

Artículo Original

Intervenciones de terapia ocupacional con personas mayores en procesos finales de vida en hospitales públicos

Intervenções de terapia ocupacional com pessoas idosas em processos de fim de vida em hospitais públicos

Occupational therapy interventions with elderly people at the end-of-life processes in public hospitals

Natalia Paz Castillo-Núñez^a , Gisele Romina López Contreras^a , Diego Alonso Márquez Rojas^a , Valeria Liliana Vargas Silva^a , Nicole Vannesa Villavicencio Garrido^a , Cristóbal Javier Catalán-Águila^a 

^aUniversidad de Chile – UCHILE, Santiago, Chile.

Cómo citar: Castillo-Núñez, N. P., Contreras, G. R. L., Rojas, D. A. M., Silva, V. L. V., Garrido, N. V. V., & Catalán-Águila, C. J. (2023). Intervenciones de terapia ocupacional con personas mayores en procesos finales de vida en hospitales públicos. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 31, e3377. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO258533773>

Resumen

Introducción: La intervención de terapia ocupacional con personas mayores en procesos de fin de vida en contextos hospitalarios presenta escasa documentación científica en Chile. Dado el aumento de la población mayor, la alta prevalencia de enfermedades crónicas en ella y las tasas de mortalidad hospitalaria, se identifica la necesidad de revisar las intervenciones que se realizan en los procesos de fin de vida de las personas mayores.

Objetivo: Caracterizar intervenciones de terapia ocupacional con personas mayores que cursan su proceso de fin de vida, desde la percepción de terapeutas ocupacionales dedicados/as al área, en contextos hospitalarios públicos de Chile. **Método:** La investigación es de tipo cualitativa enmarcada dentro del paradigma constructivista bajo el enfoque fenomenológico, utilizando como técnica de recolección de información la entrevista semiestructurada y posterior análisis de contenido. La muestra de estudio está compuesta por terapeutas ocupacionales que ejercen su labor en hospitales públicos del país. **Resultados:** Se identifica a terapeutas ocupacionales como agentes que otorgan cuidados humanizantes y acompañamiento durante las intervenciones en procesos de fin de vida, y a las familias como un facilitador del mismo. Se releva una visión integral de la persona en estos procesos. **Conclusiones:** Existe consenso en el enfoque e intervenciones de terapia ocupacional identificadas por las/os participantes, y resulta similar a lo descrito en la literatura internacional. Faltan lineamientos de política pública local que permitan definir de mejor manera el rol profesional en este contexto.

Recibido Jul. 25, 2022; 1ª Revisión Ago. 2, 2022; 2ª Revisión Ago. 31, 2022; Aceptado Dic. 22, 2022.



Este es un artículo publicado en acceso abierto (*Open Access*) bajo la licencia *Creative Commons Attribution*, que permite su uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones siempre que el trabajo original sea debidamente citado.

Palabras-clave: Terapia Ocupacional, Persona Mayor, Cuidado Terminal, Humanización de la Atención, Hospitales Públicos.

Resumo

Introdução: A intervenção da terapia ocupacional com idosos nos processos de fim de vida em contextos hospitalares apresenta pouca documentação científica no Chile. Diante do aumento da população idosa, da alta prevalência de doenças crônicas nesta população e das taxas de mortalidade hospitalar, identifica-se a necessidade de rever as intervenções realizadas nos processos de fim de vida do idoso. **Objetivo:** Caracterizar as intervenções de terapia ocupacional com idosos em processo de fim de vida, a partir da percepção de terapeutas ocupacionais da área, em contextos hospitalares públicos no Chile. **Método:** A pesquisa é do tipo qualitativo na perspectiva do paradigma construtivista sob a abordagem fenomenológica, utilizando-se de entrevista semiestruturada como técnica de coleta de informações e posterior análise de conteúdo. A amostra do estudo é composta por terapeutas ocupacionais que atuam em hospitais públicos no Chile. **Resultados:** Os terapeutas ocupacionais são identificados como agentes que prestam atendimento humanizado e apoio durante as intervenções nos processos de fim de vida, e à família, principalmente como facilitadora deste processo. Nesses momentos, revela-se uma visão integral da pessoa. **Conclusões:** Há consenso sobre a abordagem e intervenções da terapia ocupacional identificadas pelos participantes, sendo semelhante ao descrito na literatura estrangeira. Faltam diretrizes de políticas públicas locais que permitam uma melhor definição do papel do profissional nesse contexto.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional, Pessoas Idosas, Assistência Terminal, Humanização da Assistência, Hospitais Públicos.

Abstract

Introduction: The intervention of occupational therapy with elderly people in end-of-life processes in hospital contexts presents short scientific documentation in Chile. Given the increase in the elderly population, their high prevalence of chronic diseases, and the hospital mortality rates, the need to review the interventions carried out in the end-of-life processes of the elderly are identified. **Objective:** To characterize occupational therapy interventions with elderly people who are in their end-of-life process, from the perception of occupational therapists dedicated to the area, in public hospital contexts in Chile. **Method:** The research is of a qualitative type framed within the constructivist paradigm under the phenomenological approach, using the semi-structured interview as an information collection technique and subsequent content analysis. The study sample is made up of occupational therapists who work in public hospitals in the country. **Results:** Occupational therapists are identified as agents that provide humanizing care and support during interventions in end-of-life processes, and families mainly as a facilitator of the same. In these processes, an integral vision of the person is revealed. **Conclusions:** There is consensus on the occupational therapy approach and interventions identified by the participants, and it is similar to what is described in the international literature. There is a lack of local public policy guidelines that allow a better definition of the professional role in this context.

Keywords: Occupational Therapy, Elderly, End of Life Care, Humanization of Assistance, Public Hospitals.

Introducción

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda realizado el año 2017, en Chile habitan 2.003.256 personas mayores, lo que corresponde al 11,4% de la población total del país. Estimaciones de la Superintendencia de Salud (2006) proyectan que para el año 2025 la población de personas mayores en el país pueda alcanzar el 20% aproximadamente del total de la población.

El envejecimiento de la población en Chile y en el mundo es considerado como una transformación social relevante que demanda ser considerada. En una revisión narrativa realizada por Leiva et al. (2020), se establecen algunas necesidades que tienen las personas mayores actualmente en Chile, entre las que figuran: la seguridad económica y protección social, la participación social y el acceso íntegro a salud y a cuidados de largo plazo.

En particular, la necesidad de cuidados para las personas mayores ha estado vinculada, entre otros elementos, a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas. Además, las personas mayores presentan un mayor riesgo de accidentes domésticos o laborales, en comparación con otros rangos etarios, según la encuesta nacional de la dependencia de personas mayores del año 2009 (González et al., 2010), lo que ha significado mayores tasas de hospitalización para esta población.

Según datos de la Superintendencia de Salud (2019), las hospitalizaciones en las personas mayores alcanzaron el 28% respecto al total de hospitalizaciones de la población general, medido en egresos hospitalarios. Por otra parte, la estadía hospitalaria en este grupo fue más prolongada, con un promedio de 8,5 días de estadía, superior al promedio de la población general (excluyendo menores de un año), el que se ubica en los 6 días.

Los cuidados de salud que requieren las personas mayores en Chile han sido planificados a través del Plan Nacional de Salud Integral Para Personas Mayores y Su Plan de Acción 2020-2030 (Chile, 2021b), el que plantea un modelo de valoración y atención integral para las personas mayores en variados niveles de atención. Entre sus planteamientos, el Plan Nacional reconoce el respeto a la muerte de la población mayor, no obstante, el abordaje de los procesos de fin de vida de las personas mayores en Chile requeriría mayor desarrollo. Sólo en el año 2017 (Leiva et al., 2020), las defunciones de personas mayores representaron a un 72,7% del total de las defunciones ocurridas en el país, lo que puede dar cuenta de la magnitud de la problemática.

Dados estos antecedentes, para los/as autores/as ha resultado de interés revisar el aporte disciplinar de terapia ocupacional con la población referida, en el contexto referido, específicamente, en procesos intrahospitalarios. Dentro de la literatura referente al rol de los/as terapeutas ocupacionales en los procesos de fin de vida en contextos hospitalarios a nivel internacional, se reconoce a Australia como el país que posee mayor desarrollo de investigación y del rol profesional dentro en el área. En países como EE.UU. y Canadá (Talbot-Coulombe & Guay, 2020), se ha proporcionado un registro sobre las características que tienen las intervenciones de terapia ocupacional, el enfoque bajo el cual se implementan (Faria & Carlo, 2015), las posibles estrategias a utilizar dentro del ámbito hospitalario (Gómez & Catalá,

2010), la importancia de las estrategias de afrontamiento (Sanchís, 2018), hasta estrategias educativas (Martínez, 2020) que se utilizan en este proceso.

En Chile el desarrollo de la temática es menor. Se han estudiado intervenciones de terapia ocupacional en cuidados paliativos, y en menor medida las intervenciones en procesos finales de vida como tal (Celis et al., 2014). Es por lo anterior, que a través de este estudio se pretende contribuir a la expansión del campo de conocimiento existente sobre el tema.

Marco de Referencia

Envejecimiento, procesos de fin de vida y su implicancia ocupacional

Existen múltiples teorías y definiciones de envejecimiento. De acuerdo con Alvarado & Salazar (2014), se comprende como un fenómeno que ocurre durante todo el ciclo vital, que inicia en la concepción y se extiende hasta la muerte. Desde un punto de vista biológico, la Organización Mundial de la Salud (2022) entiende al envejecimiento como el resultado de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales y a un mayor riesgo de enfermedad. No obstante, de acuerdo Merchán & Cifuentes (2011), el envejecimiento no es solamente un fenómeno biológico, sino que es también un acontecimiento social y cultural, donde diversos componentes (social, biológico, económico, ecológico, cultural) interactúan de manera dinámica para acercarnos a su entendimiento.

En consecuencia, con lo anterior, las personas mayores pueden entenderse como seres humanos/as que viven procesos de cambios fisiológicos, psicológicos, sociales, entre otros. Estos cambios han de ser considerados de forma tal que las sociedades sostengan condiciones y garantías que vayan en resguardo de los derechos de las personas mayores y sus procesos de envejecimiento (Dueñas et al., 2011). De la misma forma que el envejecimiento se identifica como un proceso (Forero et al., 2014), su fin, entendido como la muerte de la persona, también se visualiza como un proceso, donde se da término a la vida. Según Hawley (2014) y Hui et al. (2014) se entiende como fin de vida al periodo que precede a la muerte natural de una persona, como parte de un proceso que no puede ser detenido por el equipo de salud, desde las primeras etapas de una enfermedad irreversible. Diversos/as autores/as (Betancourt, 2014; Gempeler, 2015; Maglio et al., 2016; Marín, 2018) plantean que la muerte es un proceso natural del ciclo vital y que, si bien es un hecho que ocurre diariamente, existe baja aceptación de ésta en la sociedad actual. Esto se asocia a que frecuentemente ocurre alejada de las vidas cotidiana y familiares, dentro de contextos hospitalarios en mayor medida (Gempeler, 2015). Además, los procesos de fin de vida han sido asociados con un importante impacto para la persona y su familia, implicando un cambio en los roles de la persona y su familia, su dinámica familiar, consecuencias emocionales, entre otras (Díaz et al., 2013).

Por otra parte, el concepto de cuidados paliativos corresponde a un enfoque que busca mejorar la calidad de vida de personas y familias enfrentadas a complicaciones asociadas a enfermedades que amenazan la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento [Organización Mundial de la Salud como se cita en Briceño (2017)]. Los cuidados paliativos pueden formar parte del proceso de fin de vida, mas no son necesariamente propios de este contexto.

Vinculado a lo anterior, se introduce a continuación el concepto de muerte digna, que Marín (2018) define como el proceso donde se respetan las expectativas, creencias y autonomía que cada persona le atribuye al hecho de morir con dignidad, garantizando el máximo de bienestar posible, favoreciendo la aceptación de la muerte con serenidad y en acompañamiento de la familia. Por lo tanto, es necesario proporcionar una muerte digna que garantice el máximo grado de bienestar dentro de los contextos hospitalarios (Marín, 2018), donde los/as profesionales de la salud promuevan y preserven la dignidad de la persona como ser humano/a (Betancourt, 2014). Una muerte digna implica “aceptar y comprometerse con el cuidado de la vida humana en esta etapa final, teniendo muy presente que no se debe acortar la vida, pero que tampoco se debe prolongar la agonía, el sufrimiento y la muerte” (Marín, 2018, p. 3).

Según Carsi & Nicora (2011) una persona que se encuentra en un proceso final de vida dentro del contexto hospitalario, sea cual sea su causa, no solo se verá debilitada por la incapacidad física o psíquica que la enfermedad puede conllevar, sino que también por la falta de motivación e iniciativa para desarrollar sus ocupaciones diarias, esto se debe a que, como menciona Briceño (2011), no podrían tener iguales oportunidades de participación en ocupaciones y actividades que sean significativas, lo que a su vez solo les permitiría llevar a cabo ocupaciones que podrían estar desprovistas de deseo, sin voluntad para el desempeño habitual. Así es como estos autores (Carsi & Nicora, 2011) plantean que desde la intervención se debe facilitar la búsqueda de ocupaciones significativas para la persona que se encuentra en su proceso final de vida dentro de contextos hospitalarios según habilidades y/o capacidades remanentes.

Políticas públicas vinculadas a fin de vida en Chile

En el año 2020, la Organización Panamericana de la Salud [OPS] actualizó su marco conceptual respecto a las Funciones Esenciales de la Salud Pública, dada la necesidad de una visión más integral para la salud pública frente a los desafíos sanitarios actuales. Estas Funciones se sustentan en cuatro pilares fundamentales, que se refieren a la aplicación de valores éticos en salud pública, el abordaje de condiciones sociales, económicas, culturas y políticas que determinan salud, garantizar el acceso universal a servicios de salud pública y expandir la función de rectoría de autoridades de salud (OPS, 2020). Chile, como Estado Miembro de la OPS, asume la necesidad de trabajar en torno a políticas públicas, de acción integral, que garanticen el respeto de los derechos humanos bajo los pilares mencionados, prestando atención específicamente a necesidades de personas en situaciones vulnerables – como lo son personas mayores en procesos de fin de vida – adoptando las medidas de protección necesarias en diversos niveles de intervención de la red sanitaria.

Dentro del contexto nacional actual, el Plan Nacional de Salud Integral Para Personas Mayores y su Plan de Acción 2020-2030 (2021), que establece lineamientos para “generar un entorno propicio para que las personas mayores desarrollen sus vidas en forma saludable” (Chile, 2021b, p. 11), representa una relevante directriz dirigida al bienestar de las personas mayores en Chile. No obstante, en este Plan no se desarrolla el concepto y abordaje de procesos de fin de vida. Únicamente se nombra la existencia de cuidados paliativos en la red de salud y algunas consideraciones éticas al respecto, mas no profundiza en el desarrollo de ellos. Por otra parte, dentro de las Guías de Práctica Clínica existentes en Chile, se reconoce una única Guía GES (de Garantías Explícitas en Salud) (Chile, 2017) que considera explícitamente los cuidados paliativos, en un contexto de patología oncológica, para todo rango etario,

estableciendo recomendaciones y cursos de acción basados en evidencia. Actualmente, esta temática ha sido motivo de discusión política en Chile, de forma tal que el año 2021 se ha promulgado la Ley 21.375 (Chile, 2021a), que Consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves. La finalidad de esta ley es “reconocer, proteger y regular, sin discriminación alguna, el derecho de las personas que padecen una enfermedad terminal o grave a una adecuada atención de salud” (Chile, 2021a, p. 1) y entra en vigencia a partir de marzo del año 2022.

Abordaje de terapia ocupacional en procesos de fin de vida

La intervención de terapia ocupacional es reconocida internacionalmente por varios autores (Gómez & Catalá, 2010; Queiroz, 2012; Trevisan et al., 2019) como primordial dentro de los equipos que intervienen con personas que se encuentran en su proceso de fin de vida, debido a que su quehacer produce un impacto directo en las experiencias vividas y la calidad de vida de estas personas. Así mismo, se ha reconocido el rol profesional de terapia ocupacional que cumple dentro de los equipos multidisciplinares, aportando al proceso desde diversas perspectivas:

- (1) Perspectiva ocupacional del proceso hacia el fin de la vida (World Federation of Occupational Therapists, 2016), la que se ha identificado que facilita una mejor comunicación del equipo con el/la usuario/a (Gómez & Catalá, 2010).
- (2) Perspectiva educativa, que contribuye a la preparación de el/la usuario/a y su familia para un proceso de muerte de calidad y adecuado (Martínez, 2020).
- (3) Perspectiva funcionalista, desde la que se reconocen las necesidades funcionales y físicas que tiene el/la usuario/a, lo que permite su abordaje y aliviar así el sufrimiento (Gómez & Catalá, 2010).

Por otro lado, se identifica el apoyo desde la disciplina en los procesos de despedida, facilitando el desarrollo de actividades de preparación para el fin de la vida y/o evaluando el entorno físico y social de cada usuario/a (Viviens, 2012). Esto se logra, tomando en consideración diferentes estrategias como una escucha atenta, comunicación activa y la expresión de los sentimientos o miedos entre los familiares, el/la usuario/a y con los/as profesionales (García-Schinzari et al., 2013).

Objetivos

Objetivo general

Caracterizar intervenciones de terapia ocupacional con personas mayores que cursan procesos de fin de vida en hospitales públicos de Chile, desde la percepción de Terapeutas Ocupacionales vinculadas/os al área.

Objetivos específicos

1. Identificar componentes ocupacionales de la intervención de terapia ocupacional con personas mayores en procesos de fin de vida en contextos hospitalarios públicos de Chile.

2. Distinguir facilitadores y obstaculizadores para la intervención de terapia ocupacional con personas mayores en procesos de fin de vida en contextos hospitalarios públicos de Chile.
3. Analizar las percepciones de Terapeutas Ocupacionales sobre la intervención de terapia ocupacional con personas mayores en procesos de fin de vida en contextos hospitalarios públicos de Chile.

Metodología

Diseño de estudio

La investigación se realizó mediante un enfoque metodológico cualitativo de tipo exploratorio, comprendiendo de manera subjetiva el fenómeno estudiado (Hernández et al., 2014), situado bajo el paradigma constructivista que en conjunto con un enfoque fenomenológico interpretativo con alcance descriptivo permitió detallar y comprender el fenómeno dentro de su contexto (Arantzamendi et al., 2017), a través de las experiencias vividas de las personas que comparten este fenómeno, reconociendo su significado e importancia (Fuster, 2019).

Participantes

Terapeutas Ocupacionales, que se estén desempeñando o se hayan desempeñado en intervención con personas mayores en su proceso de fin de vida, por al menos 2 años, en un hospital público de Chile, durante los últimos 5 años. Se obtiene la muestra mediante muestreo no probabilístico de participantes voluntarios/as, junto a la técnica “bola de nieve” para la incorporación de participantes (Cea, 1996). El tamaño de la muestra final fue de cinco terapeutas ocupacionales, definido en parte por saturación de la información, pero principalmente dada la capacidad de análisis de los/as investigadores y la naturaleza del fenómeno en estudio. En la Tabla 1 a continuación se describen algunos antecedentes de los/as terapeutas ocupacionales participantes.

Tabla 1. Caracterización de los/as participantes del estudio.

Participante	Región de trabajo	Unidad hospitalaria donde se desempeña	Años de experiencia profesional en el área	Dedicación semanal al desempeño profesional
E1	Región Metropolitana	Unidad de Cuidados Especiales	2	Media jornada (22 hrs.)
E2	Región Metropolitana	Unidad de Cuidados Intensivos	3	Jornada Completa (44 hrs.)
E3	Región de Aysén	Unidad Geriátrica Aguda	8	Jornada Completa (44 hrs.)
E4	Región Metropolitana	Unidad de Geriatría	8	Jornada Completa (44 hrs.)
E5	Región Metropolitana	Unidad de Geriatría	7	Jornada Completa (44 hrs.)

Técnicas de recolección de datos

Como instrumento para la recolección de datos se utilizó una entrevista semiestructurada (Hernández et al., 2014) sobre la temática de interés, cuyo guion fue elaborado por los/as investigadores/as en base al marco conceptual. El guion fue sometido a evaluación por juicio de profesional experta en el área y consideró temas

relativos a ocupación en procesos de fin de vida, intervención de terapia ocupacional y del equipo de salud, y factores condicionantes de la intervención. Las entrevistas fueron realizadas de manera virtual, en un encuentro único individual con cada participante. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de una hora.

Análisis de datos

Las entrevistas fueron transcritas y analizadas en base a la técnica de análisis de contenido de Elo & Kyngäs (2008), que considera un enfoque deductivo constituido por categorías apriorísticas en base a los objetivos de la investigación y a la revisión de la literatura realizada, con la apertura a un enfoque inductivo en donde surjan categorías emergentes a partir del proceso de recolección y de análisis realizado por el equipo investigador.

Aspectos éticos

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Quienes participaron firmaron un documento de consentimiento informado, donde se informó sobre la participación en el estudio, la voluntariedad de la misma, la confidencialidad y el uso de la información, el objetivo del estudio, las/os investigadoras/es a cargo, y posibles beneficios, entre otros elementos.

Resultados

En el siguiente apartado, se sintetiza el proceso de sistematización de resultados, realizado a partir de las cinco entrevistas. Éste se presenta en cinco categorías de análisis a partir de las entrevistas realizadas, que corresponden a: (I) humanización de cuidados y muerte digna; (II) características de la intervención de terapia ocupacional; (III) ocupación al fin de la vida; (IV) facilitadores de procesos de fin de vida; (V) obstaculizadores de procesos de fin de vida.

I. Humanización de cuidados y muerte digna

Dentro de esta categoría, se plantean diferentes aristas. En primer lugar, se entiende a la humanización de cuidados como un enfoque diferenciador, que desde terapia ocupacional se busca posicionar de forma transversal en prácticas de salud en todas las unidades hospitalarias y realizadas por las diferentes disciplinas. Ejemplo de ello corresponde a la siguiente cita,

La humanización [...] no debería ser un acto de buena voluntad, debería ser una cultura, eso es lo más importante, [...] no debería ser porque le nace a alguien, no, hago esto y es bonito, las prácticas deberían ser parte de un proceso o de un protocolo. (E4).

Desde una mirada disciplinar, la terapia ocupacional, en los diferentes hospitales y según los/as diferentes entrevistados/as, se posiciona como una disciplina que cuenta con un enfoque de humanización, y se caracteriza por otorgar mayor confort y respeto hacia procesos de fin de vida con dignidad y responsabilidad.

Como parte de este proceso, en las entrevistas surge el concepto de buen morir, bajo el cual se releva el sentir de los/as usuarios/as. E2 refiere palabras de un usuario en el ejemplo de la siguiente cita

Si me voy a morir, me quiero morir bien, no me quiero morir ahogado, no me quiero morir con dolor, no me quiero morir en una cama sin poder moverse, [...] ser independiente hasta el último de mis días. (E2).

Desde los/as entrevistados se considera importante que las intervenciones que se realicen consideren a el/la usuario/a como centro de la intervención, y que las/os profesionales sanitarios puedan generar una real conciencia sobre la persona en su proceso de fin de vida. Al respecto, E3 refiere:

Siempre validar mucho que, si es que te dice que no, que no se quiere levantar, que no quiere hacer nada, que no quiere comer, tú vas a decir, está bien, aquí la opinión más importante es esa. (E3).

Se da cuenta de parte de los/as entrevistados/as, que mantener enfoques de humanización en las intervenciones significa valorar la dignidad de la persona y el respeto por la forma en que cada usuario/a experimenta su proceso de fin de vida.

II. Características de la intervención de terapia ocupacional

En primer lugar, los/as entrevistados/as dan cuenta que la intervención de terapia ocupacional ocurre habitualmente en un **contexto** de trabajo interdisciplinario, que para algunos/as apunta incluso a la transdisciplina. Dentro de los equipos de procesos de fin de vida, E.1 refiere que forman parte:

traumatólogos, geriatras, becados en geriatría, “eemmmm”, médico internista, médicos generales, enfermeras, auxiliares, TENS (técnicos en enfermería), kinesiólogos, fonoaudiólogos. Otros colegas terapeutas ocupacionales, nutricionista, farmacóloga clínica especialista en geriatría. (E1).

En relación al **rol de terapia ocupacional** en los procesos de fin de vida, los/as entrevistados/as refieren que los/las terapeutas ocupacionales se posicionan fuertemente en los equipos de salud gracias a su versatilidad y su visión integral centrada en la persona. E1 refiere:

nuestra labor está muy bien valorada, el terapeuta ocupacional, “eehh”, producto de esta versatilidad de funciones y de roles que puede cumplir en el contexto hospitalario se ha posicionado como nunca. (E1).

Los/as entrevistados/as identifican en terapeutas ocupacionales un rol educativo dentro del proceso de fin de vida, con gran relevancia no solo para el/la usuario/a, sino que para la familia de él/ella, en búsqueda de facilitar la despedida entre el/la usuario/a y sus cercanos/as. Otro de los roles más relevantes que se señaló fue el rol de evaluador/a, generando una valoración integral inicial de la persona y su contexto, determinando por ejemplo, el estado basal de una persona mayor que llegue a la hospitalización, y desde

ahí poder aportar a establecer los lineamientos de un tratamiento adecuado. De acuerdo con E.2, este punto sería un distintivo de la disciplina, que ya refiere que la evaluación integral que se realiza apoya la formulación de objetivos de intervención, según se cita:

creo que ahí nuestro papel diferenciador es integrar justamente todas estas áreas y ver si la persona está con dolor, se mueve o no se mueve, cómo está su red de apoyo, si está con alguna alteración cognitiva, de acuerdo a la combinación de todo, poder entregarle una intervención focalizada y que apunte a los objetivos que nos planteamos con cada usuario. (E2).

Se reconoce también en las entrevistas, que la terapia ocupacional se posiciona como un agente de transformación o cambio dentro del equipo de salud, sobre todo respecto a la visión de la persona que cursa un proceso de fin de vida. Se ejemplifica con la siguiente cita de E.5

Yo siento que la terapia ocupacional acá cambió la visión de la persona [...] no era solamente estar sentado, sino que verlo distinto, que era un ser ocupacional, y que tenía gustos, tenía sentido por qué hacer cosas para él. (E5).

Por otra parte, en relación a las **características centrales** de la intervención de terapia ocupacional., los/as entrevistados/as destacan los siguientes elementos como relevantes:

1. El vínculo terapéutico. Se menciona como un coadyuvante de la intervención y gran facilitador en procesos futuros con la persona. Es referido como la base de las intervenciones. E.3 releva su importancia en la siguiente cita:

casos de que personas que en verdad no quieren nada y hasta que tú generas un vínculo con ella, con él, te cambia todo, sobre todo en la sensación de confort de estar en un espacio en donde te puedes vincular con esta otra persona. (E3).

2. El fortalecimiento de rutinas cotidianas, relacionadas a las actividades de la vida diaria básicas [AVDB].
3. El confort en el final de la vida, que resulta relevante para llevar a un buen morir a las personas que cursan este proceso, como refiere E.3:

Lo que hacemos en el fondo es acompañar, manejo de confort, de, que la persona si aún puede moverse y tiene ganas de ir al baño, tú la vas acompañar. (E3).

4. El acompañamiento terapéutico basado en creencias, ejemplificado en la siguiente cita de E.4:

Y como terapeuta ocupacional no es... sabe que la persona es religiosa, es evangélica, testigo de Jehová, uno se aprende hasta las canciones ¿cachai? [...] El acompañamiento es parte de. (E4).

5. Las actividades significativas, u ocupaciones, de cada persona mayor que cursa un proceso de fin de vida. Éstas forman parte activa de la estadía hospitalaria, lo que contribuye a atribuirle sentido a la participación en actividades dentro de este contexto.

En cuanto a las principales **estrategias** utilizadas dentro de las intervenciones, se mencionan a nivel transversal el involucrar a la familia en el proceso, aumentando o manteniendo la comunicación con ella, además de otorgarle también acompañamiento. Lo anterior es posible de realizar a través de videollamadas, cartas, postales, carteles, etc. y se establecen como alternativas comunicacionales que favorecen el diálogo con personas cercanas. El manejo ambiental es también una de las estrategias de intervención referidas en este contexto. La optimización del posicionamiento y facilitación de actividades diarias son también estrategias referidas por los/as entrevistados/as. Al respecto, E.2 señala:

uno se ayuda harto con todo el tema de soporte ortésico, más que nada ortesis blandas, que son cuñas antiedema, lateralizadores, los tope antiequino que también favorecen harto y el posicionamiento que uno pueda dar, intentar favorecer las posiciones. (E2).

En referencia a **marcos teóricos** utilizados en las intervenciones, se menciona a nivel general en los/as entrevistados/as, que no utilizan en su totalidad modelos/marcos de referencia específicos de terapia ocupacional, sino que es una práctica centrada en el/la usuario/a, humanizante, que recoge elementos de diferentes perspectivas teóricas/prácticas. Al respecto, E.2 señala:

empiezas a sacar como elementos de cada modelo, yo no te podría decir sí, toda mi práctica se basa en el "MOHO" (Modelos de Ocupación Humana), pero sí, tomo elementos del MOHO, sí tomo elementos del enfoque rehabilitador, muchas veces es súper importante, y después ya uno se va a enfoques mucho más grandes, como el de humanización de los cuidados, el enfoque de derechos, que eso debería guiar toda nuestra práctica, el enfoque de género que también es importantísimo. (E2).

III. Ocupación al fin de la vida

Transversal a los diversos relatos, se refiere la valoración por parte del/la usuario/a a las actividades que cuenten con sentido y significado para ellos/as, es decir, ocupaciones significativas. La posibilidad de realizar actividades de la vida diaria básicas de forma independiente, siempre que sea posible, se señala como muy relevante para las personas mayores en este contexto.

La realización de actividades centradas en la persona, según sus intereses, se plantea como un desafío importante para los/as terapeutas ocupacionales, ya que el contexto hospitalario en sí puede limitar la planificación de actividades de total interés para las personas. A su vez, la ocupación como medio de intervención también puede representar un desafío, ya que el hospital representa una limitante para la realización de muchas de ellas, si consideramos infraestructura y espacios, implementos requeridos, colaboración con otras/os profesionales, entre otros elementos. Debido a esto es que los/as terapeutas ocupacionales intentan favorecer actividades generales sencillas, que el contexto hospitalario permita, como por ejemplo leer el diario, escuchar música, ver televisión, salir al balcón, actividades que permitan el confort en los/as usuarios/as. Sin embargo, estas actividades no poseen la ocupación como medio necesariamente. Es desde esta intención de los/as terapeutas ocupacionales que surge el intento de adaptar actividades de interés en contexto hospitalario, destacando la creatividad que debe

tener cada profesional para crear, incorporar y/o adaptar actividades de interés para las personas y que sean permitidas por el hospital.

Además, desde la percepción de las/los participantes de este estudio, se plantea que existe una pérdida de intereses en el contexto hospitalario cuando una persona mayor se hospitaliza, lo que se acentúa cuando ésta se encuentra en un proceso final de vida, por lo que se vuelve complejo intervenir en base a intereses perdidos u olvidados, aun cuando se encontraban presentes previo a su hospitalización. Es por esto, en parte, que en estos casos se priorizan actividades que tengan por objetivo entregar confort.

Por último, cabe referir que un/a entrevistado/a plantea la realización de ocupaciones, no permitidas en un contexto hospitalario, como parte de la humanización de la práctica asistencial, que trasciende a un vínculo terapéutico y se sitúa dentro de un vínculo entre dos personas, humanas. Al respecto, E.5 refiere:

Pero un día dejamos fumar a una persona que para nosotros quizás fue cerrar todas las ventanas y dejar que pudiera fumarse su último cigarro, y creo que... esto es la primera vez que lo cuento, pero creo que para él fue muy satisfactorio [...] esas cosas que a veces uno hace de un ser humano a otro ser humano. (E5).

IV. Facilitadores en procesos de fin de vida

A partir del análisis realizado sobre la categoría de facilitadores se identificaron dos subcategorías. La primera se relaciona con los **facilitadores internos**, donde se reconoce que cuando el equipo de trabajo es colaborador y dialogante entre sí, facilita los procesos interventivos al fin de la vida, resaltando la importancia de la comunicación efectiva, la coordinación de objetivos de interdisciplina y la disposición que debe tener el equipo de trabajo en torno a la atención. Sobre este último punto, E.4 señala:

El factor protector también más importante es la calidad humana que tiene cada profesional que está acompañando a una persona en proceso de fin de vida. (E4).

Otro facilitador que se plantea es la formación de equipos de trabajo con enfoque de derecho y humanización de cuidados, pues como mencionan varios/as entrevistados/as, es fundamental contar con equipos entrenados que posean estos enfoques para facilitar un buen morir dentro del hospital. Asimismo, los/as entrevistados/as aseguran que al modificar la visión de forma global dentro del equipo es que se logran cambios, guiando el camino para morir de forma digna. Vinculado a ello, desde la organización jerárquica de la institución, se refiere como importante contar con jefaturas que avalen intervenciones especializadas en cuidados de fin de vida, reduciendo así las limitantes que pueden existir en la práctica del equipo, y en particular, de terapia ocupacional.

La segunda subcategoría se relaciona con las redes de apoyo existentes y el rol familiar como **facilitador externo**. En cuanto a las redes de apoyo, se releva al/a trabajador/ra social como un/a profesional fundamental en este contexto, pues habitualmente se encuentra a cargo de articular las redes de cuidado de fin de vida de la persona mayor. Las/os entrevistados/as consideran necesario contar con ellos/as, respetando siempre la opinión de la familia para tomar decisiones.

En relación con el rol facilitador que puede cumplir la familia, éste se vincula a la posibilidad de que las intervenciones de terapia ocupacional generen mayor motivación y sentido para las personas mayores hospitalizadas, por lo que su participación en el proceso terapéutico es fundamental para contribuir al bienestar y confort de la persona.

V. Obstaculizadores en procesos de fin de vida

Dentro de la categoría de obstaculizadores se identificaron dos subcategorías. La primera se relaciona con **obstaculizadores internos**, haciendo alusión a los equipos de trabajo, donde los/as entrevistados/as consideran que los/as profesionales de salud tienen escasa formación sobre procesos de fin de vida desde diferentes enfoques, y que por lo tanto, en muchas oportunidades carecen de habilidades para la entrega de malas noticias o de tratos humanizados, así como también se desconoce el rol de la terapia ocupacional. E.3 refiere al respecto:

otro profesional que te diga: no, no creo que eso sea importante. o la típica que te dicen muchas veces: ¿pero para que lo van a ver si se va a morir?. (E3).

Los/as entrevistados/as hacen hincapié en que existe una gran necesidad de capacitación e instancias reflexivas sobre el tema. Mencionan también, que, en algunos contextos hospitalarios, el enfoque biomédico es predominante, y genera una barrera en la intervención de terapia ocupacional., pues ésta se sitúa desde perspectivas más amplias y visualiza diferentes necesidades y requerimientos propios de su intervención. Al respecto, E.1 indica:

Mientras la persona humana no sea puesta en el centro como lo más importante, vamos a seguir operando con recursos escasos y limitados. (E1).

La normalización la enfermedad, de algunos procedimientos médicos, los diferentes puntos de vista de los/as profesionales y el dinamismo de los contextos hospitalarios dificultan muchas veces un proceso de fin de vida digno y humano. Al respecto, E.4 refiere:

Vemos una persona que está mal, que está muy grave y decimos doc por favor vaya a verlo... que venga su familia a despedirse y es cómo "no, si está bien, no, está bien" y falleció a las dos horas. Y fallece ahogado, fallece sufriendo y falleció agitado con delirium. Y es cómo... ¿en qué condiciones?... y es poco digno, muy poco digno. (E4).

El ensañamiento terapéutico también representa un obstáculo para los/as entrevistados/as. Esto ocurre cuando equipos de salud priorizan el salvar la vida del/la usuario/a, a través de métodos desproporcionales, sin considerar elementos contextuales y el propio bienestar de la persona en su proceso de fin de vida. Ante estas prácticas, los/as entrevistados/as refieren que deben lidiar con el/la profesional que toma estas decisiones, y que cuando están en manos de médicos internistas, se hace más difícil, lo que además se tensiona por la falta de directrices anticipadas en la mayor parte de los casos. Al respecto, E.1 refiere:

El enfoque que uno ve siempre en el hospital y sobre todo en cuidados intensivos, es salvar la vida a toda costa, sin pensar en lo que pueda pasar después. (E1).

La segunda subcategoría se relaciona con **obstaculizadores externos**. Los/as entrevistados/as plantean que se han encontrado con diferencias entre las familias. Si bien se refiere a la familia como facilitadora del proceso, también se refiere como obstaculizadora del mismo. Lo anterior, se entiende desde la negación a un inminente fin de vida, como también por la falta de apoyo y acciones concretas hacia su familiar. Al respecto, E.5 refiere

Están pero no están. El que llama y no aporta en nada. El que quiere llevárselo pero una vez que ya se lo puede llevar para que pueda fallecer en su casa, no se lo lleva y lo deja fallecer en el hospital. (E5).

El tabú social de la muerte también se considera como obstaculizador en el proceso de fin de vida. Para los/as entrevistados/as, en nuestra sociedad se habla poco de ella, las personas somos difícilmente conscientes de que eventualmente nuestra familia va a morir, así como nosotros/as mismos/as. Debido a esto, se menciona que la mayoría de las personas que viven este proceso no logran despedirse, sino solo dan ánimos para recuperarse aún ante una muerte inminente. Al respecto, E.2 refiere:

La gente siempre va a luchar hasta la última, es difícil asumir una muerte en un país o en un mundo donde está tan estigmatizada. (E2).

La pandemia por COVID-19, se reconoce como un nuevo contexto que cambió las formas de trabajo de los equipos de salud de hospitales y que ha exacerbado la hostilidad propia del ambiente hospitalario. Los/as entrevistados/as indican que se restringió la interacción entre los/as usuarios/as hospitalizados/as, aumentaron los aislamientos, el uso de elementos de protección personal y la generación de nuevos protocolos, etc. E.1. refiere:

Antes de la pandemia era todo más fácil, era más humano, había más contacto, había más contención (...) había mayor permisividad, teníamos más flexibilidad, menos protocolos, menos riesgos. (E1).

Los/as entrevistados/as comentaron también, que esta alza en la mortalidad de las personas por contagio de COVID-19, perjudicó de forma abrumadora la salud mental de los profesionales de la salud.

Discusión

El análisis de los resultados nos permite identificar diferentes características de la intervención de terapia ocupacional con personas mayores hospitalizadas en proceso final de vida, así como distintos facilitadores y obstaculizadores que la engloban. A continuación, se presentan la discusión de los hallazgos de este estudio con la literatura revisada en torno al tema.

Dentro de los resultados se pudo apreciar que desde las percepciones de las/los terapeutas ocupacionales participantes, el estigma hacia la muerte presente en la sociedad se hace visible también dentro de sus contextos hospitalarios y por lo tanto dentro de las intervenciones de terapia ocupacional., lo que se condice con los planteamientos de Gempeler (2015) y Martínez (2020), existiendo una baja aceptación de la muerte, sobre todo en el hospital, ya que debido a este estigma se aprecia una limitación de la

interacción entre las personas hospitalizadas y la familia y la presencia de una lucha constante por afrontar y/o negar la muerte, a pesar de que muchas veces es inminente.

Por su parte, Marín (2018) expone que la muerte digna implica respetar expectativas, creencias y la autonomía de las personas, así como también lo explican los/as entrevistados/as que destacan la validación de las necesidades del usuario/a, su opinión, y gustos personales, mencionando incluso como facilitador la integración de la religiosidad en el proceso interventivo, elementos desarrollados en la categoría de “Características de la intervención” de los resultados de esta investigación. Sumado a lo anterior, Marín (2018) plantea que el objetivo de esta directriz es garantizar al máximo el bienestar durante este proceso, favoreciendo la serenidad, lo que concuerda con lo mencionado en las entrevistas, cuando los profesionales optan por acciones como hospitalización domiciliaria, y el acompañamiento familiar.

Con todo, el concepto de **humanización** es actualmente uno de los que engloba los elementos mencionados y desarrollados en este artículo. Destacando que, como señala Bermejo como se cita en Rojas (2019) el humanizar las atenciones en salud, “reclama la dignidad intrínseca de todo ser humano y los derechos que ella derivan [...] son un compromiso genuinamente ético con la vulnerabilidad humana que genera salud y acompaña en el sufrimiento” (Rojas, 2019, p. 121). Esto se relaciona con las percepciones de las/los participantes de este estudio, en donde se refiere que la dignidad humana, el respeto por las voluntades y decisiones informadas y el derecho que tienen las/os usuarias/os de salud, más específicamente personas mayores en procesos de fin de vida, debieran ser consideradas como una base fundamental de los equipos que trabajan en este ámbito, refiriéndose además que la formación desde las ciencias sociales/humanistas con la que cuentan terapeutas ocupacionales, frente a otras profesiones de la salud, entrega una visión fuerte en cuanto a poder considerar la integralidad de las personas, como también el llevar prácticas que consideren sin duda un enfoque de derechos y apunten a dignificar los procesos de fin de vida de personas mayores.

Marín (2018) también plantea que el cuidado por la vida humana debe no solo buscar la mantención de la vida misma, sino también procurar no prolongar la agonía y el sufrimiento de la persona. Así, en concordancia con las percepciones de los/as entrevistados/as de esta investigación, el salvar la vida independiente de la calidad que tendrá después, da forma al ensañamiento terapéutico que obstaculiza el buen morir y no considera el carácter humanitario que requiere la intervención en esta etapa.

Otra característica mencionada respecto a las intervenciones de terapia ocupacional dentro de estos contextos, enmarca lo postulado por Carsi & Nicora (2011) que refieren la pérdida de intereses que vivencian las personas mayores hospitalizadas debido a la falta de motivación e iniciativa en estos ambientes. En concordancia a lo mencionado por los/as profesionales participantes de este estudio, quienes relatan una pérdida de intereses propia del envejecimiento, y que se ve acentuada al cursar un proceso de fin de vida en contextos hospitalarios.

Por lo anterior, la búsqueda de ocupaciones significativas para las personas mayores que se encuentran en su proceso final de vida debe ser parte del proceso de intervención, como lo menciona Carsi & Nicora (2011). No obstante, a pesar de que para los/as entrevistados/as, es de gran importancia, refieren que su implementación se ve limitada por el contexto hospitalario tanto físico, paradigmático y sociocultural, lo que se relaciona con los postulados de Trevisan et al. (2019) y Gómez & Catalá (2010), que señalan que el enfoque principal de las intervenciones en esta etapa no está ligado

necesariamente a la ocupación, sino más bien a una mirada más funcional, enfocada en el control del dolor, correcciones posturales y/o pérdidas funcionales.

En base al rol de terapia ocupacional en estos contextos, se menciona por Chow & Pickens (2020) y Queiroz (2012) que es fundamental intervenir educando tanto al usuario/a y su familia, respecto a lo que implica el proceso de muerte, así se espera que éste sea de calidad, en base a sus derechos y en búsqueda de un buen morir. Lo anterior concuerda con lo planteado en las entrevistas, donde se destaca el rol educativo de los/as terapeutas ocupacionales en los procesos de fin de vida y la relevancia del vínculo terapéutico entre profesional y usuarias/os y familia, que sin duda puede construirse como un espacio respetuoso de confianza, donde puedan plantearse todas las dudas, miedos y anhelos que existan en torno a este proceso y se constituya también como un espacio colaborativo en búsqueda de un proceso humanizado.

Finalmente, Viviens (2012) y García-Schinzari et al. (2013) identifican la importancia de tres elementos, primeramente, el apoyo de los/as terapeutas ocupacionales en la facilitación de los procesos de despedida; en segundo lugar, la evaluación del entorno físico como un factor relevante; y en tercer lugar, la evaluación sobre los aspectos sociales del/la usuario/a. Esto se condice con las percepciones de los/as entrevistados/as, quienes consideran que la despedida con la familia y sus cercanos posibilita un proceso de fin de vida ameno y acompañado; que es fundamental otorgar un contexto físico más afable y seguro, optando incluso por una hospitalización domiciliaria; y finalmente mencionan que evaluar aspectos sociales como el soporte familiar, permitiría favorecer, extrapolar y mantener acciones que busquen un proceso de fin de vida digno, sereno, enfocado en el buen morir, en los casos en que se constituyan como facilitadores de la intervención.

Conclusiones

A partir de este estudio, ha sido posible analizar las percepciones de terapeutas ocupacionales que trabajan o han trabajado con PM que cursan su proceso de fin de vida, respecto a las características de sus propias intervenciones en contextos hospitalarios públicos dentro de Chile, destacando elementos claves, que se condicen con la literatura existente en torno al tema y que relevan la necesidad de investigar en el área.

Considerando lo anterior, es posible concluir desde las realidades particulares estudiadas, que la humanización de cuidados es parte del enfoque de las intervenciones de terapia ocupacional, sin embargo, ésta se ve limitada debido a factores institucionales, como las propias instituciones de salud donde se imparten los cuidados al final de la vida, incluyendo la visión que los equipos de salud posean sobre la persona ad portas de la muerte.

En este sentido, una visión reducida sobre la persona, que se centra en la enfermedad, es un gran obstaculizador para brindar confort y realizar una intervención basada en prácticas humanizantes. Esto se ve además a nivel estructural, partiendo desde la ausencia de políticas públicas claras al respecto, hasta el ambiente hospitalario, donde el paradigma social que concibe los cuidados en este contexto los normativiza, a partir de la base de que es una persona enferma, más allá de ser persona.

Es por este motivo que se vuelve un desafío tanto a nivel social como a nivel formativo en el área de la salud adquirir conocimiento respecto de prácticas humanizantes y basadas en los derechos de las personas, para su posterior implementación, debido a que esto es lo que finalmente determina la mirada que el/la profesional de la salud dirige hacia la persona, que en

este caso cursa un proceso de fin de vida, y que muchas veces puede favorecer o no un buen morir.

En esta búsqueda de humanizar los cuidados, es donde la terapia ocupacional se ha posicionado como una disciplina clave, generando cambios en las perspectivas dentro de los equipos, avanzando hacia procesos de intervención hospitalaria que brinden un morir acompañado, en confort, y de la forma más humana y digna posible. No obstante lo anterior, esta búsqueda ha sido compleja para el conjunto de terapeutas ocupacionales, debido a la necesidad de validar los conocimientos disciplinares.

A pesar de las dificultades presentadas en la búsqueda de humanizar los cuidados, la versatilidad de los/las profesionales de terapia ocupacional y su mirada basada en la persona, les ha permitido funcionar como un engranaje dentro de los equipos de salud, que los/as moviliza en torno a la persona como humano/a y como ser ocupacional, en quienes tiene sentido intervenir para brindar un mejor proceso de fin de su vida, entendiendo la disciplina de terapia ocupacional como imprescindible dentro de estos espacios.

Todo lo anterior, nos invita a reflexionar sobre el rol político, y el compromiso ético y social, que tenemos como profesionales en cuanto a la toma de decisiones dentro del equipo, (más allá de los propios vínculos terapéuticos que se construyen durante las intervenciones con personas mayores en proceso de fin de vida). ¿Se consideran las diversas perspectivas al momento de definir el curso de tratamiento de un/a usuaria/o? ¿O es más bien un proceso en el que no tendrían cabida, por ejemplo, la visión de un/a terapeuta ocupacional o de la/el usuaria/o y su familia?

Si bien es cierto que el/la profesional a cargo de las decisiones es médica/o, es posible al menos preguntarse si una visión distinta, una mirada complementaria, significa velar de mejor manera por la dignidad de las personas mayores en sus procesos de fin de vida. La reciente entrada en vigencia de la ley 21.375 (Chile, 2021a), representa sin duda un desafío importante, sobretodo en cuanto a la implementación concreta de la misma, a través de políticas públicas, que tienen el desafío de recoger una visión integral, amplia, holística y humana sobre los procesos de fin de vida, ajustándose a paradigmas actuales como los que plantean los/as participantes de esta investigación.

Limitaciones y Proyecciones

Se identifica la estrategia de obtención de participantes “bola de nieve” como limitación del estudio, debido a que la mayor parte de las entrevistas fueron realizadas a profesionales que trabajan principalmente en la zona central del país, por lo que existen otras realidades en Chile que no han sido consideradas en este estudio.

Otra limitación es la escasa información, políticas e investigaciones disponible sobre la temática abordada en Chile, impidiendo contextualizar la situación actual dentro del país.

Lo anterior, da cuenta de proyecciones en el área orientadas a potenciar esta línea de investigación, indagando o profundizando en proceso de fin de vida a nivel nacional, desde terapia ocupacional, o desde la perspectiva de los equipos de salud, contrastando acciones por nivel asistencial o tipo de establecimiento (público/privado).

Además, resultaría interesante conocer y explorar el abordaje desde una mirada transdisciplinaria, que considere experiencias, formación y otros elementos que aporten y releven acciones que se están realizando y aún no se materializan en publicaciones, o que denoten la necesidad de articular otras a nivel estructural para generar cambios

orientados a mejorar el abordaje en salud en esta etapa de la vida, desde una perspectiva holística y con base en el respeto y promoción de los derechos humanos.

Referencias

- Alvarado, A., & Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
- Arantzamendi, M., Lopez-Dicastillo, O., Robinson, C., & Carrasco, J. M. (2017). Investigación cualitativa en cuidados paliativos. Un recorrido por los enfoques más habituales. *Medicina Paliativa*, 24(4), 219-226.
- Betancourt, G. (2014). Limitación del esfuerzo terapéutico y principios bioéticos en la toma de decisiones. *Revista Humanidades Médicas*, 14(2), 407-422.
- Briceño, C. (2011). Reflexiones en torno al razonamiento bioético en cuidados paliativos. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 11(2), 34-46.
- Briceño, C. (2017). *Necesidades de cuidados al fin de la vida en personas mayores con dependencia por condiciones crónicas desde la perspectiva de los cuidadores informales y profesionales de la salud: un reto a nuestro actual sistema sanitario* (Tesis de maestría). Universidad de Chile, Santiago.
- Carsi, E., & Nicora, Y. (2011). Ocupación en el final de la vida. *MedPal, Interdisciplina y Domicilio*, 3(4), 25-26.
- Cea, M. (1996). *Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Síntesis Sociología.
- Celis, F., Gálvez, C., Moretti, C., Navarrete, E., Rovegno, M., & Torrent, V. (2014). Terapia ocupacional y paciente crítico. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 14(1), 101-110.
- Chile. Ministerio de Salud – MINSAL. (2017). *Guía de práctica clínica alivio del dolor por cáncer avanzadas y cuidados paliativos*. Santiago: MINSAL. Recuperado el 22 de diciembre de 2022, de https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/02/Resumen-ejecutivo_Alivio-del-Dolor_2017.pdf
- Chile. Ministerio de Salud – MINSAL. (2021a, 21 de octubre). Ley 21735 de 21 de octubre de 2021. Consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves. *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*, Santiago. Recuperado el 22 de diciembre de 2022, de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=1166846&f=2022-03-21>
- Chile. Ministerio de Salud – MINSAL. (2021b). *Plan nacional de salud integral para personas mayores y su plan de acción 2020-2030*. Santiago: MINSAL. Recuperado el 22 de diciembre de 2022, de https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Plan-Nacional-de-Salud-Integral-para-Personas-Mayores_v2.pdf
- Chow, J. K., & Pickens, N. D. (2020). Measuring the efficacy of occupational therapy in end-of-life care: a scoping review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 74(1), 1-14. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2020.033340>.
- Díaz, V., Ruiz, M., Flórez, C., Urrea, Y., Córdoba, V., Arbeláez, C., & Rodríguez, D. (2013). Impacto familiar del diagnóstico de muerte inminente. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 5(2), 81-94.
- Dueñas, O., Riaño, G., Palacios, M., & Sierra, J. (2011). *Derechos humanos y políticas públicas para el adulto mayor: situación en Colombia y referencias iberoamericanas*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>.
- Faria, N. C., & Carlo, M. M. R. P. (2015). Atuação da terapia ocupacional com mulheres com câncer de mama em cuidados paliativos. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 26(3), 418-427.

- Forero, C. I. A., Molina, M. A. M., Benítez, P. B., Alvarez, G. P., Wilches, K. V. E., & Muñoz, A. C. P. (2014). *Adultos mayores privados de la libertad en Colombia*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario/Instituto Rosarista de Acción Social Concepción del Adulto Mayor. Concepción del adulto mayor, pp. 60-98.
- Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229.
- García-Schinzari, N. R., Sposito, A. M. P., & Pfeifer, L. I. (2013). Cuidados paliativos junto a crianças e adolescentes hospitalizados com câncer: o papel da terapia ocupacional. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 59(2), 239-247.
- Gempeler, F. (2015). Derecho a morir dignamente. *Universitas Medica*, 56(2), 178-185.
- Gómez, J., & Catalá, T. (2010). La terapia ocupacional en la atención al final de la vida. *TOG (A Coruña)*, 7(6), 145-160.
- González, F., Massad, F., Lavanderos, F., Albala, C., Sánchez, H., Fuentes, A., Lera, L., Cea, X., Salas, F., Bravo, D., Castillo, E., & Quijada, S. (2010). *Estudio nacional de dependencia en las personas mayores*. Santiago: Servicio Nacional del Adulto Mayor.
- Hawley, P. H. (2014). The bow tie model of 21st century palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(1), 2-5.
- Hernández, R., Fernández, C., & Batista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. Ciudad de México: Interamericana Editores.
- Hui, D., Nooruddin, Z., Didwaniya, N., Dev, R., Cruz, M., Kim, S. H., Kwon, J. H., Hutchins, R., Liem, C., & Bruera, E. (2014). Concepts and definitions for “actively dying,” “end of life,” “terminally ill,” “terminal care,” and “transition of care”: a systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(1), 77-89.
- Leiva, A., Troncoso-Pantoja, C., Martínez-Sanguinetti, M., Nazar, G., Concha-Cisternas, Y., Martorell, M., Ramírez-Alarcón, K., Petermann-Rocha, F., Cigarroa, I., Díaz, X., & Celis-Morales, C. (2020). Older people in Chile: the new social, economic and health challenge for the 21st century. *Revista Medica de Chile*, 148(6), 799-809. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000600799>.
- Maglio, I., Wierzba, S., Belli, L., & Somers, M. (2016). El derecho en los finales de la vida y el concepto de muerte digna. *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, 16(1), 71-77.
- Marín, A. (2018). Percepción de los profesionales de enfermería acerca del proceso final de vida en el ámbito hospitalario. *NURE Investigación: Revista Científica de Enfermería*, 15(95), 1-10.
- Martinez, N. (2020). *Las personas mayores ante la muerte: implicaciones educativas* (Tesis de doctorado). Universidad de Granada, Granada.
- Merchán, E., & Cifuentes, R. (2011). Teorías psicosociales del envejecimiento. In C. Nuin Orrio (Coord.), *Enfermería de la persona mayor* (pp. 27-33). Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Organización Mundial de la Salud – OMS. (2022, 1 de octubre). *Envejecimiento y salud*. Recuperado el 22 de diciembre de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Panamericana de la Salud – OPS. (2020). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción*. Washington: OPS.
- Queiroz, M. E. G. (2012). Atenção em cuidados paliativos. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 20(2), 203-205.
- Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(2), 120-125.
- Sanchís, L. (2018). *Afrontamiento del miedo a la muerte* (Tesis de doctorado). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Superintendencia de Salud. (2006). *Perfil epidemiológico del adulto mayor en Chile*. Santiago: Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo. Recuperado el 22 de diciembre de 2022, de https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-4020_recurso_1.pdf

- Superintendencia de Salud. (2019). *Hospitalización social en adultos mayores en el sistema de salud de Chile*. Santiago: Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo. Recuperado el 22 de diciembre de 2022, de https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articulos-19660_recurso_1.pdf
- Talbot-Coulombe, C., & Guay, M. (2020). Occupational therapy training on palliative and end-of-life care: scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*, 83(10), 609-619. <http://dx.doi.org/10.1177/03080226209269355>.
- Trevisan, A. R., Reksua, S., Almeida, W. D., & Camargo, M. J. G. (2019). A intervenção do terapeuta ocupacional junto às pessoas-hospitalizadas: adotando a abordagem dos cuidados paliativos. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27(1), 105-117.
- Viviens, R. (2012). *Terapia ocupacional y cuidados paliativos*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
- World Federation of Occupational Therapists – WFOT. (2016). *Declaración de posicionamiento: terapia ocupacional en cuidados en el fin de vida*. Londres: WFOT.

Contribución de los Autores

Natalia Paz Castillo-Núñez, investigadora principal, diseño de investigación, análisis, revisión, guía proceso de investigación, redacción del texto, revisión del texto completo, edición. Gisele Romina López Contreras, aspectos éticos de la investigación, trabajo de campo, análisis de contenido, redacción del texto, análisis y organización de fuentes, revisión resultados. Diego Alonso Márquez Rojas, trabajo de campo, análisis de contenido, discusión, conclusiones, redacción del texto, análisis y organización de fuentes, revisión resultados. Valeria Liliana Vargas Silva, trabajo de campo, análisis de contenido, discusión, conclusiones, redacción del texto, revisión y síntesis de resultados, revisión discusión y conclusiones. Nicole Vannesa Villavicencio Garrido, trabajo de campo, análisis de contenido, discusión, conclusiones, redacción del texto, revisión y síntesis de resultados, discusión y conclusiones. Cristóbal Javier Catalán-Águila, diseño del proyecto y guía en etapas iniciales, aspectos éticos, redacción de discusión, revisión texto completo. Todos los autores aprueban la versión final del texto.

Fuente de Financiamiento

Programa de internacionalización del Magíster en Ocupación y Terapia Ocupacional, Facultad de Medicina, Universidad de Chile – Santiago, Chile.

Autor para la correspondencia

Cristóbal Javier Catalán-Águila
e-mail: cristobalcatalana@uchile.cl

Editora de sección

Profa. Dra. Daniela Testa