga estadía. Sin embargo, E1 comentó que no sabía la labor que realiza el/la terapeuta ocupacional, ya que jamás lo ha visto trabajar, lo que puede suceder por distintas razones, ya sea porque el/la terapeuta ocupacional realmente no va al área de UCI cuando lo necesitan, o

porque no se encuentran en sus turnos de trabajo, por las pocas horas que el/la terapeuta tiene dentro del hospital.

A través de las entrevistas realizadas, se evidencia que los/las profesionales no tienen un conocimiento completo sobre el rol del o de la terapeuta ocupacional, lo que puede ocasionar que los/as pacientes que necesiten intervención en el ámbito cognitivo no tengan una atención oportuna, debido a que el equipo de salud quizás no maneja el conocimiento necesario ni tampoco maneja la información de que la disciplina en estudio puede realizar intervenciones en dicho ámbito.

Esta situación reduce al o a la terapeuta ocupacional a solo desempeñarse en el área física en los contextos de UCI, debido al desconocimiento y poca proactividad por parte de los profesionales de la disciplina por dar a conocer la magnitud de sus intervenciones. Lo que hace reflexionar acerca del cumplimiento o no de las intervenciones biopsicosociales que plantea el modelo de atención de salud chileno, ya que más que entregar una rehabilitación integral, se intenta salvar la vida de los/as pacientes y recuperarlos de la manera más rápida posible.

Sc2.2: Salud física

Como se explicó anteriormente, en la presente investigación se entenderá la salud física como el completo bienestar del cuerpo y el óptimo funcionamiento del organismo, sin padecer algún tipo de enfermedad o lesión.

Esta subcategoría se refleja en los discursos de los/as entrevistados/as descritos con anterioridad, a modo de ejemplo se muestran las unidades de registro más representativas:

- E1: “ortesis, férulas, cuando tienen los materiales porque les cuesta mucho conseguirlos, pero cuando los tiene es súper rápido en hacer las ortesis, va un día y al otro día la tiene lista y nos pide que le vemos las zonas

enrojecidas, las marcas y las corrige y quedan listas al tiro, se demora súper poco cuando hay material y tiene disponibilidad, se preocupa de que queden bien, nunca hemos tenido una lesión de piel o algo por el estilo, porque él se preocupa de que si hay una zona enrojecida la protege más”

- E2: “Es fundamental, ya que ayudan a la salida de los pacientes de forma más rápida y recupera la motricidad de forma más rápida”
- E3: “Lo que más vemos es el manejo de ortesis, por ejemplo, para mí que tengo que sentar a un paciente que estuvo no sé, tres meses sin hacer nada, el hecho de las ortesis me da más seguridad, entonces en eso nos aporta el terapeuta”

Las alteraciones en la salud física, son condiciones que resultan de una serie de consecuencias producto de diferentes traumatismos y/o enfermedades. Estas influyen en la persona produciendo malestar e impotencia funcional, ven disminuidas sus capacidades corporales las cuales generan una limitación en la realización de diversas actividades, ocupaciones y rutinas de su vida diaria, esto a su vez podría tener influencia en el ámbito social de la persona o en algunos casos este podría ser la causa de algún malestar en la salud física, ya que dentro de este ámbito se consideran entornos importantes para la persona, como lo pueden ser la familia, el trabajo y/o educación, amistades, entre otros.

En los relatos de los/las profesionales entrevistados/as, se observa que destacan el rol del o de la terapeuta ocupacional en cuanto a la realización de ortesis, ya que afirman que estas le dan seguridad tanto al paciente como al profesional para realizar las intervenciones y así lograr el alta en un menor tiempo. Como relata E1 el/la terapeuta es eficaz y rápido en el manejo de ortesis, pero el escaso material y los recursos pertinentes para la creación de estas ayudas técnicas entorpecen el desempeño de este, enlenteciendo su trabajo y retrasando la rehabilitación integral del o de la paciente.

Por medio de los distintos/as entrevistados/as, se logra comprender que estos solo atribuyen el trabajo de terapeutas ocupacionales a la realización de ortesis

en UCI, lo cual es una arista que puede mejorar o contribuir al bienestar físico de la persona, sin embargo, el completo bienestar de la salud de la persona es cuando esta se encuentra en su mayor grado de autonomía, como se mencionó anteriormente, citando a la OMS (1948) quien define el concepto de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

El rol del o de la terapeuta ocupacional no consiste solo en confeccionar ortesis, sino que en el área de UCI podría realizar distintas labores como por ejemplo, la movilización activa/pasiva de un/a paciente, la creación o gestión de ayudas técnicas para aumentar el grado de independencia de los/as pacientes que se encuentren con movilidad reducida, como por ejemplo, esponjas con mangos largos para el higiene personal, silla giratoria de bañera, soportes para levantarse del inodoro, etc., como también realizar distintos pruebas estandarizadas, como mediciones goniométricas, evaluaciones de fuerza, sensibilidad, entre otras, aplicación de técnicas de manejo del dolor, de manejo de edema y de cicatrices, entre otras cosas. No obstante labores como estas han sido desplazadas a otros profesionales de la salud, encasillando al terapeuta ocupacional como el profesional que “realiza las ortesis”, ya sea por la poca proactividad del o de la terapeuta ocupacional, por falta de materiales o por el desconocimiento de las labores que este/a puede realizar.

Cabe destacar que si bien el rol de la Terapia Ocupacional dentro de estas unidades apunta a mejorar la salud física del o de la paciente, también puede influir sobre la motivación y los intereses de las personas, donde después de una pérdida ocupacional como la que se puede sufrir por alguna patología o traumatismo que haya causado la internación en una UCI, se puede apoyar esta persona, por ejemplo, a reelaborar una rutina ocupacional adaptada y significativa que aumente su participación en roles activos y relevantes, minimizar o eliminar las conductas que interfieran en el desempeño ocupacional, adquirir, mejorar y potenciar las capacidades y destrezas necesarias para un desempeño ocupacional lo más satisfactorio y funcional posible, habilitar y

educar en el uso de ayudas técnicas necesarias, entre otras cosas. Lo que se pretende demostrar es que la Terapia Ocupacional no se reduce a la confección de ortesis en las UCI, si no que existe una variedad de intervenciones que pueden complementar la rehabilitación integral de la persona tanto en los ámbitos físico, mental y social.

Sc2.3: Actividades de la vida diaria (AVD)

Las AVD se comprenderán como aquellos componentes de la actividad cotidiana comprendidos en las actividades de autocuidado, trabajo y juego/ocio, cabe destacar que esta subcategoría tiene un valor y un significado distinto para todas las personas.

Esta subcategoría se refleja en los relatos de los/as entrevistados/as descritos con anterioridad, a modo de ejemplo se exponen las unidades de registro más representativas para esta:

- E1: “En el área de que tome un vaso o una cuchara y eso necesita un trabajo aparte y que se dediquen a eso y nosotros no tenemos tiempo para hacer eso, y para eso necesitamos cosas simples, yo dejo al paciente sentado y el T.O trabaja con el sentado como cosas de alcance”
- E3: “El hecho de un paciente que estuvo 3 meses y por ejemplo, puede agarrar su tenedor o su cuchara, que para nosotros puede ser súper sencillo, para él es súper significativo y tal vez puede ser ese “punch” para su rehabilitación.”

Como se mencionó anteriormente, una de las áreas de intervención de la Terapia Ocupacional son las actividades de la vida diaria, más conocidas como AVD.

Dentro de esto, la cultura, el marco social y el contexto de la persona influirán en la importancia concreta que se les otorgará a las distintas actividades que desarrolle en su vida, en momentos determinados. A raíz de lo anterior, las consecuencias que puede traer el padecimiento de una patología o el sufrimiento

de un traumatismo de considerable gravedad, pueden limitar o detener de forma abrupta el desarrollo de las AVD de una persona. Es por esto que la Terapia Ocupacional, dentro de esta área de intervención, busca “restaurar la capacidad funcional” (Polonio, B., Durante, P. & Moya, B., 2001), ya sea mediante adaptaciones en la manera de realizar esta actividad, como también en los utensilios y herramientas necesarias o incluso en los espacios en los que estas se desarrollan.

En el relato de E3, se menciona la importancia que tiene sobre la motivación de la persona la intervención de Terapia Ocupacional, logrando en ocasiones un avance más rápido en el proceso de recuperación y rehabilitación, además de favorecer en aspectos de la salud mental tanto del o de la paciente, como en la de sus familiares que lo/a acompañan en este difícil proceso. Esto, demuestra que el conocimiento acerca de las disciplinas con las que se trabaja, puede favorecer en la rehabilitación integral de la persona, abarcando más allá de sólo la recuperación de su vida.

Sin embargo, en E1 se puede apreciar lo contrario a lo descrito con anterioridad, al no existir un dominio sobre las áreas en las cuales se desempeña un/a terapeuta ocupacional, genera que se desvalorice a la disciplina y que en cambio, se sobrevalore la disciplina que si se encuentra como equipo de planta en las UCI, lo anterior basado específicamente en la frase “nosotros no tenemos tiempo para hacer eso”, denotando que el trabajo que realiza el terapeuta con las AVD y con la inclusión de la persona en su vida nuevamente, restaría de importancia por sobre las demás intervenciones.

C3: Equipo de salud

Se entenderá como equipo de salud a aquel grupo de profesionales con diferentes disciplinas que quieren lograr un objetivo en común, el cual es proveer en cualquier ámbito a los pacientes y sus familias una atención integral. A partir de esta categoría nacen dos subcategorías que serán explicadas a continuación:

Sc3.1: Trabajo en equipo

El trabajo en equipo será comprendido como la unión de dos o más personas organizadas de una forma determinada, las cuales cooperan para lograr un fin común, en este caso se refiere al completo o máximo bienestar del paciente.

Esta subcategoría se refleja en los discursos de los/as entrevistados/as descritos con anterioridad, a modo de ejemplo se muestran las unidades de registro más representativas de esta:

- E1: “Dedicarse completamente al área, pero una es tener ganas y trabajar en equipo funciona, si quieres trabajar por si solo les va a ir súper mal”
- E2: “Fonoaudiología, Terapia Ocupacional y el Kinesiólogo, hacían una terapia como decirlo, como que se acoplaban, congeniaban los tres y hacían una terapia súper buena y en los pacientes se vio la ganancia de ese equipo.”
- E3: “Fomentando un poco el aporte en equipo, siempre ayudando, sumando, más que restando por la que la idea general, más que nosotros como profesionales es que el paciente esté bien, entonces si uno tiene un buen equipo de trabajo o ambiente laboral, hace que el ambiente sea más rico.”

El trabajo en equipo es uno de los aspectos que siempre se trata dentro de los ambientes laborales, para lograr que este se haga efectivo, las personas que lo componen deben colaborar desde el ejercicio de las distintas habilidades blandas, para así saber sobrellevar las distintas situaciones o eventos que puedan surgir dentro del desempeño de sus labores, además de lograr dar cumplimiento a los objetivos que se plantean en común, respetando y aportando cada uno/a desde sus conocimientos.

Como bien menciona E1 en su entrevista, para lograr desarrollar un buen ambiente laboral, se deben tener ganas de trabajar y entusiasmo, por parte de las personas que componen estos equipos de trabajo, para así dar paso a lograr una relación fluida, en donde la comunicación entre todos/as se torna fundamental. A través de E2 se puede apreciar que el trabajo en equipo

interdisciplinario es algo fundamental para un desempeño óptimo de las labores y para lograr la rehabilitación integral de un/a paciente, ya que como se dijo anteriormente, cuando la interdisciplinariedad es llevada a cabo fomenta una intervención más eficaz y rápida del o de la paciente.

Sin embargo, en la recopilación de los relatos, se pudo apreciar, que el ideal de trabajo en equipo interdisciplinario, como es descrito en el marco teórico, no se logra llevar a cabo en los recintos hospitalarios a los cuales los/as entrevistados/as son parte, sino más bien, se expone un trabajo más individualista en donde cada profesional realiza lo que le corresponde, sin una comunicación fluida dentro de los equipos de trabajo, lo que devela que en la realidad no se da cumplimiento, al menos en este aspecto, a lo establecido por el MINSAL dentro de sus políticas de salud.

Sc3.2: Jerarquía

Se entiende este concepto como la organización a través de categorías que presentan diversa importancia y que por ende se le atribuyen a las personas o cosas diferente relevancia y valores de forma piramidal.

Esta subcategoría se refleja en los discursos de los/as entrevistados/as descritos con anterioridad, a modo de ejemplo se muestran las unidades de registro más representativas:

- E1: “el médico es el que ve a todos los pacientes, o sea, hay médicos en el intermedio y en la UCI, ellos están encargados de los pacientes de ver las indicaciones, de invadir a los pacientes, él es el que toma la decisión completa en relación al paciente como tal. Él sí tiene que conversar con la enfermera para los planes, nosotros conversamos con ellos, o sea, en realidad él tiene que conversar, hacemos planes como equipo de trabajo, pero él es el que encabeza todo el equipo de trabajo”

- E3: “Para ver al paciente como tal, así como unidad, lo decide el médico, el médico dice, yo veo que el paciente tiene esto y esto otro, necesito la ayuda del kine, fono y terapeuta”.
- E3: “Hay médicos que sí consideran su opinión y hay médicos que ellos son los cabecillas, entonces, finalmente pasa por una decisión médica, pero uno igual puede dar su opinión”.

En relación a los distintos niveles de jerarquías existentes dentro del área de salud, se reconoce que en ocasiones son necesarios, ya que permiten poder llevar un orden de intervención, en donde la información del o de la paciente se va completando y complementando en cada uno de estos niveles, esto permite orientar las decisiones que se toman en torno a los recursos de salud para así dar una respuesta organizada, eficiente y concreta a las necesidades de cada paciente.

En las entrevistas realizadas, se evidenció que el/la médico es quien toma las últimas decisiones en cuanto a las intervenciones de los/as pacientes, como en el caso de E1 y E3, este/a profesional toma en cuenta las apreciaciones y opiniones de otros/as miembros/as del equipo, sin embargo, también se menciona que “hay médicos y médicos”, lo que significa que dependerá del profesional de turno y de la manera de trabajar de él o ella, si se tomará en cuenta al resto del equipo de trabajo.

Como se plantea en el marco teórico, el equipo de trabajo en salud, debería ser una asociación de personas no jerarquizadas, las cuales desde sus distintas profesiones velan por el logro de un objetivo de tratamiento común para así lograr una atención integral de la persona y su familia. Sin embargo, en los relatos se expone una realidad totalmente distinta, en donde sí existe una jerarquización.

Si bien, en todo ámbito de cosas, el liderazgo de un equipo es importante, el hecho de que lo que necesite o no un/a paciente dentro del contexto de la UCI dependa de la decisión final que tome el/la médico, deja en visto que, por

ejemplo, la decisión de realizar interconsulta con el/la terapeuta ocupacional del recinto, dependerá de una persona, la cual, si no posee el dominio de los ámbitos que abarca la disciplina, podría ser una de las causas por la cuales en los hospitales en donde se desempeñan los/as entrevistados, el/la terapeuta no sea parte del equipo de planta.

La desvalorización de algunos/as profesionales dentro de un equipo de salud, puede resultar un aspecto negativo en el resultado final en la intervención de un paciente que se encuentra internado en una UCI, logrando quizás solo la recuperación de uno de sus componentes y no la totalidad de estos, no llevando a cabo la rehabilitación integral bajo el paradigma biopsicosocial.

Gracias a estos niveles de jerarquías, en ocasiones ciertos profesionales puede sobrevalorar su propio trabajo, dando paso así a una labor individualista y reduccionista que afecta al equipo en general, a su funcionamiento, organización y comunicación, por lo que esto repercute, a su vez, en el foco principal de las intervenciones, el cual siempre debería ser la recuperación y rehabilitación integral del paciente.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

Para responder a la pregunta de investigación, la cual era: ¿Cuáles son los fundamentos de inclusión o exclusión de la Terapia Ocupacional en equipos de Salud de las Unidades de Cuidados Intensivos del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, a la luz de los discursos oficiales de la Organización Mundial de la Salud y la experiencia de interacción de los profesionales con Terapeutas Ocupacionales? y dar cumplimiento al objetivo general de la investigación que fue: “Interpretar los relatos de las y los profesionales pertenecientes a la Unidad de Cuidados Intensivos del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota en relación con la inclusión o exclusión de Terapeutas Ocupacionales y los fundamentos del discurso oficial de la Organización Mundial de la Salud”, fue necesario dividir este estudio en tres grandes categorías que tuvieron como títulos: “Valoración de la Terapia Ocupacional”, “Áreas de intervención en UCI” y “Equipos de salud”. Estas categorías fueron interpretadas para dar como resultado las conclusiones que se exponen a continuación.

En primer lugar, en cuanto a las valoraciones de profesionales del equipo de salud en interacción con terapeutas ocupacionales, se identificó la existencia de una visión reduccionista hacia la disciplina de Terapia Ocupacional. Esto debido a que los/as entrevistados/as sólo identifican que esta se enfoca en la confección de ortesis y en algunos aspectos de estimulación cognitiva, lo cual, si bien forma parte del quehacer de un/a terapeuta en las UCI, también es relevante intervenir en otros ámbitos de la persona internada en estas unidades.

Siendo uno de los objetivos de la disciplina, lograr el máximo nivel de autonomía, independencia y satisfacción en el desempeño ocupacional de la persona, es relevante la intervención en las áreas mencionadas anteriormente, pero agregando dentro de esta a otros ámbitos que componen a una persona, tal como lo describe el marco teórico, el paciente en estado de salud crítico, es comprendido como un ser biopsicosocial al cual se le debe brindar un cuidado integral de su salud. Para esto el Estado Chileno crea sus políticas de atención en salud bajo los lineamientos del paradigma biopsicosocial, destacando el uso del Modelo de Atención Integral en Salud el cual debe promover y

facilitar una atención eficiente, eficaz y oportuna, dirigida más al paciente que a la enfermedad y tomando en cuenta también los ambientes tanto físicos, sociales y culturales en los cuales el/la paciente se desenvuelve a diario.

Basado en los planteamientos anteriores, se identifica como fundamento de exclusión el hecho de que existe una desvalorización por parte de las disciplinas que forman parte del equipo de salud de las UCI en relación a la carrera de Terapia Ocupacional, la cual como se describió en el marco teórico abarcaría a la persona como un ser integral, interviniendo tanto en componentes físicos, mentales y sociales, complementando y generando así, un aporte a la recuperación y rehabilitación integral del paciente dentro de las UCI.

En segundo lugar, acerca de la caracterización de prácticas de Terapia Ocupacional con pacientes internados en UCI, se logró evidenciar lo ya mencionado anteriormente, en donde se destacan dos ámbitos de intervención, sin embargo, se hace necesario tomar un punto que no se desarrolló en el párrafo anterior, el componente social del o de la paciente.

La intervención que cada paciente UCI necesite, dependerá del estado de salud en el que este/a se encuentre dentro de la estadía en el recinto hospitalario. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la persona internada se encuentra acompañada por algún familiar o algún cercano, quienes también se ven afectados y preocupados por la situación de salud del o de la paciente en cuestión, pero como se evidenció en los relatos de los/as entrevistados/as, este componente no es algo que aborde el equipo de salud que trabaja en esos recintos hospitalarios.

La terapia ocupacional tiene mucho que aportar en la esfera social de la persona, en este caso, con la familia se puede desarrollar una intervención sustentada en el apoyo y contención emocional, como también en el hecho de informar y educar a su entorno sobre la condición de salud, sobre cómo pueden ayudar en la rehabilitación de la persona y en el caso de que el/la paciente quedase con secuelas por la causa de su internación en la unidad, es necesario que la familia sepa como conllevar esta situación fomentando que la persona sea partícipe de su propia rehabilitación y que logre la

mayor autonomía e independencia posible en las actividades que comúnmente solía llevar a cabo.

Según el marco de trabajo de la AOTA (2008) la Terapia Ocupacional “es una aplicación de valores centrales, conocimiento, y habilidades para ayudar a los usuarios, a comprometerse con las actividades diarias u ocupaciones que ellos quieren y necesitan hacer de forma que apoyen la salud y la participación”.

Como se expone en la anterior definición, otras de las áreas de intervención específica de Terapia Ocupacional son las Actividades de la Vida Diaria (AVD), las cuales son un punto clave en la intervención de dicha disciplina, ya que estas son las acciones que una persona realiza a diario, las cuales le permiten sentirse identificados en distintos roles dentro de la sociedad. A lo que apunta los/as terapeutas ocupacionales es a trabajar en la autonomía con que la persona desarrollara estas AVD mediante actividades que le resultan ser significativas. Una de las técnicas que emplean estos profesionales para conseguir el cumplimiento de lo mencionado anteriormente, es el adaptar, ya sea la manera de realizar una actividad, como los implementos necesarios para la realización de esta o incluso el espacio en el que se desarrolla.

Se cree importante destacar, que lo desarrollado en el párrafo anterior, no fue evidenciado en la información recabada, no es un aspecto en el cual todos/as los/as profesionales del equipo de salud de las UCI manejan y como consecuencia de esto no se realiza la solicitud de interconsulta al personal de Terapia Ocupacional, ya que estas intervenciones que se realizan son vistas como cosas simples, sin saber el fundamento teórico que existe detrás de cada una de estas, lo que puede ser identificado como otro fundamento por el cual se excluye al o la terapeuta ocupacional del equipo de planta de la UCI.

En tercer y último lugar, se encuentra el análisis de los discursos oficiales de la OMS respecto de la configuración de equipos de salud en UCI en relación a las experiencias relatadas por profesionales integrantes de estos mismos. Con respecto a esto, se recogen frases mencionadas por los/as entrevistados/as que dicen lo siguiente: “en la rehabilitación los Kines la llevamos” y “todo dependerá del médico si toman en cuenta

tu opinión”, en ellas se deja en visto que existe una sobrevaloración de ciertas disciplinas en el área de estudio que son las UCI, estas situaciones y otras reflejan que no existen espacios de diálogos respetuosos, sin discriminación y que consideren a todos/as los/as integrantes del equipo de salud que se desempeña en esta área.

Si bien Chile plantea políticas públicas en salud que son acordes a lo pactado con la OMS, en la práctica se pudo evidenciar, mediante los relatos de los/as entrevistados/as, que no se cumplen, los equipos de salud interdisciplinarios quedan en los escritos, ya que en el desarrollo de las prácticas, al menos en las UCI de los/as entrevistados/as, no cumplen con los requisitos que debieran tener, estos déficits pueden influir negativamente en la rehabilitación integral de un/a paciente. La jerarquización y los años en los que estas prácticas jerarquizadas han permanecido en los recintos de salud provoca que se desvalore y que no se dé la oportunidad a que otras disciplinas puedan entrar en áreas como las UCI, las cuales podrían complementar los aspectos faltantes en el tratamiento de los/as pacientes del Servicio de Salud Público del país.

A raíz de lo anterior, se reitera la importancia de trabajar bajo un modelo integral de salud, para que este pueda producir cambios necesarios en la atención de los equipos de salud, ya sea reforzando la buena comunicación entre los/as miembros/as, el abrir campo laboral a disciplinas que contribuyan a mejorar la calidad de atención de los/as pacientes, brindar espacios de reunión para los equipos de salud, en fin, implementar y llevar a la práctica todas las políticas públicas de salud.

A modo de síntesis, se cree necesario tanto reorganizar como reestructurar las Unidades de Cuidados Intensivo, en distintos ámbitos que permitan mejorar la privacidad, la calidad de atención y la acogida de los/as pacientes y de sus familias en cuanto a la recuperación y a la rehabilitación de estos/as. Abrir campo laboral a nuevas profesiones que puedan brindar y contribuir a la atención integral de salud con la visión biopsicosocial de las personas. Reforzar e implementar la intervención del contexto social de las personas, entregar servicios a las familias que son parte de este proceso, ampliando los horarios de visitas y educándolos en el proceso que su familiar se encuentra viviendo.

Los cambios en los servicios de atención de salud públicos no pueden ser aplazados durante más tiempo, es hora de que las políticas públicas sean llevadas a la práctica, ya que la salud en Chile está siendo una demanda social ineludible.

Se deja la invitación a que las futuras generaciones de terapeutas ocupacionales y las que ya se encuentran ejerciendo a que amplíen las investigaciones de la disciplina, las cuales permitirán que la Terapia Ocupacional empiece a ser conocida y valorada por su rol en la sociedad. Específicamente en el área de las UCI, existe un reducido número de investigaciones realizadas en este contexto, lo que se malinterpreta como la ausencia del o de la terapeuta ocupacional en estas unidades y no se ve como realmente es, una falta de sistematización y difusión por parte de los/as profesionales que se desempeñan en esta área.

De las investigaciones nombradas sobre la labor de la Terapia Ocupacional en la Unidad de Cuidados Intensivos, de 506 artículos, sólo 21 fueron pertinentes para la investigación. Siendo los países con más experiencias documentadas EE.UU y algunos de Europa con un enfoque clínico en donde se destaca el trabajo en actividades de la vida diaria, movilización de la persona y el dolor, déficit cognitivo y conductual. Para finalizar, se deja a disposición la presente investigación, para que en futuros estudios se utilice como sustento bibliográfico que plasmó la interpretación de los significados construidos a través de las experiencias de distintos profesionales que componen los equipos de salud de las UCI, para que se investigue más a fondo en las diversas áreas de intervención en estas unidades dentro del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abela, J. (s.f). *Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada*. p.2.
- Ansa, M. & Acosta, A., (2008), *La actitud hacia el trabajo del personal administrativo en el núcleo Humanístico de la Universidad del Zulia*, XIV (1), p. 122.
- AOTA. (2008). *Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional: dominio y proceso*. 2ª edición.
- Balestrini, M. (2006). *Cómo se elabora el proyecto de investigación*. (7ma. ed.). Caracas. BI Consultores asociados.
- Bonil, J., Sanmartí, N., Tomás, C. & Pujol, RM.. (2004). *Un nuevo marco para orientar respuestas a las dinámicas sociales: el paradigma de la complejidad*. Junio, 2019, de ResearchGate.
- Borrell, F. (2001). *El trabajo en equipo en la atención primaria*. Junio, de AP XII.
- Callejo, J., Calvo C., Gallego P.. (mayo, 2013). *Glosario. En Protocolo de intervención desde la Terapia Ocupacional*. Madrid: Excelencia Europea.
- Cardona P., & Wilkinson H.. (diciembre, 2006). *Trabajo en equipo*. Barcelona.
- Cerda, H. (1988). *Los elementos de la investigación*, El Búho, México, pp. 180 - 209.
- Corbin, J. (2019). *Nuestra salud depende de multitud de factores, y no todos ellos se limitan al bienestar físico*. 2019, de Copyright 2019 Psicología. Recuperado de: <https://psicologiaymente.com/vida/tipos-de-salud>.
- Dalle, P., Boniolo, P., Sautu, R, & Elbert, R. (2005). *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Buenos Aires Lugar: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. p. 34.
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M. & Varela, M. (2013). *La entrevista, recurso flexible y dinámico*. Investigación en Educación Médica, 2, p.163.
- Domínguez, Y.. (2007). El análisis de información y las investigaciones cuantitativa y cualitativa. *Revista Cubana de Salud Pública*. 33(2), p.3.

- Farfán, E.. (2008). *Cómo se construye un sistema categorial*. Revista Estudio de Derecho, 145 (65), p.164.
- Feixas, G,. (2003). *Una perspectiva constructivista de la cognición: Implicaciones para las terapias cognitivas*. Revista de Psicoterapia, 2, 107.
- Gálvez, G. Et Al (2013). *Medicina intensiva en Chile: desafíos para su desarrollo. Documento de la Comisión Nacional de Medicina Intensiva del Ministerio de Salud*. Revista médica de Chile, 141(1), p. 90-94.
- González, R. & Uribe, B.. (noviembre, 2018). *Proceso metodológico y construcción de un sistema categorial de una investigación sobre identidad organizacional*. Colombia: Eafit.
- Instituto de adicciones de la ciudad de Madrid. (2012). *Protocolo de intervención desde el trabajo social en los centros de atención a las drogodependencias del instituto de adicciones*. Madrid, España, (s.n).
- Ley 20.050. *Constitución Política de la República de Chile*, Santiago, 17 de septiembre del 2005.
- Ley 21.120. *Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana*, 22 de septiembre del 2006.
- Lubrini G., Periañez J. (2012). *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. España: Uoc.
- Mella, A. (2010). *La influencia de la familia en la Terapia Ocupacional con pacientes Hemipléjicos*, 7, (12), 2-4.
- MINSAL. (2019). *Misión y funciones de la Subsecretaría de Salud Pública*. Septiembre 27, de Gobierno de Chile.
- MINSAL. (2005). *Modelo de atención integral en salud*. Abril 27, 2019, de Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud. (2014). *Resolución Nª 748*. Junio, 2019, de Gobierno de Argentina.
- González, R. (1995). *Cuidado de enfermería al paciente crítico*. Avances en Enfermería, 14, p.3.

- González, R. & Uribe, B.. (2018). *Proceso metodológico y construcción de un sistema categorial de una investigación sobre identidad organizacional*. Colombia: Eafit.
- Moreno, J., Cubillos, C. & Duarte, S.. (2016). *Terapia ocupacional en cuidados intensivos*. Junio, 2019., de Revista Facultad de Medicina.
- Morín, E. (1997). *La unidualidad del hombre*. Junio, 2019., de Gazeta de antropología.
- Moruno Miralles P. (2019). *Actividades de la Vida Diaria*. Madrid. Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Abril 27, 2019, de OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (diciembre 20, 2017). *Salud y derechos humanos*. Junio, 2019, de OMS.
- Otzen, Tamara, & Manterola, Carlos. (2017). *Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio*. International Journal of Morphology, 35(1), 227-232.
- Palacio, L., & Escorcía, I.. (2003). *El ser humano como una totalidad*. Revista Científica Salud Uninorte, 17, p.2.
- Pérez, M. & Redondo, M. (2006), *Procesos de valoración y emoción: características, desarrollo, clasificación y estado actual*. R.E.M.E, IX, (22), p.3.
- Polonio, B., Durante, P. & Moya, B. (2001). *Conceptos fundamentales de la terapia ocupacional*. Madrid, España: Panamericana.
- Pumain, D. (2017). *Jerarquía*. diciembre 14, 2019, de Hypergéó, Recuperado de: <http://www.hypergeo.eu/spip.php?article695>
- Ricoy, C.. (2006). *Contribución sobre los paradigmas de investigación Educação*. Revista do Centro de Educação, 31, pp. 16-17.
- Rodríguez, G., Gil, J. & García, E.. (1996). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Junio 8, 2019, de Ediciones Aljibe.
- Rodríguez, A. (2007). *Principales modelos de socialización familiar*. Caberizos, España: Foros de educación.
- Rosales, M. (1994). *El trabajo en equipo multiprofesional e interdisciplinario en salud*. Revista Científica Salud Uninorte, 14, [s.p].

- Sampieri, R. (2014). 12. *En Metodología de la investigación.* (p.10). México: Mc Graw Hill.
- Sarmiento, J. *Algunas visiones sobre la disciplina, práctica y concepto de la salud pública.* Revista Chilena de la salud pública, 17, pp. 151-161.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Como suscrito/a confirmo que he leído (o se me ha leído) la información y comprendo mi aporte en el estudio titulado "*Terapia Ocupacional y equipos de salud: Experiencias en Unidades de Cuidados Intensivos de la Quinta región*" cuyo objetivo general es: interpretar los fundamentos del discurso oficial de la OMS para la inclusión o exclusión de la Terapia Ocupacional en equipos de Salud de las Unidades de Cuidados Intensivos en los hospitales públicos de la V región red Viña del Mar - Quillota, a la luz de los discursos oficiales de la OMS y la experiencia de los profesionales en contacto con Terapeutas Ocupacionales.

El estudio será utilizado exclusivamente para fines académicos de la asignatura Seminario de Investigación I y II, dirigido por las docentes Caroline Landeros y Victoria Gálvez, académicas de la Universidad Andrés Bello, sede Viña del Mar.

Todas las preguntas que he formulado al equipo de investigación, se me han respondido satisfactoriamente y sé que puedo retirarme cuando así lo desee.

Se me ha asegurado que mi aporte solo será utilizado para el estudio señalado y que una vez que termine el curso, mis datos personales no serán publicados. Sin embargo, puedo solicitar una copia del trabajo, que me será enviada a la siguiente casilla electrónica:

Al firmar este formulario, otorgo mi consentimiento, el cual es informado y voluntario para participar en este estudio.

Autorizo grabación de voz: SI ___ NO ___

Comprendo que puedo interrumpir mi participación en él en cualquier momento. Una copia de este documento quedará en mi poder, hasta que finalice el estudio.

Nombre de la participante

Fecha

Firma del participante

Yo, el que suscribe, he explicado de forma completa este consentimiento informado al participante mencionado anteriormente.

Nombre Investigador/a

Fecha

Firma

ANEXO 2



Entrevista Seminario de Investigación

“Terapia Ocupacional y equipos de salud: Experiencias en Unidades de Cuidados Intensivos de la Quinta región”

Nombre entrevistada/o: _____

Codificación: _____

Introducción

- Apertura de la entrevista (presentación, otras integrantes).
- Características de la investigación (título, problemática, objetivos, etc.).
- Características de la entrevista (tipo, duración, conversación, etc.).
- Explicar nuevamente lo que dice el consentimiento (grabación, dudas, retiro en cualquier momento).

Preguntas Introdutorias

1. ¿Cuál es su profesión y hace cuánto la ejerce?
2. ¿Cuál fue la institución de donde se egresó?
3. ¿Ha realizado alguna capacitación adicional en el área de UCI? (cursos, diplomados, etc.)
4. Actualmente, ¿dónde se desempeña laboralmente?
5. ¿Hace cuánto tiempo trabaja en el Hospital de Viña del Mar o Quillota?

Desarrollo de la entrevista

- *Generalidades UCI*
 1. Desde su experiencia, nos podría comentar que es la UCI.
 2. ¿Cuáles son los objetivos de atención para los pacientes de la UCI?
 3. ¿Cuáles son las características de un paciente internado en UCI?
 4. ¿De qué depende su permanencia en esta unidad?
 5. ¿Cómo define la forma de intervenir de su equipo de trabajo en relación a los pacientes de UCI? ¿Por qué?
- *Terapia Ocupacional en UCI*
 1. ¿Usted ha tenido experiencias laborales con profesionales de la terapia ocupacional? ¿Nos podría comentar alguna de ellas y en qué contextos laborales se han desarrollado?
 2. ¿Hay terapeuta ocupacional en el equipo de salud de la UCI en la que se desempeña laboralmente?
 3. ¿Recuerda algún evento o situación relevante en donde se haya destacado la labor de el/la Terapeuta Ocupacional en la UCI?



4. De acuerdo a su experiencia ¿Qué aportes cree usted que puede entregar la Terapia Ocupacional en UCI?
 5. Desde su experiencia, ¿Qué cree usted que requiere la UCI de un/a Terapeuta Ocupacional?
 6. De acuerdo a su opinión, ¿Qué características debe o debería tener un/a terapeuta ocupacional que pertenezca al área de UCI?
 7. A partir de sus experiencias con terapeutas ocupacionales ¿cuál sería el rol de este profesional en la UCI?
 8. De acuerdo a su opinión ¿Por qué cree usted que existe la inclusión/exclusión del/la terapeuta ocupacional en esta unidad?
 9. Nuevamente, a partir de sus experiencias, podría describir algunas estrategias de intervención, que usted conoce, utilizadas por los/as terapeutas ocupacionales en UCI.
 10. ¿Existen espacios de reuniones o conversaciones para organizar las intervenciones de el/la terapeuta ocupacional junto al equipo de trabajo? ¿cuáles son sus objetivos principales?
- *Equipo de trabajo en UCI*
 1. ¿Quiénes son los profesionales que conforman el equipo de salud de la UCI?
 2. ¿Por qué cree usted que se seleccionan estos profesionales y no otros para conformar el equipo de UCI?
 3. Podría describir cuáles son los roles de cada uno de ellos/as en el equipo de salud.
 4. ¿Qué conocimiento tiene acerca de quién define la conformación de los equipos de salud de la UCI en esta institución?
 5. De acuerdo a su experiencia, ¿cómo se toman las decisiones dentro del equipo de trabajo de la UCI?
 6. ¿Cómo es el ambiente laboral dentro de su equipo de trabajo?
 7. Si usted tuviera la oportunidad de conformar a su equipo de trabajo de esta unidad ¿A qué profesionales consideraría? ¿Por qué?

Cierre

- ¿Desearía agregar algún otro comentario u opinión respecto a la temática en conversación?
- Agradecimiento.

ANEXO 3

TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTA 1

Entrevistadora 1: Bueno, primero que todo me presento, yo soy [dato protegido], estudiante de cuarto año de terapia ocupacional de la Universidad Andrés Bello.

Entrevistadora 2: Mi nombre es [dato protegido] y también soy estudiante de Terapia Ocupacional de la Universidad Andrés Bello.

Entrevistadora 1: Es importante también informar que junto a nosotras hay dos compañeras que en esta ocasión no se presentaron, pero que están haciendo el trabajo junto a nosotras.

Eh... bueno, el título de nuestra investigación es “Terapia ocupacional y equipos de salud: experiencias en Unidades de Cuidados Intensivos de la Quinta región”, donde buscamos más que nada ver cómo se visualiza la carrera de terapia ocupacional, eh... vista desde otras carreras, específicamente en las UCI de la... del servicio de salud de Viña del Mar - Quillota.

Las características que va a tener esta entrevista, la idea es que sea más que nada como una especie de conversación, más que una pauta de preguntas y respuestas, no va a tomar más de 30 minutos la realización de todo esto. Y explicar que esta conversación va a ser grabada y solo será ocupada con fines educativos de nuestra investigación, después también la investigación será eliminada como corresponde, los datos personales van a quedar siempre protegidos y en caso de alguna duda durante la entrevista, no hay problema en preguntar al igual que si quisiera detener la entrevista puede hacerlo en cualquier momento.

Ahora dicho esto queríamos saber ¿Cuál es su profesión? ¿Cuánto tiempo la está ejerciendo?

Entrevistada 1: Ya yo soy kinesióloga em... Salí, egrese el año 2008, así que del 2009 a la fecha estoy ejerciendo, llevo hartos años.

Entrevistadora 1: ¿Dónde estudió?

Entrevistada 1: Estudie en la Universidad de Valparaíso.

Entrevistadora 1: Ya, quisiera saber si ¿realizó después alguna capacitación o algo por el estilo dentro del contexto UCI específicamente?

Entrevistada 1: Si, mira, después de que salí de la universidad primero me dediqué al área músculo esquelética, así que tuve capacitaciones de esa área, y en el año 2014 ya me empecé a dedicar completamente en la UCI, hice un diplomado de paciente crítico en la Universidad del Desarrollo con un pasantía de dos semanas en la Clínica Alemana y hice una pasantía en la Universidad de Chile de 5 semanas, que era solo pasantía práctica, eh... con un kinesiólogo a cargo, que iba de lunes a viernes, todos los días, que eran como 200 horas, y a la vez hice cursos de ventilación mecánica, esa fue como mi especialización después de... dentro del área de la UCI, después de haberme ya... haber salido de kine.

Entrevistadora 2: Súper completa igual la capacitación.

Entrevistadora 1: Si... ya y ahora, actualmente ¿dónde se desempeña laboralmente?

Entrevistada 1: En el Hospital de Quillota

Entrevistadora 1: Ya y ahí estaría trabajando... ¿hace cuánto tiempo?

Entrevistada 1: Desde el año 2014, empecé con un reemplazo en el año 2014, es como que el primer semestre me dediqué a cambiar de área, entonces como que me dediqué a hacer todas esas cosas que les dije anteriormente, y ya en septiembre empecé, me salió un reemplazo y en abril del 2015 me salió un cargo, así que desde esa fecha estoy trabajando allá.

Entrevistadora 1: Ya y ¿Trabajas específicamente en la UCI o en otras áreas también?

Entrevistada 1: En UCI y intermedio, nuestra área se llama Unidad de Paciente Crítico, están las dos juntas entonces vemos pacientes de UCI y de intermedio.

Entrevistadora 2: Ya, igual sería bueno quizás que nos explique el intermedio, para saber de qué se trata.

Entrevistada 1: Ah... ya, la UCI, la Unidad de Cuidados Intensivos, ustedes la conocen, que se refiere a los pacientes que se encuentran con mayor gravedad, generalmente hay pacientes intubados, ventilados, esa es la de cuidados intensivos, la Unidad de Cuidados Intermedios son pacientes que requieren monitorización, como que salieron de la UCI pero no están preparados todavía para sala, no sé si me explico o me entienden la diferencia, son pacientes como por ejemplo, infartados que requieran monitorización continua, porque no sé si se han dado cuenta en los Hospitales no hay monitorización, en los Servicios básicos no hay monitorización continua, estos pacientes si están con línea arterial, con catéter venoso y con una pantalla con motorización, entonces esos son los pacientes que están de cuidados intermedios, son por ejemplo, los infartos, pacientes coronarios, pero que no estén con falla respiratoria que requieran ventilación invasiva. También están los pacientes que usan ventilación no invasiva, se encuentran también en el intermedio, osea cualquier paciente que requiera vigilancia de monitorización están en cuidados intermedios, cualquier paciente que ya esté con falla respiratoria, shock cardiogénico o cualquier falla orgánica múltiple que requiera ventilación se encuentran en la UCI.

Entrevistadora 2: Ah... ya, entiendo. Gracias por esa aclaración porque era importante saberlo. Ya, eh... bueno ¿En cuanto a las generalidades de la UCI, desde su experiencia como kinesióloga nos podría comentar que es la UCI en sí, ¿cómo describiría la UCI?

Entrevistada 1: ¿Cómo describiría la UCI desde mi experiencia como kinesióloga? Eh... bueno, creo que la palabra lo dice todo, que es de cuidados intensivos, en realidad son unidades generalmente pequeñas, en mi experiencia son solamente 6 camas, en donde se tiene súper súper vigilado a cada paciente, em... cada paciente por si solo es complejo, por lo que requiere gran atención. Mm... La carga laboral con estos pacientes es variante de acuerdo a la gravedad que está, pero siempre hay que estar muy atentos a ellos.

De mi experiencia lo que nosotros hacemos, tenemos que estar desde que llega el paciente cuando está en estado más grave, ver el área, la ventilación, nosotros nos fijamos también en las posiciones en la que están los pacientes porque a veces uno

puede perder la parte grave y obviar que después el paciente la idea es que salga y se vaya sin ninguna secuela, nosotros los activamos, eh... tenemos que hacerle las pruebas de ventilación espontánea para extubarlos y ver toda el área de rehabilitación. Creo que muchas veces, em... por lo menos la gente que lo ve de afuera desconoce que en la UCI no solamente los pacientes están quietos, nosotros desde nuestra área los movilizamos mucho, hacemos mucha rehabilitación como kinesiólogos en UCI.

Entrevistadora 2: ¿Eso sería su objetivo como kinesiólogos?

Entrevistada 1: Sí, rehabilitarlos de forma integral no solamente ver el ventilador, no solamente sacarle los tubos, porque se cree que uno solamente los va a aspirar y en realidad no es mucho lo que hacemos en eso, o sea se hace por supuesto, pero es una rehabilitación bien integral que se hacen con estos pacientes, eh... entonces, al final lo que para mí es la UCI... es como algo, como te dije es una súper vigilancia de todos los pacientes, hay que dedicarles muchos tiempos y es una rehabilitación bien completa con ellos, eso es como lo que nosotros... lo veo de mi área y es lo que también he visto cuando me ha tocado ir a otros lados, eso es como lo que se hace, pero es bien personalizado especializado, no es algo como muy general que quizás pasa con otros servicios y hay que estar muy pendiente de la monitorización, porque en cualquier momento te pueden hacer un evento que tienes que saber cómo resolverlo.

Entrevistadora 2: Ya... ¿De qué depende la permanencia del paciente en la UCI? ¿De la gravedad dentro de la que esté?

Entrevistadora 1: ¿Cuándo se da el alta del paciente de la UCI, por ejemplo, para pasar a cuidados intermedios?

Entrevistadora 2: ¿Cuándo se saca la ventilación mecánica? Cómo nos explicaba al principio ¿Ese es como el determinante?...

Entrevistada 1: Sí, pero igual hay un pero, porque claro los pacientes que están en la UCI normalmente están ventilados, pero también hay pacientes que tienes que tenerlos en eh... como con vigilancia que pueden caer a ventilación mecánica, por ejemplo, pacientes que se encuentren con un shock, que estén con una falla cardíaca, que requiera muchas drogas vaso activas, también los tienes que tener en la UCI, porque a

veces por descompensaciones externas, tú dices “su cuerpo no va a resistir más, sedémoslo, entubémoslo y lo mantenemos tranquilo”... y no es porque hayan hecho propiamente tal una falla respiratoria como por sí solo, sino que por causas externas. Pero cuando ya el alta de los pacientes, generalmente es cuando, claro, ya no son pacientes que requiere ventilación mecánica invasiva, pueden estar con ventilación mecánica no invasiva y más que nada tiene relación con la parte hemodinámica, cuando estén en la hemodinámica estable o requieran drogas vaso activas. Yo me refiero a que esas drogas son la que te mantienen, por ejemplo, el corazón latiendo o que necesites esas, que sean en dosis bajas puede pasar a intermedia. El intermedio se pueden ver ese estilo de pacientes, pero con grados bajos, que es lo que no pasa en sala, en sala no puedes tener nada de eso.

Entrevistadora 2: Claro porque cuando están en sala es una situación mucho menos grave.

Entrevistada 1: Claro, porque requerir drogas o el requerir, que hemodinámica no esté estable, requiere monitorización, entonces cuando el paciente sale de la ventilación mecánica, dentro de todo permanece una hemodinámica estable se puede pasar a intermedio, y cuando obviamente la parte de... bueno, que eso también va asociado a la ventilación, que tiene que tener un estado de conciencia vigil, no puede ser un paciente que no reaccione, que este muy dormido porque eso implica que podamos volver a retroceder.

Entrevistadora 2: Claro... Ya y ¿Cómo define la forma de intervenir de su equipo de trabajo en relación a los pacientes de UCI?

Entrevistada 1: En realidad nosotros actuamos apenas llega el paciente, somos los primeros, el paciente llega, nosotros programamos el ventilador mecánico en el caso de que sea necesario, lo revisamos, lo auscultamos, conversamos con el médico en el caso de que requiera, no sé... toma de muestras, o sea, es algo bien activo y es primario, llega el paciente y nosotros somos los primeros que los tomamos, llega la enfermera, el paramédico que lo están ordenando, nosotros lo estamos revisando, le estamos programando el ventilador en caso de que sea necesario y en realidad es como muy de primera atención y de contacto con el médico, porque en el caso de

requerir algo más especial lo hablas con él y lo procedemos a hacer sin ningún problema.

Entrevistadora 1: En cuanto a eso ¿Cómo es que ingresan los pacientes a la UCI? ¿Llegan de emergencia desde sus casas o son complicaciones dentro del mismo hospital de urgencias?

Entrevistada 1: Ambas, muchos llegan de urgencia que el paciente lo va a evaluar en urgencias, o sea que el médico lo va a ver, piden interconsulta y el médico los va a evaluar en urgencia, a veces nos piden a nosotros que también los acompañemos a evaluar y se decide que se intuben o que se suban, o ya vienen entubados. También piensa que vienen pacientes... piensa que UCI es como lo hablábamos hace un rato, hay en el Quilpué como te digo, Fricke y nosotros, o sea, si me llega un paciente puede ser derivado de Limache, Cabildo, La Ligua, de otros lados con requerimientos de UCI pero esos pacientes llegan a urgencias, interconsulta médico de UCI y luego se proceden a subir. También existen los pacientes que están en sala, sala me refiero a medicina, cirugía, maternidad, nosotros vemos adulto por si acaso, no vemos niños, y le llegan interconsultas al médico de un paciente post operado o de alguna cirugía o antes de que vayan a cirugía van a hacer interconsulta porque puede ser que requiera UCI después, y el médico da el visto bueno de si entra o no a UCI y depende de la disponibilidad de cama.

Entrevistadora 2: Eso es algo súper importante, la disponibilidad de camas.

Entrevistadora 1: Eso es lo otro que me quedó la duda ¿tenían sólo 6 camas ahí en la UCI?

Entrevistada 1: En la UCI sí.

Entrevistadora 1: ¿Pero 6 camas en una misma sala o son salas separadas?

Entrevistada 1: No, es un sector grande, así como imagínate todo esto (indica espacio en el que se está) un sector grande, donde hay 5 camas y hay una cama aislada que eso es para los pacientes que tienen aislamiento por gotitas, esos se van a esa sala de aislamiento. Y el resto de pacientes está en una sala grande donde al medio hay un mesón donde se encuentran como... hay dos computadores donde están las

enfermeras, donde está el personal que en realidad pueda escribir y todo y hay monitor donde se pueda ver eh... la monitorización de todos los pacientes, es como una pantalla de computador grande, donde entonces puedes ver la monitorización todos los pacientes, menos al aislado, que tiene una cámara que se puede ver en un computador, están todos juntos, no aislados por sala. Hay lados donde están aislados por sala, pero nosotros no tenemos eso, para el hospital nuevo sí.

Entrevistadora 2: Pero igual es bastante moderno el sistema que tienen, porque al final, al estar en una sala grande igual es provechoso y permite mayor control de alguna u otra forma si uno lo mira así.

Entrevistada 1: Sí, pero las UCI normalmente están separadas por sala. O sea, me equivoque, es por aéreo que están separados, es diferente. Por gotitas si pueden estar compartiendo porque nosotros dejamos el tema de la respiración cerrada, pero el aéreo es más complejo así que en ese caso, por ejemplo, las TBC las dejamos en aislamiento

Entrevistadora 2: Si eso sabía yo, la tuberculosis y la meningitis estaban si o si estaban aisladas.

Entrevistada 1: Con ellos necesitas n95, el problema es que a veces no hay camas, ese es el problema, y el otro que siempre aislamos son los pacientes con clostridium, es por deposiciones y ese se transmite por contacto, pero es tan grande el riesgo de contacto que también los tenemos aislados, porque si no hacen que toda la población se contagie, es importante el lavado de manos, uso de pecheras, delantales, mascarillas. Nosotros dentro de las formas de protegernos como kinesiólogos usamos mascarilla para todos los pacientes que se encuentren en la UCI o que tenga sospecha de inicio de cuadro respiratorio, si no uno se puede enfermar mucho porque siempre estamos en contacto con la vía aérea.

Entrevistadora 2: Bueno pasando a otro ítem de terapia ocupacional en UCI, ¿Usted ha tenido experiencias laborales con terapeutas ocupacionales?

Entrevistada 1: Sí.

Entrevistadora 2: Nos podría comentar alguna de ellas y en qué contexto laboral se ha dado, sea o no de UCI.

Entrevistada 1: El terapeuta ocupacional también trabaja como interconsultor, así que en realidad cuando nosotros creemos que un paciente lo requiera se hace una interconsulta y él va en horario, no siempre tenemos la opción de, bueno yo he hablado con él, la idea es de que cuando él va nos diga que hizo, que no se quede en el hecho de la inter consulta. Nosotros cuando le pedimos interconsulta a los pacientes que por ejemplo tienen ACV, que van a hacer rehabilitación de largo plazo o que requieran alguna férula, una ortesis o algo por el estilo que lo requiera y también les pedimos a los pacientes de larga estadía para que trate de trabajar lo más cognitivo con los pacientes, porque al final a veces nosotros nos pasa que más que la parte, en rehabilitación puede que este full completo, se levante, se siente y todo el problema que tenga, no tenga ninguna alteración, pero a veces el paciente necesita distraerse de alguna forma y ahí nosotros también llamamos al T.O, nosotros también ayudamos en esa parte pero creemos que él es más específico como en la parte cognitiva y les hacemos las interconsultas cuando los pacientes son de larga estadía como para que vaya a verlos más seguido y para que les fabrique las ortesis, férulas o lo que el paciente requiera y los evalúe.

Entrevistadora 2: Entonces en su equipo de trabajo no hay terapeuta ocupacional fijo por así decirlo.

Entrevistada 1: Dentro de la UCI no, no hay, se le pide interconsulta, él no tiene horario fijo para ver a los pacientes.

Entrevistadora 2: ¿Recuerda algún hecho relevante que haya ocurrido en UCI con un terapeuta ocupacional o alguno que le haya llamado la atención?

Entrevistada 1: ¿Cómo, en qué sentido?

Entrevistadora 2: Como, por ejemplo, si se requirió la ayuda del terapeuta ocupacional y pasó que el terapeuta ocupacional... pondré un mal ejemplo, se equivocó en la ortesis y hubo un corte de tendones o algo... bueno, del terapeuta ocupacional que te llame la atención que él haya hecho.

Entrevistada 1: Bueno, recuerdo algo en el sentido malo, pero lo hablé con él, oye sabes que te he mandado interconsultas con distintos pacientes que necesitan de tu

parte, para que trates de trabajar y el terapeuta ocupacional me dijo “si es que cada vez que subo lo están dializando” y yo tuve que explicarle que el hecho de que le estuvieran haciendo la diálisis no era impedimento de poder ver el paciente, y quizás nosotros que trabajamos en UCI sabemos que esto pasa, pero él veía eso y se iba.

Entrevistadora 2: Y para el lado bueno ¿nada?

Entrevistada 1: Cuando tiene recursos sí, eso es lo otro, ortesis, férulas, cuando tiene los materiales porque le cuesta mucho conseguirlos, pero cuando los tiene es súper rápido en hacer las ortesis, va un día y al otro día la tiene lista y nos pide que le veamos las zonas enrojecidas, las marcas y las corrige y quedan listas al tiro, se demora súper poco cuando hay material y tiene disponibilidad, se preocupa de que queden bien, nunca hemos tenido lesión de piel o algo por el estilo, porque él se preocupa de que si hay una zona enrojecida la protege más.

Entrevistadora 1: De acuerdo a todo lo que hemos conversado, ¿Qué aportes cree que entrega la terapia ocupacional? Aparte de ortesis y el trabajo cognitivo.

Entrevistada 1: Bueno, dentro de las cosas que se ha hablado allá y no se ha podido conseguir, creemos que el equipo kine, fono y T.O es algo más integral, no es algo individual, entonces más que nada, creo que tenemos un déficit porque al tener interconsulta y no una comunicación directa con él, se complica el área de la rehabilitación, hay un retroceso. Te lo explico, con el fono nosotros trabajamos a la par, entonces dentro de los objetivos que uno se propone también está su área y lo conversamos para ir subiendo de la misma forma con el paciente, y con el T.O nos pasa que es todo más enlentecido, porque el hecho de que sea interconsultor se demore en ir, puede que vaya una vez, que después no tenga más tiempo, hasta en una semana y no lo vaya a ver, entonces, nosotros necesitamos algo más como equipo y eso es como lo que nos falta. El T.O es parte del equipo de rehabilitación integral que se necesita en la UCI y no se está logrando, lo vemos como rehabilitación como tal. Nosotros los kines vemos algo más macro que se siente, que se ponga de pie, que camine, esos son mis objetivos primarios, pero en el área de que tome un vaso o una cuchara y eso necesita un trabajo aparte y que se dediquen a eso y nosotros no tenemos tiempo para hacer eso, y para eso necesitamos cosas simples, yo dejo al

paciente sentado y el T.O trabajé con él sentado así como cosas de alcance, yo igual a veces trato de trabajar con eso pero siento que se necesita a alguien que esté puntualmente en eso, porque nosotros igual tenemos más pacientes, nuestros objetivos son más macros, más funcionales en ese sentido marcha independiente, esos son como nuestros objetivos, si el paciente llegó caminando se tiene que ir caminando, pero desde la parte fina, que pueda tirar un papel o tomar una cuchara y esas cosas, no es a lo que le damos full rehabilitación, nosotros le damos full al sentarse al pararse al caminar, entonces, esa es la parte T.O que yo veo que nos falta dentro de todo y que nos podría ayudar mucho como equipo y sería mucho más rápida la evolución del paciente, a ustedes se les ocurren más cosas en el área cognitiva que a nosotros, a veces tenemos a todos los pacientes pintando mandalas, imagínate que tengo pacientes de 3 a 6 meses entonces, cualquier paciente me dice que estoy aburrida desmotivada, por eso son tan importantes en la parte de rehabilitación en sí y nosotros no contamos con eso. Contamos muy parcialmente con el T.O.

Entrevistadora 1: Entonces, por ejemplo, si existiera la oportunidad de que usted pudiera conformar un equipo de UCI donde trabaja, ¿Qué características debiera tener esta persona? Así como más que lo profesional, y personal.

Entrevistada 1: No tiene que tenerle miedo a los pacientes, porque mucha gente que trabaja en la UCI, o sea, para poder entrar a trabajar en UCI no te tiene que espantar nada, no te tienen que dar miedo los ventiladores, los catéter, las sondas, ni nada por el estilo, entonces, tienes que tener buena tolerancia para trabajar con eso, porque si te asustan o no te gustan, te dan miedo, de verdad lo vas a pasar súper mal, tiene que gustarte el área como tal, tienes que ser un poco “cuero de chanco” como uno dice, porque en realidad uno ve muchas cosas, gente muere y puede que lo veas un día y al otro no, tienes que estar preparada para eso. En la parte humana tienes que ir preparado a ver cosas que quizás no te gusten y que pasarlo mal no es la idea, tienes que pasarlo bien igual. Y en la parte más técnica no sé, yo desconozco si ustedes tienen algún curso o diplomado o algo que sea del área, desconozco el tema, tendría que ser como con lo que salen y nosotros empezar a enfocarlos como equipo de rehabilitación, debe querer tener ganas de trabajar en equipo, como no ser alguien

individualista. Por ejemplo, las fonos no tienen un diplomado así como de UCI, si entran al área tiene que ser paciente traqueo, intentar manejar otras cosas que en sala no ven, pero como T.O desconozco si tienen un área, especialización o algún curso que puedan hacer en UCI.

Entrevistadora 1: O sea, no sabemos si hay cursos, pero si tenemos profesores que han trabajado en el área.

Entrevistadora 2: Pero algo debe haber para poder especializarse.

Entrevistada 1: Claro, si no, dedicarse completamente al área, pero una es tener ganas y trabajar en equipo funciona, si quieres trabajar por si solo les va a ir súper mal.

Porque somos los que llevamos más tiempo, entonces, nosotros somos los que estamos como más... con más experiencia a cargo de la rehabilitación, entonces, si quieres remar para otro lado que no sea el mismo al que estamos nosotros, igual es complejo, entonces, como querer trabajar en equipo nosotros igual somos súper abiertos a... a... como a... no sé po, a comentar, consejos y todo mientras sea por el bien del paciente, nosotros siempre hacemos, siempre decimos que todo es por el bien del paciente, así que eso es como nuestra meta y lo otro como te digo, tiene que gustarte y eso le pasa a cualquier persona así. Yo tengo internos que entran a la UCI y mal (risas) tienes que acostumbrarte a ver esas realidades que las vas a ver todos los días y si te, si no te gusta lo vas a pasar súper mal en el trabajo (risas).

Entrevistadora 1: Eh... ya y, y por ejemplo, de todo lo que nos ha conversado ¿Por qué crees que no está el terapeuta ahí? Siendo que con todo lo que nos comenta podría estar y quizás es hasta necesario, ¿Por qué no se da que el terapeuta esté en la UCI, así como equipo de planta?

Entrevistada 1: Porque creo que para que este el, a ver, eh... como les digo... en realidad, ninguno de los cargos que está actualmente eh... empezó de esa forma, nosotros como kinesiólogos... al principio no había kinesiólogo de cuarto turno, primero no había fonoaudióloga dentro de la UCI, pero son cargos que uno empezó a jugársela, entonces, la gente empezó a trabajar, como que era necesario, entonces, si me lo preguntas a mi creo que quizás el TO está un poco eh... no ha sido muy proactivo al

respecto al mostrar la necesidad de que haya un terapeuta en la UCI porque realmente si uno quiere algo tiene que hacerlo uno mismo, entonces, no sé si me explico, no es deber del resto del equipo buscar alguien...

Entrevistadora 1: Claro.

Entrevistada 1: Si no es deber de él, de demostrar que se requiere, me entiendes ¿o no?

Entrevistadora 1: Si, sí.

Entrevistada 1: Eso pasó con la fono que tenía menos horas, ahora tiene más horas porque en realidad ella demostró que era necesario, entonces, yo creo que eso parte más propiamente tal, por él mismo, porque el TO, de hecho empezó hace poco en el hospital, así como hace 3 o 4 años, antes creo que no había, pero creo que es deber de el mismo demostrar que requiere más.

Entrevistadora 1: Ya, (risas)

Entrevistada 1: No sé si me explico...

Entrevistadora 2: Sí, si entendemos

Entrevistada 1: Nosotros podemos pedir, pedir, pedir, pedir, pero él tiene que decir: “oye sabí que no me da abasto para ver tantos pacientes, necesitamos a otra persona que me ayude” y demostrarlo con cifras, nosotros todo lo que hemos logrado lo demostramos con cifras, así conseguimos kinesiólogo diurno, pa’ las campañas de invierno tenemos otro colega también que nos ayuda, pero todo va así, por lo que tú demuestras, o sea, si tú no demuestras que se necesita, nunca te lo van a dar, porque nadie sabe la realidad si no eres tú mismo él que lo hizo...

Entrevistadora 2: Eso es cierto...

Entrevistada 1: No y eso es súper importante, para el hospital nuevo si hay considerados más, pero también, si el no demuestra que se necesitan, por qué se necesitan, puede ser que lo que pidió no se lo vayan a dar...

Entrevistadora 2: Claro es lo más probable...

Entrevistada 1: No sé si me entienden... entonces, pero yo lo veo por ese lado, entonces, lamentablemente en la parte pública tú tienes que demostrar las cosas, porque obviamente ellos no tienen por qué, y ¡es verdad!, si ellos no tienen por qué saber de tus necesidades, de cuánto haces, y es eso, nada más que eso, todo lo que hemos logrado, por ejemplo, como kinesiólogos ha sido demostrando cosas, no solo en el área de UCI o de UPC, en el área de rehabilitación también. Cuando han habido más cargos, también es porque se ha demostrado de que se requiere y que no hay abasto suficiente con los que hay, entonces, creo que es pega de él un poco demostrar eso.

Entrevistadora 1: De acuerdo a lo que nos... el trabajo que has visto, cuando hacen estas interconsultas, por ejemplo, ¿Qué estrategias son las que ocupaba para intervenir el terapeuta?, como... o sea, como puntualmente, así por ejemplo... las actividades, cuando trabaja con el trabajo cognitivo.

Entrevistadora 2: Aparte por ejemplo de las mandalas (risas), aparte de...

Entrevistada 1: Nosotros, eso lo hacemos, nosotros... ni siquiera lo hace él (risas).

Entrevistadora 2: Ah... bueno, a ver eh...

Entrevistadora 1: ¿Y que trabajan en lo cognitivo?

Entrevistada 1: ¿Él? Te mentaría.

Entrevistadora 1: Ya... (risas)

Entrevistada 1: Porque no sé

Entrevistadora 2: ¿No?

Entrevistada 1: No sé

Entrevistadora 1: ¿No te ha tocado verlo trabajar a él?

Entrevistada 1: No...

Entrevistadora 1: Ah... ya

Entrevistada 1: Porque a veces es tan silencioso que es lo que yo más le reclamo. Yo a veces no se ni cuando está, ni cuando se fue...

Entrevistadora 1: ¿No comenta tampoco lo que hace?

Entrevistada 1: No, y piensa que yo trabajo en turnos, entonces, él trabaja de lunes a viernes, entonces, en la semana, por ejemplo, me tocó turno ayer de día y hoy día me toca de noche, o sea, eso implica que yo no lo veo hasta la próxima semana, si es que cuando esté de día lo que pueda ver, y puede ser que lo tope y muchas veces yo nunca lo veo no sé si me entienden... y cuando lo veo, te mentiría porque no sé qué cosas cognitivas (risas), visual no lo he visto hacer nada...

Entrevistadora 1: Ya (risas)

Entrevistada 1: Solo he visto cuando me ha medido férulas, solamente él cuando lo veo hacer eso, me acerco yo, veo eso y le pregunto qué va a hacer...

Entrevistadora 2: Ah... ya

Entrevistada 1: Pero si no, hay veces que yo sé que ha ido, he leído evoluciones de él pero no lo he visto.

Entrevistadora 1: Ya (risas)

Entrevistada 1: Así que no, así que pucha sorry, no les puedo comentar (risas)

Entrevistadora 1: No.... pero igual es importante saber eso

Entrevistadora 2: Sí, es súper importante... sí, porque al final esto igual nos sirve para aprender a nosotras...

Entrevistada 1: Y eso es lo que yo más le reclamo (risas) "dime que hiciste, si no yo creo que no fuiste" o sea...

Entrevistadora 1: Es súper importante...

Entrevistada 1: ... Después uno lee una evolución y... ¿A qué hora vino? oh... ¡ah! lo vi y ya no está... ¿cómo?, estaba viendo un paciente una vez yo y estaba al otro lado, no se po... yo estaba en la UCI y él estaba en intermedios, parece que lo vi y después voy a verlo y ya se fue... y pucha, porque no me viniste a contar qué hizo... ¿me entienden?

Entrevistadora 1: Mmm...

Entrevistada 1: Y nadie sabe qué hizo, nadie sabe que hizo porque no habla con el equipo...

Entrevistadora 2: Que pena, que pena más grande, quién será este terapeuta... (risas)

Entrevistada 1: No les puedo decir nombre, casi se me salió, pero no voy a decirlo (risas)

Entrevistadora 2: Que pena...

Entrevistadora 1: Eh... bueno, esta pregunta esta respondida con lo que hablamos porque... iba a preguntar si había espacios de reunión con el terapeuta para saber qué es lo que hace, pero claramente no (risas)

Entrevistada 1: Se han pedido, yo les he pedido a jefatura y le he pedido a él mismo, pero si me preguntas no he visto ningún cambio

Entrevistadora 1: Ya...

Entrevistada 1: Los cambios dependen de él, la verdad...

Entrevistadora 1: Sí... de la disposición que él tenga...

Entrevistada 1: Sí, dependen de él, no de mi... porque si yo lo he pedido en 2 ocasiones y no, no hay feedback (risas)

Entrevistadora 1: Eh ya, ahora queremos más que nada volver al tema del equipo de salud...

Entrevistada 1: Ya...

Entrevistadora 1: O sea, del equipo de la UCI, em... Por ejemplo, dijiste que estaba conformado por ¿kine, fono, médico y enfermeras?

Entrevistada 1: Paramédico también.

Entrevistadora 1: Paramédicos, ya...

Entrevistada 1: Auxiliar de servicios también.

Entrevistadora 1: ¿Qué es eso?, ah... perdón.

Entrevistada 1: Eh... Mira... Bueno, la auxiliar de servicio es la encargada de la niña que, bueno nosotros siempre... es la encargada de, por ejemplo, te baja los exámenes, te tramita las interconsultas...

Entrevistadora 1: Ah ya...

Entrevistada 1: ... A que... por ejemplo, cuando hay un cambio de paciente que sale y hay que limpiar la cama la limpia ella, la sella, no es la auxiliar de... Es la auxiliar que está encargada de como del... es dentro del equipo trabajan en turnos igual que nosotros y hay una en UCI y una en intermedios por cada turno así que en realidad son súper importantes, porque cualquier interconsulta que salga... las que te van a buscar los insumos, si yo necesito algo me lo pueden traer, entonces no... es bien importante dentro del equipo

Entrevistadora 1: Ah... No había escuchado nunca eso.

Entrevistadora 2: De hecho, yo tampoco, pensé que eran las... bueno, quizás es algo malo, pero pensé que eran las personas del aseo.

Entrevistada 1: No, hay otra persona que hace el aseo.

Entrevistadora 1: Pero, ¿eso no pertenecen al equipo en sí?

Entrevistada 1: No, no, no.

Entrevistadora 1: ¿Son como externos del hospital?

Entrevistada 1: Son externos del hospital, porque ella es la que, por ejemplo, si se hace, si un paciente sale ella limpia el piso... No sé si me explico, pero la que tiene que limpiar y tiene indicación de con qué se limpia, si no es llegar y limpiar los insumos allá, cloro, alcohol, es... depende de lo que sea, ellos saben todas esas cosas, ellas son las que se manejan en toda esa limpieza, eh... lo hacen bien seguido, en realidad, lo hacen en cada turno, tienen que limpiar también las orillas de las camas y esas cosas como para evitar las eh... como hay muchos gérmenes, evitar el contagio de estos y a la vez como te digo interconsulta, exámenes, insumos y todas esas cosas.... Uno habla con ella y te las traen, son parte importante del equipo y ellas trabajan con todos no solo

con el que esté, o sea, con cualquiera del resto del profesional que les nombre les puede pedir cosas, no es que trabajen con alguien específico acá.

Entrevistadora 1: Y de acuerdo a eso... o sea, nos planteamos como la necesidad que se requiere de los mismos profesionales, como del hecho, por ejemplo, de que... ¿Por qué están esos profesionales y no otros?... ¿Es por el plantear necesidades o por algo más que allá...?

Entrevistada 1: Lo que pasa es que em... a ver, no es plantear necesidades, hay cosas que están establecidas, por ejemplo, las carreras que son enfermeras, son ya algo que está establecido en cuanto a cuántas son, cuántas se requieren, y todo eso... el personal básico de la UCI ya está establecido, que sea así, que allá... como por ejemplo, toda la gente que te dije la auxiliar, paramédicos, es de acuerdo a la cantidad de pacientes, la cantidad que hay de cada uno, auxiliar, paramédico, enfermera médico, están siempre... están incorporado dentro de las UCI, no sé si me explico...

Entrevistadora 1: Sí...

Entrevistada 1: Lo nuevo que se hizo fue el kinesiólogo nuevo, me refiero puede ser hace 10 años, pero dentro de todo es nuevo

Entrevistadora 2: Sí es nuevo igual...

Entrevistada 1: En comparación a los otros...

Entrevistadora 2: Claro...

Entrevistada 1: Porque antes era kinesiólogo, eh... que iba a interconsulta, también que iba a ver paciente local, pero ya ahora hay kinesiólogo de cuarto turno, es algo que ya está establecido, eh... la incorporación de la fono, la fono no trabaja en turno en todo caso, trabaja también por horario, es horario diurno de lunes a viernes y tiene un par de horas ahí en la mañana tiene casi todas las mañanas está ahí y en la tarde se va a atender consulta, pero eso si ya fue por necesidad.

Entrevistadora 1: Ya...

Entrevistada 1: Pero, por ejemplo, los primeros 4 son algo que está establecido en las unidades de pacientes críticos o en las UCI y nosotros nos metimos entremedio porque claro, en el horario que no haya kinesiólogo... y a la vez, bueno, al asumir eso igual tenemos más responsabilidades al respecto... porque antes había muchos horarios en los que no había kinesiólogo.

Entrevistadora 2: Claro, no sabía que los kinesiólogos tenían turno de noche

Entrevistada 1: Sí, estamos en todos los turnos

Entrevistadora 2: Pensé que solamente era como enfermera

Entrevistada 1: No, pero eso se hace solo en la UCI

Entrevistadora 2: Ah... o sea, entiendo que era así solamente en UCI

Entrevistada 1: O sea, yo veo UCI e intermedio, veo las dos cosas, pero si en esa área se piden...

Entrevistadora 2: Ah... ya

Entrevistada 1: No, acá no sé, es que la región está como medio atrasado en relación a Santiago, en Santiago en casi todos lados hay...

Entrevistadora 2: Ah...

Entrevistada 1: Por ejemplo, en el Fricke también hay cuarto turno, Van Buren también hay cuarto turno, en Quilpué no, hay solo diurnos de 8 a 8 y en las clínicas hay solo diurnos de 8 a 8

Entrevistadora 2: Sí, yo por eso sabía, por la clínica

Entrevistada 1: Pero en Santiago en todos lados hay cuarto turno

Entrevistadora 2: Estamos atrasados (risas)

Entrevistadora 1: Y en cuanto a eso, por ejemplo, los roles que van cumpliendo... los distintos, porque, por ejemplo, ya el kinesiólogo ya nos contó, los auxiliares de servicio ¿se llamaban?, por ejemplo, ¿cuáles son los roles específicos del fonoaudiólogo, de enfermería, de medicina...?

Entrevistadora 2: ... Del paramédico, así como general en realidad (risas)

Entrevistada 1: El fonoaudiólogo ve en realidad a los pacientes que requieren terapia fonoaudiológica, es súper simple, no ven a todos los tipos de pacientes, trastornos de deglución, eh... ve los pacientes que nosotros... paciente extubado lo tiene que revisar el fonoaudiólogo para ver cómo está la deglución, para saber si puede alimentarse, ella es la que da el pase en realidad, eh... pacientes que llegan con accidentes vasculares o trastorno deglutorio no estando intubados también tiene que evaluarlos para ver si son capaces de alimentarse o si tienen algún trastorno y aparte de la evaluación tiene que hacer la terapia. Ella sabe cuáles son sus pacientes, paciente coronario no tiene nada que hacer en realidad, así que no los ve, ella ve a los pacientes que tienen trastornos claves de deglución, nos evalúa a los pacientes que están post extubación, también hace una evaluación a los pacientes que se van a extubar, que igual es súper, es muy objetiva, pero trata de ver si el paciente logra desencadenar el reflejo para poder decir si va a lograr hacerlo después, aunque la evaluación de después es la más importante, ella ve esos pacientes, nada más, nos ayuda con los pacientes en la rehabilitación y los pacientes que están con traqueotomía, que son los pacientes de larga estadía, en relación a esos pacientes, nosotros tratamos de sacarles la cánula, pero ella tiene que ver si son capaces de alimentarse, si toleran... empezarles a enseñar a hablar, ya esa parte ve la fono.

Eh... la enfermera es la que está... Bueno, el médico es el que ve a todos los pacientes, o sea, hay médicos en el intermedio y en la UCI, ellos están encargados de los pacientes de ver las indicaciones, de invadir a los pacientes, él es el que toma la decisión completa en relación al paciente como tal. Él sí tiene que conversar con la enfermera para los planes, nosotros conversamos con ellos, o sea, en realidad él tiene que conversar, hacemos planes como equipo de trabajo, pero él es el que encabeza todo el equipo de trabajo.

La enfermera es la que está a cargo de los pacientes propiamente tal, em... en la UCI tienen tres pacientes cada una, son dos enfermeras y en realidad ellas tienen, por ejemplo... a ver qué hacen las enfermeras... eh... ellas tienen que seguir las indicaciones que da el médico, no sé si se han fijado que el médico anota en una hoja

todas las indicaciones, ellas tienen que revisar que todas esas indicaciones se cumplan, en relación a los medicamentos que se pasen y todas esas cosas, hay medicamentos como los antibióticos que los tienen que pasar ellas y hay cosas que los hacen los paramédicos, ellas son las que están a cargo también de ver eh... las bombas de infusión que son los medicamentos que se dejan continuo a los pacientes por bomba que se dejan con un catéter, no sé si me explico, entonces cada medicamento, ellas tienen que ir a cambiarlo, no sé si me explico, ellas tienen que armar las jeringas de las dosis me entienden?. En realidad, esa es como la parte simple, porque en realidad si ellas ven un examen en donde el paciente tiene no sé el potasio bajo, también se lo tienen que informar al médico, pero eso depende de la proactividad de las enfermeras, pero ellas son las que están como a disposición de lo que él dice y revisar las indicaciones y avisarle al médico ante cualquier eventualidad, si el paciente está hipotenso tiene que avisarle al médico. Y ellas a su vez tienen paramédicos que están a cargo de ellas, aunque los paramédicos igual nos ayudan a nosotros, y ellas que hacen, lo que la mayor gente cree que hace es solo bañar a los pacientes, pero sí, ellas están a cargo del aseo de los pacientes, cambiarle el pañal, lavarlo dentro de lo que se pueda, mantener las pieles humectadas, pero también son las encargadas de pasar algunas de las cosas que son las indicaciones que dejó el médico ¿ya?, ellas son las que miden la orina, las que miden las sondas, ellas son las que ven esas cosas y les informan a las enfermeras no sé si me explico...

Entrevistadora 2: Sí...

Entrevistada 1: ... Es como una cadena que va funcionando y las paramédicos a nosotros nos ayudan mucho también porque, por ejemplo, si yo requiero activar un paciente y el paciente es más grande que yo y creo que no tiene mucha fuerza, ella me ayudan y las paramédicos también son las que ayudan a los médicos a... pasan todos los insumos cuando van a invadir a un paciente, por ejemplo, cuando van a poner una línea arterial, cuando van a poner un catéter o lo que sea, las paramédicos son las que están ahí pasando, porque son eh... procedimientos estériles, entonces, ellas les van pasando las cosas como asistentes, ellas son las que participan en eso y en realidad también tienen un rol, cada uno tiene un rol, por ejemplo, si bien el paciente... ellas

tienen que preocuparse de que este, igual es algo como de todos, pero ellas son las que están más encargadas de ver de que el paciente esté con la monitorización puesta, porque a veces los pacientes se sacan el saturómetro, se sacan algo y ellas deben estar pendiente de eso y ellas anotan los ciclos vitales de acuerdo ah... puede ser de acuerdo a la gravedad del paciente, horario cada 4 horas, depende de la gravedad y eso lo anotan ellas, eso pasa en UCI y en intermedios y eso es como más o menos lo que hacen, si igual hacen hartas cosas....

Entrevistadora 2: Sí... hacen hartas cosas

Entrevistada 1: Sí, si es un trabajo de todo el día y toda la noche

Entrevistadora 1: Y, por ejemplo, de acuerdo a eso que nos hablaba de las decisiones finales ¿las toma el médico?

Entrevistada 1: Sí...

Entrevistadora 1: Pero, en su caso el médico si tiene la recepción de todos, como de las opiniones que tengan al respecto del tratamiento los otros profesionales.

Entrevistada 1: Sí... Pero ¿Te refieres específicamente lo que yo le diga o en general?

Entrevistadora 1: Por ejemplo, si el fono, si usted, si una enfermera tiene influencia en la toma de decisiones

Entrevistadora 2: ¿O solo decide por él?

Entrevistada 1: No si las toma... mientras sea del área que corresponda o sea... si la fono le dice si tiene alimentación, pero él dice sí, pero el paciente está con una diabetes descompensada, entonces, no le podemos dar comida porque eso aunque ella diga que si... no sé si me explico...

Entrevistadora 2: Ah... ya

Entrevistada 1: ... Pero sabe que puede deglutir

Entrevistadora 2: Ah... ya

Entrevistada 1: No sé si me entienden, si la enfermera le dice sabe doc creo que podría revisarle esto, sí, pero acuérdate que tiene esto, mejor dejémosle esto, pero él te escucha, si toma en cuenta las opiniones de los otros, totalmente.

Entrevistadora 1: Ya... eh... ¿El ambiente laboral dentro de tu unidad en específico cómo es?

Entrevistada 1: El ambiente laboral... ¿cómo equipo o como kinesiólogos por sí solos o con el equipo como con todo el equipo de trabajo?

Entrevistadora 2: Con los que trabajas en general...

Entrevistada 1: Ah! Es que mira en realidad, como te digo, nosotros trabajamos en turnos y mi turno es súper buena onda, entonces, yo no tengo ningún problema con el turno no te puedo decir, que en todos pueden haber conflictos como en todos lados, pero en realidad, uno trata de arreglar las cosas en el turno, porque al final piensa que los ves 12 horas seguidas... y los ves bastante seguido, entonces, al final no... no hay muchos conflictos, a veces como te digo, hay más problemas eh... dentro de cómo los mismos profesionales así como, las enfermeras tienen problemas entre ellas, paramédicos entre ellos, nosotros que a veces también podemos tener problemas con los otros colegas, no sé si me entienden la diferencia... más que con el equipo que te toque trabajar. También tienes que estar dispuesta al genio de todos, o sea, hay que ser bien tolerante al respecto, yo igual a veces me enoja y todo pero, como que ya nos conocemos, entonces, en realidad no podí ir muy cerrado, la idea es como ir a pasarlo bien dentro de todo, porque el ambiente por sí solo como que ya es denso... entonces, tratamos de hacerlo lo más llevadero posible que nadie esté de mal humor, estamos acostumbrados a los médicos, porque depende del médico que esté como tenemos que estar, ponemos música a veces, no sé si me explico, cosas así, pero no si es llevadero, yo creo que los conflictos más que con la gente que te toca trabajar en el turno, va entre los mismos profesionales, nosotros a veces igual tenemos problemas como oye cómo fuiste a pedir permiso y yo te había dicho que yo me iba a ir en esa fecha, por qué siempre logras lo que quieres, no sé si me explico... (risas) por qué vas a acusarme al jefe, esos problemas si, como que se tratan de conversar, pero tú sabes que no todo el mundo tiene (risas) la misma... si po no sé, a veces me pasa que yo tengo como dos

amigos dentro del trabajo, somos cinco en realidad y no sé po yo a ellos les puedo decir todo por eso son mis amigos, el resto son colegas, entonces pero yo que te diga algo como colega no quiere decir que te tenga mala...

Entrevistadora 2: Ah... ya

Entrevistada 1: ... Y eso cuesta diferenciarlo

Entrevistadora 2: Es que cuesta, a la gente le cuesta entender...

Entrevistada 1: Si po... yo les digo oye esto es profesional si no es personal no entiendo porque tanto la molestia, entonces, esas cosas como que hay gente que es más sensible que otra, así que eso, pero en realidad no bien, si no, no podría trabajar allá (risas) pero no puedo hablar por todo el resto de los turnos porque hay turnos que sí sé que tienen conflictos entre ellos

Entrevistadora 2: Que lata...

Entrevistada 1: Pero en mi turno no

Entrevistadora 2: Ya (risa)

Entrevistada 1: Somos puras mujeres, que podría ser peor... porque dentro de todo no somos tan cahuineras entonces yo creo que por eso no hay tantos problemas.

Entrevistadora 1: Ya y finalmente, preguntar que si tuvieras la posibilidad tú de formar un equipo de UCI ¿qué profesionales considerarías?

Entrevistada 1: Como yo de formarlo... Bueno, los que están establecidos están establecidos pero, si tú te refieres a si podría incluir a un TO si lo incluiría , o sea, mira va a sonar súper feo, pero estamos acostumbrados a trabajar sin él, sacamos a los pacientes adelante igual pero, creo que sí hay cosas que se podrían ver beneficiadas en el trabajo en conjunto con él porque ahora no lo sentimos presente, así como les dije anteriormente, si ni siquiera me dice lo que hace, entonces, como que no lo sentimos muy presente, entonces, si consideraría a todos los profesionales que te dije y a un TO... sí totalmente de acuerdo el resto que más... no si no hay más profesionales, ¿qué más? si tenemos todo (risas) qué más puedo tener en realidad. Pero si lo consideraría,

lo hemos conversado como equipo, pero como les digo es falta de él de demostrar que es necesario en la UCI...

Entrevistadora 2: Bueno y finalmente quisieras agregar algún comentario sobre la entrevista o algún comentario en general.

Entrevistada 1: O sea no... (risas). Que bueno lo que están haciendo porque creo que... es muy desconocido lo que hace el TO en UCI, piensa que ni yo sé, eh... que quizás les va a servir para abrir herramientas para que se la jueguen por entrar a algo oficial así como las otras profesiones ya tienen algo establecido de que tienen que estar, de que sea una necesidad también, entonces, yo creo que es súper importante lo que están haciendo... así que sigan en eso, yo realmente fui súper sincera con las respuestas, así que eso po nada, felicitaciones por lo que están haciendo y que me lo envíen cuando lo terminen y ahí se lo muestro a mi jefe, no le voy a decir que dije yo ah! (risas)

Entrevistadora 2: No, pero darte las gracias por el tiempo de darnos una entrevista que igual no fue muy corta y por aportar a nuestra investigación, muchas gracias.

Entrevistada 1: No está bien (risas).

ANEXO 4

TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTA 2

Entrevistadora 1: ¿Cuál es su profesión y hace cuánto la ejerce?

Entrevistada 2: Enfermera universitaria desde diciembre del 2008, más de 10 años ya, chuata harto jajaja...

Entrevistadora 1: ¿Cuál fue la institución de donde se egresó?

Entrevistada 2: De la universidad San Sebastián, en Concepción.

Entrevistadora 1: ¿Ha realizado alguna capacitación adicional en el área de UCI? (cursos, diplomados, etc.)

Entrevistada 2: Capacitaciones del mismo hospital, hice un diplomado no de UCI, sino que de gestión específicamente.

Entrevistadora 1: Actualmente, ¿dónde se desempeña laboralmente?

Entrevistada 2: Hace un mes me cambié de servicio a cirugía adulto y anteriormente estuve 10 años en la UCI

Entrevistadora 1: ¿Hace cuánto tiempo trabaja en el Hospital?

Entrevistada 2: En hospital público 5 años en el Fricke, 5 meses en el Hospital Clínico y 5 años en la Clínica los Carrera

Entrevistadora 1: Desde su experiencia, nos podría comentar que es la UCI.

Entrevistada 2: Una unidad donde se atienden los pacientes críticos, que están en el fondo con riesgo vital, es como la última instancia que tiene el paciente de sobrevivir o morir.

Entrevistadora 1: ¿Cuáles son los objetivos de atención para los pacientes de la UCI?

Entrevistada 2: Eh.... Recuperarlos, salvarlos de su desenlace si no se atiende de forma oportuna, el paciente se muere, la idea es que se recupere y vuelve a su vida normal de antes de haberse enfermado.

Entrevistadora 1: ¿Cuáles son las características de un paciente internado en UCI?

Entrevistada 2: Generalmente están choqueados, hay distintos tipos de shock, eh... multiorgánico... en el fondo donde el paciente ingresa ya en riesgo vital porque esta con shock hicoagulémico, shock séptico, anafiláctico o que son en el fondo como eh... infecciones ya generalizadas en el organismo que su cuerpo ya no está respondiendo y por eso necesita de apoyo de UCI ya sea con ventilación mecánica o hacen un shock anafiláctico, ya sea con una reacción alérgica, ya sea de forma grave y en el fondo lo que hace es que los pulmones se colapsan y provocan que una descompensación y el paciente deba estar en UCI, aunque esos son momentáneos así que salen más rápidos. Todos los pacientes de aquí de la UCI del Fricke están con ventilación mecánica y algunos con coma inducido a menos que sea un paciente que esté con daño neurológico o ACV hemorrágico o isquémico y no tengan resolución quirúrgica en el fondo porque acá el Fricke no tiene resorte neuroquirúrgico, eso solo lo tiene el Van Buren, así que cuando los pacientes tienen ACV son evaluados acá y se les envía desde la urgencia o donde esté el paciente, le envían un cd con las imágenes del scanner que se le haya tomado y lo revisan los neurólogos del Van Buren y ellos deciden si es que es de resolución quirúrgica o no, si el paciente tiene resolución quirúrgica se va al Van Buren y sino se queda acá

Entrevistadora 1: ¿De qué depende su permanencia en esta unidad?

Entrevistada 2: Depende mucho del paño del paciente como se le dice comúnmente, el paño en relación a las características del paciente, si es muy añoso, antecedentes mórbidos, si tenía de antecedentes mórbidos y no tenía adherencia al tratamiento, es un paciente que en el fondo no va a tener una rápida recuperación, puede salir, pero le va a costar más. Se quedan en la UCI hasta que recuperen, solo se derivan los que mencione antes, si son neuroquirúrgicos o al gran quemado que ellos se van a Santiago, cuando hay un paciente gran quemado eh... hay un hospital si no me equivoco... el San Juan de Dios en Santiago en donde por plataforma se solicita el cupo para que vaya hacer su terapia de recuperación de piel, el resto se resuelve acá.

Entrevistadora 1: ¿Cómo define la forma de intervenir de su equipo de trabajo en relación a los pacientes de UCI? ¿Por qué?

Entrevistada 2: Es un trabajo multidisciplinario, habitualmente está el médico, la enfermera, el paramédico, el kinesiólogo, la nutricionista, auxiliares de servicio, fonoaudiólogo y a veces está el TO, y este está en la UCI cuando hacen interconsulta específica de Terapia Ocupacional va, no es que lo haga de forma rutinaria igual que el fonoaudiólogo. Los que están habitual ahí es el Kinesiólogo que trabaja en turno, nutri que pasa todos los días, enfermera, paramédico y auxiliar. Abarca todos los ámbitos, aunque no esté siempre el fono o el TO igual existe la posibilidad de que sean evaluados por ellos si es que se requiere, se trabaja en conjunto porque cuando hacen evaluaciones, el kine, por ejemplo, trabaja el turno con todo el equipo, él cuando hace sus terapias le comunica al equipo en las condiciones que está el paciente, si se puede movilizar o no que lado tolera más para el cambio de posición. Y lo mismo la nutri, ella pasa y deja las indicaciones de la alimentación que debe tener el paciente que formula o si está con nutrición parenteral y eso ella lo conversa con el médico, las indicaciones salen, la enfermera lo administra y lo debe ir controlando, entonces está todo relacionado.

Entrevistadora 1: ¿Usted ha tenido experiencias laborales con profesionales de la terapia ocupacional? ¿Nos podría comentar alguna de ellas y en qué contextos laborales se han desarrollado?

Entrevistada 2: Si, si tuve la oportunidad de compartir con terapeutas ocupacionales... lo que pasa es que hace un tiempo atrás, yo te diría hace como... ¿cuánto será?... 2 años... si aproximadamente... existía un equipo que se llamaba "el equipo de rehabilitación" que estaba conformado por fonoaudiólogo, terapia ocupacional y kinesiólogo, pero era con la especialidad de motricidad neuroquirúrgica, fisioterapeuta y fisiatra. Este equipo veía a los pacientes que eran potencialmente "rehabilitables" en el fondo, y que generalmente eran pacientes con daños neurológico por ACV y requerían de rehabilitación. El médico de turno le hacía una interconsulta al equipo de rehabilitación, el fisiatra iba a la unidad y evaluaba al paciente porque tenían como pautados unos criterios, entonces si el paciente cumplía con esos criterios podía entrar al programa y, ahí después ellos se organizaban e iban a la unidad y empezaban hacer los tipos de rehabilitación. Ahí era igual fonoaudiología, terapia ocupacional el

kinesiólogo, hacían una terapia como decirlo... como que se acoplaban, congeniaban los tres y hacían una terapia súper buena y en los pacientes se vio la ganancia de ese equipo, tú ves que no van a salir o que saldrán muy mal, ahí te das cuenta que si pueden salir mejor. Ellos llevaban equipos y hartas cuestiones, la T.O me acuerdo que hacia como unos moldes para las manos o las piernas para que no hiciera el pie equino...

Entrevistadora 1: ¿Recuerda algún evento o situación relevante en donde se haya destacado la labor de el/la Terapeuta Ocupacional en la UCI?

Entrevistada 2: Lo que recuerdo mucho... es que la T.O tenía muchas ortesis que las hacía ahí mismo en la unidad y era como oh... hacia los moldes para que las mano no les quedaran como en gota, también les tomaban las medidas y después llegaban con unos moldes para que las piernas le quedaran hacia arriba. Traían algo, que hacían moldear la ortesis.

Entrevistadora 1: De acuerdo a su experiencia ¿Qué aportes cree usted que puede entregar la Terapia Ocupacional en UCI?

Entrevistada 2: La salida del paciente de forma más independiente, lejos.... De hecho, tuvimos pacientes que salieron del alta del intermedio y se iban directo a su casa, no tuvieron que pasar por unidades básicas.

Entrevistadora 1: Desde su experiencia, ¿Qué cree usted que requiere la UCI de un/a Terapeuta Ocupacional?

Entrevistada 2: Si, o sea, viendo cómo los pacientes se estaban recuperando y tuvieron una recuperación más pronta y se fueron de forma más independiente a su domicilio, si, de todas maneras. Aparte disminuye la estadía hospitalaria y también hay más camas para los pacientes que están esperando.

Entrevistadora 1: De acuerdo a su opinión, ¿Qué características debe o debería tener un/a terapeuta ocupacional que pertenezca al área de UCI?

Entrevistada 2: Deben estar enfocado creo yo, en la parte neurológica, que su especialidad sea para ese lado. Que sea de rehabilitación para pacientes con daño

neurológico, tiene que ir para ese lado. Por las características y ver el lado que se dañó y en relación a eso se verá que secuelas o con qué motricidad trabajar.

Entrevistadora 1: A partir de sus experiencias con terapeutas ocupacionales ¿cuál sería el rol de este profesional en la UCI?

Entrevistada 2: El rol.... Acá... bueno, es fundamental ya que ayuda a la salida de los pacientes de forma más rápida y recupera la motricidad entre comillas, porque no la va a recuperar totalmente, pero la recupera de forma más rápida y eso hace que el paciente vaya evolucionando más rápido y van viendo avances, y cuando ven los avances ellos van teniendo mejor eh... más ánimo y el control psicológico... Es súper importante cuando los pacientes van viendo avances dentro de su propia enfermedad, tienen mucha más voluntad para hacer las cosas que un paciente que se queda quieto todo el rato, que lo mueven para un lado y para otro solo para que no vaya hacer una ulcera por presión. Así es actualmente, los kine ayudan un poco, pero en la UCI generalmente los kine son más respiratorios, en intermedio uno ve ya más motora.

Entrevistadora 1: De acuerdo a su opinión ¿Por qué cree usted que existe la inclusión/exclusión del/la terapeuta ocupacional en esta unidad?

Entrevistada 2: Yo creo que se debe más que nada a la parte monetaria nomás, tiene que ver todo por el financiamiento, tanto del profesional y a relación a los insumos que se utilizan que tiene que ver con gastos, y por eso está restringida.

Entrevistadora 1: Nuevamente, a partir de sus experiencias, podría describir algunas estrategias de intervención, que usted conoce, utilizadas por los/as terapeutas ocupacionales en UCI.

Entrevistada 2: Eh... como las referencias que yo tengo es que el fisiatra veía si estaba en condiciones o no de poder hacerse la rehabilitación y ahí ellos ideaban en un plan en el fondo que trabajaban todos en conjunto y era como súper armonioso, entonces, no sé si hay alguna estrategia específica o si el terapeuta ocupacional a lo mejor tenga avances por sí solo o acompañado por otras áreas, como el kine especializado en motricidad. Pero lo que más me llamaba la atención era el tema de las ortesis, igual la

parte cognitiva me acuerdo que usaban los calendarios, no se po colocaban lunas y sol para ver el día y noche. El calendario era fundamental porque los orientaba.

Entrevistadora 1: ¿Existen espacios de reuniones o conversaciones para organizar las intervenciones de el/la terapeuta ocupacional junto al equipo de trabajo? ¿Cuáles son sus objetivos principales?

Entrevistada 2: No lo sé, quizás donde permanecía el equipo de rehabilitación, porque no era una unidad que perteneciera a la UCI si no que pertenecía al Hospital, o sea, se mandaba la interconsulta y ellos venían desde afuera a la UCI. Me imagino que cuando venía el fisiatra y lo evaluaba, después iba con todos los antecedentes y se los presentaba al equipo y ahí deben ver que tienen que trabajar, creo yo...

Entrevistadora 1: ¿Por qué cree usted que se seleccionan estos profesionales y no otros para conformar el equipo de UCI?

Entrevistada 2: Porque tiene que ver con la enfermedad del paciente, es que lo que pasa es que el paciente de UCI se tiene que considerar que una vez que entra a la UCI y pasa alrededor de 2 o 3 días con ventilación mecánica, con drogas vaso activas, sedado. Imagínese ustedes acostadas 3 días sin moverse, hay una desnutrición, si no se le inicia una nutrición oportuna y la nutrición generalmente parte baja y no cumple todas las necesidades del organismo inicialmente, hay un metabolismo más acelerado cuando están los pacientes shockeados por lo tanto, hay un gasto energético mucho mayor, hay desgaste muscular por que los músculos se relajan, se comienzan atrofiar y hay pérdida de masa muscular, entonces, los pacientes comienzan a enflaquecer, yo me imagino... no se po... después de 3 días, solo estoy hablando de 3 días, hemos tenido pacientes que están fácilmente 1 mes hospitalizados... me imagino el dolor posterior que deben tener del cuerpo de estar tanto tiempo acostados. Se les hace movilidad pero generalmente cuando están con ventilación mecánica es por falla respiratoria, entonces, siempre se enfoca a mejorar el patrón respiratorio y de a poco van incorporando la kine motora pero, no es suficiente la movilidad que le puedan hacer, doblar una rodilla o un brazo o los cambios de posición que se vayan haciendo porque en el fondo no hay un esfuerzo muscular ahí po, lo que vas a estimular ahí que las articulaciones se te muevan pero no en si el músculo, porque puede que haya

movilidad pasiva pero no hay nada de esfuerzo, entonces, eso genera de alguna u otra manera que haya dolor y que el músculo se pierda y la pérdida muscular es grotesca cuando los pacientes pasan mucho tiempo acostado.

Entrevistadora 1: ¿Qué conocimiento tiene acerca de quién define la conformación de los equipos de salud de la UCI en esta institución?

Entrevistada 2: Em... en el fondo, se van viendo las capacidades de la gente que se une al equipo, eh... o sea, hay un jefe que tiene que ver con lo médico de la UCI que la mayoría son especializados en UCI, de medicina interna y aparte de ellos hay becados que pasan por esa especialidad y deben pasar por la UCI, generalmente los mejores van quedando seleccionados. Y en relación a enfermería, paramédico, auxiliar, de ellos están a cargo la enfermera supervisora, entonces se hacen orientaciones al personal y dependiendo de las competencias que uno va viendo de la orientación del funcionario uno va viendo si se queda o no se queda.

Entrevistadora 1: De acuerdo a su experiencia, ¿Cómo se toman las decisiones dentro del equipo de trabajo de la UCI?

Entrevistada 2: El médico revisa al paciente, la enfermera también tiene conocimiento del paciente, el médico va dejando las indicaciones y después la enfermera va organizándose. Aquí van coordinándose... si la enfermera tiene alguna pregunta le consulta al médico sobre alguna indicación y lo van confeccionando y la enfermera va haciendo los cuidados de enfermería, aparte de las indicaciones médicas.

Entrevistadora 1: ¿Cómo es el ambiente laboral dentro de su equipo de trabajo?

Entrevistada 2: Era relativo (risas)... Hay equipos que son buenos, que se complementan bien y otros equipos que trabajan por sí solos, como se trabaja con cuarto turno y en el turno de día de las 8 a las 20 hay un equipo y de las 20 a las 08 hay otro equipo, son 4 turnos. Es súper relativo el ambiente, hay turnos y turnos, dependen de la personalidad también, son más de 100 personas trabajando.

Entrevistadora 1: Si usted tuviera la oportunidad de conformar a su equipo de trabajo de esta unidad ¿A qué profesionales consideraría? ¿Por qué?

Entrevistada 2: En el fondo son todos importantes, o sea, los que están enfermera, médico, paramédico, médico, nutri, kine, fono, terapeuta porque cada uno aporta con su grano de arena para rehabilitar al paciente y salga de su enfermedad, con vida y que salga bien.

ANEXO 5

TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTA 3

Entrevistadora 1: ¿Cuál es su profesión y hace cuánto tiempo la ejerce?

Entrevistada 3: Soy Kinesióloga y la ejerzo aproximadamente hace 7 años

Entrevistadora 1: ¿Cuál fue la institución desde donde egresó?

Entrevistada 3: De la Universidad de Valparaíso

Entrevistadora 1: ¿Cuánto tiempo perteneció al servicio de salud Viña del Mar- Quillota?
¿Y actualmente, donde se desempeña laboralmente?

Entrevistada 3: Trabaje el 2012... debe haber sido un año, un año aproximadamente, actualmente igual estoy trabajando igual en la red y también trabajé en el servicio de Valparaíso - San Antonio también unos 6 meses que fue un reemplazo.

Entrevistadora 1: Desde su experiencia, nos podría comentar que es la UCI y ¿Cuáles son los objetivos de atención para los pacientes de la UCI?

Entrevistada 3: Los objetivos de la unidad de la Uci es en verdad dar atención a pacientes que están bastante complicados y no hablemos solamente de pacientes poli traumatizados o con algún problema neurológico, sino que está en riesgo su vida ¿ya?, y la idea siempre es darle la mejor atención, manteniendo siempre la privacidad del paciente, y tratar siempre de sacarlo de esa unidad sin comprometer o agravar aún más su situación de vida, esa es como la función general de la Uci

Entrevistadora 1: ¿Cuáles son las características de un paciente internado en UCI? ¿De qué depende su permanencia en esta unidad?

Entrevistada 3: O sea... lo primero, es que son pacientes sobre todo de larga data, hablemos de pacientes eh... que son asociados a neuropatías o con algún problema neurológico como ACV o incluso grandes poli traumatizados... y eh... primero depende del cuadro principal, o sea, como que el cuadro que lo llevó a la Uci y finalmente después de todo lo que desencadena, si después por ejemplo... se contagió de alguna otra bacteria dentro de la Uci o si su condición agravó también por ejemplo pasa mucho

en el sistema privado del sistema de camas, si fue un paciente que estaba trasladado de público a privado y que piden rescate pero generalmente va de su cuadro principal y de cómo este evoluciona y sin conlleva muchas más complicaciones.

Entrevistadora 1: ¿Cómo define la forma de intervenir de su equipo de trabajo en relación a los pacientes de UCI? ¿Por qué?

Entrevistada 3: ¿Los kinesiólogos?...

Entrevistadora 1: O como equipo en general, es decir, ¿Cuáles son las funciones que tiene como el equipo dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos?

Entrevistada 3: Como equipo en general... Nosotros en verdad somos agentes externos que no solamente vamos a la UCI, sino que también hacemos seguimiento a los pacientes hospitalarios a través de piso. En el caso particular mío, yo voy no solo a la Uci adulto, también voy a la UCI pediátrica y la UCI neo y ahí es donde también nos encontramos con todo el resto de los profesionales que son los terapeutas y los fonoaudiólogos. Estos tres somos como los... se llaman los profesionales como multiservicios, por qué, porque no somos solo exclusivos de la UCI sino que también estamos en otros servicios viendo la continuidad de la atención del paciente. En verdad, como equipo... es el hecho de actuar rápido, de por ejemplo de poder pesquisar... tal vez como kinesiólogo pesquisa este paciente eh... necesita una ortesis para posición entonces llega al tiro el terapeuta y empezamos a funcionar de manera más rápido ¿ya?, entonces, esa es la ventaja que tenemos de trabajar el servicio, de poder un poco ayudar a que el paciente salga un poquito más rápido de la unidad.

Entrevistadora 1: ¿Usted ha tenido experiencias laborales con profesionales de la terapia ocupacional? ¿Nos podría comentar alguna de ellas y en qué contextos laborales se han desarrollado?

Entrevistada 3: Bueno si, en prácticas profesionales y en otros tipos de trabajo pero mm... siempre en el ámbito hospitalario y también me tocó trabajar en lo que era el ELEAM con terapeutas y como ellos más que nosotros kines, se manejan en ortesis... uno da el aporte de la evaluación y ellos finalmente la pueden ajustar y, como en el caso uno ve más a los pacientes puede informar al terapeuta sobre "oye la ortesis no

está funcionando” o tal vez de repente pasa que los mismos otros profesionales no saben cómo se hace una ortesis entonces es súper necesario que el terapeuta este para corregir eso.

Entrevistadora 1: ¿Hay terapeuta ocupacional en el equipo de salud de la UCI en la que se desempeña laboralmente?

Entrevistada 3: Con los terapeutas, si bien hay pocos, trabajamos muy a la mano por el hecho de que claro... nosotros hacemos la parte de rehabilitación y ellos finalmente ven todo el proceso de ortesis o el uso incluso de inclusión del paciente, em... por lo menos trabajamos muy a mano. En mi caso y con mis otros colegas lo que hacemos de repente es coordinar la hora de kine y después la hora al tiro del terapeuta para que juntos hagamos una evaluación global y entre nosotros determinar qué es lo que necesita el paciente ¿ya?, esa es como la función más que nada que vemos con la terapia.

Entrevistadora 1: ¿Recuerda algún evento o situación relevante en donde se haya destacado la labor de el/la Terapeuta Ocupacional en la UCI?

Entrevistadora 3: Tengo dos, tengo una de una paciente que ella finalmente se fue a la línea los coihues que tuvo un accidente vascular... tuvo una aneurisma cerebral, bueno la paciente que no tenía control de tronco, todo y... creo que lo más fundamental fue el manejo de ortesis, mucho, porque claro ella tenía una mano más en garra entonces yo ahí, como por favor... terapeuta por favor reta porque nadie le pone bien la ortesis entonces yo ahí retaba a mis colegas y recuerdo que una de las terapeutas dejo el cartel ahí pegado que no saquen la ortesis y póngansela como corresponde y eso sirvió porque finalmente la paciente logró un control de tronco, ya después la paciente sociabilizaba con uno pero también fue porque uno le dice empoderate po si esta es tu área. Y el otro fue un trabajo en conjunto que hicimos con un paciente, con un corsé que tuvo una lesión de columna entonces claro, no que un terapeuta le indico una cosa entonces al final trabajamos... coordinamos la kine con la terapia juntas para poder colocar bien el corsé, enseñarle al paciente y revisamos “sabes que el corsé hay que sacarle esto y ponerle esto otro...” después llamamos al médico que hacía la ortesis, o sea, no solo al médico que hacía la ortesis, si no que había otro médico... un fisiatra,

entonces, había como el argumento del kine, el argumento del fisiatra entonces eso hizo que finalmente el paciente en menos de un mes con una lesión en columna importante se fuera para su casa con control de tronco, esas son las experiencias más heavy que he tenido con terapeutas y ahí he notado como que si... yo soy importante en la uci.

Entrevistadora 1: De acuerdo a su experiencia ¿Qué aportes cree usted que puede entregar la Terapia Ocupacional en UCI? ¿Consideras importante la labor del terapeuta ocupacional en el proceso de rehabilitación de las personas?

Entrevistada 3: Claramente con todo lo que he dicho, es que sí ¿ya? Finalmente, porque claro, los pacientes hospitalizados a diferencia de un paciente particular tanto para el kine como para el terapeuta, nosotros no le podemos dar mucho tiempo, a lo más le damos cuanto, 20 a 30 minutos ¿ya? Y claro, cada paso pequeño que se da en la uci suma un granito de arena para el paciente y que puede ser una repercusión en general muy grande ¿ya?, entonces, el hecho por ejemplo de un paciente que estuvo postrado 3 meses y por ejemplo, puede agarrar su tenedor o su cuchara, que para nosotros puede ser súper sencillo para él es súper significativo y tal vez puede ser el “punch” para su rehabilitación y tirar para arriba y que después sale y se vaya a su casa, entonces, el trabajo es fundamental pero no solo el trabajo como terapeuta solo, sino que trabajo como equipo ¿ya?, trabajo del médico, de la enferma, del terapeuta, del fono que también están en menor en la unidad también pero esa es la fortaleza que tiene el equipo.

Entrevistadora 1: Desde su experiencia, ¿Qué cree usted que requiere la UCI de un/a Terapeuta Ocupacional?

Entrevistada 3: O sea, yo creo que una de las cosas más importantes es que la gran mayoría de estos pacientes como son de larga data en la Uci, a veces general una atrofia, a veces no hay control de tronco, entonces, lo que más nosotros vemos si de ellos es el manejo de ortesis, entonces, por ejemplo, para mí que tengo que sentar un paciente que estuvo no sé, tres meses sin hacer nada, el hecho de la ortesis me da más seguridad, entonces, eso es lo que aporta un poco el terapeuta y finalmente el hecho... nosotros igual como kine somos muy mecánicos... llegamos, hacemos la

pega, lo rehabilitamos y se va, en cambio, el terapeuta como tiene esta función de orientar y de revolver a que vuelva a la sociedad por así decirlo, también incorpora a la familia, entonces, también le da un plus importante, le da por ejemplo más vitalidad y hace que el paciente sea un poco más autónomo , le da un poco más de esperanza en ese sentido.

De acuerdo a su opinión, ¿Qué características debe o debería tener un/a terapeuta ocupacional que pertenezca al área de UCI?

Entrevistada 3: O sea lo primero y súper importante es considerar que son pacientes totalmente diferentes porque tenemos los de la Uci con los de la UTI. La UCI es... hablamos de ventilación mecánica eh... que están conectados, ventilados y en cambio los de la UTI son un poquito de menor complejidad, entonces, primero un terapeuta igual debería tener manejo ventilatoria en caso de que pase SOS de que se saque una vía, se desconecte, todo... para poder actuar rápido porque eso es súper importante eh... lo otro también tener algunos manejos de aspectos generales como manejar por ejemplo saber los signos vitales, cómo funcionan las máquinas que generalmente es como un consenso global de lo que hacemos también los kinesiólogos ¿cachay?, que con eso finalmente... va a tener la base de poder entablar lo que es su pega.

A partir de sus experiencias con terapeutas ocupacionales ¿cuál sería el rol de este profesional en la UCI? y ¿Por qué cree usted que existe la inclusión/exclusión del/la terapeuta ocupacional en esta unidad?

Entrevistada 3: O sea lo que pasa es que cada profesional, por ejemplo, la enfermera, el paramédico, el kine, el médico, el terapeuta, todos tenemos distintas funciones y cada uno aporta desde su perspectiva, entonces, finalmente la orientación del terapeuta eh... o sea, si uno rehabilita, el terapeuta finalmente da las herramientas para que el paciente genere más autonomía, es como el fonoaudiólogo, si yo tengo un paciente que estuvo una traqueotomía y se la saco y no va al fonoaudiólogo, no va a volver a hablar bien entonces, yo necesito del fonoaudiólogo y es así como también se necesita del terapeuta pero, es una cosa además de la parte... más que como hospitalaria, es como la parte como más social, porque tú por ejemplo igual como... yo como kine le puedo dar 20 min, los terapeutas con los que yo trabajo generalmente van 2 veces por

semana, a veces por exigencia médica o nosotros mismos presionamos para que vayan todos los días y así poder darle un punta pie al paciente y se sienta mucho más acompañado y finalmente tire para arriba mucho más rápido

Entrevistadora 1: Nuevamente, a partir de sus experiencias, podría describir algunas estrategias de intervención, que usted conoce, utilizadas por los/as terapeutas ocupacionales en UCI.

Entrevistadora 3: O sea, lo que más trabajamos mucho es el hecho de las cadenas musculares, es lo que más hallamos sobre todo en la parte de control de tronco, la ortesis es la que más se ve finalmente porque generalmente va orientado siempre a pacientes que son poli traumatizados o pacientes que tuvieron algún accidente vascular, pero lo que más trabajo... trabajo cadenas musculares que es la parte más física ¿ya', también de repente nos dan las herramientas de por ejemplo, me acuerdo siempre de la guía del MINSAL cuando transforman, no es transforman la palabra, sino como que hacen los utensilios más adaptables para los pacientes, eso también lo hacen dentro de la UCI al tiro, entonces, para que después cuando se vaya sano, se vaya a otro recinto o se vaya a su casa, esto ya está adaptado al paciente.

Entrevistadora 1: ¿Existen espacios de reuniones o conversaciones para organizar las intervenciones de el/la terapeuta ocupacional junto al equipo de trabajo? ¿Cuáles son sus objetivos principales?

Entrevistada 3: O sea, como en la Uci se vive como al día a día, es súper.... O sea generalmente se hace una ronda en la mañana pero esa ronda está dada generalmente por... en nuestro caso por ejemplo va el médico, las enfermeras de turno y a veces el kine que escucha pero es el kine que está de turno, entonces el kine es como el que puede transmitir, entonces, así como formalmente y esto lo digo tanto en el sistema público como en el privado, si bien se acerca a ronda, como que a veces pucha, el terapeuta tiene que venir a las 12 a ver un solo paciente y no pudo estar en la reunión, entonces, falta eso porque en verdad es paciente crítico entonces estás viviendo el día a día.

Entrevistadora 1: ¿Quiénes son los profesionales que conforman el equipo de salud de la UCI?

Entrevistada 3: Ya eh... los principales son claramente la enfermera, la enferma y los enfermeros es como clave en la unidad, van los paramédicos y luego están los médicos, luego entran los médicos de especialidad, los kine, los terapeutas y por lo menos yo también trabajo con fono, eso es lo que tú ves, y psicólogo, también tenemos psicólogo, esos son todos los que trabajan.

¿Por qué cree usted que se seleccionan estos profesionales y no otros para conformar el equipo de UCI?

Entrevistadora 1: Y acerca de eso podrías describir brevemente acerca de los roles que cumple cada uno

Entrevistada 3: O sea la enfermera es como la que ve la estabilidad completa del paciente, ya desde la parte hemodinámica, que se estén cumpliendo los medicamentos, las órdenes médicas, todo, el médico es el que va día a día a dar las indicaciones, el paramédico siempre está disponible para que la unidad esté completa, que no falte ninguna de sus cosas al paciente, si hay que hacer traslado, todo, los médicos especialistas que si el médico indica una indicación específica de su área, viene este médico aparte, el kine que va como el cabecilla de la parte de la rehabilitación, el terapeuta que da su aporte en la parte sobre todo de la orientación del control de las cadenas musculares y también de ortesis, el fonoaudiólogo que nos ayuda cuando a los pacientes queremos desanudarlos de la traqueotomía y los psicólogos porque hemos notado que los pacientes de larga estadía tienen depresión y por eso es importante también los psicólogos.

Entrevistadora 1: ¿Qué conocimiento tiene acerca de quién define la conformación de los equipos de salud de la UCI en esta institución?

Entrevistada 3: O sea, para ver al paciente como tal así como unidad, lo decide el médico, le medico dice “yo, yo veo que el paciente tiene esto y esto otro, necesito la ayuda del kine, del terapeuta, fonoaudiólogo y psicólogo” y la parte de contrato la ve la parte administrativa pero generalmente ahí lo que se radica es el médico o la enfermera

pesquisa la falta de profesionales, se comunica al jefe de uci, uci va a la gerencia comercial y ellos dicen sabes que tienen que aumentar... por ejemplo en nuestro caso en particular, los kines eran muy pocos y después ellos pidieron 4 kines más y ahí entramos 4 kines a trabajar inmediatamente aumentado las horas de atención y dando más cobertura, entonces, nosotros ahora empezamos a... "sabes que, parece que necesitamos a más terapeutas..." porque tenemos solo tres, somos tres, tres, cuatro, entonces estamos pidiendo que por lo menos alguien más o que tengan más horas, igual que los fonos, tenemos uno, no, dos fonos perdón y tenemos un psicólogo entonces igual nosotros necesitamos más profesionales en esa área.

Entrevistadora 1: Pero es como una solicitud del equipo

Entrevistada 3: O sea, nace una solicitud del equipo sobre todo de las enfermeras y de los paramédicos que están día a día con los pacientes y ellos le manifiestan al jefe de uci y van a la gerencia comercial.

Entrevistadora 1: En la forma de intervenir en la uci, es el médico que finalmente toma la decisión...

Entrevistada 3: El médico todos los días evalúa al paciente completamente entonces ve su seguimiento, como esta todo, y en base a eso el determina por ejemplo si necesito ayuda de un terapeuta, si necesito ayuda de un kinesiólogo, si tengo que reforzar la hora de terapia ocupacional, si necesito por ejemplo que no tenga dos kine, tenga cuatro kines, entonces va en base a ello y uno también por ejemplo día a día sabe que doctor, pucha usted me indico no sé, dos veces terapeuta al día y sabe que no es tan necesario, necesito una..." y así uno va conversando con él.

Entrevistadora 1: De acuerdo a su experiencia, ¿cómo se toman las decisiones dentro del equipo de trabajo de la UCI? ¿Las toma una sola persona o como equipo en general?

Entrevistada 3: O sea, a ver, hay dos cosas que hacer... Uno puede hacer protocolos, o sea puedes hacer protocolos que de repente se le indican a las personas de la unidad, lo revisa el jefe pero siempre el que da la cabecilla va a ser el jefe de uci, hablamos de protocolos, por ejemplo protocolo de Güin cuando le sacamos el ventilador, protocolo

de “escanuración” o de no sé, un montón de cosas. En cuanto al paciente en particular, todas las decisiones las toma el médico de cabecera, ahora por lo menos donde yo trabajo, sobre todo más que en la UCI, en la UTI, nosotros tenemos la facultad de poder decirle al médico “oye sabes que yo opino que esto...” y se considera un poco la opinión y no solo el kine, sino que el terapeuta y el fonoaudiólogo pero hay médicos y médicos, hay médicos que si consideran su opinión y hay médicos que ellos son los cabecillas, entonces, finalmente pasa por una decisión médica pero uno igual puede dar su opinión.

Entrevistadora 1: ¿Cómo es el ambiente laboral dentro de su equipo de trabajo?

Entrevistada 3: Mira yo personalmente, yo con mi equipo de trabajo no tengo nada que decir, por lo menos con mis dos turnos, yo tengo dos turnos, trabajo en larga, larga eh... en verdad mi opinión se considera por ejemplo yo le digo a la enfermera sabes que yo creo que esto no está bien o de repente falta esto, o lo mismo por ejemplo con los terapeutas, de repente me encuentro con los terapeutas y sabes que vi a este paciente y tenía que reforzar esto y siempre con mucho respeto por ejemplo me ha pasado a veces que veo la ortesis mal puesta y le digo a la enfermera “oye sabes que el terapeuta lo indicó de otra manera, tienes que poner como corresponde la ortesis” y ahí siempre fomentando un poco el aporte en equipo, siempre ayudando, siempre sumando más que restando porque la idea general más que nosotros como profesionales es que el paciente esté bien entonces si uno tiene un buen equipo de trabajo o un buen ambiente laboral hace que el ambiente sea más rico y el paciente finalmente se sienta mucho mejor. En general yo no tengo como ningún problema con mis colegas y con los otros profesionales, siempre conversando con respeto y sin estar pasando a llevar al resto.

Entrevistadora 1: En una situación hipotética... Si usted tuviera la oportunidad de conformar a su equipo de trabajo de esta unidad ¿A qué profesionales consideraría? ¿Por qué?

Entrevistada 3: O sea lo primero sería un médico internista que es el médico que... como que manda en la uci, ya, esa es la profesión y de verdad ahí por ejemplo ya conlleva a todos los médicos que están asociados al área interconsultores pero con

especialidad en uci, o sea, si es gastroenterólogo que vea uci, eh... sucesivamente, las enfermeras que son pilar fundamental, que por lo menos, por ejemplo si estamos hablando de 8 pacientes, deberían por lo menos haber 4 enfermeras, o sea, una enfermera por cada dos pacientes y paramédicos deberían ser el doble de lo que son las enfermeras ya por toda la situación, en base a eso también claro el kinesiólogo que idealmente deberían ser dos, estamos hablando de cómo te digo 8 pacientes, debiesen ser uno o dos médicos, cuatro enfermeras, 8 paramédicos, 2 kinesiólogos, 1 terapeuta, 1 fonoaudiólogo, 1 psicólogo y sin contar los interconsultores que serían como el ideal del equipo en base a cubrir un paciente, ahora si la unidad es más grande el equipo debe ser más grande

Entrevistadora 1: Como proporcional a la cantidad de...

Entrevistada 3: Exacto

Entrevistadora 1: Deseas agregar otro comentario respecto a la temática que estamos conversando

Entrevistadora 3: Yo creo que finalmente la terapia ocupacional es una parte del área de la salud un poco más nueva, entonces, la gente tiende a confundirla con la kine o quitarle un poco el fundamento a la importancia que son. Porque claro... todavía las aristas no están tan fijadas en Chile como por ejemplo en otros países como en Canadá o en EE. UU donde los roles están bien establecidos. La gente de repente piensa que... o sea, o mucha gente piensa que nosotros como kines también tenemos que hacer la tarea de los terapeutas y muchos a veces piensan que como terapeutas deben hacer la tarea del kines cuando finalmente tenemos que potenciarnos como dupla, entonces, la ventaja del terapeuta... como tiene estas herramientas sociales, permite darle un poco más de esperanza no solo al paciente sino que también a la familia y al entorno y, eso hace que de alguna manera al tener un mejor ánimo el paciente tenga muchas ganas de salir de esa unidad. Ahora también como experiencia eh... donde es súper importante el terapeuta y no se sabe... es en la neo, en la neo también cumplen un rol fundamental donde los chiquititos que nacen prematuros que necesitan un poco de apego y finalmente claro uno va y le hace la kine motora o la kine respiratoria si lo necesita pero, el terapeuta logra el vínculo de apego con los chiquititos y eso es súper

importante y además que si uno hace una intervención temprana a largo plazo es mucho más beneficioso que cuando es adulto, entonces, en verdad yo creo que falta en Chile definir bien los roles, no solo del kine y el terapeuta, sino que enfermera, médico y todo y que se queda no solo hablar de un equipo interdisciplinario sino que transdisciplinario donde todos podamos conversar y hacer fundamentalmente crecer y mejorar la salud del paciente que es lo más importante.