

Relato de experiencia

Terapia Ocupacional en una unidad de cuidados intensivos (UCI): relato de experiencia sobre el trabajo con cuidadoras/familiares en un hospital público

Terapia ocupacional em Unidade de Terapia Intensiva (UTI): relato de experiência sobre o trabalho com cuidadores/familiares em um hospital público

Occupational therapy in an Intensive Care Unit (ICU): experience report on work with caregivers/family members in a public hospital

Fabrizio Acevedo Pérez^{a,b} , Mónica Díaz-Leiva^a 

^aUniversidad de Santiago de Chile – USACH, Santiago, Chile.

^bHospital San José, Independencia, Región Metropolitana, Chile.

Cómo citar: Acevedo P, F., & Díaz-Leiva, M. (2024). Terapia Ocupacional en una unidad de cuidados intensivos (UCI): relato de experiencia sobre el trabajo con cuidadoras/familiares en un hospital público. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 32, e3566. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoRE273835663>

Resumen

Existe escasa literatura latinoamericana con respecto a las prácticas de terapeutas ocupacionales en contextos de unidades de cuidados intensivos. Si bien está claro cuáles son las intervenciones que mayormente se implementan, no es evidente el detalle de éstas, especialmente, la descripción del trabajo realizado con las cuidadoras/familiares. Por esto, el objetivo del artículo es describir este proceso basado, por un lado, en un vínculo comprometido y terapéutico para comprender a cada sujeto/familia en su singularidad y por otro, en la educación desde el reconocimiento de la diversidad de saberes de las personas. Por lo tanto, se describe una experiencia de lo que sucede en un hospital público de Chile, en el que existe un trabajo de la disciplina por aproximadamente 10 años, considerando las acciones particulares que se realizan junto a cuidadoras/familiares, destacando las dos siguientes estrategias 1) El acompañamiento comprometido y terapéutico que comienza con la entrevista semi-estructurada inicial como primer encuentro entre terapeutas ocupacionales y cuidadoras/familiares, y 2) La educación como estrategia y espacio de generación de apoyo y conocimiento mutuo en tres momentos específicos del proceso. Se concluye que las cuidadoras/familiares son figuras fundamentales durante la atención en una unidad de cuidados intensivos y es

Recibido Abr. 30, 2023; 1ª Revisión Mayo 16, 2023; 2ª Revisión Dic. 18, 2023; Aceptado Marzo 11, 2024.



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.

necesario reflexionar sobre las singularidades que existen durante el transcurso de la intervención reconociendo sus saberes e historias.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, Unidad de Cuidados Intensivos, Cuidadores, Familia, Rehabilitación.

Resumo

Há pouca literatura latino-americana sobre as práticas dos terapeutas ocupacionais no contexto das unidades de terapia intensiva. Embora esteja claro quais intervenções são mais realizadas, os detalhes destas não são evidentes, especialmente, a descrição do trabalho realizado com cuidadores/familiares. Por isso, o objetivo do artigo é descrever esse processo a partir, por um lado, de um vínculo comprometido e terapêutico para compreender cada sujeito/família em sua singularidade e, por outro, na educação a partir do reconhecimento da diversidade de conhecimento do povo. Relata-se uma experiência do que acontece em um hospital público no Chile, onde se trabalha na disciplina há aproximadamente 10 anos, considerando as ações particulares que são realizadas em conjunto com cuidadores/familiares, destacando duas estratégias a seguir: 1) Acompanhamento comprometido e terapêutico que começa com a entrevista semiestruturada inicial como primeiro encontro entre terapeutas ocupacionais e cuidadores/familiares e 2) Educação como estratégia e espaço para geração de apoio e conhecimento mútuo em três momentos específicos do processo. Conclui-se que os cuidadores/familiares são figuras fundamentais no cuidado em unidade de terapia intensiva e que é necessário refletir sobre as singularidades existentes no decorrer da intervenção, reconhecendo seus conhecimentos e histórias.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional, Unidades de Terapia Intensiva, Cuidadores, Família, Reabilitação.

Abstract

There is little Latin American literature regarding the practices of occupational therapists in the context of intensive care units. Although it is clear which interventions are mostly carried out, the details of these are not evident, especially the description of the work carried out with caregivers/family members. For this reason, the objective of the article is to describe this process based on one hand, on a committed and therapeutic bond to understand each subject/family in its uniqueness and on the other, on education from the recognition of the diversity of people's knowledge. Therefore, this article reports an experience of what happens in a public hospital in Chile, where there has been work in the discipline for approximately 10 years, considering the particular actions that are carried out jointly with caregivers/family members, highlighting the following two strategies 1) Committed and therapeutic accompaniment initiated from the initial semi-structured interview as the first meeting between the occupational therapist and caregivers/family members, and 2) Education as a strategy and space for generating support and explicit mutual knowledge at three specific moments in the process. It is concluded that caregivers/family members are fundamental figures during care in an intensive care unit and it is necessary to reflect on the singularities that exist during the course of the intervention, recognizing their knowledge and stories.

Keywords: Occupational Therapy, Intensive Care Units, Caregivers, Family, Rehabilitation.

Introducción. Escenario de la experiencia

Una unidad de cuidados intensivos (UCI) es un sistema organizado para la prestación de atención a personas en estado crítico que brinda atención de salud intensiva y especializada, una mayor capacidad de monitoreo y múltiples modalidades de soporte fisiológico de órganos para mantener la vida durante un período de insuficiencia orgánica aguda (Marshall et al., 2017).

Las personas que están en UCI están sujetas a diversas intervenciones, sobre todo intubación endotraqueal y ventilación mecánica invasiva, lo cual requiere estar bajo sedación y analgesia para tolerar dichos procedimientos, sumado a una estadía prolongada (Krumholz, 2013). Lo anterior, tiene consecuencias significativas para las personas que se encuentran en esta situación: experimentar una interrupción de los ritmos circadianos normales, dolor e incomodidad, delirium, depresión, ansiedad, inactividad y debilidad muscular adquirida, entre otras. Cada una de estas perturbaciones puede afectar negativamente la salud y contribuir a deterioros sustanciales durante el período de recuperación temprana y la susceptibilidad al síndrome post cuidados intensivos (Krumholz, 2013). Además, la experiencia de estar en una UCI es una situación difícil para quienes están hospitalizados y sus familias, generando sentimientos negativos, que marcan significativamente sus experiencias de vida, especialmente porque se produce una pérdida de independencia y autonomía. Además, la presencia de procedimientos invasivos, la falta de privacidad y la separación de la familia, causan altos niveles de ansiedad e inquietud en las personas hospitalizadas en dicho servicio (Alasad et al., 2015)

Con respecto al equipo de rehabilitación, se involucran diferentes profesionales, entre ellos/as, terapeutas ocupacionales, quienes son miembros del equipo de movilización/rehabilitación temprana (Ratcliffe & Williams, 2019). Dentro de las prestaciones otorgadas, la mayoría están asociadas a la movilización temprana, seguido por rehabilitación física, entrenamiento en actividades de la vida diaria, estimulación cognitiva, apoyo en salud mental e intervenciones ambientales (Costigan et al., 2019). Sin embargo, a pesar de estar descritas las prestaciones mencionadas, según Costigan et al. (2019) en su revisión, plantea que existen escasas investigaciones sobre las intervenciones de terapia ocupacional en esta área.

En Chile, existen unidades de pacientes críticos (UPC) en todas las regiones; no obstante no hay reporte del número total de terapeutas ocupacionales que trabajan en estos servicios, como tampoco la jornada laboral que tienen. Actualmente el Plan Nacional de Rehabilitación 2021 – 2030 establece normativas y orientaciones técnicas para contar con estos cargos de forma permanente en UPC (Sociedad Chilena de Medicina Intensiva, 2021), no obstante, en torno al trabajo realizado con cuidadoras/es/familias se indican escasas orientaciones en detalle.

Una experiencia local en una UCI de un Hospital Público

En este contexto, se presenta la experiencia desarrollada durante 10 años en el Hospital San José, ubicado en la comuna de Independencia en la Región Metropolitana. La UPC cuenta con un total de 10 colegas en el servicio, siendo uno de los equipos más grandes en nuestro país¹, por ello, es importante compartir las experiencias desarrolladas, para dar cuenta de lo que sucede en una UCI de un hospital público, destacando lo que una institución como esta significa:

El hospital contemporáneo ha venido atravesando importantes desafíos que le impone la transición epidemiológica y el envejecimiento poblacional, por la complejidad de los cuidados ofrecidos y por el aumento de la supervivencia ante los avances tecnológicos. Así, el hospital pasa a ser visto como el lugar de atención de alta complejidad. Sin embargo, es importante no olvidar que el hospital sigue siendo una importante puerta de entrada al sistema, pues es el espacio donde se manifiesta la falta de acceso a la atención básica de salud, educación y protección social (Galheigo, 2008, p. 25).

Lo anterior, visibiliza que el accionar de los equipos de terapia ocupacional en una UCI necesita no solo desarrollar estrategias y técnicas de intervención basadas en conocimientos técnico-científicos, sino también deben reflexionar sobre los conocimientos histórico-sociales del contexto en el que se inserta su trabajo, con el fin de obtener un mayor impacto de las acciones desarrolladas (Santos & Carlo, 2013). En este sentido, estos conocimientos se entretajan en las relaciones sociales de terapeutas ocupacionales y las personas hospitalizadas y cuidadoras²-familiares, ya que conocer el modo en que experimentan sus vidas cotidianas, conocer cuáles son sus necesidades, sus aspiraciones, sus redes de apoyo, su realidad más cercana (Núñez, 2019), basada en una relación de confianza y empatía, permite reconocer sus biografías y trayectorias particulares que muchas veces se invisibilizan por la condición clínica, debido a la sedación y la imposibilidad de comunicarse con sus familias.

¿Quiénes son las cuidadoras con las que se relacionan los equipos de terapeutas ocupacionales en contextos de UCI?

Según la ley N°21.380 que regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, se define el rol de cuidador/a:

[...] Se entenderá por cuidador o cuidadora a toda persona que, de forma gratuita o remunerada, proporcione asistencia o cuidado, temporal o permanente, para la realización de actividades de la vida diaria, a personas con

¹ Cabe destacar que, en el año 2012, sólo se contaba con una terapeuta ocupacional de jornada diaria de 9 horas de Lunes a Viernes (44 horas en total) en UPC.

² En lo que respecta al cuidado y la asistencia personal para personas en situación de dependencia o vulnerabilidad, habitualmente está a cargo de la red familiar y/o próxima de la persona, con una marcada feminización de esta actividad, a cargo de madres, hermanas, hijas, abuelas, entre otras. Por este motivo hablaremos de cuidadoras en el texto

discapacidad o dependencia, estén o no unidas por vínculos de parentesco (Artículo 5° quáter. Ley 21.380, 2021).

La carga diferenciada en la distribución del papel de cuidadores entre hombres y mujeres y la presencia del género femenino en el cuidado es un hecho, así lo muestra el II Estudio nacional de la discapacidad (Servicio Nacional de la Discapacidad, 2022) donde se indica que los cuidados los brinda una red familiar (en el 82,1% de los casos), específicamente mujeres (70%), principalmente hija o cónyuge. Lo anterior, se observa en nuestra unidad, donde mayormente son las mujeres las que se relacionan con el equipo de salud de la UCI. A su vez, manifiestan que son responsables de otras tareas, tales como: cuidados de un familiar en situación de discapacidad, tareas domésticas, trabajo remunerado informal, entre otras. El cuidado feminizado produce inequidad pues las cuidadoras principales habitualmente son mujeres con bajos ingresos, sin empleo o empleos precarizados, bajo nivel de escolaridad y son familiares directas que conviven con la persona que cuida, y no sólo cuidan, sino que apoyan y ayudan a otras mujeres en el cuidado (Vaqui Rodríguez & Stiepovich Bertoni, 2010). Esto se debe al alto costo de los cuidados formales y la relevancia de las mujeres en la sociedad latinoamericana, observándose una carencia de estructuras alternativas provistas por el Estado (Centro Estudios de Vejez y Envejecimiento UC, 2015).

En el contexto de nuestro hospital, los primeros acercamientos ocurren de forma presencial o telefónica, las cuidadoras/familiares manifiestan dificultades en ciertas necesidades no satisfechas que afectan su salud y bienestar, similares a las descritas por Sevin et al. (2021), entre ellas: la falta de soporte ante un alto estrés agudo, escasa validación, sin espacios de catarsis, falta de apoyo espiritual y escasa información de lo que sucede con la vida de la persona hospitalizada. También se expresan dudas con respecto a la calidad/frecuencia de los cuidados a otorgar de forma inmediata y futura, ya que las cuidadoras que se encuentran en el contexto de salud pública deben cumplir con una alta carga de trabajo remunerado y/o no remunerado que otorga escaso tiempo para desempeñar este rol, determinando:

Tienen que recurrir a la ayuda de parientes, vecinas/os y organizaciones comunitarias generalmente llevadas adelante por ellas mismas. Si bien estas desigualdades no son nuevas, se han recrudecido. Se está produciendo lo que se ha dado en llamar “crisis de reproducción social”, que consiste en una crisis de las condiciones de vida de las personas, con dificultades y carencias no sólo en las condiciones en que cuidan y son cuidadas, sino también de vivienda digna, de agua potable, de electricidad, de servicios públicos de salud y educación, entre muchos otros (Nin, 2021, p. 331).

Por lo tanto, ante este escenario, brindar apoyo a la cuidadora/familiar desde el primer momento en un contexto hospitalario de UCI es fundamental para otorgar soporte y contención ante un alto grado de preocupación e incertidumbre sobre el proceso de salud-enfermedad y pronóstico de vida-funcional de su familiar. Es indispensable reflexionar sobre las estrategias de intervención a utilizar en este proceso, las cuales se exponen a continuación.

A. La experiencia de acompañamiento terapéutico y comprometido

La mayoría de las personas al ingresar a la UCI se encuentran con un escenario desconocido: ventilación mecánica invasiva, sedoanalgesia y con un tubo-orotraqueal,

limitando la conexión con el medio y el lenguaje verbal (Karlsen et al., 2019), afectando la autonomía e independencia de la persona hospitalizada ante este contexto invasivo y muchas veces deshumanizante: el sujeto es observado e identificado desde características biomédicas como el N.º de cama, patología y resolución médica, relegando aspectos identitarios y personales. Por ello, es fundamental humanizar la atención, conocer no solamente la historia clínica sino también la biografía e historicidad de los sujetos, la cual se construye a través de las cuidadoras/familiares, quienes aportan información valiosa sobre este aspecto. En este contexto, el tipo de relación que se establezca será fundamental bajo las circunstancias indicadas anteriormente.

La mayoría de las personas hospitalizadas en UCI provienen de diferentes contextos sociodemográficos, comuna de origen, situación socioeconómica, previsión, entre otras. Lo mismo ocurre con sus contextos personales, enfermedades de base, rango etario, diagnóstico médico heterogéneo, redes, entre otras (Ruiz et al., 2016; Ramos et al., 2023). Por tanto, conocer estas singularidades definen los pasos a seguir en la evaluación e intervención (no obviando los aspectos clínicos del proceso de salud-enfermedad de cada persona por supuesto), ya que el realizar una práctica comprometida y situada en cada sujeto es posible alejarse de una práctica interventiva dirigida y llevada a cabo a través de actos y procedimientos estandarizados. Por ejemplo, en una semana es común evaluar a una persona mayor de 80 años que vive sola, con antecedentes de un deterioro cognitivo leve, que está hospitalizada por una fractura de cadera y, por otro lado, una persona de 19 años que vive con sus padres y hermanas, que acaba de tener un accidente de tránsito en el trayecto a la universidad. Lo anterior, nos exige no homogenizar los procesos de intervención, ya que son determinantes para acercarse a las cuidadoras/familiares, y comprender cómo vivencian ese estrés repentino y complejo. La construcción del vínculo con la familia es parte de la atención del/la terapeuta ocupacional con la persona hospitalizada y debe propiciar un espacio de aprendizaje mutuo sobre el proceso de estar hospitalizado en una UCI.

El punto inaugural es la construcción de un vínculo terapéutico que implica un proceso relacional, definido como:

[...] una experiencia emocional que es co-creada, que ocurre y transcurre entre dos subjetividades. Por lo tanto, progresa como un entramado de expresiones afectivas y de valor (explícitas o implícitas, centrales o periféricas) que son parte de la acción comunicativa. Sus expresiones permiten dar cuenta de la cualidad y trayectoria de este enlazamiento y al mismo tiempo lo crean a cada instante de la interacción (Molina et al., 2013, p. 16)

Es una respuesta ante un momento crítico en la trayectoria biográfica de una familia, donde la escucha activa y el diálogo son aspectos clave para una acción comunicativa situada que permita conocer los relatos tanto del/la terapeuta ocupacional como del familiar y habilitar un espacio para construir gradualmente un vínculo comprometido. Este será la base de la relación interpersonal terapeuta-cuidadora, que refleja una actitud éticamente no neutral, lo que contribuye a facilitar y restablecer la capacidad de confiar por parte del familiar, estableciendo una relación genuina frente a los hechos que se van presentando. Las emociones de odio, amor y tristeza en estas circunstancias tan críticas y de alta incertidumbre son aceptadas no sólo como parte de esta relación, sino como un vínculo entre seres humanos (Lira et al., 1989).

Ahora en lo práctico, el acercamiento se hace a través de la entrevista semiestructurada inicial la que da apertura a la escucha, no como un interrogatorio unidireccional, sino proporcionando la oportunidad de conversar con las cuidadoras/familiares. Se establece el diálogo como medio socializador con el objetivo de lograr una auténtica comunicación y encuentro entre las personas (Freire, 1975).

En relación a la entrevista, se consideran 3 momentos, los cuales permiten comprenderla como un proceso y no solo como la aplicación de una técnica de recolección de datos. Estos momentos se detallan a continuación:

1. Constatar antecedentes de la persona hospitalizada (ver Tabla 1) para favorecer la toma de decisiones del equipo de salud (ya sea por vía telefónica o presencial). Por ejemplo: si la persona hospitalizada tiene antecedentes de un deterioro cognitivo mayor, es crucial corroborar esta información con la persona más cercana a ella y saber dónde fue hecho este diagnóstico, cuándo y por cuál especialista. En caso de ser fiable, especificar a través de pautas específicas el estadio en que se encuentra y su estado funcional. Esto permite hacer un recorrido biográfico sobre aspectos significativos de la vida de las personas, como a su vez la comprensión de la magnitud de algunas dificultades que pudiese presentar.

Tabla 1. Entrevista semiestructurada-inicial aplicada por terapia ocupacional.

1. Antecedentes generales
Nombre
Edad
Fecha ingreso hospital y unidad cuidados intensivos
Comuna de residencia
Teléfono familiar
2. Antecedentes médicos previos
Comorbilidades
Medicamentos (tipo/dosis)
Corroborar diagnósticos de enfermedades crónicas (ej. Deterioro cognitivo mayor, Artrosis, etc.)
3. Antecedentes biográficos
Escolaridad (años)
Lecto-escritura
Trabajo remunerado / no remunerado previo
Ayudas técnicas de uso cotidiano (tipo de bastón, tipo de silla de ruedas, lentes, placa dental, audífonos, etc.)
4. Contexto familiar
Convivencia previa (número, parentesco)
Establecer red de apoyo previa
Vivienda previa (casa, departamento, situación de calle)
Lugar del hogar donde esta habitación
5. Funcionalidad previa
Aplicar pauta estandarizada de funcionalidad en actividades de la vida diaria básica e instrumentales
Establecer magnitud y detalle claro de dependencia en actividades cotidianas
6. Aspectos relevantes de su trayectoria biográfica
Intereses, música, hobbies, etc.
7. Valoración geriatría integral en personas mayores

- 2. Identificar situación de la cuidadora y grados de bienestar/malestar.** La angustia por no saber qué es lo que sucedió para que la persona estuviera en una condición grave requiere resolver dudas iniciales, entre ellas: (1) ¿mi familiar está consciente o esta dormido? (2) ¿puedo traer o hacer algo que favorezca su proceso de salud actual? (3) ¿usted tiene experiencia de rehabilitación con personas que tengan las mismas características que mi familiar? ¿Como siguen en el futuro a corto y largo plazo? Las inquietudes previas nacieron de la entrevista inicial y al encontrar una respuesta repercuten de forma considerable en la disminución de angustia. De hecho, la información sobre el estado del proceso de salud del sujeto es una de las mayores preocupaciones independientemente de la educación o la cultura de los familiares (Kynoch et al., 2016), lo que implica situarse, tener pertinencia y propiciar una comunicación constante.
- 3. Espacios de expresión, desahogo y respiro.** La necesidad de la cuidadora/familiar de poder relatar sus miedos, sensaciones, preocupaciones e inquietudes en torno a cómo poder afrontar este momento tan complejo es parte del vínculo. Aquí se emplea el uso terapéutico del yo como estrategia de intervención, describiéndola como el uso intencionado de la propia personalidad, percepciones, introspección y juicio del profesional como parte del proceso terapéutico, incluyendo la escucha activa, vehiculización de necesidades, acompañamiento, confort, confrontación, validación de emociones, refuerzo positivo y uso del silencio (León et al., 2022; Pérez Riffo, 2013).

B. La educación como estrategia y espacio de conocimiento mutuo

La educación no consiste en una mera transmisión de conocimientos, sino la continua construcción de una realidad compartida y dialogada, sobre todo, en el trabajo educativo con las cuidadoras/familiares de personas en un estado de riesgo vital, como la UCI, ya que favorece la disminución de estrés en ellas, otorgando un ambiente humanizante dentro del sistema hospitalario:

Estar hospitalizado genera una ruptura incisiva en el cotidiano de los individuos, pero, en general, se entiende que el propio individuo necesita elaborar y superar los conflictos generados por esta condición; hay una subvaloración de la rutina hospitalaria como generadora de estrés, lo que termina agravando la condición clínica del individuo. Preocuparse por la reestructuración del cotidiano de ese individuo y proponer acciones de humanización hospitalaria también son acciones que pueden ser realizadas por el terapeuta ocupacional, junto con el equipo (Santos & Carlo, 2013, p. 100).

En este contexto, desde la ecología de saberes ocurre un intercambio de conocimientos recíprocos, de índole científica y popular, como también de desconocimientos de cada sujeto, generando de esta forma un proceso intersubjetivo enriquecedor en el que se aprenden y desaprenden saberes (Santos, 2010). Un ejemplo claro es cuando una persona hospitalizada está en un contexto de sedación superficial en la UCI con escasa conexión con el medio, requiriendo estimulación constante para aumentar su alerta. En estas circunstancias, la estimulación cotidiana sin información biográfica no repercute en su estado de conciencia. En ese momento la cuidadora/familiar refiere “a mi madre le ayudará mucho escuchar los ladridos de

su perro, ya que estaban todo el día juntos y lo adoptó desde cachorro”, otorgándole espacio a la dimensión espiritual, la cual toma y recoge las creencias y costumbres arraigadas en nuestra cultura impactando positivamente en la intervención con el sujeto. Por lo tanto, en este caso de intercambio de saberes, el contenido pragmático de la educación es dialógico y a su vez, problematizador, fomentando la relación horizontal y entrega mutua de conocimientos (Freire, 1975). Ahora, este proceso dialógico con la familia ocurre en 3 momentos significativos en la UCI:

- 1. Educación sobre el contexto UCI.** El objetivo es la comprensión de lo que implica estar en una UCI en detalle, ya que es frecuente que la familia no tenga conocimientos sobre el contexto en que se encuentra la persona hospitalizada (Naef et al., 2022). Diferentes miembros de la familia pueden tener diferentes necesidades y preferencias de participación influenciadas por sus experiencias previas, conocimientos, salud física y mental y estado socioeconómico (Xyrichis et al., 2021), determinando lo vital de explicar y hacer más tolerable la comprensión de este contexto.
- 2. Comunicación periódica sobre el proceso de rehabilitación de las personas en UCI.** Debido a que la mayoría de las personas hospitalizadas no pueden comunicarse verbalmente ni opinar sobre la atención sanitaria recibida, suele ser la cuidadora/familiar la que tiene que valorar la atención que reciben sus familiares por parte del equipo de UCI. Por lo tanto, el objetivo apunta a expresar de forma clara y frecuente los hitos de rehabilitación que van logrando las personas, ya que permite ir comprendiendo los avances de este. Cabe destacar lo relevante de utilizar un lenguaje acorde a los conocimientos e historia de la cuidadora, como ejemplo: “después de tres semanas logro tolerar cinco minutos sentado al borde de la cama con asistencia de una persona”, “después de varios días ya no está agitado ni confundido, se encuentra tranquilo, incluso está orientado, sabe en qué lugar esta”. Lo anterior, hace del intercambio de discurso una comunicación clara y efectiva (Ito & Tsubaki, 2023).
- 3. Educación familiar al borde de la cama.** La cama se convierte en el escenario para favorecer el proceso de rehabilitación a través de una interacción activa con la persona hospitalizada y sus cuidadoras/familiares. Durante los horarios de visita se realiza educación sobre acciones que puede realizar la cuidadora que apoyen los objetivos de tratamiento (ver Tabla 2). Aquí lo relevante es destacar lo situado de esto, ya que según la biografía e intereses expresados por la cuidadora se pueden escoger estrategias de intervención que usen elementos de la cotidianidad: momentos biográficos significativos (“háblele sobre su trabajo, cuando viajaba al norte manejando su camión”), formas de relacionarse (“le gusta que le hablen despacio”, “quizás hoy no está en condiciones de salud óptima por lo que no será posible visitarlo o tocarlo”), entrega de información significativa reciente (“dígame que su hermana, a quién cuida, está ahora con su otro hermano y está muy bien cuidada”), gustos específicos (“le gusta mucho la música folclórica, si le pone esa banda musical fijo que se calma”). Estos antecedentes marcan una intervención situada gracias al conocimiento de la cuidadora/familiar.

Tabla 2. Descripción estrategias de intervención al borde de cama de cuidadoras/familiares.

Estrategias	Descripción
Apoyo para el entrenamiento en actividades de la vida diaria	Facilitar la ejecución de actividades de la vida diaria básicas, principalmente arreglo personal, ya que es de las primeras actividades que pueden ejecutar las personas en UCI
Apoyo para la estimulación cognitiva	La terapia orientación a la realidad en conjunto con la reminiscencia requieren tiempos significativos para poder generar un impacto en la orientación y relación con el medio ambiente. A través de lectura de textos significativos, descripción de fotografías, escucha de audios privados guardados en el celular del familiar, entre otros, permite facilitar el trabajo activo de funciones cognitivas
Apoyo y contención emocional	Durante la estancia en UCI las personas presentan sentimientos de tristeza y angustia que en ocasiones requieren una contención, apoyo y cercanía con una cuidadora/familiar para poder disminuir la labilidad emocional
Apoyo espiritual	Un porcentaje significativo de la población de personas hospitalizadas son creyentes en diferentes religiones, por lo que rezar/orar en conjunto con su familia es un punto importante de calma en el contexto agudo en el que esta
Apoyo con elementos de comunicación	Contar con dispositivos, tales como celulares, pizarras, cuadernos y tablet permite aumentar la comunicación con el medio y expresar sus inquietudes

Fuente: elaboración propia.

En resumen, al entablar un proceso educativo, en este contexto en particular, se debe otorgar a ambos tipos de conocimientos igual relevancia durante el diálogo. De hecho, desde la ecología de saberes se contempla la variedad de conocimientos y cómo estos se relacionan entre sí, oponiéndose a la lógica de la monocultura del conocimiento científico, identificando otros saberes y criterios de rigor y validez que operan de forma creíble en prácticas sociales que la razón metonímica declara no existentes (Meneses et al., 2019). Buscar credibilidad para los conocimientos no científicos no conlleva desacreditar el conocimiento científico, implica más bien, utilizarlo en un contexto más amplio de diálogo con otros conocimientos (Santos, 2010) como ocurre en una UCI. Otro aspecto fundamental, es recalcar que en el trabajo educativo no solamente participa el/la terapeuta ocupacional, sino también todo el equipo de salud de UCI de manera articulada, dialogando en conjunto sobre cómo llevar el proceso con responsabilidad, consistencia y efectividad.

Aprendizaje y reflexiones finales

Las trayectorias de vida son interrumpidas de manera radical al estar hospitalizado en una UCI, los sentires de las cuidadoras/familiares se tornan una necesidad imperante de atender ante una situación tan apremiante como estar en riesgo vital y con pronóstico de mortalidad sustancial. Por lo anterior, discutir en torno a las estrategias de intervención a utilizar en este contexto se hace una constante inmutable. Como se mencionó en este artículo, la mayoría de las personas hospitalizadas tienen diferentes contextos sociodemográficos y biográficos, por lo que las singularidades de cada una

definen el camino a seguir, y nos lleva a no homogenizar los procesos de intervención, sino a situarlos dentro de un proceso vincular terapéutico y comprometido que permite generar las condiciones necesarias para un diálogo respetuoso e intercambio de conocimientos y experiencias, labor que numerosas veces es invisibilizado en el trabajo con las cuidadoras/familiares. En reiteradas ocasiones estas acciones son observadas de manera aislada, mediante una relación vertical y de escasa interacción interpersonal. A partir de lo anterior, la reestructuración del cotidiano de cada individuo y promover acciones de humanización son labores que fomentan la disminución de estrés y alivio de las personas involucradas en los procesos de rehabilitación en una UCI.

Los/as terapeutas ocupacionales que trabajan en salud pública atienden una población significativa de nuestro país que posee una infinita diversidad de dimensiones de salud-enfermedad. Esto conlleva tener conocimientos científicos actualizados y numerosos que deben complementarse a la par y con igual significancia que los conocimientos basados en las narrativas e historicidad de cada persona. La carga emocional, socioeconómica e histórica de cada sujeto es visualizada en nuestra práctica, ignorarla o no tomarla en cuenta limita nuestro actuar. De esta forma, concierne reflexionar que el hospital no es solo un lugar sectorizado en la red de salud, sino un lugar que es parte de los procesos cotidianos de nuestra sociedad, una puerta de entrada a múltiples realidades y donde se generan espacios de vinculación y educación constante.

En conclusión, para los/as profesionales que se desarrollan en esta área hospitalaria y para las instituciones hospitalarias que aún no tienen claridad sobre el papel de la profesión en este campo, es vital presentar este tipo de experiencias y su valor dentro de la red de atención y cuidados en salud. Además, incluir el trabajo que se puede realizar con las cuidadoras/familiares a través de una relación terapéutica y educativa, propicia estrategias de intervención en el contexto de servicio público, posibilitando que el hospital sea un espacio de reconocimiento de los saberes colectivos de quienes concurren a una UCI.

Agradecimientos

Agradecer al equipo profesional de terapia ocupacional del Hospital Clínico San José, Santiago de Chile, que se desempeñan en la UPC y que realizan una excelente labor diaria con las cuidadoras/familiares de las personas hospitalizadas.

Referencias

- Alasad, J. A., Abu Tabar, N., & Ahmad, M. M. (2015). Patients' experience of being in intensive care units. *Journal of Critical Care*, 30(4), 859.e7-859.e11.
- Centro Estudios de Vejez y Envejecimiento UC. (2015). *Estudio sistematización y descripción de los perfiles de las cuidadoras de personas dependientes, las demandas de apoyo que las cuidadoras presenten y los programas existentes para aliviar el trabajo de cuidado*. Chile: Facultad de Ciencias Sociales UC.
- Chile. Ministerio de Salud. (2021, 21 de octubre). Ley 21380, de 21 de octubre de 2021. Reconoce a los cuidadores o cuidadoras el derecho a la atención preferente en el ámbito de la salud. *Diario Oficial*, Santiago.
- Costigan, F. A., Duffett, M., Harris, J. E., Baptiste, S., & Kho, M. E. (2019). Occupational Therapy in the ICU: A Scoping Review of 221 Documents. *Critical Care Medicine*, 47(12), e1014-e1021.
- Freire, P. (1975). *Pedagogía del oprimido*. México: Siglo XXI.

- Galheigo, S. (2008). Terapia ocupacional, a produção do cuidado em saúde e o lugar do hospital: reflexões sobre a constituição de um campo de saber e prática. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 19(1), 20-28.
- Ito, Y., & Tsubaki, M. (2023). How to communicate with family members of the critically ill in the intensive care unit: A scoping review. *Intensive & Critical Care Nursing*, 76, 103383.
- Karlsen, M. W., Ølnes, M. A., & Heyn, L. G. (2019). Communication with patients in intensive care units: a scoping review. *Nursing in Critical Care*, 24(3), 115-131.
- Krumholz, H. M. (2013). Post-hospital syndrome--an acquired, transient condition of generalized risk. *The New England Journal of Medicine*, 368(2), 100-102.
- Kynoch, K., Chang, A., Coyer, F., & McArdle, A. (2016). The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: a systematic review update. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(3), 181-234.
- León, J. V., Cirineu, C. T., & Hernández, N. N. (2022). Uso del yo como herramienta terapéutica: una experiencia formativa de terapia ocupacional en pregrado. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 30, e3280.
- Lira, E., Becker, D., & Castillo, M. I. (1989). Psicoterapia de víctimas de represión política bajo dictadura: un desafío terapéutico, teórico y político. In E. Lira & D. Becker (Eds.), *Derechos Humanos: Todo es según el dolor con que se mira* (pp. 29-65). Santiago: Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos
- Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., Fowler, R. A., Meyfroidt, G., Nakagawa, S., Pelosi, P., Vincent, J. L., Vollman, K., & Zimmerman, J. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*, 37, 270-276.
- Meneses, M. P., Nunes, J. A., Añón, C. L., Bonet, A. A., & Gomes, N. L. (2019). Las ecologías de saberes. In S. Boaventura de Sousa. *Construyendo las Epistemologías del Sur: para un pensamiento alternativo de alternativas* (pp. 229-266). Buenos Aires: CLACSO.
- Molina, M. E., Ben-Dov, P., Diez, M. I., Farrán, Á., Rapaport, E., & Tomicic, A. (2013). Vínculo Terapéutico: aproximación desde el diálogo y la co-construcción de significados. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(1), 15-26.
- Naef, R., Filipovic, M., Jeitziner, M. M., von Felten, S., Safford, J., Riguzzi, M., & Rufer, M. (2022). A multicomponent family support intervention in intensive care units: study protocol for a multicenter cluster-randomized trial (FICUS Trial). *Trials*, 23(533), 1-20.
- Nin, C. (2021). La pandemia reforzó la necesidad de un Estado presente con políticas sociales de cuidado. Entrevista a Cristina González. *ConCienciaSocial*, 4(8), 328-341.
- Núñez, C. M. V. (2019). South occupational therapies: A proposal for its understanding. *British Journal of Occupational Therapy*, 27(3), 671-680.
- Pérez Riffó, M. A. (2013). Terapia ocupacional en un hospital general de agudos de la ciudad autónoma de Buenos Aires, Argentina. *Revista Chilena De Terapia Ocupacional*, 13(2), 99-112.
- Ramos, S., Sepúlveda, O., Bustos, L., Arias, A., Muñoz, M., & Santander, L. (2023). Perfil de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Temuco año 2018. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 35(3), 1-5.
- Ratcliffe, J., & Williams, B. (2019). Impact of a mobility team on intensive care unit patient outcomes. In J. Foster, D. D. Garbee & D. M. Danna (Eds.), *Critical care nursing clinics of North America* (pp. 141-151). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Ruiz, C., Díaz, M. Á., Zapata, J. M., Bravo, S., Panay, S., Escobar, C., Godoy, J., Andresen, M., & Castro, R. (2016). Características y evolución de los pacientes que ingresan a una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital público. *Revista Médica de Chile*, 144, 1297-1304.
- Santos, B. S. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Montevideo: Ediciones TRILCE.

- Santos, C. A. V., & Carlo, M. M. R. P. (2013). Hospital como campo de prácticas: revisão integrativa da literatura e a terapia ocupacional. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 21(1), 99-107.
- Servicio Nacional de la Discapacidad – SENADIS, & Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2022). *III Estudio nacional de la discapacidad 2022*. Recuperado el 30 de abril de 2023, de https://www.senadis.gob.cl/pag/693/2004/iii_estudio_nacional_de_la_discapacidad
- Sevin, C. M., Boehm, L. M., Hibbert, E., Bastin, A. J., Jackson, J. C., Meyer, J., Quasim, T., Bakhru, R. N., Montgomery-Yates, A., Slack, A., Still, M., Netzer, G., Mikkelsen, M. E., Iwashyna, T. J., Haines, K. J., & McPeake, J. (2021). Optimizing Critical Illness Recovery: Perspectives and Solutions From the Caregivers of ICU Survivors. *Critical Care Explorations*, 3(5), 1-10.
- Sociedad Chilena de Medicina Intensiva – SOCHIMI. (2021). *Terapia ocupacional en UPC: un aporte para la calidad de vida*. Recuperado el 30 de abril de 2023, de <https://medicina-intensiva.cl/site/post.php?id=1000392>
- Vaqui Rodríguez, S., & Stiepovich Bertoni, J. (2010). Informal care challenge assumed by women. *Ciencia y Enfermería*, 16(2), 9-16.
- Xyrichis, A., Fletcher, S., Philippou, J., Brearley, S., Terblanche, M., & Rafferty, A. M. (2021). Interventions to promote family member involvement in adult critical care settings: a systematic review. *BMJ Open*, 11(4), e042556.

Contribución de los Autores

Fabrizio Acevedo Pérez es el autor principal de este manuscrito y contribuyó directamente en la concepción, diseño, redacción y contenido intelectual del manuscrito y es responsable por el desarrollo central del texto. Mónica Díaz-Leiva otorga colaboración en el diseño, redacción y revisión del artículo en el marco del *Mesón de Escritura* de la Escuela de terapia ocupacional de la Universidad de Santiago de Chile. Las personas autoras aprueban la versión final del texto.

Autor para la correspondencia

Fabrizio Acevedo Pérez
e-mail: fabrizio.acevedo@usach.cl

Editor de sección

Profa. Dra. Ana Paula Serrata Malfitano