



**UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA  
FACULTAD DE MEDICINA  
TERAPIA OCUPACIONAL**

Seminario de Título, para optar al grado de  
Licenciado en Terapia Ocupacional

**EXPERIENCIAS DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES CON PUEBLOS  
INDIGENAS: UNA MIRADA DESDE LOS EQUIPOS RURALES DE  
REHABILITACION**

NATALY GISELL ARÓSTICA FERNÁNDEZ

BÁRBARA LILIANA CONSUELO GARRIDO IBAÑEZ

JUAN PABLO SAAVEDRA CRUCES

MARÍA FERNANDA SALINAS VENEGAS

DOCENTES GUÍA

KARINA ESMIRNA GÓMEZ LORCA

JOSEFA ROCIO RAMOS HIDALGO

TEMUCO – CHILE 2018

## I. Agradecimientos

En primer lugar, a Dios por permitirnos realizar este trabajo. A mi familia por su apoyo, paciencia y cariño durante este proceso. A mis amigos por sus palabras de ánimo. Y a mis compañeros de Tesis por hacer agradable todo este proceso.

- Nataly Aróstica.

A mi mamita linda, mis hermanitas Natalia y Francisca y mi papá, por ser siempre un apoyo constante A mi abuelita Adelfa Millaguir Ramirez, por ser quién me mostró la importancia de una ocupación significativa. A mis amigos, por esperarme y a mi grupo... por todo

- Bárbara Garrido.

A Dios, por acompañarme cada día. A mi familia, ayudarme y apoyarme en todo momento y siempre tener un abrazo reconfortante, una palabra de ánimo y un lugar seguro. Y a mi grupo, por las largas conversaciones, las peleas y las risas, por enseñarme a trabajar en equipo y por permitirme llegar a conocerlos.

- María Fernanda Salinas

De manera grupal queremos agradecer a las docentes guías Karina Gómez y Josefa Ramos, quienes nos acompañaron en todas las etapas de este trabajo, siempre dispuestas a resolver nuestras dudas y entregando siempre una palabra de aliento.

A las Terapeutas Ocupacionales que participaron de esta investigación, por el tiempo entregado, por las largas videollamadas y por todo el conocimiento comparado.

Al departamento 21 y todas sus integrantes, por soportar las vigilias de tesis. A Deivid, por ayudarnos con el abstract de camino a su examen de práctica, a los auxiliares del SA, por siempre tener una sala disponible para nosotros Y a todas las personas que apoyaron de una u otra forma nuestro trabajo.

## II. RESUMEN

La presente investigación corresponde a un estudio cualitativo de tipo exploratorio y descriptivo, que tiene por objetivo analizar la experiencia de Terapeutas Ocupacionales en equipos rurales al intervenir con personas pertenecientes a pueblos indígenas en Chile, describiendo las experiencias del Terapeuta Ocupacional, identificando obstaculizadores y facilitadores del proceso, además de las estrategias utilizadas para lograr una intervención efectiva. Esta investigación responde a un paradigma interpretativo, entendiendo al objeto de estudio como una fuente de conocimiento única, centrándose en los significados e interpretaciones que cada persona le otorga a su experiencia, para poder construir nuevo conocimiento.

La muestra está compuesta por 4 Terapeutas Ocupacionales (todas mujeres), que trabajan o han trabajado en lo Equipos Rurales de Rehabilitación en la II, IX, XIV y XV región y que además tuvieron la oportunidad de intervenir con personas pertenecientes a los Pueblos Indígenas de Chile. La información fue recolectada a través de una entrevista semi-estructurada, realizada por medio de video llamadas.

Los resultados obtenidos dan cuenta del papel que juega la cultura en las experiencias de los Terapeutas Ocupacionales al intervenir en Pueblos Indígenas y resaltan la actitud y disposición favorable que deben desarrollar los Terapeutas Ocupacionales, que se manifiesta respetando sus creencias, prácticas y costumbres incorporando actividades propias de la cultura e interiorizando las normas culturales, ya que dichas acciones facilitan el establecimiento del vínculo terapéutico y favorecen la adherencia al tratamiento. Se identifica también el papel que juega el Terapeuta Ocupacional como un nexo entre el sistema de salud convencional y las personas pertenecientes a Pueblos Indígenas, validando el sistema de salud de éstos e incluso, incorporando algunas de sus prácticas de sanación dentro de la intervención.

Las principales conclusiones que se obtiene de este estudio están relacionadas con el énfasis que le da la disciplina al componente cultural, la debilidad que existe en el conocimiento que se le está proporcionando a los estudiantes, a lo largo de todo el proceso educativo, acerca de la cultura de los pueblos indígenas de Chile y los principales aprendizajes y significados que los Terapeutas Ocupacionales le otorgan al trabajo dentro de los equipos rurales de rehabilitación.

Además, gracias a esta investigación, queda en evidencia la existencia de un choque cuando profesionales formados desde la medicina convencional intervienen con usuarios que practican la medicina tradicional, lo que causa que estos últimos se muestren reticentes de aceptar dichas intervenciones.

**Palabras clave:** Terapia Ocupacional, Equipos rurales de rehabilitación, Pueblos Indígenas, Intervención intercultural.

### III. ABSTRACT

The following research is a qualitative study with exploratory and descriptive approach. The research is focused in analyzing Occupational Therapists' experience in rural teams when working with people belonging to Chile's indigenous communities, describing the Occupational Therapist's experience, identifying obstacles and enablers of the process and the strategies used to establish an effective intervention. This research belongs to an interpretative paradigm, considering the subject matter as a unique source of knowledge focusing on the meanings each person gives to its experience to build new knowledge.

The focus group is composed by 4 female Occupational Therapists who works (or who have worked) in the rural therapy teams in the 2nd, 9th, 14th and 15th region. Besides those therapists had the opportunity to work with indigenous people belonging to the indigenous communities of Chile. The information was collected through half-structured interviews through Skype. The results show how important is culture in people's occupations and also highlight the attitude and disposition therapist require to intervene in a culturally different context respecting the native beliefs and habits. Therapists have the challenge of using those aspects of culture to make more meaningful the bond with the therapy.

The research also shows the role of the therapist as a nexus between the standard health care system and indigenous people, validating the health care system of them and contributing to their healing.

The main conclusions extracted from this research are related with the emphasis given by the discipline to the cultural component, the weakness that exists in the knowledge that is provided to students, throughout the entire educational process related to Chile's indigenous communities' culture and the meanings and senses awarded by therapist to the rural work of the discipline.

In addition, thanks to this research, there is evidence of a clash when professionals trained in conventional medicine intervene with users who practice traditional medicine, which causes the latter to be reluctant to accept such interventions.

**Key words:** Occupational Therapy, Rural Rehabilitation Teams, Indigenous Communities, Intercultural Intervention.

## IV. ÍNDICE

I. Agradecimientos .....	2
II. RESUMEN .....	3
III. ABSTRACT .....	5
IV. ÍNDICE .....	7
Capítulo I: Introducción.....	8
1.1. Problema de investigación .....	8
Capítulo II Marco Teórico .....	15
2.1 Pueblos Indígenas de Chile y su cosmovisión.....	15
2.2 Políticas Públicas en Salud que sustentan la intervención con Pueblos Indígenas 22	
2.3 Programa de Rehabilitación Integral .....	25
2.4 Experiencia del Terapeuta Ocupacional en contextos interculturales .....	32
Capítulo III Marco Metodológico .....	41
3.1 Pregunta de Investigación.....	41
Para dar respuesta a la pregunta de investigación anterior, se plantean las siguientes preguntas directrices: .....	42
3.2 Objetivo General .....	42
3.3. Metodología .....	43
3.4 Paradigma.....	43
3.5 Teoría.....	44
3.6 Estrategia de Recolección de Datos .....	45
3.7 Estrategia de Análisis de datos:.....	45
3.8 Participantes .....	45
3.9 Contexto.....	46
3.10 Participación del Investigador .....	47
3.11 Viabilidad.....	47
3.12 Rigor Científico.....	49
4.4 Facilitadores de la Intervención:.....	83
CUADRO RESUMEN .....	102
Capítulo V: Conclusiones .....	105
BIBLIOGRAFÍA.....	113

## Capítulo I: Introducción

### **1.1. Problema de investigación**

En el año 2013, José Leal, Psicólogo clínico, afirmó que “los usuarios o pacientes que tienen referencias étnicas, culturales, religiosas o lingüísticas diferentes a las del servicio de salud, y profesionales que atienden en él, son particularmente vulnerables a experimentar situaciones de incompreensión, rechazo o desatención por parte de las instituciones de salud”.

Es por lo anterior que se considera que la disciplina de Terapia Ocupacional también se desarrolla en los servicios de salud, la cual se define por el Comité Europeo de Terapeutas Ocupacionales (COTEC, s.f.) como:

“Profesión de la salud que se fundamenta en el conocimiento y la investigación de la **relación que existe entre la salud, la ocupación y ambiente** en el **bienestar** de la persona ante la presencia de **limitaciones físicas, cognitivas, sociales, afectivas y/o ambientales** que alteran su potencial de desarrollo y su desempeño ocupacional; que utiliza **actividades significativas** para la persona teniendo como objetivo final restaurar, mantener y/o desarrollar habilidades necesarias para **integrarse y participar en su esfera biopsicosocial**”.

En otras palabras, ve a la persona como un ente integrado dentro de un contexto social, institucional, histórico y cultural propio de cada sujeto a intervenir; otorgándole a la ocupación humana un carácter universal, pero al mismo tiempo individual, al tener cada ocupación un significado único para cada ser humano y que varía dependiendo de la cultura a la cual pertenece cada individuo. Es por lo anterior que se entiende por cultura como “todo complejo que incluye los **conocimientos, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres** y todas las otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad” (Tylor, 1871). Al mismo tiempo se comprende, que la cultura



determina todas las actividades de una persona y por este motivo cuando el Terapeuta Ocupacional interviene a un usuario también se enfrenta a la cultura de éste.

Chile es un país que presenta variadas culturas que tienen diferentes creencias, costumbres, lengua y formas de vida, esto debido a su amplio territorio geográfico y a los antepasados que habitaron en este. Es por esto que la Ley 19.253 reconoce a nueve Pueblos Indígenas, (Ministerio de Planificación y Cooperación, 1993). Ligado a esto, según el Censo realizado en el año 2002 un **4,6% de la población chilena (692.192 personas)** se considera perteneciente a uno de estos Pueblos Indígenas. De esta población un 87,3% corresponde al Pueblo Mapuche, seguido del Pueblo Aymara con un 7% y un 3% Atacameño. Los Colla, Rapa Nui, Quechua, y Alacalufe en conjunto suman un 2,7%. Donde el 64,8% de ellos habita en zonas urbanas y el 35,2% se encuentra en las zonas rurales (INE / MIDEPLAN, 2002). Además, del total de población adulta que se encuentra en situación de discapacidad, un **18,9% pertenece a Pueblos Indígenas** (II Estudio Nacional de la discapacidad, 2015).

Viéndolo de esta forma, un Terapeuta Ocupacional que trabaja en Chile, en algún momento se puede ver en la situación de intervenir a una persona, grupo o contexto perteneciente a algún Pueblo Indígena. Y uno de los trabajos que pueden situarlo en esta circunstancia es a través de los Equipos Rurales de rehabilitación. Estos equipos actúan bajo el Programa de Rehabilitación Integral, que tiene como propósito “contribuir a superar las inequidades en salud que afectan a las comunas rurales, a través de la mejoría de las condiciones críticas para la provisión de servicios a la población de mayor ruralidad del país, generando condiciones para la aplicación del Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en el medio rural” (Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria, 2015). Este programa implementa un equipo rural, el cual se pone en marcha el año 2008 en Chiloé, constituyendo el primer Equipo Rural del país, conformado por un Terapeuta Ocupacional y un Kinesiólogo, los cuales

realizan rondas en sectores geográficamente alejados, teniendo como propósito atender a personas en situación de discapacidad en su domicilio, dar apoyo y capacitar a la familia y comunidad, además de promover el trabajo intersectorial en actividades de prevención e inclusión social.

Como se mencionó en el párrafo anterior, la intervención del Terapeuta Ocupacional dentro de este equipo tiene un enfoque familiar y comunitario, se desenvuelve dentro del contexto cotidiano de los individuos y además debe interactuar y adaptarse a la cultura propia de cada persona y/o comunidad, la cual adquiere un papel determinante, como bien se resalta en el artículo *Aspectos de significado, cultura e inclusión en Terapia Ocupacional* (2008), donde se expresa que "para que las intervenciones terapéuticas sean efectivas y útiles, los Terapeutas Ocupacionales deben tener presente las **realidades y los significados compartidos** de las personas a las que van dirigidas estas intervenciones, y deben **adaptarse y cambiar como respuesta a la cultura** en la que está siendo practicada".

Específicamente en nuestro país, los distintos Pueblos Indígenas han conservado a lo largo de los años sus manifestaciones culturales propias, en la que sus sistemas de salud constituyen uno de los aspectos más relevantes, el cual forma un conjunto articulado de representaciones y creencias, por medio de las cuales cada Pueblo interpreta los conceptos de salud, la enfermedad, el dolor y la muerte del organismo humano, lo que determina sus prácticas de sanación (Ministerio de Salud, 2006).

Si bien la mayor cantidad de población Indígenas reside en zonas urbanas, cabe destacar que las personas pertenecientes a Pueblos Indígenas que habitan en las zonas rurales son quienes mantienen más arraigadas las creencias propias de su cultura (Castro y Romo, 2006). Es por este motivo que resulta relevante conocer el proceso de atención en salud dirigido hacia este grupo de personas, dentro de los equipos rurales de rehabilitación.

Y es por todo lo anteriormente mencionado: El encuentro entre las diferentes prácticas de la sanación, la relevancia que le otorga la Terapia Ocupacional a las características de la persona y al contexto cultural, que surge la necesidad de indagar en la experiencia de los Terapeutas Ocupacionales dentro de los equipos rurales.

Al buscar información relacionada con “Experiencia del Terapeuta Ocupacional en Programas de Rehabilitación Rurales al intervenir con personas pertenecientes a Pueblos Indígenas en Chile”, realizada por medio de PubMed, Google Académico, Revista Scielo, Revista Terapia Ocupacional de la Universidad de Chile, Lilacs y en Biblioteca Facultad de Medicina en Universidad de La Frontera no arroja resultados específicos sobre el tema de estudio, pero se encuentran investigaciones sobre el trabajo con Pueblos Indígenas en Salud Mental, el enfoque intercultural de la Terapia Ocupacional, Terapia Ocupacional en intervención comunitaria en Rapa Nui, intervenciones a Pueblos desde otras disciplinas e investigaciones del extranjero sobre el trabajo del Terapeuta Ocupacional en contextos intercultural.

Dentro de las investigaciones desarrolladas en Chile, se encuentra: “Salud Mental y Comunidades Indígenas una aproximación desde los profesionales de la salud mental de Alto Bio Bio” (Ramírez, Germán, 2014), Investigación desarrollada desde el área de la Psicología clínica adulto, la cual se orientó a conocer las distintas dimensiones de la salud mental en comunidades Indígenas Pehuenches de Alto Bío Bío, específicamente los principales problemas que padecen, de qué forma estos problemas son abordados por las instituciones públicas y cuáles son los alcances de las políticas de interculturalidad, a través de la experiencia de profesionales de la salud mental que acercaron sus conocimientos.

También se encontró el “Estudio etnográfico de las experiencias de sanar y enfermar en mujeres mapuches Huilliche del sector sur de San Juan de la Costa, Chile” (Mondaca y Pérez, 2009). Investigación desarrollada desde Enfermería, donde el objetivo es comprender los principales factores socioculturales y sanitarios que motivan a las mujeres Mapuches Huilliche a solucionar sus problemas de salud en la medicina occidental o en la medicina tradicional de su cultura.

Al especificar la búsqueda desde la disciplina, se encuentra la investigación: “Significados que le otorga un grupo de personas residentes de Rapa Nui con necesidades de apoyo a la experiencia de discapacidad y participación ciudadana” (Ortiz, 2016). Los datos analizados explican el fenómeno Discapacidad en razón de conceptos de salud-enfermedad propios de la cultura, definiéndose como la imposibilidad de participar en actividades culturalmente significativas

En investigaciones internacionales, desde la Terapia Ocupacional se encuentran “Aspectos de significado, cultura e inclusión en Terapia Ocupacional” (Iwama, 2008) y “Terapia Ocupacional desde una perspectiva intercultural” (Zango, 2015). Los que hacen referencia a la intervención de Terapia Ocupacional en contextos interculturales, la influencia de la cultura sobre el comportamiento de las personas y, en consecuencia, sobre la intervención del Terapeuta Ocupacional y a las habilidades que debe tener el profesional para lograr una intervención efectiva en este tipo de situaciones.

Con lo anteriormente mencionado, queda en evidencia la escasa investigación y sistematización a nivel nacional que existe desde la disciplina, del tema a investigar, además señalar que no existen investigaciones sobre programas rurales desde la Terapia Ocupacional. A nivel internacional se puede apreciar que en los últimos años han empezado a surgir investigaciones con relación a Terapia Ocupacional e Interculturalidad. Esto da evidencia de que el tema de estudio es

novedoso, pues además de ampliar el conocimiento existente, proporcionará nuevos hallazgos provenientes de los relatos de los Terapeutas Ocupacionales que hayan trabajado con Pueblos Indígenas en los programas rurales.

Cabe destacar, además, que la mayor parte de las fuentes documentales de Terapia Ocupacional han sido desarrolladas por una minoría poblacional - perteneciente al 17% de la población mundial-, localizada principalmente en las áreas urbanas de los países anglófonos de Occidente, al amparo de la religión cristiana, la ideología liberal, la medicina convencional, el individualismo y la economía capitalista (Zango M., 2012). En contraste, esta investigación, que se realizará en un país Latinoamericano, en un equipo de trabajo rural, que se introduce en el contexto natural de las personas e interviene dentro del mismo, bajo la medicina tanto convencional como tradicional, teniendo en cuenta las visiones compartidas de los distintos grupos Indígenas que se encuentran a lo largo del territorio chileno, resulta aún más novedosa y relevante para la disciplina.

Para finalizar, es importante señalar que el Terapeuta Ocupacional, dentro de su quehacer profesional, considera a la persona como un ser biopsicosocial inserto dentro de un ambiente y contexto determinados, lo que se explica de manera que el profesional considera de su intervención los aspectos culturales, religiosos y lingüísticos de cada uno. Por lo tanto, al intervenir con personas Indígenas podría existir cierta diferencia entre las creencias culturales del profesional con las del sujeto, las cuales pueden o no dificultar el trabajo del Terapeuta Ocupacional al intervenir en equipos rurales.

Es así, que surge la interrogante acerca de ¿cómo los Terapeutas Ocupacionales realizan una intervención en contextos interculturales?, ¿de qué forma abordan a la persona perteneciente a otra cultura y cómo sortean esta diferencia de visiones acerca de las prácticas de sanación? ¿Cómo han experimentado ellos este quehacer profesional? y ¿de qué manera logran darle a la intervención la pertinencia cultural necesaria para que ésta sea efectiva y

significativa para la persona?

Por este motivo, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

“¿Cómo es la experiencia del Terapeuta Ocupacional al intervenir en los Equipos Rurales de Rehabilitación con personas pertenecientes a Pueblos Indígenas en Chile durante el año 2017?”

## Capítulo II Marco Teórico

### ***2.1 Pueblos Indígenas de Chile y su cosmovisión.***

Como se mencionó anteriormente, Chile está conformado por una variedad de Pueblos Indígenas, los cuales habitan a lo largo de todo el territorio nacional. Para esta investigación, se considerará Pueblos Indígenas, aquellos **grupos descendientes de los habitantes del territorio chileno durante la época precolombina** (Ley 19.253, 1993), y que además cumplen con ciertos criterios: mantienen fuerte **vínculo con los territorios y los recursos naturales**, poseen **sistemas sociales, económicos y políticos bien determinados** y presentan idioma, cultura y creencias diferenciadas (Organización de las Naciones Unidas, 2014).

La ley 19.253 (1993) reconoce la existencia de nueve Pueblos Indígenas; Aymaras, Quechuas, Atacameños, Collas y Diaguitas en el norte del país; Mapuches, Kawashkar o Alacalufe, y Yamana o Yagan en el sur, y por último Rapa Nui en la Isla de Pascua o Polinesia. Según el censo realizado el año 2002, la población Indígenas en el territorio nacional corresponde a 692.192 habitantes, lo que equivale al 4,6% de la población chilena. De esta población, un 87,3% corresponde al Pueblo Mapuche, 7% Aymaras, 3% Atacameños y la suma entre los Pueblos Quechuas, Collas, Rapa Nui, Yámana y Kawéskar corresponde solo a un 2,7%. En dicho censo, no se contempla la población Diaguita, ya que está fue reconocida como tal, apenas en el año 2006.

Cada uno de estos Pueblos posee una cosmovisión particular, a través de la cual interpretan y dan significado al mundo y a los procesos vitales del ser humano. Poseen una cultura propia, la cual abarca mucho más que simples actividades y costumbres, está presente en cada componente del ser humano, llegando a definir las perspectivas y puntos de vista de éste, proporcionándole una

forma de ver el mundo, determinando sus manifestaciones artísticas, científicas, sociales, concepciones de salud y prácticas medicinales, entregándole un modelo comportamental y de interacción social (Tylor, 1861). Presentan también “normas culturales”, entendidas como aquellas escalas de valores, protocolos y conjuntos de sistemas coherentes de actitudes y comportamientos, que se encuentran interiorizados por las personas y que garantizan la preservación de la tradición (Bauman, 2009).

Lo anterior son en su conjunto manifestaciones culturales de cada Pueblo, aspectos que como hemos mencionado determina dimensiones de la vida de las personas. Una de estas dimensiones es la salud, la cual, es el eje central de esta investigación, ya que se da un énfasis al encuentro entre las dos grandes visiones de ésta: La primera es la medicina convencional, definida por la Organización Panamericana de Salud (2006), como una medicina:

“Cuyo paradigma básico se funda en las relaciones causa efectos lineales entre las carencias, los microorganismos, los procesos orgánicos y los factores relacionados con el ambiente y el desarrollo de la enfermedad y por tanto su curación. La medicina convencional se apoya en la farmacopea química para sus tratamientos, en los recursos de la cirugía biológica, el empleo de instalaciones hospitalarias y los equipamientos e instrumental específico”.

Ésta es la medicina preponderante en los sistemas de salud actual. Por otra parte, está la medicina tradicional, que es todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias Indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales. Esta es la visión que tienen los Pueblos Indígenas sobre la salud (OMS, 2010).



Para describir la integración de la cultura y la influencia de la cosmovisión, en la concepción del proceso salud-enfermedad de los distintos Pueblos Indígenas, se centrará en aquellos con una población más representativa, que son Mapuche, Aymara y Atacameños.

A continuación, se describen algunos antecedentes relevantes para comprender en su conjunto las características de estos Pueblos Indígenas:

### *2.2.1 Aymaras:*

Esta comunidad está ubicada en el extremo norte de Chile, poblando zonas de la región de Arica y Parinacota y región Tarapacá, ocupando territorios altiplánicos, precordilleranos y quebradas. El censo de 2002 señala que la población Aymara alcanza a 48.551 personas donde 24.118 son hombres y 24.313 mujeres que se encuentran divididos en numerosos poblados que están compuestos por un Pueblo central.

Según Valdivia (2006), en su artículo *Cosmovisión Aymara y su aplicación práctica en su contexto sanitario en el Norte de Chile*, describe que este Pueblo Indígena tiene una cosmovisión propia, que se origina con la Pachamama, que es el espíritu de la tierra, lugar donde se desarrolla la diversidad y próspera la vida. Da origen al Ayllu, que es la comunidad familiar con un tronco común de parentesco, su tierra y la naturaleza, otorgándole la fertilidad y la abundancia. Este mundo organizado por los Aymaras se encuentra dividido en tres niveles; Araj o Alax Pacha, que es el mundo superior a los mortales, el espacio extraterrestre, de donde proviene el control del universo, la suerte, la vida y todos los espíritus sagrados. El segundo nivel, Aka Pacha, es el mundo presente, el espacio vivido, que se divide en tres divinidades claves, Mallku, Pachamama y Amaru. El último nivel es Manqha Pacha, es el mundo de abajo, donde reina el caos que está controlada por las fuerzas de ArajPacha.

En la cultura Aymara los espíritus protectores y de los antepasados que dieron origen a este Pueblo Indígena, que son aquellos que dominan a la comunidad, se ubican en el cerro Achachilas.

Además, la cosmovisión del Pueblo Aymara señala que el cuerpo está compuesto por dos sustancias: el cuerpo y el alma -que corresponde al ánimo o Ajayu - las cuales son interdependientes, y a su vez, dimensiones opuestas. El cuerpo es el elemento que se utiliza para mantener el espíritu. (Onofre, 2004). Por su parte el Ajayu corresponde a la parte energética que se encarga de mantener y vitalizar al cuerpo físico (Chambi, 1998).

El concepto de Salud Aymara según el artículo, Cosmovisión Aymara y su Aplicación y Práctica en su contexto sanitario del norte de Chile (Valdivia, 2006) señala:

El concepto de salud se refiere no solamente a la salud del cuerpo y de la mente, al equilibrio, armonía e integridad física. Es todo aquello, pero además incluye la buena suerte, el equilibrio y el bienestar social y económico de las personas, las sanas y armoniosas relaciones en su familia y su comunidad, con sus difuntos y espíritus protectores, su Madre Tierra (p.3).

Por su parte, el concepto de enfermedad corresponde a las desarmonías provocadas por un desequilibrio en el cuerpo, expresándose como enfermedad, la cual, al mismo tiempo, es entendida como una persona, la cual, viene a recordar a la persona enferma, que se descuidó y por tanto, es merecedora de la patología: así es como alguien es visitado por una enfermedad (Chambi, 1997).

El agente médico corresponde al Curandero o Qulliri, que es el encargado de realizar rituales que son amplios y diversificados en forma simbólica. Dentro de éstos se encuentran los sahumeros, que corresponden a “una práctica, que se realiza ya sea para curar dolencias físicas o como procedimientos simbólicos,

como purificación y a la expulsión de males espirituales” (Valdivia, 2006). Otro de los rituales que realiza son: lectura de la hoja de coca, a través de análisis de símbolos sagradas; análisis psíquico de los sueños; análisis de los acontecimientos extraordinarios (presagios), examina la orina, entre otras cosas (Mamani, 2004).

### *2.1.2 Atacameños:*

Los Atacameños o Likan-antai se localizan en la cuenca del Salar de Atacama y en los ríos Loa y Salado, lugares que corresponden a las comunas de Calama y San Pedro de Atacama en la segunda región del país. Según datos del censo (2002) corresponden a esta comunidad 21.015 personas, en donde, aproximadamente 13.800 son las que viven en comunidades dentro de la región. Este Pueblo Indígena se caracteriza por la lengua Kunza y una cosmovisión vinculada al mundo andino. Es dentro de la lógica andina que los acontecimientos ocurren por la fuerza vital de la tierra, la Pachamama, y se desarrollan de manera acertada cuando la relación que se establece con ella implica una convivencia recíproca y cariñosa en el trabajo y los recursos para éste (Van Kessel, 1991).

Desde esta cosmovisión el concepto de salud hace referencia, tanto al bienestar físico como a la armonía comunitaria, medioambiental y sobrenatural, por lo cual es vital comprender el universo natural, social y animado sobrenatural dentro del cual se desenvuelven” (Chamorro y Tocornal, 2005).

Por otro lado, la enfermedad se visualiza como un desequilibrio psicológico, socio-ambiental y, en algunos casos, mágico-religioso. En donde la enfermedad aparece como efecto del dinamismo de fuerzas y poderes de acciones externas o fuerzas sustractivas de energías, provocando debilidad o deficiencias en las respuestas del cuerpo al entorno (Sánchez 1992).

Por lo tanto, para mantener la salud, es esencial conservar una reciprocidad

constante, tanto entre los individuos de la comunidad, como con las personificaciones del entorno. Es por esto que el concepto de salud hace referencia, tanto al “bienestar físico como a la armonía comunitaria, medioambiental y sobrenatural, por lo cual es vital comprender el universo natural, social y animado sobrenatural dentro del cual se desenvuelven” (Chamorro y Tocornal, 2005).

### 2.1.3 *Mapuche:*

Este Pueblo Indígena en la actualidad ocupa el territorio chileno localizado entre la cordillera de los Andes y el Océano Pacífico y desde el alto Bio Bío y Arauco hasta la isla de Chiloé, habitando cuatro regiones del país (Bio Bio, Araucanía, Los Ríos y Los Lagos). Siendo en la Región de La Araucanía donde existe la mayor concentración de población, con más de dos mil comunidades Mapuche. Presentan una cosmovisión con una gran riqueza y diversidad de ritos y ceremonias. Reconoce la tierra como base de su existencia y cultura y en su concepción de la realidad existe una relación indisoluble entre la naturaleza, el ser humano y lo sobrenatural. (Instituto Nacional de Estadística, 2005)

El libro “Conociendo la cultura Mapuche” (Consejo Nacional de la cultura y las artes, 2012), señala que este Pueblo ordena el universo en tres dimensiones: Wenu Mapu, correspondiente a la dimensión sobrenatural donde se origina todo bien; Minche Mapu, que también es una dimensión sobrenatural, pero representa todo lo oculto y negativo y por último está el Nag Mapu, que es la tierra en su dimensión natural, con todas sus leyes naturales, donde interactúan las fuerzas cósmicas del bien y el mal. En cada una de estas dimensiones habitan distintos espíritus, positivos, negativos y otros encargados de proteger la tierra y supervisar la relación del hombre con ésta.

Además, se agrega que “El modelo de salud mapuche deriva de su cosmovisión y su objetivo es el equilibrio y armonía espiritual, corporal y con la

naturaleza” (Consejo Nacional de la cultura y las artes, 2012). Se basa en dos elementos fundamentales: primero, la mantención de la reciprocidad en las relaciones del hombre con los seres espirituales y la esfera sobrenatural y segundo, la idea de que el mundo está conformado por unidades de polos opuestos y complementarios, conformando una dualidad indisociable, que define la vida de los individuos.

Desde este punto de vista, la lucha contra el mal y las energías negativas, se definiría como salud, un estado de equilibrio y armonía con las fuerzas de la naturaleza. Por otro lado, el origen de la enfermedad estaría asociado al mal, a la pérdida de este equilibrio.

Según lo expuesto en el libro “Conociendo la cultura Mapuche” (Consejo Nacional de la cultura y las artes, 2012), el Pueblo mapuche define el concepto de enfermedad en tres categorías: La primera, Re kutxan, son enfermedades simples que se producen por el solo efecto de la naturaleza humana, como el dolor de cabeza (Logko kutxan) o dolor de estómago (Pütxa kutxan); La segunda, weza kutxan, son enfermedades complejas, que tienen dos variables. La primera relacionada con influencias de terceros, donde encontramos diferentes tipos de infitun e ileltun, que consisten en la manipulación de ciertos elementos para producir daño y la segunda está relacionada con fenómenos propios de la naturaleza, donde encontramos los weza kutxan, de carácter natural, que tienen que ver con el desgaste de los organismos vitales del ser humano o fuertes transgresiones a las normas del az-mapu (Código de normas y leyes que regulan el comportamiento del mapuche con la naturaleza). Finalmente están los Püllü Kutxan, enfermedades que tienen que ver con el espíritu y el alma, éstas sólo pueden ser tratadas dentro del marco de la cosmovisión mapuche y a través de la intervención de la machi.

La Machi, es el principal agente médico, la cual, tiene la responsabilidad de sanar y mantener la salud de su Pueblo e intermediar entre los espíritus y fuerzas

de la naturaleza y el hombre. Al preservar estas tradiciones, el Pueblo Mapuche ha logrado que sus prácticas medicinales permanezcan vigentes hasta el día de hoy. Consejo Nacional de la cultura y las artes, (2012).

A partir de lo expuesto anteriormente, queda manifiesto, la existencia de múltiples perspectivas para la construcción de conocimiento, tanto del mundo como de la relación que tiene el hombre con éste, a su vez de las concepciones del proceso salud-enfermedad y de las prácticas médicas, por parte de estos Pueblos Indígenas. Y es en relación a esto mismo, se vuelve indispensable entender el abordaje que el Estado Chileno a través de las instituciones de salud y sus profesionales le otorgan a la intervención sanitaria a estos Pueblos.

## ***2.2 Políticas Públicas en Salud que sustentan la intervención con Pueblos Indígenas***

Las problemáticas en salud dentro de la población Indígenas chilena no son un tema menor. En primer lugar, en las zonas rurales, tanto los hombres como las mujeres Indígenas se encuentran integrados al sistema público de salud y reciben cobertura del sistema, llegando los primeros a un 93,4% y a un 96,2% los segundos. Es posible identificar que también en la población Indígenas urbana los porcentajes de cobertura del sistema público de salud son de 73,5% en el caso de los hombres y de 78,9% en el caso de las mujeres (INE, 2002).

El reporte, Estadísticas Sociales de Los Pueblos Indígenas en Chile (INE, 2002), refiere que la población Indígenas que presenta alguna discapacidad en Chile, corresponde al 3%, lo que involucra a 20.768 personas. La mayor frecuencia es lisiado/parálisis, que representa el 32,7% (6.798 personas); en segundo lugar, se encuentra la deficiencia mental con un 25% (5.182 personas), por último, la mudez, que solo afecta al 2,1%.

De este mismo registro se puede señalar que en los menores de 19 años la deficiencia mental es el tipo de discapacidad que aparece con más frecuencia

(49,6%), seguido por lisiado/parálisis (23,2%), en cambio, en las personas mayores (65 y más años), destacan aquellas deficiencias asociadas a la edad, como la sordera y la ceguera, las que en conjunto suman un 55,3%. Por último, cabe señalar que, dentro de todos los grupos etarios, los que predominan con alguna deficiencia son los hombres.

Es por esta razón, que el Gobierno de Chile y el Ministerio de Salud, se han visto en la necesidad de desarrollar estrategias de atención sanitarias, que integren la cosmovisión de los Pueblos Indígenas en sus prestaciones de salud. (INE, 2002).

Estas estrategias tienen sus bases en el acuerdo de Nueva Imperial celebrado entre los dirigentes del conjunto de los Pueblos Indígenas y el ex-presidente Patricio Aylwin, donde se establecen las bases de un nuevo y permanente diálogo entre los Pueblos Indígenas de Chile y el estado, en una relación multilateral (Política de nuevo trato con los Pueblos Indígenas, 2004).

A partir del Acta de Nueva Imperial -que reconoce y valora el carácter multicultural de la sociedad chilena- se establece que desde el año 1996, el Ministerio de Salud mantendrá un programa especial con los Pueblos Indígenas, destinado a avanzar en el conocimiento de las necesidades de salud con este sector de la población. Por otro lado, se trata de entender cuáles son estas necesidades y a su vez, buscar formas de abordarlas en un marco de respeto de los conocimientos y prácticas de salud que ellos poseen.

Posteriormente a este tratado, se implementa la Unidad de Salud y Pueblos Indígenas, cuyo propósito es el trabajo coordinado a nivel nacional, regional y local, entre instituciones de salud, organizaciones Indígenas, otros sectores y centros académicos (Ministerio de Salud, en adelante MINSAL, 2003). Esta unidad desarrolla dos programas. El primero es el "Programa de Salud y Pueblos

Indígenas”, implementado en el año 1996, con acción en 22 de los 28 servicios del país. Uno de los objetivos de este programa es que ningún chileno (se considera que los Pueblos Indígenas se encuentran amparados jurídicamente por la nacionalidad e institucionalidad chilena que se reconoce como multicultural), bajo ningún pretexto, pueda ser discriminado o postergado en la solución de sus problemas de salud. Pretende fortalecer la capacidad técnica y de gestión de las instituciones responsables de la salud de las poblaciones Indígenas, a través del desarrollo y evaluación de planes de salud intercultural, asegurando un mayor acceso a los servicios de salud y atención de calidad, contribuyendo así a mejores niveles de equidad.

El segundo es “El Programa de Desarrollo Integral de Comunidades Indígenas Orígenes” que se implementa desde el año 2001, en convenio con el Banco interamericano de desarrollo (BID) y el Ministerio de Planificación y Cooperación (en adelante Mideplan), enfocado en localidades rurales de las regiones I, II, VIII, IX y X. Se presenta como un dispositivo de intervención respetuoso de las diferencias culturales cuyo fin es “desarrollar una política de cooperación entre los Pueblos Indígenas y el Estado Chileno haciendo más pertinente las respuestas de éste, con el propósito de contribuir al desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida de los Pueblos Aymara, Atacameño, y Mapuche del sector rural” (Ministerio de Planificación y Cooperación, 2004). El programa está compuesto por cuatro líneas de trabajo: Desarrollo productivo, Educación Intercultural, Fortalecimiento institucional y Salud Intercultural. Éste último contempla el diseño e implementación de un modelo de salud intercultural, a través del fortalecimiento de la medicina propia de la cultura y de la sensibilización de los funcionarios del sistema de salud a la temática Indígenas para mejorar la atención y la pertinencia cultural en la atención de ésta población. Además, busca mejorar la situación de la salud de la población Indígenas, mediante la eliminación de barreras culturales y la ampliación del acceso a los servicios públicos (Ministerio de Planificación y Cooperación, 2004).



Otro programa que trabaja con Pueblos Indígenas al Servicio de Salud, es el Programa Especial de Salud de Pueblos Indígenas (en adelante PESPI), que comienza a impartirse en el año 2006 y cuyo propósito es que las personas pertenecientes a estos Pueblos participen de los procesos de formulación y evaluación de los Planes de Salud Intercultural en la Red Sanitaria, a través de Mesas de Salud Intercultural Local. Estas Mesas de Salud Intercultural están constituidas por un Asesor y Facilitadores Interculturales, Referentes Técnicos de Salud de la Dirección de Salud Comunal y Encargados de Participación y Promoción de cada centro de Atención primaria en Salud (en adelante APS). El PESPI comienza a expandirse gradualmente, llegando el año 2012 a 25 de los 29 Servicios de Salud (MINSAL, 2017).

Junto con todo lo anterior, en el año 2012, se promulga la ley de derechos y deberes de los pacientes. En el Art. VII de ésta, se estipula el derecho a recibir una atención de salud con pertinencia cultural y a la asistencia religiosa de dicha cultura. (Ley 20.584 Constitución Política de la República de Chile, 2012).

En definitiva, se puede apreciar que a lo largo de los años el Estado Chileno se ha encargado de implementar programas de salud que intervengan con personas pertenecientes a Pueblos Indígenas. Además, ha buscado formas para incorporar su perspectiva dentro de la atención en salud, con el propósito de favorecer la interacción entre la medicina tradicional propia de éstos Pueblos, con la medicina convencional, de esta manera se puede reconocer el rol que toma la cultura en la salud, determinando y estructurando el desempeño de las personas en su diario vivir.

### ***2.3 Programa de Rehabilitación Integral***

Además de los programas descritos anteriormente, en el año 2006 el MINSAL implementa el Programa de Rehabilitación Integral, que si bien, no está enfocado netamente en la intervención con personas pertenecientes a algún Pueblo

Indígena, sí tiene una visión biopsicosocial de las personas y le otorga valor al componente cultural.

Este programa surge debido al alto índice de personas en situación de discapacidad -permanente o transitoria- que residen en un domicilio rural y que no pueden acceder a un servicio de salud de forma frecuente y/o oportuna. El propósito de éste es “entregar prestaciones de rehabilitación de calidad, en forma oportuna y accesible, a las personas en situación de discapacidad, permanente o transitoria, mejorando la resolutivez a nivel de la atención primaria de salud” (Subsecretaría de redes asistenciales: división de atención primaria, 2014). Las intervenciones de este programa se centran en disminuir el impacto que ejerce el hecho de encontrarse en una situación de discapacidad, sobre la independencia y la participación social de las personas. Está dirigido a todos los usuarios que cumplen con los criterios de inclusión: pertenecer a la población rural, presentar dificultades de acceso, que tengan problemas de salud que requieren de una intervención de rehabilitación que sea precoz y oportuna. (Luis Espinoza, Director Programa Rural, Dpto. de APS y Salud Rural, 2017).

El programa implementa estrategias desplegadas a través de todo el país, focalizándose bajo tres líneas estratégicas:

La primera es la rehabilitación integral, que tiene un enfoque biopsicosocial, cuyo objetivo es responder a las necesidades de rehabilitación, mejorando la eficacia de las prestaciones de salud. La segunda es la rehabilitación de base comunitaria que busca entregar una atención sanitaria respetando todas las particularidades locales, como lo son las diferentes culturas, poblaciones rurales y sus propios desarrollos y procesos sociales. Y por último está la rehabilitación rural, que consiste en una dupla terapéutica que se desplaza a los sectores rurales más aislados para intervenir a usuarios que no tienen los recursos ni la posibilidad de traslado para acceder al servicio de rehabilitación.

Específicamente en ésta última estrategia radica la importancia de abordar a la población rural, en donde como se dijo anteriormente, un alto porcentaje pertenece a algún Pueblo Indígena.

### *2.3.1 Equipos de Salud Rural y el Rol de Terapeuta Ocupacional*

Como se menciona en el apartado anterior, la estrategia de rehabilitación rural está compuesta por un equipo rural, que de acuerdo a, la Subsecretaría de Redes Asistenciales en APS (2014) define como:

“Un equipo compuesto por un Terapeuta Ocupacional y un Kinesiólogo, los cuales, se desplazan a zonas rurales en donde atienden a personas en situación de discapacidad en su domicilio, dando apoyo a la familia y cuidadores, además de trabajar en actividades que tienen como objetivo la prevención e inclusión social junto a la comunidad” (p.8)

Estos equipos cuentan con un ítem de insumos anual, el cual contempla materiales para: Confección de ortesis y adaptaciones, terapias y actividades comunitarias y de educación, con el fin de que la falta de estos no influya en las actividades terapéuticas. Además, en caso de ser necesario, cuenta con el apoyo de otros profesionales de Salud tales como: Médico general o familiar, Psicólogo, Nutricionista, Enfermera y Técnico Paramédico. (Orientaciones Metodológicas para el desarrollo de las estrategias de Rehabilitación en APS, MINSAL 2010).

La intervención de estos equipos está enfocada en el área física, esto se debe a que, al momento de formular el programa de rehabilitación integral, se utilizó como base los datos de la Encuesta Nacional de Discapacidad del año 2004, donde se señala que “dentro de todas las discapacidades, las más prevalentes eran las del ámbito físico y las sensoriales.”

Las funciones de estos equipos al momento de intervención se encuentran establecidas en el documento, “Orientaciones metodológicas para el desarrollo de las estrategias de rehabilitación en Atención Primaria en Salud” (2010), las cuales son:

- Hacer un diagnóstico participativo en las comunas rurales para conocer cuántas personas están en situación de discapacidad, grado y problemas de este grupo.
- Evaluar a estas personas en su domicilio.
- Definir un Plan de Tratamiento a cumplir por la persona, la familia y/o el Técnico Paramédico.
- Transferir conocimientos en rehabilitación al Técnico Paramédico, la familia y la comunidad.
- Referencia al nivel secundario cuando sea preciso.
- Transportar a la persona en situación de discapacidad y familiar a cualquier otro establecimiento de la red para dar continuidad a los cuidados de su salud.
- Mejorar el acceso a la entrega de las prestaciones, de acuerdo a los programas correspondientes al ciclo vital personal y familiar
- Apoyo al municipio en el desarrollo de políticas relacionadas a la discapacidad.
- Trabajo directo con las organizaciones sociales y el inter sector, apoyando el desarrollo de las redes locales, definiendo un Plan de Trabajo conjunto.
- Atención clínica en las comunidades (p. 10).
- Actividades terapéuticas y de prevención en salud
- Apoyar el manejo terapéutico de las personas en situación de discapacidad, su familia y/o cuidador.
- Representan un agente de cambio del entorno social y físico, implementando estrategias en la comunidad que permitan mejorar las condiciones de inserción social de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla y proporcionando ayudas técnicas que faciliten su desempeño ocupacional.

El equipo rural realiza un diagnóstico comunitario participativo, el cual permite identificar a las personas que -en esa comunidad- se encuentran en situación de

discapacidad o en riesgo de adquirirla. A su vez identifica, cuantifica y valora, los recursos comunitarios que pueden incidir de forma positiva o negativa en los procesos de rehabilitación. También realizan una evaluación y abordaje integral de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla y de su entorno familiar y físico. Confeccionan planes de tratamiento con objetivos y plazos acordados con la persona, su familia y/o cuidador (Orientaciones Metodológicas para el desarrollo de las estrategias de rehabilitación en APS, MINSAL 2010).

Estas Orientaciones metodológicas para el desarrollo de las estrategias de rehabilitación en Atención Primaria en Salud no explícita un enfoque intercultural para su implementación, y en donde el Terapeuta Ocupacional compensa en alguna medida por su enfoque holístico, comunitario y físico rehabilitador, comprendiendo a la persona en su totalidad e interviniendo en el ambiente cotidiano de ésta y en todos los contextos en que se desenvuelve cumpliendo roles de promotor de salud, administrador y gestor de recursos comunitarios, agente transformador de la comunidad, articulador de la red de salud y agente rehabilitador. Para poder cumplir con su rol, se vale de distintas estrategias y modelos de intervención, algunos de los que se consideran relevantes para esta investigación son:

Para intervenir con Pueblos Indígenas, se utilizan los modelos integrales de Terapia Ocupacional los que según el artículo Culture, Ethnicity and race in Occupational Therapy (Dick, 2014) corresponden a los modelos de Ocupación Humana y Canadiense del desempeño ocupacional, ya que tienen en cuenta el ambiente y cultura de cada persona, en donde se visualiza al ser humano de manera individual, como a su vez, dentro de un ambiente físico y social determinados, con un contexto cultural específico.

Se utiliza también el Modelo Rehabilitador que tiene como objetivo facilitar el desempeño ocupacional mediante la compensación de las funciones pérdidas o

no desarrolladas. En donde su característica central es el uso de adaptaciones, órtesis y ayudas técnicas, supresión de barreras arquitectónicas, modificaciones ambientales, entre otras, las cuales son confeccionadas por el Terapeuta Ocupacional (Valdés, 2013).

Junto con estos modelos, se utilizan distintas estrategias, una de éstas es la Rehabilitación Basada en la Comunidad (en adelante, RBC), la cual, constituye una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad. La RBC se lleva a cabo por medio de los esfuerzos combinados de las propias personas discapacitadas, de sus familias y comunidades, y de los servicios de salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondientes.

Los objetivos principales que persigue la RBC según la OMS son: “Asegurar que las personas con discapacidad puedan desarrollar al máximo sus capacidades físicas y mentales, tener acceso a los servicios y a las oportunidades ordinarios y ser colaboradores activos dentro de la comunidad y de la sociedad en general.” E “Impulsar a las comunidades a promover y proteger los derechos de las personas con discapacidad mediante transformaciones en la comunidad, como, por ejemplo, la eliminación de barreras para la participación.” (OMS, 2005).

Además, se utilizan técnicas participativas en educación popular, las cuales, se aplican en grupos sociales para obtener información, generar discusiones y para buscar la reflexión desde lo que las personas saben y han vivido, obteniendo información tanto personal como del entorno (Coppens y Van de velde, 2005). Laura Vargas (1984) define cuatro tipos de técnicas; Técnicas o dinámicas vivenciales que son aquellas que nos hacen vivir una situación a través de animaciones y análisis. También destacan técnicas de actuación, técnicas auditivas y audiovisuales y las técnicas visuales donde destacan dos grupos; técnicas escritas y técnicas gráficas.

Estas estrategias y modelos proporcionan una base teórica para favorecer el rol del Terapeuta Ocupacional en la intervención, en donde se aborda a la persona desde una mirada holística, tomando en cuenta su estado físico, mental y social, además de tener presente los diferentes ambientes en donde se desenvuelve la persona, considerando los valores, creencias y cultura de cada una.

Con lo anteriormente expuesto, surge la necesidad de considerar la experiencia de los Terapeutas Ocupacionales, utilizando estas estrategias y además conocer el significado que éstos le otorgan a la intervención en contextos interculturales.

#### ***2.4 Experiencia del Terapeuta Ocupacional en contextos interculturales***

En primer lugar, se debe determinar lo que es una experiencia. Para esta investigación, se entenderá desde dos acepciones.

La primera es la experiencia vital, aquello que define a cada persona, determinada por sus raíces, familia y amigos, los entornos en los que se desarrolló, valores y principios que le han sido inculcados y todas aquellas vivencias de su ciclo vital. Para Kant (1724 - 1804) “la experiencia indica la referencia del conocimiento, a partir de la cual tiene que elaborarse, a la que ha de adecuarse, responder y corresponder, de la que tiene que dar razón o incluso la que ha de ser su contenido.” Para Kielhofner (2004), en todo momento que hacemos algo, vivimos una experiencia, podemos sentir placer, aburrimiento, ansiedad. Tener sentimientos de duda, acerca de nosotros mismos o sentir autoconfianza. Podemos enfrentarnos a una situación de forma deliberada, con fuertes convicciones acerca del porqué de nuestras acciones o con dudas de ellas. En síntesis, esta experiencia vital, es todo aquello que le ocurre a la persona, desencadenando sentimientos, pensamientos, desafíos y conocimientos, algo a lo que debe enfrentarse y resolver, valiéndose de sus experiencias pasadas y



permitiéndole construir nuevo conocimiento

La segunda acepción de experiencia, es la asociada al ámbito laboral, es decir, la experiencia profesional, determinada por la formación académica, experiencias prácticas, y toda la historia laboral previa que le permite al profesional desarrollar competencias laborales, entendidas como "capacidad efectiva para llevar a cabo exitosamente una actividad laboral plenamente identificada" (Programa de Cooperación Iberoamericana para el Diseño de la Formación Profesional, 1998)

Estas dos acepciones de la experiencia humana, en conjunto, le permiten al Terapeuta Ocupacional desenvolverse como profesional, interactuar con personas de distintas culturas y en distintos contextos, adquirir información acerca de sus capacidades y flaquezas y le proporcionan la oportunidad de cambiar, adaptar y mejorar su quehacer profesional. Como afirma Jorge Larrosa (2006) "la experiencia me forma y me transforma. De ahí la relación constitutiva entre la idea de experiencia y la idea de formación. De ahí que el resultado de la experiencia sea la formación o la transformación del sujeto".

La experiencia se refiere entonces, a "los pensamientos y los sentimientos inmediatos que emergen desde lo íntimo del desempeño y en respuesta al desempeño" (Kielhofner, 2004). Pero las personas no se limitan únicamente a experimentar, sino que además, le otorgan a cada experiencia una interpretación o significado diferente. Esta interpretación es definida por Kielhofner (2004) como "evocar y reflexionar acerca del desempeño en términos del significado que tiene para uno mismo y su propio mundo".

En síntesis, El Terapeuta Ocupacional que interviene con personas pertenecientes a Pueblos Indígenas, se enfrenta a diferentes situaciones, donde deben dar respuesta a las necesidades de las personas, sin dejar de lado la relevancia del componente cultural en estos contextos. De ahí el valor de sus experiencias pasadas -tanto personales como profesionales- para lograr una

intervención eficaz, efectiva y significativa para la persona. Y del mismo modo, la importancia que tiene el significado que el profesional les otorga a estas intervenciones,

Dentro de la escasa literatura sobre el tema, existen estudios realizados en España y Colombia que exponen la experiencia de Terapeutas Ocupacionales en contextos interculturales.

Según el estudio, Aportaciones de la etnografía doblemente reflexiva en la construcción de la Terapia Ocupacional desde una perspectiva intercultural (Zango M, I, y Moruno M 2012) en el cual se realizó un análisis de las aplicaciones profesionales de la Terapia Ocupacional en contextos interculturales, desde la experiencia de éstos mismos, se señala lo siguiente:

“Formándonos como Terapeutas Ocupacionales, siguiendo los planteamientos predominantes del Aparato Médico Sanitario, apenas se nos hizo referencia a los factores culturales presentes en las representaciones y prácticas de los colectivos sociales respecto del proceso salud/enfermedad/atención, obviando cómo estos intervienen en la relación y evidenciando la falta de de eficacia terapéutica en determinados contextos” (p. 15)

En el relato se menciona que, al formar a los Terapeutas Ocupacionales, no se le daba al componente cultural el papel determinante que juega sobre los hábitos, costumbres y ocupaciones de los grupos sociales y al mismo tiempo, queda en evidencia, que el obviar este elemento, repercute de forma negativa en la intervención de Terapia Ocupacional.

Además, el mismo estudio muestra la experiencia de una Terapeuta Ocupacional que se encontraba trabajando en un contexto intercultural y se vio en la necesidad de explicar y validar su intervención frente a profesionales de otras

disciplinas. Lo que evidencia la escasa información que existe sobre el rol que desempeña la Terapia Ocupacional en contextos interculturales:

“Mientras intentaba justificar la relevancia de mi estrenada profesión para el desarrollo con un colectivo profesional diferente al propio, fui consciente de la dificultad de explicar y comprender, sin controversia y confusión, la naturaleza de la ocupación” (p. 25)

En estas líneas se expone la necesidad de otorgar más relevancia al componente cultural en la formación profesional de Terapeutas Ocupacionales y por consecuencia, en las intervenciones. Además de la necesidad de evidenciar frente a otras disciplinas el rol de la Terapia Ocupacional.

Los mismo autores mencionan que el desarrollo de la Terapia Ocupacional desde una perspectiva intercultural implica mucho más que involucrar y favorecer la participación de personas de diferentes culturas en ocupaciones significativas, ya que, el profesional de Terapia Ocupacional, debe desarrollar aspectos relacionados con la competencia y la sensibilidad cultural (Zango M. I, et al., 2013), Para lograr estos aspectos, el Terapeuta Ocupacional requiere realizar un análisis de las determinantes estructurales de la inequidad en salud, además de la realización de un análisis multidimensional de la identidad y la diversidad que incluya los conceptos referentes a desigualdad, diferencia y diversidad.

Se destaca también, la influencia del contexto sobre la forma, función y significado que tiene la ocupación, por lo cual es relevante considerarla una práctica social válida en contextos específicos y no de forma generalizada (Hammell, 2009).

A modo de síntesis, se percibe escasa información sobre la experiencia de Terapeutas Ocupacionales trabajando en contextos interculturales, sin embargo, dentro la información existente, se destaca la relevancia del contexto y la cultura,

la influencia que tiene sobre el desempeño ocupacional de las personas, sus prácticas de salud y el comportamiento de las personas.

#### *2.4.1 Influencias en la intervención de Terapia Ocupacional con Pueblos Indígenas*

El propósito de la intervención de Terapia Ocupacional va mucho más allá que hacer desaparecer un síntoma, esto se expresa en la definición del Comité Europeo de Terapeutas Ocupacionales que señala que el propósito de la intervención es que la persona logre “restaurar, mantener y/o desarrollar habilidades necesarias para integrarse y participar en su esfera biopsicosocial”. Los profesionales deben tener presente las realidades en las cuales se encuentran las personas a las que intervienen y los significados que comparten, para que sus intervenciones resulten efectivas. Además, deben adaptarse en respuesta a la cultura en la que se encuentran interviniendo (Zango, 2015), de tal manera de ver a la persona como un ente inserto dentro un ambiente en donde posee valores, rituales y creencias propias a un grupo cultural.

Dentro del marco de una intervención de Terapia Ocupacional que busca la integración de las personas y su participación independiente dentro su contexto cotidiano, la literatura desde la disciplina referida a interculturalidad propone seguir un posicionamiento relativista para la construcción del conocimiento y la práctica profesional (Witthof y Wilcock, 2000), entendiéndose por relativismo aquella perspectiva en donde lo que cuenta como conocimiento está establecido por cada cultura o sociedad en particular y por este motivo “las ideas, actitudes, creencias, ideales, conocimiento que los seres humanos se forjan, difieren entre sí y son relativas a la cultura o sociedad concreta a la que pertenecen” (Vega, 1995).

Haciendo referencia éstas intervenciones en distintos contextos culturales, que incorporan las ideas, actitudes, creencias y conocimiento que las personas consideran relevantes, se identifican factores que favorecen el proceso y otros que lo dificultan. Son las llamadas barreras y facilitadores, que pueden definirse como

aquellos factores que impiden o facilitan, total o parcialmente, la implementación del cambio en la práctica profesional. (Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud, 2009).

Orrego, Perez y Alcorta (2009) definen los facilitadores como aquellos elementos que favorecen el proceso de intervención, ayudando en primer lugar al equipo a identificar a la población a intervenir y en segundo lugar, a que dichas personas acepten esta intervención. Dentro de ellos se encuentran, en primer lugar, la formación profesional, que para esta investigación será entendida como la formación académica, prácticas profesionales y experiencias laborales. Y dentro de la formación académica se encuentran las herramientas, conocimientos y habilidades que las distintas casas de estudio les proporcionan a los estudiantes de Terapia Ocupacional, como lo son por ejemplo desarrollar la flexibilidad y capacidad de gestión profesional (Universidad Austral de Chile, 2017), **la capacidad** de evaluar desequilibrios en el desempeño ocupacional y desarrollar programas de prevención, recuperación y rehabilitación. Así como la creatividad, el aprendizaje continuo, las condiciones para el trabajo en equipo y capacidad de liderazgo (Universidad de La Frontera, 2017).

También se identifican dos habilidades que deben desarrollar los Terapeutas Ocupacionales para poder intervenir en contextos multiculturales: competencia cultural y sensibilidad cultural. Entendiéndose por competencia cultural en Terapia Ocupacional como el proceso de ser consciente de los factores que son parte del proceso salud/enfermedad e identificar estos factores culturales durante el curso, además de conocer el significado que tiene la salud/enfermedad en una cultura en específico (Awaad, 2003). Desde otra perspectiva, se propone que la competencia cultural no significa sólo ser consciente del impacto que la cultura tiene sobre la salud, enfermedad e intervención terapéutica, sino, de igual manera comprender la cultura profesional propia, esto con el objetivo de interpretar una determinada situación terapéutica desde variadas perspectivas (Odawara, 2005).

Zango M. I. (2015) señala que “la competencia cultural puede ser específica, intercultural y general”. La cultura específica hace referencia a la habilidad para participar en la vida diaria de un grupo social particular del mismo modo que se participa en el grupo cultural propio. Es intercultural, ya que enfatiza en la interrelación entre las múltiples culturas presentes en la intervención como son: la cultura personal, la cultura profesional y la cultura del contexto de intervención. Y, por último, la competencia cultural general reconoce y valora las diferencias culturales y las implicaciones de la cultura en el proceso de salud/enfermedad/atención. Los rasgos comunes de los diferentes modelos de competencia cultural propuestos en la Terapia Ocupacional señalan como aspectos fundamentales: la conciencia cultural, el conocimiento de la cultura propia, ajena y profesional, la flexibilidad, la capacidad de adaptación, la comunicación, la relevancia del encuentro terapéutico y llevar a cabo intervenciones incluyendo todos los aspectos del contexto cultural.

Por otra parte, el concepto de sensibilidad cultural, se refiere a la disposición favorable del profesional para realizar intervenciones con personas de diferentes culturas. En este sentido, el desarrollo de una intervención de Terapia Ocupacional sensible culturalmente implica: involucrar a personas de diferentes culturas en la construcción del conocimiento, conocer y adquirir habilidades culturales, analizar el multiculturalismo y ser consciente de la propia cultura profesional.

Como ya se mencionó, así como existen facilitadores, también existen barreras. En cuanto a obstáculos de accesibilidad a los servicios de salud, Achicanoy, Balaguera y Bolívar (2011) consideradas cinco tipos de barreras:

Las Barreras Geográficas, las cuales son limitaciones que presenta una persona para acceder de forma oportuna y adecuada a los servicios de salud, puede hallarse esta barrera por obstáculos propios de la localización de la

comunidad, falta de vías de comunicación adecuadas o por la distribución física de los servicios de salud.

Las Barreras Administrativas, en donde la atención es limitada por los trámites que deben ser asumidos por la persona y que pueden retrasar la atención.

La Barrera Económica, que no solo se refiere al costo que significa la atención de salud. Además, dentro de esta barrera se consideran costos de transporte, medicamentos e insumos que deben ser costeados por la persona.

Barrera de continuidad: a pesar de recibir las presentaciones en salud, el usuario puede requerir de servicios adicionales para la completa resolución de su problemática de salud.

Y por último las Barreras Culturales, las cuales, impiden que las personas reciban atención de calidad y calidez, las cuales según Achicanoy, Balaguera y Bolívar (2011) constituyen una forma indirecta de las altas tasas de morbilidad y mortalidad en zonas Indígenas.

Dentro de las barreras culturales se encuentra la percepción que la persona tenga acerca de la deficiencia de salud física/mental y la falta de comprensión de que ciertos factores o estilos de vida pueden ser la causa de enfermedad, por lo tanto, las distintas concepciones sobre salud podrían constituir una barrera en el proceso de intervención (Achicanoy et al. 2011).

Además, dentro de las barreras culturales se pueden encontrar barreras en la comunicación y calidad del trato, esto debido a diferentes códigos culturales, símbolos, roles tanto familiares como dentro de una comunidad y la percepción que se tiene sobre el propio cuerpo. Es frente a esto que Rodríguez (2007) señala que “se requiere un reconocimiento y valoración de los conocimientos y saberes de sistemas de salud tanto occidental como Indígenas, siempre apuntando a una

complementariedad de ambos.

Leal (2013) plantea que “los usuarios o pacientes que tienen referencias étnicas, culturales, religiosas o lingüísticas diferentes a las del servicio de salud, y profesionales que atienden en él, son particularmente vulnerables a experimentar situaciones de incompreensión, rechazo o desatención por parte de las instituciones de salud.” Ligado a esto, surge la necesidad de saber si esta situación realmente existe en nuestro país, y de ser así, es relevante conocer el abordaje que le dan los profesionales a este tipo de atención en salud y las estrategias que utilizan para que dichas situaciones no ocurran.

Es por este motivo que la profundización en el conocimiento de las experiencias de Terapeutas Ocupacionales en contextos interculturales -en este caso, dentro de equipos rurales que intervienen con Pueblos Indígenas- se vuelve un tema de importancia, ya que permitiría conocer los abordajes que se dan en estas situaciones, el significado que tienen estas intervenciones para los Terapeutas Ocupacionales, nutriendo la disciplina, enriqueciendo el conocimiento existente y favoreciendo una intervención intercultural eficaz, efectiva y significativa, tanto para la persona como para el Terapeuta Ocupacional



## Capítulo III Marco Metodológico

### 3.1 *Pregunta de Investigación*

El objetivo de esta investigación es analizar las experiencias del Terapeuta Ocupacional al intervenir en los Equipos Rurales de Rehabilitación con personas pertenecientes a Pueblos Indígenas en Chile durante el año 2017. Esto con el propósito de descubrir los factores que favorecen la interacción intercultural, las dificultades y las barreras que estos han presentado al momento de intervenir y las estrategias que han utilizado para superar estas últimas y lograr una óptima y efectiva intervención.

La idea anterior surge debido a la falta de conocimiento respecto al abordaje de Terapeutas Ocupacionales, al intervenir con personas de Pueblos Indígenas, que poseen hábitos, tradiciones y costumbres propias de su Pueblo y además practican su propia lengua, religión y cultura.

Es por este motivo, que se plantea la interrogante acerca de cómo proceder cuando se produce este encuentro entre las dos visiones sobre la salud y la enfermedad, que por un lado trae consigo el Terapeuta Ocupacional desde su formación desde la medicina convencional y por otro lado la medicina tradicional correspondiente a los Pueblos Indígenas. Otra inquietud a resolver es, el cómo se aborda la intervención del Terapeuta Ocupacional en un contexto multicultural y cuál es el proceso para que la intervención sea la apropiada para la persona y lograr así la pertinencia cultural que la Terapia Ocupacional integra dentro de su paradigma, planteándose la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es la experiencia del Terapeuta Ocupacional al intervenir en los Equipos Rurales de Rehabilitación con personas pertenecientes a Pueblos Indígenas en Chile durante el año 2017?

### *3.1.1 Preguntas directrices*

Para dar respuesta a la pregunta de investigación anterior, se plantean las siguientes preguntas directrices:

- ¿Se han presentado dificultades al intervenir desde los Equipos Rurales de Rehabilitación con personas pertenecientes a Pueblos Indígenas? ¿Cuáles?
- ¿Qué estrategias se utilizaron para vencer las dificultades presentadas al intervenir con personas pertenecientes a Pueblos Indígenas?
- ¿Qué factores favorecen la interacción en la intervención realizada por Terapeutas Ocupacionales en un Equipo Rural? ¿Cuáles factores la limitan?
- ¿Influyen las distintas concepciones del proceso Salud-Enfermedad en la intervención?
- ¿Por qué es importante la intervención del Terapeuta Ocupacional en personas pertenecientes a Pueblos Indígenas?
- ¿Bajo qué estrategias plantea la intervención el Terapeuta Ocupacional con personas pertenecientes a Pueblos Indígenas?
- El trabajo con personas pertenecientes a Pueblos Indígenas, ¿ha ayudado en el abordaje en sus próximas intervenciones?

### **3.2 Objetivo General**

- Analizar la experiencia del Terapeuta Ocupacional al intervenir en los Equipos Rurales de Rehabilitación con personas pertenecientes a Pueblos Indígenas en Chile durante el año 2017

#### *3.2.1. Objetivos Específicos*

- Describir la experiencia del Terapeuta Ocupacional al intervenir en equipos rurales con personas pertenecientes a Pueblos Indígenas.
- Identificar las barreras a las que se enfrenta el Terapeuta Ocupacional de Equipos Rurales en la intervención con personas pertenecientes a Pueblos Indígenas.

- Identificar las estrategias utilizadas por Terapeutas Ocupacionales de Equipos Rurales en la intervención con personas pertenecientes a Pueblos Indígenas.
- Identificar los factores que facilitan el proceso en la intervención del Terapeuta Ocupacional en el Equipo Rural con personas pertenecientes a Pueblos Indígenas.

### **3.3. Metodología**

Esta investigación se aborda desde una metodología cualitativa, ya que busca conocer, describir y comprender los procesos de un tema de interés, “se centra en la comprensión de una realidad considerada desde sus aspectos particulares como fruto de un proceso histórico de construcción y vista a partir de la lógica y el sentir de sus protagonistas” (Pérez, 2001), lo cual se aplica a nuestra investigación que busca conocer y profundizar en la experiencia del Terapeuta Ocupacional que interviene o ha intervenido en Equipos Rurales trabajando con personas pertenecientes a un Pueblo Indígena.

Es una investigación de corte retrospectivo, producto de que analiza en el tiempo presente, pero con eventos, experiencias y reacciones de intervenciones de Terapeutas Ocupacionales ya realizadas en el pasado.

Tiene un enfoque exploratorio, ya que se abordan una temática que no se ha estudiado antes y además tiene un enfoque descriptivo, porque lo que busca esta investigación es conocer y describir, la experiencia del objeto de estudio - Terapeutas Ocupacionales- abordando al sujeto como una fuente de conocimiento e interpretando el discurso de estos actores sociales, de forma particular y colectiva.

### **3.4 Paradigma**

La investigación responde a un paradigma interpretativo, el cual “Postula una realidad dependiente de los significados que las personas le atribuyen. Es

decir, lo que la gente hace o dice, es producto de cómo define su mundo” (Taylor y Bogdan, 1986).

En el caso de la presente, se busca conocer los diferentes significados que le otorgan los Terapeutas Ocupacionales a la intervención con personas de Pueblos Indígenas a lo largo del territorio nacional. Estos datos son subjetivos, ya que depende de la experiencia y percepción de cada profesional y también del Pueblo Indígena que aborda, definiendo la forma en que el Terapeuta Ocupacional le da sentido y estructura a su desempeño laboral. Dicha interpretación está determinada no solo por estos factores, sino que, por características propias de cada profesional, como sus experiencias de vida, valores, principios, formación profesional e intervenciones anteriores.

### **3.5 Teoría**

Como se mencionó anteriormente cada individuo -en este caso cada Terapeuta Ocupacional- es un fenómeno distinto, con experiencias, sentimientos, pensamientos, visiones, valores y posturas diferentes, lo que hace de cada intervención un proceso único y genuino. Es por este motivo que esta investigación estará basada bajo la teoría fenomenológica que; “busca conocer los significados que los individuos dan a su experiencia, lo importante es aprehender el proceso de interpretación por el que la gente define su mundo y actúa en consecuencia. El fenomenólogo intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas, describiendo, comprendiendo e interpretando.” (Rodríguez, 1996).

Dada a esta referencia y los objetivos planteados, esta investigación busca variadas experiencias de Terapeutas Ocupacionales a lo largo de Chile, que se desempeñen o hayan desempeñado en los Equipos Rurales de Rehabilitación y que hayan trabajado con personas de Pueblos Indígenas, así crear un conocimiento a través de las experiencias descritas, de lo que es el trabajo con los Pueblos Indígenas, buscando sistematizar y reunir dichas experiencias y llegar a formar una base para la disciplina de los Terapeutas Ocupacionales.

### **3.6 Estrategia de Recolección de Datos**

La experiencia de cada individuo se obtendrá por medio de una entrevista dirigida, semiestructurada, la cual es “flexible y abierta, en ellas se procede sin un concepto preconcebido del flujo de información que se desea obtener, aunque los objetivos de la investigación rigen las preguntas. El contenido, orden, profundidad y formulación se hallan sujetos al criterio del entrevistador” (Monje, 2011). A través de esta estrategia se plantean los diferentes temas a tratar, estableciendo una guía para el investigador y al mismo tiempo, le permite a éste profundizar en las áreas que considere más relevantes, incorporando nuevas preguntas que surjan a medida que se va desarrollando la entrevista.

La finalidad de este método es comprender al sujeto de investigación de la forma más completa posible en su ambiente cotidiano, es decir, en su singularidad y en su historicidad, captando la percepción del entrevistado, sin permitir que las opiniones y percepciones del investigador influyan en la población y muestra.

### **3.7 Estrategia de Análisis de datos:**

Los datos obtenidos serán estudiados mediante la estrategia de análisis de contenido, ya que es una “técnica sistemática y replicable que examina los símbolos de la comunicación, se les asignan valores numéricos de acuerdo con reglas de medición válidas (...) para describir la comunicación, dibujar inferencias sobre su significado o inferir desde su contexto de producción y del consumo”. (Riffe, Lacy y Fico, 1998).

### **3.8 Participantes**

Los participantes de esta investigación son Terapeutas Ocupacionales que trabajen o hayan trabajado en Equipos Rurales de rehabilitación, y que hayan intervenido a personas pertenecientes a algún Pueblo Indígena reconocido por la Constitución Política de la Republica.

Criterios de exclusión: Los participantes deben ser Terapeutas Ocupacionales egresados.

Tal como menciona Creswell (2009) el muestreo en la investigación de tipo cualitativa es propositiva, es decir, debe responder a las características de la investigación. Es por ello que la muestra es de tipo *no probabilística o dirigida*, ya que la finalidad de este tipo de muestreo no es la generalización de tipo probabilística (Hernández, Fernández y Baptista, 2010) sino más bien depende de los “objetivos del estudio, del esquema de investigación y de la contribución que se piensa hacer con dicho estudio”.

Además, se utilizó la técnica “Bola de nieve”, también llamada “Muestras en cadena”, en donde se identificará a participantes claves, los cuales serán agregados a la muestra y proveerán información sobre Terapeutas Ocupacionales que podrían participar de la investigación.

### **3.9 Contexto**

La investigación será desarrollada a nivel nacional con Terapeutas Ocupacionales que estén o hayan trabajado con personas de Pueblos Indígenas en Equipos de Salud de Rehabilitación Rural, los cuales serán contactados vía correo electrónico, para luego desarrollar una entrevista semi estructurada de manera online, a través de video llamadas, la cual consta de variados elementos que nos permite interactuar con los entrevistados que se encuentran a distancia y de manera oportuna. Se procurará que durante la entrevista semi estructurada online, los investigadores se encuentren en una sala aislada, en silencio, ordenada, con buena iluminación y con conexión a internet estable.

### **3.10 Participación del Investigador**

Uno de los aspectos más importantes de la investigación cualitativa es el hecho de que el investigador se constituye como el instrumento principal de recolección y análisis de datos.

En esta investigación el investigador desempeñará el rol de observador externo, ya que debe realizar un análisis e interpretación de las conductas y los significados que los Terapeutas Ocupacionales le otorgan a su proceso de intervención, sin formar parte del grupo.

Es un observador completo, ya que está separado de la situación estudiada, lo que le otorga el máximo grado de imparcialidad y objetividad. Recoge la información y la analiza desde fuera. No participa en las actividades que realiza el grupo de estudio, sino que se limita a observar y recopilar información, describir, analizar y establecer relaciones entre los datos (Gómez et.al 1996).

### **3.11 Viabilidad**

La investigación es factible, debido a que se cuenta con los recursos necesarios para su realización, estos recursos van desde el tiempo para su aplicación e insumos referidos a computadora e internet. Por lo que el factor geográfico no representaría un impedimento para realizar la investigación.

En cuanto a los recursos económicos, estos no son elevados, debido a que, al realizar entrevistas vía online se evitan gastos de traslado e instrumentos que pudiesen constituir un impacto económico.

La investigación es interesante, debido a que, en primer lugar, la cultura es un factor fundamental en la interpretación que tiene el Terapeuta Ocupacional al momento de intervenir con una persona, por lo que es importante tener presente

las creencias y valores de estos Pueblos y así evitar un choque cultural. En segundo lugar, la información recabada en esta investigación, proporcionará conocimiento relevante para guiar las intervenciones en contextos multiculturales.

Esta investigación es novedosa, ya que, al momento de realizar una búsqueda bibliográfica, se aprecia la escasa existencia de estudios desde la disciplina que incluyan el trabajo con Pueblos Indígenas desde la visión del Terapeuta Ocupacional, tanto a nivel regional como nacional. Por medio de la misma búsqueda bibliográfica se evidenció que la información existente sobre los Programas Rurales de rehabilitación que se desarrollan en nuestro país es escasa. Es por tanto novedosa esta investigación ya que busca ampliar los conocimientos de Terapia Ocupacional en el trabajo con los Pueblos Indígenas.

Esta investigación respeta los principios bioéticos, de autonomía ya que todas las personas que participen en la investigación podrán decidir por sí mismas en todas las materias que le afecten de una u otra manera, con conocimiento de causa y sin coacción de ningún tipo. Se le aplicará un Consentimiento Informado donde la persona acepta de forma voluntaria y sin ninguna coerción externa la participación en la investigación, durante todo el proceso de investigación, se respetarán los intereses y preferencias de los participantes, permitiendo al sujeto cambiar de opinión y retirarse de la investigación si así lo desea.

Beneficencia; en la presente investigación los resultados van a servir para la formación de los profesionales, nutrir la disciplina de Terapia Ocupacional, fortalecer la investigación del trabajo del Terapeuta Ocupacional en los Pueblos Indígenas y fortalecer la base teórica de la profesión. No-maleficencia, el cual consiste en la obligación de no infringir daño intencionalmente (Beauchamp y Childress, 1994); la investigación va resguardar la información personal de los participantes, se respetará sus opiniones y valores, y mantendrá la privacidad y confidencialidad de los datos personales, la información entregada por los participantes, se les proporcionará en forma constante actualizaciones sobre el



estado la investigación y las modificaciones que surjan en el transcurso de ésta y los resultados de esta investigación serán entregados a cada uno de los participantes. Por último Justicia; se le ofrece la oportunidad de participar a Terapeutas de todos los grupos sociales, género, raza, religión, siempre y cuando estén sujetos a los criterios de inclusión y exclusión anteriormente estipulados.

### **3.12 Rigor Científico**

Esta investigación cumple con el criterio de adecuación Teórico-epistemológica, ya que, se tendrá en cuenta el diseño de la investigación, respetando los objetivos de cada uno de los componentes del diseño de investigación: credibilidad, confortabilidad y transferibilidad.

Respecto al criterio de credibilidad, se cumple realizando entrevistas que ahonden en los temas de interés, establecidos previamente por los investigadores, clarificando la información entregada por el entrevistado constantemente, transcribiendo la información proporcionada de forma textual y a través de la triangulación de la información, la cual consistir en reunir tres perspectivas, la de los participantes, los investigadores y la docente guía.

Por otro lado, está el criterio de confortabilidad, se captará la realidad de una manera objetiva, sin prejuicios ni con intereses particulares, de manera que cada uno de los participantes revisen todas las fuentes bibliográficas para obtener una mirada mucho más amplia y extraer todas las visiones del estudio, acerca de la experiencia de los Terapeutas Ocupacionales al trabajar en los equipos rurales con Pueblos Indígenas. En cuanto al criterio de transferibilidad, se observan generalizaciones simples de los hallazgos de la investigación, pero bajo condiciones ambientales similares a las de ésta. Aunque el fin de una investigación cualitativa no es generalizar los resultados, sino proporcionar un entendimiento completo y profundo de los datos recopilados de cada fenómeno particular. Es por ello que será descrito detalladamente el contexto y las características de las personas donde la investigación será realizada. Además, es descrita de la metodología utilizada en la presente investigación. Se cumple con el criterio de veracidad al realizar una retroalimentación a los Terapeutas

Ocupacionales que participaran como muestra es la investigación.

## **Capítulo IV Análisis de resultados**

Al iniciar este capítulo resulta fundamental describir el contexto en el cual se producen los discursos de los participantes de este estudio y evidenciar las distintas apreciaciones, dependiendo de la región donde se desempeñan, la experiencia que tienen como Terapeutas Ocupacionales y la estructura y organización de cada equipo rural de rehabilitación.

En este sentido es posible establecer que el grupo en estudio está formado por 4 personas mujeres, pertenecientes a las regiones de Arica y Parinacota, Antofagasta, Araucanía y Los Ríos. Las que trabajaron específicamente con los Pueblos Indígena Aymara, Atacameño y Mapuche, respectivamente. Se formaron como Terapeutas Ocupacionales en la Universidades Autónoma de Santiago, San Sebastián Sede Concepción, Universidad de Playa Ancha de Valparaíso y Universidad Austral de Chile correspondientemente.

Tres de las participantes se encuentran trabajando actualmente dentro de los equipos rurales, por un periodo que va desde los 3 meses a los 3 años. La cuarta participante (Pertenece a la Región de Los Ríos) trabajó durante el año 2014 por alrededor de 6 meses en el Equipo Rural de esa región.

Para realizar el análisis de los resultados obtenidos, estos se darán a conocer en 4 categorías: “Experiencia del Terapeuta Ocupacional dentro del equipo rural”, “Barreras a las que se enfrenta”, “las Estrategias utilizadas para llevar a cabo la intervención” y “los Facilitadores que apoyan este proceso”.

El grupo investigador estructuró los resultados para favorecer la comprensión del receptor, de tal modo que el lector pueda visualizar el proceso de

intervención de los Terapeutas Ocupacionales y comprender la experiencia de éstos dentro de los Equipos Rurales.

#### **4.1 Un viaje junto al equipo rural: Experiencias desde el trabajo con Pueblos Indígenas**

##### *4.1.1 Experiencias previas al Trabajo con Pueblos Indígenas*

Para comenzar a describir los resultados referentes a la experiencia de los Terapeutas Ocupacionales, se dará inicio con las experiencias vitales y la formación profesional, ya sea la formación académica como experiencias laborales previas a su desempeño en el equipo rural.

En este contexto, de las 4 participantes de este estudio, solo se identifica a una Terapeuta Ocupacional (perteneciente al equipo rural de Antofagasta) que trabajó anteriormente con Pueblos Indígenas, mientras que el resto de las participantes se estaban enfrentando a su primera experiencia con este grupo de personas.

Previo a comenzar en el equipo rural surgieron diferentes posturas y percepciones del trabajo. Por ejemplo, dentro de los relatos de la Terapeuta Ocupacional de Los Ríos, quien se enfrentaba a su primer trabajo como profesional, donde se deja ver un cierto temor inicial al enfrentarse a una intervención con personas pertenecientes al Pueblo Mapuche, esto debido al conjunto de prejuicios que ella poseía acerca de este Pueblo, los cuales están relacionados a las situaciones de violencia por el conflicto entre el Estado Chileno y el Pueblo Mapuche.

“Igual de principio uno piensa... bueno yo por venir del norte más encima, eh uno piensa así que te iras a meter entre medio de los mapuches eh eh como que el prejuicio tonto que uno tiene acerca del Pueblo mapuche, que son buenos para la piedra, buenos para los incendios, (...) pero después estando acá uno se da cuenta que son personas comunes y corrientes que tienen una forma de vivir distinta y unos hábitos distintos a

los de uno nomas po”

#### Entrevista #1 (TO La Araucanía) L: 228-232

Mediante la experiencia de la Terapeuta Ocupacional desempeñándose dentro de éstos equipo, ella logró visualizar de una manera distinta a los usuarios, rompiendo los prejuicios que tenía acerca del Pueblo Mapuche.

Por otro lado, la Terapeuta Ocupacional de Los Ríos tuvo una reacción diferente, ya que, desde su experiencia disciplinar presentaba antecedentes previos con diversos grupos de personas:

“Yo eh había trabajado con distintos grupos de personas entonces como que para mí no era como un rollo adicional que fueran de Pueblos Indígenas más allá de que eh o sea es que los tratábamos muy como igual que el resto no más”

#### Entrevista #4 (TO Los Ríos) L: 110-114

En el relato se puede apreciar que, para las participantes, el hecho de intervenir con personas pertenecientes a Pueblos Indígenas no representaba una problemática adicional a las problemáticas que pueden surgir con cualquier otro tipo de usuario.

Existe otra postura, representada por la Terapeuta Ocupacional de Arica y Parinacota, quien al igual que las Terapeutas Ocupacionales de La Araucanía y Los Ríos, se enfrentaba a su primera experiencia con Pueblos Indígenas, y que identifica este trabajo como algo totalmente diferente a lo que había realizado anteriormente, debido al contexto y forma en que se lleva a cabo este trabajo.

Y por último se ve la postura de la Terapeuta Ocupacional del equipo rural de Antofagasta, quien ya había tenido la oportunidad de trabajar con personas Indígenas antes de llegar al equipo, por lo cual este contacto con los Pueblos Indígenas no representaba una problemática para ella, sino que se presentó con

una disposición favorable a su futuro trabajo, con una actitud de respeto y otorgándole a la cultura su relevancia pertinente.

“También en el sur me tocó trabajar con personas descendientes de Mapuches o de Huilliches y en ese caso lo más importante... eeh es respetar su cultura. De repente hay muchas cosas que nosotros vamos a plantear que a ellos no les va a gustar, por lo mismo, por su cultura”

Entrevista #2 (TO Antofagasta) L:403-407

De modo general, se puede concluir que la experiencia vital, definida por Kielhofner (2004) como “todo momento que hacemos algo” no influye significativamente sobre la postura que adoptan las Terapeutas Ocupacionales al enfrentarse al trabajo en el equipo rural, no así las experiencias profesionales, donde se evidencia que el trabajo anterior de las profesionales influye en la adopción de distintas posturas acerca de su futuro trabajo.

Y como bien afirma Kielhofner (2004), “En todo momento que hacemos algo, vivimos una experiencia, podemos sentir placer, aburrimiento, ansiedad. Tener sentimientos de duda, acerca de nosotros mismos o sentir autoconfianza. Podemos enfrentarnos a una situación de forma deliberada, con fuertes convicciones acerca del porqué de nuestras acciones o con dudas de ellas”. Y estos sentimientos, inseguridades, dudas y convicciones se reflejan claramente en los relatos de las participantes.

#### *4.1.2 El día a día dentro de un equipo rural.*

Como lo establece la Subsecretaria de Redes Asistenciales en APS (2014) el Equipo Rural está compuesto por un Terapeuta Ocupacional y un Kinesiólogo, los cuales, se desplazan a zonas rurales en donde atienden a personas en situación de discapacidad en su domicilio, dando apoyo a la familia y cuidadores,

además de trabajar en actividades que tienen como objetivo la prevención e inclusión social junto a la comunidad”

Una vez dentro del equipo, se realiza el trabajo de campo, es decir, las visitas domiciliarias y el modo de comenzar es el mismo en cada región. Según lo relatado por los participantes, en primer lugar, la dupla lleva a cabo una reunión con el equipo médico de las postas y CESFAM, con el objetivo de identificar la población a intervenir y aquellos usuarios que cumplen con los requisitos de ingreso, los que son: “pertenecer a la población rural, presentar dificultades de acceso, presentar problemas de salud los cuales requieren de una intervención de rehabilitación que sea precoz y oportuna. (Luis Espinoza, Director Programa Rural, Dpto. de APS y Salud Rural, 2017). Y una vez identificada la población, son derivados al equipo rural de rehabilitación.

Posterior a esto, es el propio equipo quien administra sus tiempos y organizan sus intervenciones, por ende, las modalidades de trabajo varían de región a región. Sin embargo, poseen ciertos elementos comunes: Cada equipo está encargado de una región en donde se debe llevar a cabo reuniones con las postas, en donde se desprenden las localidades y/o comunidades que deben cubrir, dependiendo de la extensión de éstas y de la distancia que existe entre una y otra, el equipo determina si las intervenciones serán semanales o mensuales. Las atenciones se realizan mediante dos modalidades, por un lado, están los talleres grupales, enfocados al trabajo con la comunidad y por otro lado están las Visitas Domiciliarias Integrales (en adelante VDI), que están centradas en la persona.

Con respecto a las VDI, las participantes coinciden en que es una instancia de proximidad y acercamiento a los usuarios, en donde tienen la oportunidad de conocer las características de aquellas personas y su ambiente cotidiano. Pero para la totalidad de las participantes de esta investigación, el inicio de estas intervenciones es un tema complejo, por el recibimiento que se les da, en donde el primer encuentro les resulta complicado. La Terapeuta Ocupacional de

Antofagasta relata cómo fue el inicio de sus intervenciones:

“Por lo general acá como les decía la gente tienen un carácter muy especial que no se da en el sur eeh y que es un carácter como súper fuerte. Tu llegas acá y no es fácil entrar a los grupos, noo, por simpática no no... no te acogen. No es como en el sur que tú vas, la gente te hace pasar, te dan comida, te alimentan y todo. Acá no es así. Acá nos atienden desde la puerta, eh la puerta no la abren”

Entrevista #2 (TO Antofagasta) L: 16-22

Lo mismo le sucedió a la Terapeuta Ocupacional de La Araucanía, al comenzar las VDI, en donde relata que las personas muchas veces se sienten invadidos, porque los equipos llegan a sus hogares y esto produce un cierto rechazo o desconfianza al momento del primer encuentro, debido a esto se vio en la obligación de desarrollar diferentes estrategias para ser aceptada por usuarios y lograr introducirse y participar dentro de sus actividades cotidianas.

“De primera es súper eh distintante eeh... porque, punto uno estamos llegado a su casa, ellos se sienten un poco invadidos pero a así como como que ya hemos aprendido un poco de las normas culturales que están dentro del Pueblo Mapuche, hemos sabido llegar conversar con ellos, yo eh igual he aprendido mapudungun eh, para poder comunicarme con ellos”..

Entrevista #1 (TO La Araucanía) L:182-187

A pesar de la distancia que mantienen los usuarios en un primer momento, a través del respeto e incorporación de la cultura en el proceso de intervención, los

Terapeutas Ocupacionales logran crear un vínculo con sus usuarios y logran que éstos se involucren en el proceso a diferencia de otros profesionales de la salud, abriendo las puertas de su casa y permitiéndoles intervenir. De ésta forma se establece una relación estrecha y de confianza entre el Terapeuta Ocupacional y el usuario, como bien lo demuestra el siguiente relato:

“Y pueden confiar más en ti, (...) quizás les da miedo o les da vergüenza decirles algo al médico, a la enfermera y con nosotros se abren y son capaces de expresar más cosas. Entonces después nosotros, eso vamos y se lo presentamos en el CESFAM al médico o a la persona que esté”

Entrevista #3 (TO Arica y Parinacota) L:90-95

De esta forma, el Terapeuta Ocupacional se convierte en un nexo entre el usuario perteneciente a un Pueblo Indígena y el sistema de Salud convencional. El Terapeuta Ocupacional realiza la intermediación, proporcionándole al equipo de salud la información que el usuario muchas veces no se atreve o no tiene la confianza para expresar. Y de esa forma se le proporciona al usuario una intervención más completa e integral.

Los Terapeutas Ocupacionales establecen objetivos en conjunto con los usuarios y como ya se mencionó, para cumplirlos se incorpora la cultura en las actividades. A medida que transcurre este proceso, se reevalúa constantemente el desempeño de los usuarios y el desarrollo que han tenido. Y una vez se han alcanzado todos los objetivos, se finaliza la intervención. Esta finalización o cierre del proceso comienza con una preparación previa de los usuarios.

La Terapeuta Ocupacional de Arica y Parinacota explica cómo se realiza el cierre del proceso:



“Los vamos preparando, por ejemplo si nosotros ya vamos viendo que están bien les vamos diciendo “oh parece que ya no vamos a tener que venir tanto porque ya te estas mejorando”, “ah ya pero... -ellos nos dicen- ¿vas a pasar a verme?”, “si te podemos pasar a saludar pero ya vamos a tener que terminar esto porque tenemos que empezar a ver a otras personas”, pero siempre ellos quedan con eso de “a pero ¿vas a pasar a saludarme? a tomarte un tecito, tomar algo”.

Entrevista #3 (TO Arica y Parinacota) L:316-323

“Nosotros lo definimos dependiendo de la persona. Siempre nos quedamos aproximadamente 40 minutos - 1 hora con una persona igual. Nosotros vamos una vez al mes a cada Pueblo, entonces la vez que vamos hacemos tanto VDI como los talleres. Y en este taller también participan estas mismas personas que atendemos y la comunidad. El día administrativo es un día al mes, que es donde tenemos que hacer el registro del mes completo”

Entrevista #3 (TO Arica y Parinacota) L:33-40

#### *4.1.3 Complementando disciplinas: La dupla terapéutica*

Como ya se mencionó al comienzo de la sección anterior, el equipo rural está conformado por un Kinesiólogo y un Terapeuta Ocupacional, los cuales deben realizar en conjunto las intervenciones y el trabajo administrativo que éste conlleva.

Si bien, se establecen las orientaciones y objetivos que deben ser realizados por esta dupla, no se establece el método para que éstas se lleven a cabo. Es dentro del trabajo de campo donde cada dupla desarrolla su propio estilo

de trabajo, surgiendo así una complementación y coordinación de la intervención según lo relatado por las participantes.

Al realizar las intervenciones, las Terapeutas Ocupacionales visualizan que comparten un mismo fin con el Kinesiólogo, pero el método por el cual se busca alcanzar los objetivos es a través de diferentes estrategias y/o actividades. Por lo cual han debido complementar las actividades para alcanzar los objetivos desde ambas disciplinas.

Es en este contexto que la Terapeuta Ocupacional de La Araucanía relata cómo, a pesar de las diferentes visiones disciplinares, éstas se complementan:

“Son pegas distintas pero a la vez después uno con el tiempo se van dando cuenta que son súper complementario (...) El kinesiólogo hace una cosa (...) mirando desde un modelo la parte biomecánica, eh.. eh empieza a fortalecer, hacer a generar musculatura, aumentar ROM y todo eso, que nosotros igual lo vemos en sí, pero nosotros lo vemos más con el fin más terapéutico. Que por ejemplo eh a lo mejor mi colega va aumentar el ROM de hombro, pero yo lo quiero para que ella, para que la persona se pueda peinar y buscarle como una actividad significativa a la persona eso es como la complementariedad, se da por ese lado”

Entrevista #1 (TO La Araucanía) L:75-85

Además, se desprende de las entrevistas que cada profesional se encuentra dispuesto a dar apoyo a su dupla para el desempeño de sus tareas. Es decir, el Kinesiólogo apoya al Terapeuta Ocupacional a realizar aquellas actividades que son propias de la disciplina y viceversa. Lo cual es traducido por las participantes como una grata experiencia, la cual ha permitido a ambos profesionales potenciarse mediante el trabajo en el equipo rural de rehabilitación.

“Una súper buena experiencia, si muy muy muy buena (...) Hacíamos cosas como, como que nos acompañábamos mucho a ambos (...) Como que nos potenciábamos mucho y dentro de eso no sé, por ejemplo (...) Yo decía no mira aquí el acceso está pésimo y hay que hacer una rampa y ahí el Pancho que era mi colega, o sea que era el Kinesiólogo me decía: ya hagámoslo eh compremos cemento no sé qué y lo hacemos o vemos quién nos puede ayudar. Así a ese nivel, o sea era bacán. Era súper, súper, súper buena experiencia trabajar con ese kinesiólogo”

Entrevista #4 (TO Los Ríos) L: 82-91

A modo de síntesis, se obtiene que el proceso de los Terapeutas Ocupacionales trabajando dentro de los equipos rurales de rehabilitación comienza con las distintas reacciones que manifiestan al tener que intervenir con Pueblos Indígenas. Posterior a esto, se encuentran con una población distante en un principio, que es reticente a recibir la atención. Para disminuir esta distancia los profesionales deben desplegar una serie de estrategias desde la cultura de los usuarios, lo que permite establecer un vínculo con la persona y comenzar una intervención. Y cuando logran esto se derriban poco a poco los prejuicios, el miedo y la desconfianza al tratamiento, por ambas partes, profesionales y usuarios.

Pero este proceso va mucho más allá, es un amplio trabajo de rehabilitación, en el cual el equipo se enfrenta a una serie de barreras, originadas por las características propias de este trabajo, en donde deben aplicar una amplia gama de estrategias y valerse de distintos elementos para finalmente culminar su intervención.

#### **4.2 Barreras: El desafío de los Terapeutas Ocupacionales**

De acuerdo a la Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud, (2009) Las barreras son aquellos factores que impiden o dificultan de forma parcial o total la práctica profesional. A se vez, según Achicanoy, Balaguera y Bolívar (2011) en la práctica profesional existen barreras geográficas, culturales, económicas, administrativas y de continuidad.

La información que se desprende de las entrevistas, da evidencia de la presencia de tres de las cinco barreras descritas por Achicanoy et al. en el desempeño de las Terapeutas Ocupacionales durante el ejercicio profesional dentro de los equipos rurales. Estas barreras corresponden a la Geográfica, Cultural y Económica.

#### *4.2.1 Barreras Geográficas*

Achicanoy et. al (2011), plantean que éstas hacen referencias a las limitaciones que una persona presenta para acceder de forma oportuna y adecuada a los servicios de salud, esto puede producirse según los autores, por obstáculos propios de la localización de la comunidad, falta de vías de comunicación adecuadas o por la distribución física de los servicios de salud.

En cuanto a esta barrera, todos los relatos de las participantes coinciden en que este obstáculo está presente en el día a día del trabajo en el equipo rural, en donde los usuarios se encuentran a grandes distancias, con dificultades de acceso o sin los canales básicos de comunicación:

“Yo voy una vez al mes a ver a cada persona, hay adultos mayores que viven alejados completamente donde tu tiene que llegar en dos horas en auto, no hay señal del celular, no hay nada y a ellos les puede pasar algo y tu no vas a saber hasta el próximo mes”

Entrevista #3 (TO Arica y Parinacota) L: 269-273

“Entonces tú tienes que avisarles con tiempo de que “oye vamos a venir este día” y le marcas el calendario, le dejai papeles, todo, pa que te esperen. Y es super difícil eso de cómo las citas porque nosotros podemos tener un inconveniente con la camioneta o X cosa y hay gente que no tiene teléfono y te va a esperar todo el día”.

Entrevista #3 (TO Arica y Parinacota) L: 329-333

“Nos tocó lugares muy muy alejados en donde no podías acceder ni siquiera con vehículo, es una barrera también”.

Entrevista #4 (TO Los Ríos) L: 234-236

Como se evidencia en los relatos, la principal barrera geográfica hace referencia a la ubicación de los domicilios de los usuarios, los cuales eran de difícil acceso y se encontraban en lugares alejados, además de no poseer los sistemas de comunicación básicos, por lo que la única manera de concertar la cita es de forma presencial.

Además, las características geográficas propias de estas localidades (terrenos irregulares, cerros, montañas) repercuten de forma negativa en el medio de transporte de los equipos rurales, provocando el cese de las actividades, como lo menciona la Terapeuta Ocupacional de La Araucanía:

“Y las... y las panas de las camionetas, que por el trabajo y el terreno donde están, donde nosotros intervenimos a diario se echan a perder muy fácil entonces eh cuando están en el taller hay cero posibilidades de salir”

Entrevista #1 (TO La Araucanía) L:297-310

A modo de síntesis, se obtiene que los usuarios no son interferidos por la barrera geográfica, ya que como lo refieren las bases del programa de Rehabilitación Integral publicadas por la Subsecretaría de redes asistenciales, división de A.P.S (2014) los equipos se crearon para eliminar esta barrera, para

que las personas que se encuentran en ruralidad extrema puedan recibir la atención en salud. Y al eliminar la barrera geográfica para los usuarios, ésta se intercambia hacia los profesionales del equipo rural, los cuales deben enfrentarse a esta barrera al desplazarse a los domicilios, a través de medios de transporte que proporciona el programa.

#### *4.2.2 Barreras Culturales:*

Como se ha mencionado, dentro de los equipos rurales de rehabilitación de este estudio, los Terapeutas Ocupacionales intervinieron con personas pertenecientes a los Pueblos Indígenas Aymara, Atacameño y Mapuche, cada uno poseedor de prácticas y rituales propios de su cultura, los cuales pueden dificultar la intervención para los Terapeutas Ocupacionales.

Dentro de esta categoría fueron identificados los siguientes obstáculos: factores comunicacionales que incluye aspectos relacionados a la lengua y las normas culturales implicadas y factores económicos.

##### *4.2.2.1 Factores comunicacionales*

La lengua: Los participantes de este estudio hacen énfasis en que la principal barrera que han experimentado es el idioma, ya que los Pueblos Indígenas con los que realizan sus intervenciones conservan su lengua materna. A su vez reconocen que, si hubiesen incorporado previamente un conocimiento sobre la lengua, Indígenas, sus intervenciones podrían haberse llevado con menos dificultades.

“Las barreras... el idioma, eh la principal barrera es el idioma, si yo supiera hablar mucho más mapuche de lo que hablo, sería mucho. Más fácil el intervenir,”

### Entrevista #1 (TO La Araucanía) L:311-313

Lo anterior, se refuerza con la existencia de usuarios que solo hablan su lengua propia correspondiente a su Pueblo Indígena, desconociendo en absoluto el español. Esta barrera cultural, obliga a que otros familiares sean intermediarios entre el Terapeuta Ocupacional y la persona atendida, generando dependencia de este canal de comunicación por parte del profesional de salud.

“En San Pedro estamos viendo a una usuaria em.. cuanto años tiene ella, cómo 76 años. Emm ella viene de Bolivia y solo habla Quechua emm, pero esta su hija y el problema es que están las dos solitas acá en Chile y el resto de los familiares están todos en Bolivia, entonces igual es complicado porque la hija no puede salir a trabajar, emm la mamá tampoco entiende español entonces emm no la puede dejar solo, porque ella es su traductora.”

### Entrevista #2 (TO Antofagasta) L:254-261

Hechos obstaculizadores, relacionados por el desconocimiento de la lengua de los distintos Pueblos Indígenas son experimentados por las cuatro participantes del estudio, durante su ejercicio profesional en los equipos rurales.

Asimismo, se suma al desconocimiento de la lengua Quechua, Mapuzungun o Aymará por parte de los Terapeutas Ocupacionales, el hecho de que la población atendida a su vez, hace uso del español otorgándoles a las palabras significados distintos utilizando otros términos para referirse a determinadas técnicas de salud occidental , lo que también dificulta la comunicación, entre el equipo de salud del que participa el Terapeuta ocupacional y la persona atendida, generando confusiones durante la prestación de servicios. El siguiente relato ejemplifica esto:

“A mí, me dijo señora (risas) y nos dijo eh por favor eh denme

pastillas de pan, ¿Pastillas de pan? Y nosotros así como ¿pastillas de pan? ¿Qué querrá decir? ¿Pero cómo pastillas de pan? Eh “esas pastillas de pan pues señorita por favor, que me venga a dejar pastillas de pan, pastillas de pan. Y después nosotros sacábamos la conclusión, ella dijo “Esas pa dormir” y eran diazepam, nooo. ¿Cachai? Entonces esa fue una historia cuatica, por lo que les comenté antes y eh pero también con que la falta de recursos o de lenguaje o de conocimiento eh también hacen que uno tenga que eh como que cachar bien que trata de decir”

Entrevista #1 (TO La Araucanía) L: 469-479

#### *4.2.2.2 Normas culturales:*

Las entrevistadas también mencionan la dificultad que se añade a la intervención por desconocer las “normas culturales”, entendidas como los modos de comportamiento, los protocolos, esquemas de interacción y las diferentes actitudes desplegadas por los usuarios (Tylor, 1861), lo que incluye comprender la cosmovisión de cada Pueblo, sus formas de vida y modos de relacionarse (Bauman, 2009).

La Terapeuta Ocupacional de la Araucanía relata la importancia de conocer las normas culturales y la cosmovisión de los Pueblos Indígenas. Los cuales tienen la posibilidad de conocer y entender mediante el trabajo directo en el ambiente de los usuarios:

“Nosotros estamos interviniendo en el territorio local, entonces eh, en eso donde nos hace falta un poco más de formación (...) en el el ámbito que nos desenvolvemos nosotros, todo en general todos los equipos de rehabilitación rural, es súper complicado a veces conocer las normas culturales que tiene la... la persona o por último conocer un poco sobre la cosmovisión que tienen ellos, acerca de cómo vivir la vida po, entonces eh hay algunas cosas que por el lado de nosotros, así por el lado más occidental uno no los entiende (...) ellos tienen normas distintas a la de



nosotros, y conocerlas sería... sería ideal”

Entrevista #1 (TO La Araucanía) L: 261-272

#### *4.2.3 Barreras Económicas:*

Estos obstáculos se pueden observar desde dos perspectivas. En primer lugar, tenemos las dificultades económicas desde el equipo rural de rehabilitación, donde se evidenciaron principalmente problemáticas relacionadas con el medio de transporte. Es así como el trabajo del equipo rural de Antofagasta se vio dificultado al no poseer vehículo para realizar las rondas correspondientes. En segundo lugar se evidencian dificultades económicas desde los usuarios. Ambas serán descritas a continuación:

##### *4.2.3.1 Recursos económicos de los servicios de salud:*

El primero de los factores que limitan la intervención de los Terapeutas Ocupacionales en los equipos de salud rural, son los escasos recursos materiales y económicos que dispone el servicio de salud para financiar el transporte que permite el acercamiento de los equipos de salud a la personas que viven en el territorio rural, lo cual, interfiere negativamente en el número de visitas que logran realizar los terapeutas ocupacionales junto con el resto del equipo, ya que se ven obligados a asumir las visitas domiciliarias a pié.

“Aquí en Antofagasta la dotación de vehículos es la que no se ha aumentado, entonces si no se aumenta eso el servicio no puede tener otro vehículo, porque todo tiene que estar justificado, entonces como no se ha aumentado la dotación todavía, nosotros no podemos comprarnos un vehículo, porque si el servicio no lo tiene registrado no cuenta, entonces si tienen un accidente, si tiene alguna falla, si pasa cualquier cosa el tema de

la bencina, el servicio no lo va a cubrir, porque no está dentro de la dotación”

Entrevista #2 (TO Antofagasta) L:288-295

#### *4.2.3.2 Recursos económicos de la población rural:*

Un segundo factor son los problemas económicos de los usuarios. Los equipos rurales de rehabilitación intervienen sobre población rural, de escasos recursos, donde se evidencia dificultades como: falta de acceso a medios de comunicación, a medios de transporte y falta de acceso a servicios básicos, lo cual de manera interrelacionada dificulta los procesos de contacto con el equipo de salud y la intervención.

“Hay lugares donde no hay sistema de teléfono, no hay telefonía, no hay luz, nada, completamente nada. Y comunicarse con esa gente para saber ponte tú “hola va a estar...”, eso dificulta harto la intervención”

Entrevista #3 (TO Arica y Parinacota) L: 102-105

#### *4.2.4 Barreras Administrativas*

Según los autores, Achicanoy et al. (2011) y Virgúez (2016) estas barreras hacen referencia a problemáticas de organización del sistema de salud, que afectan directamente a los receptores de la atención. Como por ejemplo cuando la atención es limitada por los trámites que deben ser asumidos por la persona. Y por otro lado, son aquellas como la falta de centros de atención o una mala calidad del servicio, donde se escuchan expresiones como “muchos trámites para la cita” y “no lo atendieron”.

A través de los relatos de los participantes no se identificaron barreras administrativas que interfirieran con la atención de los usuarios, porque los equipos rurales surgen para suplir dichas problemáticas, como por ejemplo la falta de centros de atención o el retraso en la atención, para cubrir estos obstáculos, el equipo rural de rehabilitación cuenta con un vehículo con el cual se trasladan al domicilio de los usuarios.

Sin embargo, sí se identificaron otras barreras de este tipo, pero que afecta al equipo salud. Dos de los equipos presentaron diferentes problemáticas en relación con el medio de transporte.

Por un lado, la Terapeuta Ocupacional de La Araucanía refiere que en ocasiones, el servicio de salud dispone del chofer y vehículo que conforman el equipo y no les proporcionan el reemplazo pertinente.

“El móvil es de nosotros y es perteneciente completamente a nosotros, generalmente lo ocupan para actividades dentro del hospital, entonces a veces hay alguna urgencia y nuestro chofer tiene que partir a Temuco, con la ambulancia o a veces estamos eh en terreno y nos llaman por teléfono que tenemos que volver porque es el único chofer que está disponible, y nosotros no podemos terminar de hacer nuestras cosas y son, también los permisos del los chof, del chofer, nosotros tenemos un único chofer para nosotros, pero no nos pasan un chofer para nosotros cuando el de nosotros no está. (risas) Entonces esas son como las principales dificultades”.

Entrevista #1 (TO La Araucanía) L:297-307

Y por otro lado, la problemáticas que presenta el equipo rural de Antofagasta es la ausencia de un vehículo para poder movilizarse, por lo que deben hacer sus intervenciones desplazándose a pie.

“Vamos cada día a localidades diferentes, como no tenemos vehículo, estamos limitados a las localidades que están más cercanas. Para poder llegar localidades que están más lejos tenemos que unirnos a la ronda de los CESFAM y para eso tenemos que ver, en qué fecha lo van a hacer, cuántos profesionales van a ir, si es que entramos nosotros en el vehículo, si es la directora del CESFAM nos autoriza a ir”

Entrevista #2 (TO Antofagasta) L:55-62

Como bien menciona la Terapeuta Ocupacional de Antofagasta, la falta de vehículo limita sus intervenciones a los sectores geográficamente más cercanos y cuando necesitan ir a sectores más alejados, deben verificar si existe la posibilidad de adherirse a las rondas realizadas por el CESFAM, lo que no les permite realizar un trabajo autónomo.

#### *4.2.5 Barrera de continuidad*

Otra de las barreras que identifica Achicanoy et al. (2011) hace referencia a obstáculos en que “a pesar de recibir las presentaciones en salud, el usuario puede requerir de servicios adicionales para la completa resolución de su problemática de salud”.

Es en este contexto, que las Terapeutas Ocupacionales enfatizan en que el proceso de intervención no se ha visto afectado por este tipo de barrera, ya que, a pesar de la baja frecuencia entre Visitas Domiciliarias Integrales, la dupla terapéutica se encarga de activar la red para proporcionar una continuidad en el proceso de rehabilitación, realizando un trabajo en conjunto al departamento de salud, la municipalidad y otros profesionales

La Terapeuta Ocupacional de La Araucanía lo relata de la siguiente manera:

“Al principio también lo vamos a ver harto pero después vamos disminuyendo y de ahí vamos haciendo un trabajo en conjunto con el departamento de salud también del municipio ósea de la municipalidad, entonces eso como principalmente y todos los días jueves nosotros salimos con un médico del hospital y vamos hacerle visitas domiciliarias a usuarios que están insistentes a las rondas de las postas rurales y ahí le hacemos una visita integral (...) va enfermero, kinesiólogo, Terapeuta Ocupacional, el médico y el paramédico de la posta”

Entrevista #1 (TO La Araucanía) L:125-133

En síntesis, la barrera de continuidad no incide en el proceso de rehabilitación de los usuarios. Al contrario, se intenta dar continuidad en la atención por medio de la acción de diferentes nodos de la red.

#### *4.2.6 Experiencias desde la práctica: identificación de nuevas barreras*

Además de las barreras identificadas dentro la literatura, de las narraciones de las Terapeutas Ocupacionales se desprende una nueva barrera propia de la intervención que realiza el equipo rural de rehabilitación, esta es:

##### *4.2.6.1 Actitud de las personas frente al desconocimiento de la rehabilitación*

La totalidad de las participantes, convergen en que el primer contacto es un momento crucial para iniciar el proceso de intervención. Es en este marco que los Terapeutas Ocupacionales identifican que en ocasiones el poco conocimiento del trabajo que realiza el equipo rural constituye una barrera en el comienzo de este proceso. La Terapeuta Ocupacional de Arica y Parinacota refiere que inician su trabajo realizando una visita casa por casa, presentándose y dando a conocer el trabajo que realiza, si tiene alguna necesidad de atención de la dupla terapéutica.

“Al principio como el programa no funcionaba hace tanto tiempo aca en Arica nosotros íbamos casa por casa golpeando “hola nosotros somos el equipo, si está enfermo, si le duele algo, necesita algo”, no sé masajes, no se cosas así. Pero en sí el Aymara es bien reacio a la atención de del primer contacto. Como uno llega a las estancias, porque nosotros trabajamos arriba hay solo estancias, en algunos lugares no hay Pueblos. Son estancias que son 3 casas, 4 casas. Y tú llegas y ves la camioneta que de kilómetros lejos y ellos te cierran la puerta al principio, y no te abren, y tú sabes que están adentro, porque los viste, no, no te abren la puerta. Hay que ir todas las veces que uno pueda “hola lo vinimos a ver, venimos del hospital”

#### Entrevista #3 (TO Arica y Parinacota) L: 55 - 65

La Terapeuta Ocupacional de Los Ríos nos relata que además de que existe un desconocimiento del actuar de la dupla, también hay un desconocimiento de los beneficios que tiene esta intervención para los usuarios, es por esto que ella presenta una restricción al momento de realizar sus actividades o de prescribir una ayuda técnica, porque antes de llevarlas a cabo debe validar su intervención ante el usuario.

“Muchas veces acá los adultos mayores andan con palos en vez de bastones y tú les dices “oiga le traje un bastón, es mejor que el palito” no sé qué, y ellos prefieren completamente un palo en vez de un bastón, entonces hay que hacer la educación de por qué es mejor el bastón.”

#### Entrevista #4 (TO Los Ríos) L:80 - 84

En síntesis, se desprende de las entrevistas que el desconocimiento que existe de la Rehabilitación, influye negativamente en el proceso de intervención, por esto es importante que los Terapeutas Ocupacional apliquen para ésta y las

demás barreras expuestas a lo largo de este ítem, estrategias para facilitar la intervención con los usuarios, las cuales serán expuestas a continuación.

#### ***4.3 Estrategias en el hacer: el Terapeuta Ocupacional como un agente terapéutico.***

Respecto a las estrategias que utilizan los Terapeutas Ocupacionales que trabajan en los Equipos Rurales de Rehabilitación son diversas, muchas de ellas están orientadas a favorecer la adherencia al tratamiento, realizar una intervención pertinente al contexto cultural, como también para llevar a cabo su práctica disciplinar en red con él.

Las estrategias que se identifican son :

1. El sustento teórico propio de los modelos y enfoques de intervención que se hace uso desde Terapia Ocupacional,
2. Las actividades que desarrolla el Terapeuta Ocupacional durante su intervención.
3. La actitud del equipo de salud en relación a realizar: trabajo interdisciplinario, incorporar elementos culturales durante la intervención y validar los otros sistemas de salud propios de los otros Pueblos.

##### ***4.3.1 Sustento teórico para la intervención en los Equipos Rurales de Rehabilitación.***

En primer lugar, cuando se habla de los modelos y enfoques de intervención que utiliza el Terapeuta Ocupacional, Dick (s.f) refiere que se utilizan los modelos de Ocupación Humana y Canadiense del desempeño ocupacional, ya que, tienen en cuenta el ambiente y cultura de cada persona.

Además, según Valdés (2013) también se utiliza el modelo Rehabilitador, mediante la confección e implementación de ayudas técnicas, modificaciones ambientales y la compensación de las funciones pérdidas o no desarrolladas.

Estas afirmaciones desde la literatura se corroboran mediante las entrevistas, en donde la totalidad de las participantes refieren utilizar el Modelo de Ocupación Humana como el modelo para la intervención con Pueblos Indígenas, porque les proporciona el sustento teórico fundamentado en la ciencia de la ocupación, como también para proporcionar una estructura a la intervención. Además, los relatos reflejan que este modelo contiene todos los elementos propios de la Terapia Ocupacional, y eso permite realizar una intervención donde la ocupación siempre tiene un papel protagonista.

“El Modelo Ocupación Humana, es la Terapia Ocupacional eh en forma de modelo. Como es como que te ayuda a estructurar, yo tengo muchas ideas, (...) muchas ideas acerca de cómo intervenir, pero el modelo me ayuda (...) a estructurarme, me da como la estructura desde la TO, porque por ejemplo, muchas veces uno como que se pierde en lo que es físico, se tienden a confundir un poco el rol con el kinesiólogo. Entonces como desde la mirada del Modelo Ocupación Humana, me da la base teórica para poder yo como intervenir (...) Por eso como que me inclino más hacia el Modelo Ocupación Humana. Aparte es uno de los principales de la carrera y es, si no me equivoco, es uno de los únicos que es netamente de Terapia Ocupacional.”

Entrevista #1 (TO La Araucanía) L: 62-74

La Terapeuta Ocupacional de la Región de la Araucanía hace énfasis en que la utilización de este modelo le ayuda a que su intervención contenga todos los constructos propios de la disciplina, para así no desviarse o perderse dentro



del modelo biomédico. Además, como ya se mencionó, las intervenciones que se realizan dentro del equipo rural son de poca frecuencia, producto de las barreras ya señaladas, por este motivo el Terapeuta necesita de una estructura para llevar a cabo su trabajo.

Junto a este modelo, también se menciona la utilización del modelo Rehabilitador, el cual es implementado en usuarios que poseen una patología de larga data y además los participantes mencionan que con esta estrategia se obtienen resultados significativos, como bien lo menciona la Terapeuta Ocupacional de La Araucanía:

“También se ve desde el enfoque rehabilitador también (...) ahí uno puede igual llegar como a hartas cosas con con la persona (...) Hemos visto personas que hemos logrado rehabilitarlas y que recuperen la funcionalidad no en un 100% pero en un 90%”.

Entrevista #1 (TO La Araucanía) L: 461-465

Las entrevistas no refieren el Modelo Canadiense del desempeño Ocupacional, como una estrategia empleada para la intervención con Pueblos Indígenas. Sin embargo, se evidenciaron hallazgos que logra complementar la literatura, correspondiente al Modelo de Redes, que es utilizado por el profesional, en casos de personas en situación de abandono o vulnerables socialmente, articulando la red que envuelve a esta persona con el fin de proporcionar un mayor apoyo y seguimiento continuo. La siguiente cita muestra el contexto en que la Terapeuta Ocupacional de Arica y Parinacota utiliza este modelo:

“El de Redes, en ocasiones en que hay casos sociales que son muy fuertes, que son personas que están abandonadas, que son personas que han sido, que están siendo abusados sus derechos, ocupamos el Modelo de Redes para activar redes”

Entrevista #3 (TO Arica y Parinacota) L: 290-294

Como fue establecido por La Subsecretaría de Redes Asistenciales en APS (2014) estos equipos utilizan estrategias de intervención comunitaria, tales como la RBC, para poder rehabilitar e integrar a las personas con discapacidad con el trabajo en conjunto con la comunidad, tanto las personas, como sus familias y las organizaciones que la componen.

Los relatos corroboran esta información, ya que los Terapeutas Ocupacionales aplican esta estrategia en la población en situación de discapacidad por medio de: Contacto con informantes claves, realización de diagnósticos participativos, para identificar la población a intervenir y para que la propia comunidad identifique sus problemáticas y que de ellos surja los objetivos de intervención, y se enfocan en proporcionar herramientas para que las personas se hagan más partícipes, empoderándose de su proceso de rehabilitación.

“Estos agentes claves se encargaban de difundir, de que tal día se iba a hacer una reunión con gente de rehabilitación de Valdivia (...) entonces ahí emm.. íbamos nosotros y ehh, nos juntábamos con las distintas personas que fueran de la comunidad y a partir de eso se determinaban varias cosas, dentro de ellas las problemáticas que ellos encontraban, emm cómo les gustaría, cuáles eran sus expectativas con respecto al proceso de rehabilitación en general y también que ellos mismos, de ellos mismo saliera emm.. como las personas que requerían rehabilitación”

Entrevista #4 (TO Los Ríos) L: 37-46

“El programa se basa principalmente en el modelo... en el RBC de Rehabilitación en Base Comunitaria. Y... principalmente nos enfocamos en darle las herramientas a las personas para que se haga partícipe de su rehabilitación, porque nosotros lo vamos a ver una vez al mes... a cada

persona (...) porque es mucha la población. Entonces nosotros les damos las herramientas, hacemos la sesión de rehabilitación, pero también les enseñamos las terapias que tiene que hacer él propio”

Entrevista #3 (TO Arica y Parinacota) L:27-34

En síntesis, las estrategias que vienen desde el sustento teórico, facilitan la estructura de la intervención y ponen al usuario como protagonista, del cual surgen los objetivos de tratamiento y es a quién se debe capacitar y entregar las herramientas necesarias para lograrlos, y para que el proceso de rehabilitación tenga continuidad y sea efectivo. De la misma manera, estas estrategias le dan relevancia al ambiente en el que se encuentra la persona y la red que la envuelve y cómo el hecho de articular y poner en movimiento esta red favorece la intervención.

#### *4.3.2 Las actividades que desarrolla el Terapeuta Ocupacional durante su intervención.*

Según las Orientaciones metodológicas para el desarrollo de las estrategias de rehabilitación en A.P.S” (2010) el Terapeuta Ocupacional dentro del equipo rural realiza actividades como: Evaluar a estas personas en su domicilio; definir un Plan de tratamiento a cumplir por la persona, la familia, transferir conocimientos de rehabilitación al Técnico Paramédico, la familia y la comunidad; transportar a la persona en situación de discapacidad y familiar a cualquier otro establecimiento de la red para dar continuidad a los cuidados de su salud; mejorar el acceso a la entrega de las prestaciones, de acuerdo a los programas correspondientes al ciclo vital personal y familiar; trabajo directo con las organizaciones sociales y el inter sector, apoyando el desarrollo de las redes locales, definiendo un Plan de Trabajo conjunto; actividades terapéuticas y de prevención en salud; apoyar el manejo terapéutico de las personas en situación de discapacidad, su familia y/o cuidador;

Representan un agente de cambio del entorno social y físico, implementando estrategias en la comunidad que permitan mejorar las condiciones de inserción social de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla y proporcionando ayudas técnicas que faciliten su desempeño ocupacional.

Al correlacionar lo anteriormente descrito con la información proporcionada por los entrevistados, se obtiene que los Terapeutas Ocupacionales llevan a cabo una amplia gama de actividades, las cuales comprenden todos los componentes de la persona:

*Componente cognitivo:* Se realizan actividades de estimulación cognitiva, por medio de ergoterapias u otro tipo de actividades dinámicas, evitando aquellas donde las personas debían permanecer sentados y/o estáticos, ya que las características de la población demandan actividades terapéuticas activas, como: bailes y juegos.

“Yo por lo menos en lo personal prefiero hacer estimulación cognitiva a través de ergoterapias, porque no nos gusta el hecho de que los tengamos a todos con una hoja y que en la hoja estén respondiendo, porque a ellos tampoco les gusta. Los adultos mayores que van, participan de estos grupos, son adultos mayores que son súper activos. Y ellos te piden bailar y son súper móviles en ese sentido y los que son más tímidos igual lo hacen. Entonces eeh, por eso también es que yo prefiero usar las ergoterapias o juegos para poder hacer estimulación cognitiva”

Entrevista #2 (TO Antofagasta) L:116-126

*Componente Físico:* Se realiza estimulación física, actividades enfocadas al sistema musculoesquelético, al componente biomecánico, por medio de actividades dinámicas, juegos y/o competencias y también a través la realización de Actividades de la Vida Diaria (AVD) mediante la utilización de herramientas y

materiales cotidianos de las personas, de esta manera se hace más accesible y pertinente la intervención.

“Y el ir a el ir simulando eh actividades de la vida reales de ellos, nos hacía que fuera mucho más fácil intervenir desde esa forma eh por ejemplo nose ph en vez de usar un... bastones de estos como de madera como para trabajar el ROM de hombro, ocupen el palo del escobillón nomas, era como, entonces o el palito de colihue o con lo que tuviera, entonces eh el impacto no era tanto porque eran cosas conocidas para ellos po, o trabajar la fuerza no le llevábamos como pesas ni nada de eso, sino que con la misma asi, como con los tarritos de azúcar con un kilo de haría que lo traspasara que lo tomara, entonces esas cosas de ir utilizando la las cosas de sus ambientes ocupacionales reales eh va haciendo que sea más accesible la, la, la intervención osea la rehabilitación”

Entrevista #1 (TO La Araucanía) L: 526-538

*Componente socioafectivo:* se desprende desde las entrevistas, que las mujeres de los sectores rurales presentan un fuerte sentimiento de culpa asociado al estar cuidando de otra persona y teniendo a su vez una sobrecarga. Las actividades dirigidas por los Terapeutas Ocupacionales se orientan a potenciar y entrenar las habilidades sociales, por medio de la implementación de talleres grupales. También se enseñan técnicas de expresión y contención emocional como son el uso del diálogo, y la escritura.

“Pasa mucho sobre todo en las zonas rurales que em sobre todo las mujeres que se sienten súper culpables de sentirse sobrecargadas cuando les toca cuidar a alguien, entonces en ese caso también a mi me toca intervenir y (...) hay técnicas para que las puedan expresar emociones, en

un diálogo, escribir en un cuaderno, emm como formato diario de vida”

## Entrevista #2 (TO Antofagasta) L: 502-510

Por medio de las entrevistas se evidencia que otro tipo de acciones que lleva a cabo el Terapeuta Ocupacional, son las modificaciones ambientales y la prescripción, implementación y entrenamiento sobre ayudas técnicas. También se hace educación al usuario, su familia y al equipo médico, en todos los componentes ya señalados.

Además, esto se complementa con la gestión y tramitación de la identificación y acreditación de las personas con discapacidad, como por ejemplo la orientación y acompañamiento en la obtención del carnet de identidad o de la credencial de discapacidad. Para así favorecer el acceso a diferentes prestaciones y servicios.

A modo general, los Terapeutas Ocupacionales coinciden en que seleccionan las actividades de acuerdo a la cultura e intereses de las personas para que la intervención sea efectiva y le haga sentido, por ejemplo, la actividad “del hilar”. Mencionando que éstas se realizan de forma gradual y están orientadas a mantener la funcionalidad, aumentar la independencia y aumentar la participación en contextos sociales.

“Ellos tienen una actividad por ejemplo de hilar, el hilar es como estar con un huso entonces levantan la mano, y por ejemplo ahí estoy haciendo un ejercicio completamente de hombro po, entonces eh estai trabajando así, y nosotros a veces le entregamos elásticos para que fortalezcan un poco los músculos y le decimos mire es lo mismo de hilar, ya y ahí como que entienden altiro, y el ir eh relacionándolo osea como es como de los dos ámbitos, del ámbito personal y desde el ámbito profesional, creo que es un facilitador totalmente el el el ser parte de la

cultura porque así uno puede intervenir de mejor forma”

Entrevista #1 (TO La Araucanía) L: 398-407

La Terapeuta Ocupacional de la Araucanía mencionó dos ocasiones en las que se vio en la necesidad de validar y justificar su intervención frente al usuario y para hacer esto tuvo que utilizar elementos y actividades propias de la cultura de la persona, como lo es la actividad de hilar, cultivar la tierra, cuidado del jardín y por ejemplo la utilización de elementos presentes en el hogar de la persona en vez del uso de bastón. Esto a su vez, dicho explícitamente por la Terapeuta ocupacional facilita la intervención y favorece la adherencia al tratamiento.

“Entonces le vas explicando con lenguaje más sencillo, tú le dices mire si usted logra hacer esto después va poder peinarse bien (...) Yo le pregunto

cuáles son sus actividades de interés, y la principal actividad de interés de las personas mapuches es cultivar su tierra, (risas) es tener jardines, es tener como el autocultivo para abastecer su hogar, entonces ahí uno va como estableciendo emm como objetivos con respecto a actividades de interés”

Entrevista #1 (TO La Araucanía) L: 97-104

#### *4.3.3 La actitud del Terapeuta Ocupacional al intervenir con personas de una cultura diferente a la suya*

Al intervenir con personas pertenecientes a Pueblos Indígenas, los Terapeutas Ocupacionales se ven enfrentados a diferentes barreras, que ya fueron mencionadas y una de las principales estrategias que les permitan superarlas es la actitud que manifiestan frente a la intervención, la cual se debe caracterizar por ser una actitud humilde, estableciendo un vínculo paulatino desde la primera visita y con énfasis en explicar la prestación que se pretende realizar por parte del Terapeuta ocupacional.

“Ir lo más Humilde y explicar muy bien de dónde vas y a que vas. Emm una vez que ellos entienden eso, te dejan pasar sin ningún problema y como te digo yo, una vez que ya estás en la casa no he tenido ningún problema. Emm el tema es, el primer encuentro, cuando vas a golpear eeh y se genera todo esto, pero es un tema más como de ir humilde y no ir así como, “noo, eeh vengo de salud”, porque también pasa esos eh y eso a la gente no le gusta. Emm entonces es eso principalmente”

Entrevista #2 (TO Antofagasta) L: 347-355

Aquí la Terapeuta Ocupacional de Antofagasta identifica el “primer encuentro” como un momento crucial para poder iniciar el proceso de intervención. Los participantes mencionan en sus relatos que existe una cierta desconfianza y/o desconocimiento por parte de los usuarios hacia los profesionales que provienen del sistema de salud convencional y a la intervención que procede de ellos. Pero luego de superar este primer encuentro los usuarios acceden a recibir la atención del Terapeuta Ocupacional y se logra llevar a cabo el proceso de intervención.

Dentro de la literatura Zango, M. en el año 2013 afirma que los Terapeutas Ocupacionales que se desempeñan en contextos interculturales requieren realizar un análisis y un abordaje de las relaciones de poder, de las determinantes estructurales de la inequidad en salud, Y el relato de la Terapeuta Ocupacional de Antofagasta refuerza esta idea, al referir que : “es un tema más como de ir humilde y no ir así como, “noo, eeh vengo de salud”, porque también pasa esos eh y eso a la gente no le gusta”.

El Terapeuta Ocupacional debe estar dispuesto a salir de su “zona de confort”, de su ambiente habitual de intervención y debe presentar una actitud de búsqueda constante de alternativas para llegar a la persona, con tal de desarrollar



actividades pertinentes a su cultura para que le otorguen sentido o sean significativas, de tal manera que puedan favorecer el vínculo terapéutico y la adherencia al tratamiento.

“Yo siento que en este tipo de contexto uno tiene que dejar un poco lo tradicional eh un poco de lado porque si no la intervención realmente va a tener un fiasco, no va a resultar, va .. va a ser una intervención que no va a ser significativa para ellos (...) uno tiene que pensar que uno no está en su casa, cachai. Que de cierta forma al, al involucrarme en la cultura de ellos eh tienes que buscar herramientas desde ellos mismos para intervenir (...) Entonces claramente uno tiene que cambiar un poco “el switch” cuando hace ese tipo de intervenciones (...) desde lo tradicional.”

Entrevista #4 (TO de Los Ríos) L: 370-380

La Terapeuta Ocupacional de Los Ríos es consciente de las barreras culturales presentes, al igual que el resto de los participantes, pero mantiene una actitud abierta y flexible, intentando adaptarse al contexto cultural.

No se le imponen actividades a la persona, sino que mantienen una actitud conciliadora y buscan llegar a un acuerdo junto al usuario y así lograr que la intervención sea significativa.

Por otro lado, el autor Odawara (2005) afirma que los Terapeutas Ocupacionales que intervienen en contextos interculturales deben ser conscientes del impacto que la cultura tiene sobre la salud, enfermedad e intervención terapéutica y de igual manera comprender la cultura profesional propia, identificando las herramientas disciplinarias con las que cuenta. Y la siguiente cita, de la Terapeuta Ocupacional de La Araucanía, muestra la importancia que tiene para ella como profesional, validar las creencias de los usuarios, validar su

sistema de salud y mostrar una actitud respetuosa.

Además, ella reconoce su propia cultura profesional, identificando que desde su formación adquiere las herramientas necesarias para concretar este tipo de intervenciones.

“El respetar la cultura, el respetar un credo, ya sea religioso, un credo cultural, mm va a validar, (...) nosotros tenemos que adecuarnos al usuario, no el usuario a nosotros. (...) nosotros como terapeutas tenemos que tener la flexibilidad, de poder intervenir en cualquier ambiente, en cualquier cultura y tenemos las herramientas pa’ hacerlo, pero para poder hacer eso tenemos que respetar todas las normas culturales y respetar la cultura y validarle la cultura que ellos tienen, porque si vamos a ir a imponerle cosas, a personas que nunca han hecho de esa forma, mm va ser un fracaso rotundo po, va ser como... una crónica de una muerte anunciada”.

Entrevista #1 (TO La Araucanía) L: 354-365

Todas estas actitudes son una estrategia utilizada por los Terapeutas Ocupacionales, para, en primer lugar, sobrellevar el contacto inicial con las personas y que les permitan iniciar el proceso de intervención. En segundo lugar, les permite establecer un vínculo con el usuario, ya que, el hecho de validar su cultura y su sistema de salud le da esa “pertinencia cultural” a la intervención, que facilita que el usuario se haga partícipe de la rehabilitación. En tercer lugar, la actitud de búsqueda, flexibilidad y adaptación del Terapeuta Ocupacional además de favorecer la participación de la persona, hace que éste proceso sea significativo. Y por último, como lo mencionan las Terapeutas Ocupacionales, el no mantener esta actitud de respeto, el hecho de no aceptar a la persona y no ser conscientes de que sus prácticas en salud son tan válidas como las propias de estos Pueblos Indígenas, va a dificultar la intervención, haciendo de ésta un

“fracaso rotundo”.

#### **4.4 Facilitadores de la Intervención:**

Se entiende por facilitadores, aquellos elementos que favorecen el proceso de intervención, ayudando en primer lugar al equipo a identificar a la población a intervenir y en segundo lugar, a que dichas personas acepten esta intervención (Orrego, Pérez y Alcorta, 2009). Así también, favorecen la relación con el usuario y el establecimiento del vínculo usuario-terapeuta.

Es dentro de esta categoría, que se identifica a la formación profesional del Terapeuta Ocupacional, al profesional como la herramienta terapéutica fundamental, el cual debe poseer distintas habilidades para poder desempeñar su labor:

##### **4.4.1 Formación profesional**

Para esta investigación se considera dentro de esta categoría la “formación académica, prácticas profesionales y experiencias laborales previas”. De los relatos de las participantes no se identifican las prácticas profesionales o las experiencias laborales previas como elementos que faciliten la intervención con Pueblos Indígenas de forma significativa, no así la formación académica, de la cual surgen tres sub-categorías de elementos facilitadores de la intervención

##### **4.4.1.1 El paradigma de la Terapia Ocupacional**

El paradigma de la Terapia Ocupacional proporciona una visión más holística e integral de la persona y de la problemática que la envuelve y eso en consecuencia, facilita la comprensión del desempeño ocupacional de la persona y la identificación del o los elementos que estén alterando dicho desempeño. Es por este motivo que se identifica la formación profesional como un facilitador.

Las participantes de la investigación afirman que, como Terapeutas Ocupacionales se les formó de manera diferente a las demás disciplinas del área de la salud, haciendo énfasis en la persona, el ambiente que la rodea, su cultura. En definitiva, se les orientó a visualizar todos los componentes que comprenden cada fenómeno a intervenir:

“Mira desde desde que a uno lo forman, lo forman de manera diferente. Que siempre somos como los bichos raros de la salud, porque tomas tanto en cuenta a la persona, del Ser que las otras personas no lo ven es como “¿que te duele? Ah es esto, esto y esto”, pero no van más allá de conocer la persona, de conocer su familia, de conocer la cultura, de interesarte por eso y ver desde ese punto cómo afecta su desempeño finalmente. De conocer a la persona en su totalidad para saber por qué se está viendo afectado su desempeño”.

Entrevista #3 (TO Arica y Parinacota) L: 337-345

También se destaca la metodología utilizada durante la intervención, donde las Terapeutas Ocupacionales mencionan que el hecho de realizar actividades lúdica y dinámicas favorece la interacción con las personas.

“Y por otro lado también la forma en que llevamos a cabo los tratamientos. Porque no es como lo hace el común de los profesionales de salud. Emm el común siempre tiende a ser como más estructurado, en cambio lo de nosotros es como un poco más lúdico, entonces eso nos permite tener un mayor eh alcance con la gente, sobre todo con el tipo de población que trabajamos, que son las personas en situación de discapacidad. Que ellos están buscando a alguien con esas características en el fondo”

## Entrevista #2 (TO Antofagasta) L:381-388

### 4.4.1.2 *Habilidades blandas*

Dentro de las habilidades blandas que se pretenden desarrollar al formar Terapeutas Ocupacionales, se encuentran, por ejemplo, la “flexibilidad y creatividad” (Universidad de La Frontera, 2017). Se potencia la “capacidad adaptativa de las personas”, el “desarrollo de estrategias de intervención adecuadas al contexto” y la “capacidad de trabajo en equipo” (Universidad Austral de Chile, 2017).

La totalidad de las participantes afirman que este tipo de habilidades les fueron de utilidad al momento de llevar a cabo sus intervenciones. Requerían desarrollar estrategias creativas para optimizar el material o realizar actividades con aquellos objetos que se encontraban a su disponibilidad (que dentro del contexto rural eran escasos).

“Yo tuve hartos ramos en la U, en los cuales como como que me dieron pistas como para intervenir de forma así como con lo que tuviera nomas po, como eh tratando de aplicarle al ingenio a la creatividad”

Entrevista #1 (TO La Araucanía) L: 236-239

“Nosotros somos super flexibles, ante todo el trabajo a realizar po, entonces podemos mmm realizar intervenciones en todo tipo de ambiente, eh también la parte del lado comunitario”

Entrevista #1 (TO La Araucanía) L:199-202

Al unificar los relatos se identifican como principales habilidades blandas la

creatividad y flexibilidad, ya que el hecho de trabajar dentro de un equipo rural implica enfrentarse a situaciones inesperadas o imprevistos, los que deben ser sorteados.

#### *4.4.1.3 Aprendizajes dentro del aula*

En la literatura se encontró que los profesionales resaltaban el escaso énfasis que se hacía sobre la cultura, como menciona el estudio realizado por Zango M, I, y Moruno M (2012): “Formándonos como Terapeutas Ocupacionales, siguiendo los planteamientos predominantes del Aparato Médico Sanitario, apenas se nos hizo referencia a los factores culturales presentes en las representaciones y prácticas de los colectivos sociales respecto del proceso salud/enfermedad/atención, obviando cómo estos intervienen en la relación y evidenciando la falta de de eficacia terapéutica en determinados contextos”.

Al contrario de esto, las participantes refieren que siempre se les inculcó la importancia del componente cultural y el deber que tenían ellas como profesionales de realizar una intervención con pertinencia cultural.

Se identificó como facilitador el énfasis que los profesores le otorgan al componente cultural y la importancia que le daban al hecho de mantener una actitud de respeto frente a las creencias, hábitos y costumbres de las personas.

“Siempre nuestros tutores, profes, los colegas ahora, eeh siempre el tema del respeto. Pero... yo creo que eso es lo mínimo, es una cosa de sentido común, pero ellos por lo menos siempre trataron de inculcarla”.

Entrevista #2 (Antofagasta) L: 422-425

Sin embargo, si bien siempre se recalcó el rol e influencia de la cultura sobre el desempeño ocupacional de las personas, el contenido de las asignaturas

no hacía referencia a las características específicas de la cultura de los Pueblos Indígenas de Chile. Sólo una de las participantes (TO Los Ríos), tuvo la oportunidad de cursar una asignatura en la que se incorporó contenido del Pueblo Mapuche, donde adquirió habilidades terapéuticas que le acercaron a esta cultura, como la confección de telares, conocimiento sobre ciertas creencias y costumbres, entre otras cosas:

“Desde los inicios de primer año que una profe, porque ella iba con todos sus implementos Mapuche (...) nos hablaba y ahí conversábamos, nos contaba algunas historias, algunas creencias (...) Ahí tejiendo el telar y ella nos enseñaba que eso era como súper importante en su cultura, que ellos podían fabricar distintas cosas y a partir de eso nosotros igual podíamos aprender y poder aplicarlo porque no en alguna persona que le interesara, entonces Herramientas terapéuticas bien igual, igual te enseñaba cómo esa visión”

Entrevista #4 (TO Los Ríos) L: 171-180

El resto de las participantes también identifica el contenido de sus asignaturas como un facilitador, pero por el hecho de proporcionarles distintas actividades terapéuticas, ayudarles a desarrollar estrategias de intervención, favorecer el uso del profesional como herramienta terapéutica mediante asignaturas de psicología, expresión corporal y también por ayudarles a desarrollar un pensamiento y análisis crítico del comportamiento humano y de los elementos que rigen su conducta.

“Me enseñaron desde (...) jardinería, me enseñaron cocinera, me enseñaron, eh carpintería, me enseñaron tejido a telar, me enseñaron actividades y técnica de de expresión corporal, entonces eso me facilitó

mucho las cosas, aparte de tener (...) un ramo de creatividad y todo lo que tenga que ver con sociología y psicología, creo que son muy buenos, aunque en mi universidad no fue muy apuntado a la parte chilena el ramo de sociología, sino que fue más para el otro lado, entonces eh si hubiese tenido dentro del ramo de sociología como un acercamiento a los Pueblos como Indígenas, hubiese sido un poco como más más fácil pero lamentablemente no lo tuve”.

Entrevista #1 (TO La Araucanía) L: 249-259

Para concluir, queda evidenciado mediante las entrevistas que la formación académica es el principal facilitador dentro de la formación profesional, ya que proporciona la base sobre la cual los profesionales realizarán sus intervenciones, teniendo presente el paradigma de la Terapia Ocupacional y enfatizando la actitud de respeto hacia las diferentes culturas. Además esta formación académica potencia el desarrollo de habilidades como la creatividad y la flexibilidad y le entrega a los profesionales el manejo de distintas actividades que puedan poner en marcha en distintos contexto.

Sin embargo, si bien dentro de la formación se reconoce a la cultura como un elemento determinante y estructurante de las ocupaciones, los relatos identifican como punto débil el hecho de que las asignaturas no incorporen contenidos específicos sobre los Pueblos Indígenas de Chile.

#### *4.4.2 Competencia cultural*

El Terapeuta Ocupacional que se desenvuelve dentro de contextos multiculturales debe desarrollar esta habilidad, que es definida como la capacidad de participar en un grupo cultural determinado del mismo modo en que se participa en el grupo cultural propio y además el hecho de ser consciente de la influencia que tiene la cultura sobre la salud, enfermedad e intervención (Zango M., 2015).



Si bien, el hecho de trabajar desde un equipo rural implica desempeñarse en un contexto cultural diferente, la habilidad de la competencia cultural incorpora más elementos que esto, ya que, no solo se limita a intervenir en el ambiente cotidiano de la persona, sino que se refiere al hecho de participar y compartir las actividades cotidianas junto al usuario. En el siguiente relato, la Terapeuta Ocupacional de Arica y Parinacota narra cómo ésta participa activamente de “cuidar a los animales”, una actividad significativa para su usuario. La Terapeuta no se limita solo a educar a la persona sobre la realización de la actividad o enseñarle técnicas de protección articular, ella lo acompaña en el hacer, se “agacha con él”, actúa con él.

Y además refiere que esta forma de intervenir conlleva un significado extra para ella, que impacta en las interpretaciones afectivas positivas sobre la experiencia.

“Es tan importante por ejemplo para una persona salir a ver su ganado, pero a través de eso tú tienes que de alguna manera, de alguna manera meterle de que tiene que hacer las cosas bien, o enseñarle por ejemplo cuando tienen chacra el trabajo de “no te agaches así”, quizás acompañarlo y agacharte con él, mostrarle cómo hacerlo, después del trabajo hacer elongaciones y acompañarlo. Eso yo creo que es lo más bonito, de que tú vayas con ellos a trabajar. Nosotros tomamos la decisión de ir con ellos a trabajar, a ir a pastorearlos al campo, a ir a la chacra a sacar los choclos, desde ese punto de vista, es super bonita la experiencia”

Entrevista #3 TO (Arica y Parinacota) L: 289- 298

La misma Terapeuta Ocupacional hace énfasis en la importancia que tiene para el proceso reconocer la cosmovisión del usuario. No impone su forma de entender el proceso salud/enfermedad desde la visión de salud convencional, sino que valida el significado que la persona le atribuye a estos elementos y además complementa su intervención con las técnicas de sanación de la cultura Aymara como son el uso medicinal de las plantas y el respeto por los agentes de salud, los

“Cuyiris” o “Yatiry” dentro del proceso de intervención.

“Porque ponte tú acá llegas y dices “no me puse un parche de llareta” y tu deci’ “pero es una planta”, pero ellos dentro de su cosmovisión creen en la sanación a través de las plantas, entonces tú no puedes llegar y decir “no es que eso no te sirve y tienes que hacer ejercicios que yo te diga”. No, aca tienes que tener un trabajo de respeto hacia el otro, de respeto hacia lo que el otro cree. Acá se trabaja mucho con los médicos Aymaras que son los “Cuyiris” y los “Yatiry”. Y la gente cuando está enferma aparte de ver al médico tradicional pide ver al médico Aymara, para que le haga frotaciones para que le de medicamentos, ellos lo piden. Entonces si tú no lo respetas, si tu dices “oye no, ¿qué te pasa?” no, nunca vas a tener una buena llegada con el otro”

Entrevista #3 (TO Arica y Parinacota) L: 165-176

Queda en evidencia entonces, que la competencia cultural favorece la intervención de Terapia Ocupacional dentro del equipo rural, porque introduce al profesional en la realidad del usuario y sumado a esto favorece la instauración del vínculo terapéutico, como bien lo menciona la cita anterior: “Si tú no lo respetas, si tú dices “oye no, ¿qué te pasa?” no, nunca vas a tener una buena llegada con el otro”.

#### *4.4.3 Sensibilidad Cultural*

De la mano con la competencia cultural, Zango M. (2015) también identifica la sensibilidad cultural como una habilidad necesaria para intervenir con personas pertenecientes a otras culturas. Esta hace referencia la disposición favorable del profesional para realizar intervenciones con personas de diferentes culturas,

involucrando a las personas en la construcción del conocimiento, adquiriendo habilidades culturales y al mismo tiempo ser consciente de la propia cultura profesional.

De las entrevistas realizadas, se percibe una disposición por parte de las Terapeutas Ocupacionales a incorporar actitudes y hábitos culturales propios de los Pueblos Indígenas, que impactan en su sistema de creencias. Esto parte en un principio de la validación cultural, pero también del autoconocimiento del terapeuta, quien a su vez presenta cierta inclinación de entender y agrado hacia las formas de vida desde la cosmovisión Indígenas. Esta conciliación del choque cultural que ocurre entre la disciplina de la Terapia Ocupacional y las técnicas de salud Indígenas implican un proceso de validación y negociación constante entre el terapeuta y las personas, lo cual incluye esta disposición hacia la cultura, sobre sus costumbres como son en la cultura Aymara, de transportar a los niños en la espalda, su bajada, el significado de la ropa como el uso de la falda en la mujer, etc.

“El validar, o el conocer el conocerse a uno mismo y el conocer a la otra persona y complementarse, yo creo que es el mejor trabajo que uno puede hacer eh bueno prácticamente yo casi (risas) me he metido más a la cultura mapuche, eh eh dejado de lado alguna creencias y he tomado como actitudes y hábitos desde esa cultura, porque me ha gustado bastante la cosmovisión que tiene el Pueblo mapuche, me gusta, me gusta bastante la forma de vivir que tiene”

Entrevista #1 (TO La Araucanía) L: 372-379

“Considerando la cultura de la persona po, por ejemplo uno no puede ir y eh cambiarle de raíz todos los hábitos que ellos tienen, sino que ir eh haciendo como eeh ir haciendo como una negociación cachai. Y y logrando como el punto medio, eh para que la persona se sienta bien con con mm, osea para que cumpla principalmente, para que haga lo que uno le pide, que es al final es como directamente para su bien mayor, igual depende

porque hay harta gente que ya está con con las enfermedades”  
Entrevista #1 (TO La Araucanía) L: 453-460

“Yo creo que de las personas que trabajan, sobre todo en las zonas rurales, todos deberían emm reconocer y tomarle la importancia a la cultura. Por lo menos todos deberían saludar en Aymara, deberían, aunque sea saber por qué los niños andan en la espalda, cuando los niños bajan de la espalda, saber por qué las mujeres usan esa falda, todas las cosas que ellos hacen”

Entrevista #3 (TO Arica y Parinacota) L: 205-211

Queda demostrado entonces, la importancia de que los profesionales que se desempeñan en contextos interculturales desarrollen la sensibilidad cultural, por ser una habilidad que facilita la intervención, favorece la relación usuario-terapeuta y fomenta la participación en las actividades. Además, las mismas Terapeutas Ocupacionales afirman que el hecho de conocer la cosmovisión de las distintas culturas, involucrarse en las actividades propias de cada Pueblos Indígena, adquirir hábitos y costumbres practicadas por sus usuarios es una parte fundamental en la interacción con personas de diferentes culturas, inclusive, la última cita refleja que la Terapeuta Ocupacional identifica esto como un “deber” e insta a todas las personas que brindan algún servicio o que trabajan en contextos rurales, a desarrollar esta habilidad.

#### *4.4.4 Materiales*

Desde el MINSAL (2010) se estipulan los insumos anuales que son otorgados a cada equipo rural, ya que se pretende que las actividades terapéuticas no se vean afectadas por la falta de éstos. Los insumos con los que

cuenta anualmente el equipo corresponden a materiales para la realización de actividades, la confección de órtesis y para las intervenciones comunitarias.

En este punto, las Terapeutas Ocupacionales refieren contar con los insumos necesarios para realizar sus intervenciones, además de gestionar dentro de la comunidad los materiales que oportunamente se pudiesen necesitar. La Terapeuta Ocupacional de Arica y Parinacota lo relata de la siguiente manera:

“Mira nosotras en tema de material, en tema económico no hemos tenido problema. En verdad el servicio nos entrega todo lo que nosotras hemos pedido, nosotras, yo pedí por ejemplo eh todos los materiales para hacer órtesis, me llegaron, pedí materiales para hacer actividades recreativas y me llegaron, todo. Entonces en relación a eso, del programa, no ha habido problema”

Entrevista #3 (TO Arica y Parinacota) L: 229-234

Es por lo señalado anteriormente que los materiales en los Equipos Rurales son un facilitador, ya que siempre están disponibles para realizar una intervención de manera satisfactoria y cumplir con las actividades que se proponen a realizar tanto el Kinesiólogo como el Terapeuta Ocupacional.

#### *4.4.5 Experiencias desde la práctica: Una ayuda inesperada*

Del análisis de las entrevistas surgen nuevos facilitadores del proceso de intervención que no habían sido identificados dentro de la literatura. Estos son los siguientes:

##### *4.4.5.1 Personajes de la comunidad*

De las entrevistas se desprende que en el lugar a intervenir el equipo fue

apoyado por distintas personas, que forman parte de la red dentro de la cual la dupla se desenvuelve.

Dentro del equipo de salud se identifican: Asesores y facilitadores interculturales, los cuales fueron incorporados al sistema de Salud mediante el Programa Especial de Salud de Pueblos Indígenas en el año 2006, cuyo propósito es facilitar la intervención en éstos Pueblos. También se identifica al médico rural, ya que es uno de los encargados de derivar a los usuarios al equipo rural de rehabilitación.

Y, además, la totalidad de las participantes coinciden en el rol fundamental del Técnico en Enfermería, ya que posee un amplio conocimiento de la población, de las normas culturales y se muestra dispuesto a compartir este conocimiento con la dupla:

“Por ejemplo acá a las comunidades que llegamos tenemos que pasar primero al CESFAM o a la posta o al espacio médico rural, lo que tengan disponible. Y luego de eso obviamente nosotros conversamos con los TENs y siempre son los TENs en el caso de las postas y las estaciones eehh los que más saben. Ello conocen a toda la comunidad, conocen a toda la gente y ahí obviamente nosotros vemos si es que tienen algún caso nuevo, si es que paso algo y cualquier cosa”.

Entrevista #2 (TO Antofagasta) L:44-51

*Dentro de la comunidad:* Se visualiza como facilitador, a la familia de la persona, sus vecinos y grupos comunitarios, por el apoyo que brindan a lo largo del tratamiento, para facilitar la comunicación entre el equipo y el usuario, en aquellos casos en que éstos no hablan español, también cooperan con la rehabilitación, porque la dupla terapéutica da a conocer los ejercicios, pero después son éstas personas quienes deben seguir atentos en este proceso aunque la dupla no se encuentre presente.

“Pedimos que estén o el hijo o un familiar que además hable español

y que nos pueda ayudar”

Entrevista #3 (TO Arica y Parinacota) L: 118-119

A su vez, el quipo rural debe apoyarse en otras instituciones que no son necesariamente del área de la salud, de manera intersectorial. En este sentido, carabineros de Chile cumple una función importante como facilitador en la continuidad de este proceso, quienes asumen la misión de supervisar a los usuarios para mantener un seguimiento constante de su evolución:

“Por ejemplo si yo voy esta semana la próxima semana va la Ronda médica, adecuarnos a eso, y trabajar también con Carabineros “oye esta persona está enferma, ¿tú podrías darte una vuelta la otra semana que nosotros no vamos?” y así vamos teniendo más conocimiento de esas personas, por eso es bien importante trabajar en red”

Entrevista #3 (TO Arica y Parinacota) L: 273-279

#### 4.4.5.2 *Visitas domiciliarias integrales*

Como menciona el MINSAL en el año 2010, una de las labores que debe cumplir el equipo rural, es su desplazamiento hasta el domicilio de los usuarios para realizar la evaluación e intervención de cada persona, además de llevar a cabo la atención a personas en situación de discapacidad dentro de su hogar. Son estas visitas, las cuales son visualizadas por las Terapeutas Ocupacionales como un facilitador dentro del proceso de intervención, ya que, en primer lugar les permite conocer la realidad del usuario y el ambiente en el cual se desempeñan, y en segundo lugar relatan que a través de este facilitador logran establecer una relación cercana, de mayor confianza entre los usuarios y los profesionales, hacer utilización de elementos propios del hogar de la persona, proporcionando una amplia variedad de actividades para realizar.

Es dentro de este contexto, que la Terapeuta Ocupacional de Antofagasta relata lo siguiente:

“Es totalmente distinto eh intervenir en un box donde los pacientes llegan a tu box, y llegan con la mejor pinta, que tu llegar de improviso a su casa y conocer su realidad, eh y realizar eh rehabilitación con lo que tienen en la casa prácticamente, entonces ahí uno realmente conoce, por ejemplo sabe algunos hábitos como de alimentación que a veces llega uno a la hora de almuerzo y los tiene cachao que tienen la sal así que se están comiendo con toda la sal del mundo. Entonces esas cosas cuando van al box no la uno no las conoce, entonces el trabajar aquí a mí me da muchas herramientas”

Entrevista #1 (TO La Araucanía) L: 276-286

Además, otro elemento importante que se identifica desde las participantes, es la presencia del médico en las Visitas Domiciliarias, ya que, se relata que ayuda a dichos profesionales a visualizar el contexto en el cual se desenvuelven los usuarios, las distancias que deben recorrer para concurrir a la atención médica, además de permitirles conocer la cultura de las personas a las cuales intervienen.

La Terapeuta Ocupacional de La Araucanía lo relata de la siguiente manera:

“Y lo otro igual, lo que ha servido con los médicos en general, son estas salidas, estas salidas que tenemos todos los jueves, que se van



rotando los médicos del hospital, son 7 médicos en el hospital, y cada semana nosotros vamos saliendo con un médico distinto entonces que conozca esta realidad, que conozca la cultura, y la realidad así como el ambiente ocupacional real de las personas ehh le ha ayudado bastante, le ha ayudado mucho mucho mucho, para conocer la distancia desde que van, a por ejemplo le dicen ya no yo soy de Rucatraro, guaaa ya son 25 kilómetros que quedan de desde Galvarino, entonces ehh ellos ya están conociendo esa realidad, están siendo como un poquitito más flexible, están ah como aprendiendo un poquitito lo que nosotros ya lo tenemos aprendido, como equipo de rehabilitación rural”

Entrevista #1 (TO La Araucanía) L: 503-516

A modo de síntesis, las visitas domiciliarias son un facilitador ya que permite conocer la realidad del usuario, ver su ambiente donde realiza su rutina diaria y la forma en que la realiza, ver una realidad distinta a la que se pueden enfrentar dentro de un box. Eso es una ventaja para los profesionales de salud y como se mencionó anteriormente permite a los médicos ser más flexibles a la hora de intervenir con personas de Pueblos Indígenas. Además genera que las intervenciones domiciliarias por parte del Terapeuta Ocupacional y el Kinesiólogo se transformen en actividades significativas para los usuarios ya que al usar elementos presentes dentro del hogar, que tienen un gran valor sentimental para las personas y para su cultura y así se logra captar la atención y el interés necesario.

#### *4.5 Aprendizajes y Significados del trabajo con personas pertenecientes a Pueblos Indígenas*

Como resultado de las entrevistas, se destaca en los relatos de las Terapeutas Ocupacionales los aprendizajes desde el proceso de intervención con personas pertenecientes a Pueblos Indígenas, además del significado que esta

experiencia representa para las participantes.

#### *4.5.1. Los aprendizajes desde el hacer*

A lo largo de este capítulo se destaca como aprendizajes el conocimiento de las normas culturales que rigen a cada Pueblo Indígena con el cual se está interviniendo, el lenguaje que comparten los miembros de dicha población, actividades propias de la cultura, el darle pertinencia cultural a sus intervenciones, además de proporcionarle a las Terapeutas Ocupacionales una perspectiva real de lo que son y significa pertenecer a un Pueblo Indígena, dejando a un lado ideas sesgadas acerca de ellos.

La Terapeuta Ocupacional de La Araucanía y de Antofagasta lo relatan de la siguiente manera:

“Ya hemos aprendido un poco de las normas culturales que están dentro del Pueblo mapuche, hemos sabido llegar, conversar con ellos, yo eh igual he aprendido mapudungun eh, para poder comunicarme con ellos”

Entrevista #1 (TO La Araucanía) L:184-187

“Tú en cada lugar... independiente que sea Pueblo Indígena o no tu ehh... vas a aprender de cada experiencia, cada día tú aprendes cosas nuevas. Eeh en el caso de los Pueblos Indígenas el tema es, más allá como del tipo de intervención, es considerar las creencias, considerar su sentido de pertenencia y, y que son cosas que en el fondo en la medida que lo vas practicando se te van a automatizar, entonces después si te vas a otro lado, eh vas a tener todo eso en consideración sin darte cuenta. Y en el fondo, eso también hace que la intervención sea mucho más respetuosa a la persona en el fondo, y a sus creencias... y a como ellos también se

desempeñan”

Entrevista #2 (TO Antofagasta) L:726-736

Además, como lo relata la Terapeuta Ocupacional de Antofagasta y a continuación la de Arica y Parinacota, frente a futuros puestos laborales, estos aprendizajes resultan un facilitador para las profesionales, ya que expresan, que después de haber realizado un trabajo dentro de los equipos rurales de rehabilitación, podrán entregar una intervención respetuosa con las creencias y con las formas en que las personas se desempeñan.

“Desde la misma cultura por ejemplo... eh conseguir.. no sé, por ejemplo trabajar en algún lugar, en un hospital y que te llegue una persona Aymara y poder conocer cómo es esa cultura yo creo que es un facilitador completamente para encontrar... para otro trabajo”

Entrevista #3 (TO Arica y Parinacota) L: 182-186

#### *4.5.2 Significados para el Terapeuta Ocupacional desde la experiencia con Pueblos Indígenas*

La experiencia se refiere, entonces, a los “pensamientos y los sentimientos inmediatos que emergen desde lo íntimo del desempeño y en respuesta al desempeño”. Y esta experiencia es valorada de manera diferente por cada persona surgiendo distintas interpretaciones de la misma experiencia, definidas como “evocar y reflexionar acerca del desempeño en términos del significado que tiene para uno mismo y su propio mundo”. (Kielhofner 2004)

Para las participantes, este trabajo ha significado una grata experiencia, que las ha enriquecido como personas y como profesionales, ya que les dió la oportunidad de conocer diferentes contextos, diferentes estilos de comportamiento e interactuar con distintas personalidades. También les ayudó a desarrollar

habilidades como la creatividad, la flexibilidad, capacidad adaptativa, entre otras cosas.

Por otro lado, les demostró que este tipo de intervenciones acercan el tratamiento a las personas, volviéndolo “más real”, ya que se trabaja con los objetos cotidianos, dejándolo de lado, en cierto grado, los artefactos médicos. Y además, no sólo acerca el tratamiento al usuario, sino que también lo hace con la familia, los amigos y el resto de la red.

“Fue el mejor trabajo que he tenido, eh si es una tremenda experiencia, eh que me sirvió para crecer mucho en términos personales, para tener más seguridad también al momento de intervenir eh qué más... me sirvió para ser creativos, ser observador”

Entrevista #4 (TO Los Ríos) L: 442-446

“Yo creo que es súper importante emm aparte de que conoces distintas realidades, conoces distintas personas, conoces distintas personalidades... distintas formas de hacer las cosas... emmm yo creo que es súper importante poder eh trabajar en este equipo, precisamente por lo que les comentaba recién, el poder acercar estas intervenciones, que si tú vas y dices que eres de salud obviamente siempre lo va a asociar maquinas o a cosas más clínicas emm mediciones y todo lo demás, ehh pero yo siento que a nivel profesional nos permite poder hacer más real este tratamiento para los usuarios y que ellos vean que en el fondo, con las cosas de la casa podemos ayudarlos a seguir adelante, no solo a los usuarios, a los cuidadores, a las familias y a todos los que están involucrados en torno a la misma persona”

Entrevista #2 (TO Antofagasta) L:713-725

Los relatos de las participantes también reflejan que el trabajo que se lleva a cabo dentro de los equipos rurales de rehabilitación les permite poder hacer el tratamiento más real para los usuarios, además les otorga la posibilidad de conocer realmente el contexto cotidiano de las personas con quienes trabajan e

incorporar patrones comportamentales nuevos dentro de su conocimiento profesional, lo que les será de ayuda en trabajos futuros.

A modo de síntesis, los relatos reflejan que las participantes le atribuyen a este trabajo un alto valor en términos profesionales, esto por la amplia gama de contextos, personas, realidades y experiencias que les permitió vivenciar.

Al evocar los sentimientos y pensamientos que surgen de este trabajo, las Terapeutas Ocupacionales expresan resultados positivos y un alto grado de satisfacción frente a su desempeño y los logros obtenidos, en el trabajo con personas de Pueblos Indígenas. Lo que hace de este trabajo, según el relato de las participantes, una experiencia grata y significativa.

## CUADRO RESUMEN

Experiencia	Experiencias previas a la intervención con pueblos indígenas (tanto a nivel personal como profesional)
	Primer encuentro con los usuarios: Los Terapeutas Ocupacionales se encuentran con una población que no confía en ellos, reticente a recibir una intervención
	Quiebre de barreras culturales: El profesional debe desplegar una serie de estrategias para romper los prejuicios existentes por parte del usuario y de él mismo y así poder superar la barrera cultural y así establecer el vínculo Terapéutico.
	Finalización de la intervención: Se establece el vínculo terapéutico y se logra un trabajo en conjunto, donde se cumplen los objetivos de ambas partes. Los usuarios manifiestan el deseo de mantener el contacto con la dupla Terapéutica.
Barreras	Geográficas: Los equipos Rurales se crearon para que las personas que se encuentran en <b>ruralidad extrema</b> puedan recibir atención en salud. Por consecuencia, los profesionales del equipo, se enfrentan a ésta barrera, al desplazarse a los domicilios de los usuarios.
	Culturales: Existe un desconocimiento de las Normas Culturales, por parte de los profesionales. Además la diferencia de idiomas entre el equipo y los ciertos usuarios.

	<p>Actitud del usuario: El poco conocimiento del trabajo que se realiza el equipo rural y el desconocimiento de los beneficios que tiene esta intervención, lleva a los usuarios a rechazar esta misma en primera instancia.</p>
--	--

<p>Estrategias</p>	<p>Fundamento Teórico: El modelo de intervención (propio de la disciplina) más utilizado para intervenir con personas de Pueblos Indígenas, es el Modelo de Ocupación Humana, porque les permite a los profesionales abordar a los usuarios manteniendo siempre el paradigma y la visión de la Terapia Ocupacional. También se utilizan modelos provenientes de otras disciplinas, como el modelo rehabilitador, modelo de redes. Y además utilizan estrategias de intervención comunitaria como la RBC</p>
	<p>Se seleccionan de acuerdo a la cultura y los intereses de la persona. Están enfocadas para intervenir tanto el componente físico, como el cognitivo y socio afectivo. Se realizan modificaciones ambientales y prescripción, entrenamiento y educación en ayudas técnicas</p>
	<p>El Terapeuta Ocupacional debe estar dispuesto a salir de su “zona de confort”, de su ambiente habitual de intervención y debe presentar una actitud de búsqueda constante de alternativas para llegar a la persona</p>

Facilitadores	<p>Formación Académica Se destacan las competencia y habilidades blandas que las distintas casas de estudio potencian en sus estudiantes, sobre todo la creatividad, flexibilidad y trabajo en equipo</p> <p>También el contenido de las distintas asignaturas, les proporcionó distintas estrategias de intervención y una gama de actividades terapéuticas</p> <p>Y además, el paradigma de la Terapia Ocupacional, otorgándole a la cultura un rol determinante</p>
	<p>Competencia Cultural: El hecho de ser capaz de intervenir en el contexto de una persona, participando activamente, haciéndose parte de su cultura y al mismo tiempo ser consciente de la cultura profesional propia.</p>
	<p>Sensibilidad Cultural: Los profesionales deben estar dispuestas a intervenir con personas de una cultura diferente a la suya para darle a la intervención la pertinencia cultural correspondiente</p>
	<p>Visitas domiciliarias: La modalidad de intervención de estos equipos facilita su trabajo, ya que, el hecho de ir a los domicilios de las personas les proporciona una visión diferente a la que les entrega el trabajo dentro de un box y una gama más amplia de actividades, en concordancia con las actividades cotidianas de las personas.</p>
	<p>Personas de la red: El equipo rural articula la red en la que está envuelta la persona y se destaca aquí el apoyo proporcionado tanto por el equipo médico, especialmente los TENS, quienes conocen a gran parte de la comunidad, como por los mismo miembros de ésta.</p>



## Capítulo V: Conclusiones

El estudio “Experiencias de Terapeutas Ocupacionales con Pueblos Indígenas” nace bajo la inquietud del grupo investigador por saber si las diferencias culturales entre los Terapeutas Ocupacionales y los usuarios dificultan el proceso de intervención. Se buscaba conocer cómo los Terapeutas Ocupacionales realizan una intervención en contextos interculturales, de qué forma abordan a la persona perteneciente a otra cultura, como han experimentado ellos este quehacer profesional y de qué manera logran darle a la intervención la pertinencia cultural necesaria para que ésta sea efectiva y significativa para la persona.

Para responder a dichas inquietudes, se utilizaron categorías de análisis que abarcaron los siguientes conceptos:

*Experiencias previas al trabajo con Pueblos Indígenas:* Se concluye que las Terapeutas Ocupacionales no identificaron la experiencia vital como un factor influyente en su desempeño dentro del equipo rural, no así las experiencias profesionales, donde se evidencia que los trabajos previos de las profesionales influyen en la adopción de distintas posturas acerca de su futuro desempeño profesional

*Experiencias al trabajar dentro del equipo rural de rehabilitación:* Se puede afirmar que cada equipo tiene su propia modalidad de trabajo, por las diferencias geográficas de cada región. Todos los equipos realizan dos modalidades de intervención, que son visitas domiciliarias integrales y talleres grupales.

En relación con el comienzo de las intervenciones, las participantes siempre se encontraron con un recelo por parte del usuario y para hacerle frente se vieron en la necesidad de idear nuevas estrategias y adquirir nuevas habilidades relacionadas con la cultura de estas personas. Producto de estas estrategias se logra la aceptación de la intervención y a lo largo de esta, se va creando una

estrecha relación entre el usuario y el Terapeuta Ocupacional.

Lo que convierte al Terapeuta en un nexo entre el usuario y el sistema de salud convencional. Concluyendo finalmente, la importancia del Terapeuta como un nodo que posibilita la articulación de la red de Salud.

Experiencias del trabajo con el Kinesiólogo: Se concluye que, si bien el trabajo que realizan ambos profesionales está determinado por la visión que cada disciplina tiene de la persona, ambos se logran complementar a través de la búsqueda de objetivos similares, por medio de la realización de diferentes estrategias de intervención. Y, además, se puede afirmar la identificación de este profesional como un facilitador de la intervención, por el apoyo que brinda al realizar las actividades propias del quehacer del Terapeuta Ocupacional.

A partir del objetivo específico, Identificar las barreras a las que se enfrenta el Terapeuta Ocupacional en la intervención con personas pertenecientes a Pueblos Indígenas, se concluye que, de las cinco barreras identificadas en la literatura, sólo dos de ellas interfieren de forma significativa en la intervención del Terapeuta Ocupacional. Estas son el desconocimiento de la lengua propia de cada cultura y la barrera geográfica, (estas barreras habían sido visualizadas por el equipo investigador antes del estudio y que fue confirmada luego de esta). Destacar que la barrera geográfica es asumida por parte del equipo rural para favorecer el acercamiento de la rehabilitación a las personas en situación de ruralidad extrema, favoreciendo así que los usuarios puedan acceder a una atención de salud oportuna.

Se identifican también como una barrera el desconocimiento por parte de los profesionales de las normas culturales propias de cada Pueblo Indígena, como principal causa de esta barrera se observa una débil formación de pregrado, en cuanto a estrategias terapéuticas centradas en la cultura indígena Chilena y aún más, una débil formación escolar, referente a la cultura de dichos pueblos.

Junto con esta barrera, se encuentra el desconocimiento por parte de los usuarios del proceso de rehabilitación, lo que los lleva a tener una actitud distante hacia los profesionales de salud, lo que en consecuencia dificulta el inicio de la intervención del Terapeuta Ocupacional.

Esto nos permite concluir, que es necesario para el Terapeuta Ocupacional conocer las distintas manifestaciones culturales y esquemas de comportamiento propias de cada usuario, para poder otorgarle a la intervención la pertinencia cultural correspondiente, para que sea más significativa para la persona. Y además queda en evidencia la necesidad de educar a la población sobre el rol del Terapeuta Ocupacional.

En cuanto al objetivo específico número tres, que consiste en “identificar las estrategias utilizadas por Terapeutas Ocupacionales en la intervención con personas pertenecientes a Pueblos Indígenas” se utilizaron tres categorías de análisis:

*Sustento teórico para la intervención con Pueblos Indígenas:* Se concluye que el modelo más utilizado para abordar este tipo de casos es el Modelo de Ocupación Humana, porque le provee a las Terapeutas Ocupacionales una estructura para llevar a cabo su intervención sin desviarse del objetivo de la disciplina, manteniendo al usuario como protagonista, del cual surgen los objetivos de tratamiento y al mismo tiempo vinculándolo con el ambiente que lo rodea.

Además, queda en evidencia que la principal estrategia utilizada para dar continuidad a la atención en este tipo de contextos, es mediante la articulación de la red que envuelve a la persona, tanto al sistema de salud, como municipal, de seguridad ciudadana y la comunidad, esto se logra con la implementación del modelo de redes y la RBC.

*Actividades que desarrolla el Terapeuta Ocupacional dentro de su intervención:* Nos resulta relevante como equipo investigador destacar que, a pesar de que los programas de rehabilitación rural están enfocados al área física, la intervención que realiza el Terapeuta Ocupacional no deja de lado los demás componentes de la persona, manteniendo siempre el sello de la disciplina, con una visión holística y biopsicosocial.

Para trabajar dichos componentes se realizan actividades de acuerdo a los intereses y cultura de la persona, con el fin de favorecer la adherencia al tratamiento y una participación activa del usuario en el proceso de intervención.

La actitud del Terapeuta Ocupacional al intervenir con personas de una cultura diferente a la suya: Una de las ideas iniciales de la investigación fue la creencia de que existiría un choque entre la medicina tradicional y la convencional. Al manifestar esta idea de forma explícita a los participantes, éstos la refutan, argumentando que, siendo los Terapeutas Ocupacionales un agente del sistema de salud convencional, de igual forma buscan validar el sistema de salud de los Pueblos Indígenas e incluso incorporan algunas de las prácticas de sanación propias de estos Pueblos dentro de su intervención. Pero como equipo investigador, al escuchar por parte de los Terapeutas Ocupacionales las reacciones que tenían los usuarios al comenzar las intervenciones, si observamos la existencia de un choque entre éstas dos visiones de la medicina, ya que ambas atribuyen orígenes distintos a las enfermedades y presentan prácticas de sanación diferentes, además el hecho de que los usuarios sean intervenidos desde una medicina convencional y no de la propia, hace que éstos sientan que sus sistema de salud está siendo, en cierto grado invalidado, ya que es dejado como una alternativa, una estrategia de intervención y no como la parte central de ésta. Y esto finalmente dificulta que el usuario tenga una disposición favorable a recibir una intervención desde la medicina convencional.

Sin embargo, queda en evidencia, la importancia que le dan los Terapeutas Ocupacionales a su actitud frente a la intervención con personas de diferentes culturas, siempre respetando y considerando los hábitos, actividades y costumbres de las personas, reforzando así el énfasis que le otorga la disciplina al componente cultural.

Por último, con respecto al objetivo “identificar los factores que facilitan el proceso en la intervención de Terapia Ocupacional con personas pertenecientes a Pueblos Indígenas, que habitan en zonas rurales”, se concluye dentro de los principales facilitadores se encuentran:

*Formación profesional:* Se identifica la formación académica como un facilitador de la intervención debido a que les proporcionó una base para realizar su intervención y desde ese punto desarrollar distintas actividades y habilidades para poder conectar con el usuario.

Se destacan también habilidades blandas que son potenciadas a través de la formación académica y que a nuestro parecer, son esenciales para poder trabajar en este tipo de contextos, las cuales son la flexibilidad, creatividad y capacidad de adaptación.

Por último, se concluye que en la formación académica existen asignaturas que destacan la importancia de la cultura, como lo son la antropología y sociología, pero se evidencia la necesidad de profundizar específicamente en la cultura de los Pueblos Indígenas nacionales.

Por lo que como equipo investigador se le plantea el desafío a las casas de estudio de proporcionar instancias de aprendizaje y favorecer la adquisición por parte de los estudiantes, de actividades y herramientas que le permitan trabajar en contextos interculturales.

*Competencia y Sensibilidad cultural:* Se concluye que ambas son habilidades necesarias para poder realizar una intervención efectiva dentro de contextos interculturales, porque introducen al profesional en la realidad del usuario y sumado a esto favorecen la instauración del vínculo terapéutico y la adherencia al tratamiento.

Cabe destacar que la totalidad de los participantes no eran conscientes de que utilizaban estas habilidades, por desconocimiento del concepto. Por lo cual, como equipo investigador se le plantea como desafío a los Terapeutas Ocupacionales, integrar estos conceptos dentro de su lenguaje profesional y potenciar la adquisición de éstas.

*Visita domiciliaria Integral:* Es uno de los principales facilitadores debido a que permiten al Terapeuta Ocupacional conocer la realidad del usuario, una realidad distinta a la que se observa al intervenir dentro de un box. Además, permite hacer de la intervención un proceso más real para los usuarios, gracias al uso de elementos propios del hogar de las personas. Y por otro lado le otorga al profesional un abanico más amplio de actividades a realizar.

A modo de conclusión general, es indispensable mostrar los aprendizajes obtenidos y el significado que los Terapeutas Ocupacionales le otorgan al trabajo realizado dentro de los equipos rurales de rehabilitación.

La intervención de éste profesional dentro de la dupla terapéutica otorga una variedad de aprendizajes sobre el lenguaje de los Pueblos Indígenas, las normas culturales, las creencias propias de cada pueblo y la forma en que las desempeñan, así como también el respetar estas creencias, de manera que brinda una visión integral culturalmente.

Además, la intervención del Terapeuta Ocupacional en los equipos rurales

otorga la oportunidad de conocer diferentes contextos, diferentes estilos de comportamiento e interactuar con distintas personalidades. De igual manera ayuda a desarrollar habilidades como la creatividad, la flexibilidad y la capacidad adaptativa, entre otras cosas. También destacar que los conocimientos adquiridos en éste trabajo son herramienta de gran valor práctico, debido a que le otorgan al Terapeuta Ocupacional la experiencia y habilidad de poder intervenir con una persona perteneciente a un grupo cultural diferente de forma espontánea y eficaz.

Por último, para los Terapeutas Ocupacionales el trabajo dentro de los equipos rurales de rehabilitación es una experiencia importante y altamente significativa. Esto debido al tipo de intervención que se realiza, el acercar la atención a las personas en situación de ruralidad extrema para que puedan recibir el tratamiento en sus domicilios, en donde se observa a la persona en su ambiente cotidiano, y se le acompaña en la realización de sus tareas, de manera que se forma una intervención muy enriquecedora para los Terapeuta Ocupacionales, tanto como personal como profesionalmente.

Se concluye entonces, que la intervención del Terapeuta Ocupacional dentro del equipo rural de rehabilitación es indispensable para otorgar una atención centrada en el usuario, la cual posee tanto la competencia como la sensibilidad cultural imprescindibles en la intervención con personas pertenecientes a un Pueblo Indígena, de manera que el pertenecer a un grupo cultural diferente al del profesional no es un barrera al momento de la intervención. Así como también, se preocupa de romper con las barreras geográficas, culturales, y el desconocimiento de la rehabilitación, entre otras.

Finalmente, de este estudio surgen dos nuevos campos de investigación. El primero surge debido a la presencia de este choque cultural ya mencionado anteriormente, donde se les proporciona a los usuarios una intervención desde una visión de la medicina que no es la suya, invalidando su sistema de salud, lo que dificulta la este proceso. Por lo que es relevante investigar la percepción que

tiene los usuarios pertenecientes a Pueblos Indígenas, de una intervención de Terapia Ocupacional, la cual posee una visión convencional de la medicina y cuáles son las razones que llevan a los usuarios a aceptar o rechazar dicha intervención.

El segundo campo de investigación, surge por una de las principales barreras que se presentaron al momento de intervenir con personas pertenecientes a Pueblos Indígenas de Chile, que es investigar acerca del énfasis cultural que tiene la formación académica de Terapia Ocupacional y más específicamente, el énfasis en la cultura Chilena.



## BIBLIOGRAFÍA

- Achicanoy Estrada, A. M., Balaguera Cala, O. H., & Bolivar Restrepo, G. (2014). Barreras de acceso a la población rural del municipio de Concordia a los servicios de salud del Hospital San Juan de Dios en Concordia Antioquia 2011 (Doctoral dissertation).
- Aizenberg, L. (2015). Hacia una aproximación crítica a la salud intercultural. *Revista Latinoamericana de Población*, (9), 49-69.
- Alarcón M, Ana M, Vidal H, Aldo y Neira, Jaime. (2003) Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev. méd. Chile* [online], vol.131, n.9
- Amengual, G. (2007) El concepto de experiencia: de Kant a Hegel. Universidad de Santa Fe. Santa Fe, Argentina.
- Austin, T. (1999) Para comprender el concepto de Cultura. Reino Unido.
- Awaad T. (2003). En *Culture, Cultural Competency and Occupational Therapy: A Review of the Literature*. *Br J Occup Ther.* (356-362).
- Bauman (2008) y Taylor (1861). Citado en *Terapia Ocupacional, cultura y diversidad*. Universitat de Vic, Universidad de Catalunya, Vic, España.
- Biblioteca Nacional de Chile (2016). "Memoria Chilena". Santiago, Chile.
- Castro V, Romo M. (2006). *Biodiversidad de Chile: Patrimonio y Desafío*. Capítulo N° 4. CONAMA. Chile
- Chambi, N. (1998) *Medicina Tradicional Aimara*. Colegio Profesional de Antropólogos del Perú.
- Chamorro P., Andrea, & Tocornal M., Constanza. (2005). Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama: Hacia una etnografía médica contemporánea. *Estudios atacameños*, (30), 117-134. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-10432005000200007>.
- Consejo Nacional de la cultura y las artes (2012). *Conociendo la Cultura Mapuche*.

Santiago, Chile.

- Coppens F. y Van de Velde H. (2005), Técnicas de Educación Popular. CURN-CICAP, Estelí – Nicaragua.
- Cuasse, M. (2009) El concepto de comunidad desde el punto de vista Socio-Histórico-Cultural y Lingüístico. Centro de Información y Gestión Tecnológica de Santiago de Cuba. Santiago de Cuba, Cuba.
- Comité Europeo de Terapeutas Ocupacionales “COTEC” (1986-2017) Karlsbad-Ittersbach, Alemania, <http://www.coteceurope.eu/>.
- De trabajo sobre Implementación, C. G. (2010). Implementación de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud: manual metodológico.
- Dick, I. (2014) Culture, Ethnicity and race in occupational therapy.
- Espinoza, L. (2017) Director Programa Rural, Departamento de APS y Salud Rural, Araucanía Sur. Temuco, Chile.
- García-Beyaert, S., Serrano Pons, J. (2009) Recursos para superar las barreras lingüísticas-culturales en los servicios de salud. Manual de atención al inmigrante. Madrid, España.
- Gimenez, G. (1996) Estudios sobre las Culturas Contemporáneas, vol II. Universidad de Colima. Colima, México.
- Gimenez, G. (1999) Territorio, cultura e identidades. La región socio-cultural. Estudios sobre las Culturas Contemporáneas, vol II. Colima, México.
- Gobierno de Chile. (16 de Abril 2004). Política de nuevo trato con los Pueblos Indígenas: Derechos Indígenas, Desarrollo con Identidad y Diversidad Cultural
- Gobierno de Chile, MINSAL. (2013). Salud Rural 2013. 23 de Abril 2017, de Gobierno de Chile Sitio web.
- González, Noé (2007) Bauman, identidad y comunidad Espiral, vol. XIV, núm. 40, septiembre-diciembre, pp. 179-198 Universidad de Guadalajara.
- Hammell K.W. (2009). Sacred texts: A sceptical exploration of the assumptions underpin- ning theories of occupation. Can J Occup Ther
- Iwama MK, Simó Algado S. (2008) Aspectos de significado, cultura e inclusión en Terapia Ocupacional. TOG, A Coruña.
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Organización Panamericana de la

Salud. (2006). Medicina Indígenas tradicional y medicina convencional: Módulo.

- Instituto Nacional de Estadísticas / MIDEPLAN (2002). Guía de antecedentes territoriales y culturales de los Pueblos Indígenas de Chile. Santiago, Chile.
- Instituto Nacional de Estadísticas/ MIDEPLAN. (2002). Estadísticas Sociales de los Pueblos Indígenas en Chile Censo 2002. CENSO 2002, 22 de abril del 2017, De CENSO 2002 Base de datos.
- Instituto Nacional de Estadísticas (2004). Encuesta Nacional de Discapacidad. Santiago, Chile.
- Informe Belmont (1979) Principios y guías éticos para la proyección de los sujetos humanos de investigación.
- Kielhofner G. (2004) Motivos, Patrones y Desempeño de la Ocupación: Conceptos Básicos. En su: Terapia Ocupacional Modelo de Ocupación Humana teoría y aplicación. 3º Ed. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 2004.
- Kielhofner G. (2004). Citado en Compilado Explicación de la Ocupación Humana, capítulo 2. Biblioteca Virtual Universidad Autónoma, Chile.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. Revista Temas de educación, 7(7), 19-40.
- Larrosa J. (2006). Sobre la experiencia. Aloma: revista de psicología, ciències de l'educació i de l'esport Blanquerna,
- Leal, J. (2013) Competencias interculturales y relación asistencial en el campo de la salud mental. Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa, 54, p. 142-149 Recuperado el 10 de marzo de 2014, de <http://www.raco.cat/index.php/EducacionSocial/article/view/267228>
- Ministerio de Hacienda, dirección de presupuesto. (Junio 2004). Programa Orígenes elaborada por la Dirección de presupuestos.
- Ministerio de Planificación y Cooperación (1993). Ley 19.253, Ley Indígena, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Valparaíso, Chile.
- Ministerio de Planificación y cooperación. (Junio, 2004). Informe final de evaluación Programa Orígenes.

- Ministerio de Salud. (Enero, 2003). Política de Salud y Pueblos Indígenas
- Ministerio de Salud (2006). Interculturalidad en los Servicios de Salud, Resolución exenta N° 261, Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud: Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2010). Orientaciones metodológicas para el desarrollo de las estrategias de rehabilitación en A.P.S
- Ministerio de Salud: subsecretaría de redes asistenciales división de atención primaria. (Noviembre, 2014). Programa de Rehabilitación Integral en la red de Salud.
- Ministerio de Salud. (Marzo, 2017). Plan para Pueblos Indígenas: Proyecto de apoyo al sector salud
- Monje, C. (2011). Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Recuperado de: [https://carmonje.wikispaces.com/file/view/Monje+ Carlos+ Arturo+-+ Gu% C3% ADa, 1001, C3](https://carmonje.wikispaces.com/file/view/Monje+Carlos+Arturo+-+Gu%C3%ADa,+1001,+C3).
- Mondaca, P., Pérez, D., (2009). Estudio etnográfico de las experiencias de sanar y enfermar en mujeres mapuches Huilliche del sector sur de San Juan de la Costa, Chile. Valdivia, Chile.
- Montes del Castillo, A. (1993) Una propuesta para la definición y el tratamiento de la cultura. Universidad de Murcia. Murcia, España.
- Odawara E. (2005). Am J Occup Ther.. En Cultural Competency in Occupational Therapy: Beyond a Cross-cultural view of Practice(325-334)
- Onofre, L. (2004). Medicina Tradicional Aymara. Santiago, Chile.
- Organización de las Naciones Unidas (1945-2017). Nueva York, Estados Unidos, <http://www.un.org/es/index.html>.
- Organización Mundial de la Salud “OMS” (1948-2017) Ginebra, Suiza, <http://www.who.int/es/>.
- Organización Mundial de la Salud “OMS” (2005) RBC Estrategia para la Rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad.
- Orrego, C., Pérez, I., Alcorta, I. (2010) Implementación de guía de prácticas clínicas en el sistema nacional de Salud. Manual Metodológico. España.
- Ortiz, H., (2016). Significados que le otorga un grupo de personas residentes de

Rapa Nui con necesidades de apoyo a la experiencia de discapacidad y participación ciudadana. Universidad Andrés Bello, Chile.

- Pérez, G. (2001) Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural. Madrid: Narcea.
- Pérez, G. (2001<sup>a</sup>) Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. Métodos. Madrid: La Muralla.
- Quispe, W. (2014). Aymara: cultura y tradición de un Pueblo milenario. Chile: CONADI, Universidad Tarapacá. Sourced from [http://www.educarchile.cl/UserFiles P, 1](http://www.educarchile.cl/UserFiles/P,1).
- Ramirez, German (2014). Salud Mental y Comunidades Indígenas una aproximación desde los profesionales de la Salud Mental del Alto Bio Bio. Santiago, Chile.
- Revista Chilena de Terapia Ocupacional (2001-2017) Universidad de Chile, [http://web.uchile.cl/vignette/terapiaocupacional/CDA/to\\_inicio/index.html](http://web.uchile.cl/vignette/terapiaocupacional/CDA/to_inicio/index.html).
- Riffe, Lacy y Fico (1998). Metodología, Capítulo 3. Análisis de Contenido. UDLAP, México.
- Rodríguez, M. (2003). La nacionalidad como Convocatoria Moral: Reseña de Identidades Nacionales en América Latina, Revistar Interamericana de Psicología, Universidad de Puerto Rico. San Juan, Puerto Rico
- Rodríguez, L. (2007) Enfoque Intercultural en políticas de Salud Materna Seminario taller Pueblos Indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, cuánto.
- Rodríguez, D., & Valldeoriola, J. (2009). Metodología de la investigación. Universitat Oberta de Catalunya. Material docente de la UOC.
- Rubio, J. L. (2013). Competències interculturals i relació assistencial en el camp de la salut mental. Educació social. Revista d'intervenció sòcioeducativa, (54), 142-149.
- Salud, L., & Bío, M. D. A. B. (2014). Salud Mental y Comunidades Indígenas. Santiago.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., Lucio, P. B., & Pérez, M. D. L. L. C. (2013).

Metodología de la investigación. México: Mcgraw-hill.

- Sánchez, J., (1992). Cuerpo y enfermedad en las representaciones Indígenas en los Andes. En Mujeres de los Andes: Condiciones de vida y salud, Universidad Externado de Colombia.
- Sánchez, S. Barreras Físicas y Socioculturales. CFGM. Atención Sociosanitarias.

- Santacruz, M. (2008). Caracterización de las Competencias Transculturales del Terapeuta Ocupacional en su trabajo con Grupos Étnicos en un contexto urbano. Bogotá, Colombia.
- SENADIS (2005). Resultados I° Estudio Nacional de la Discapacidad, 2005. Santiago, Chile.
- SENADIS, Ministerio Desarrollo Social (2015), II° Estudio Nacional de la Discapacidad. Santiago, Chile.
- Servicio en Comunicación Intercultural “SERVINDI”, Lima, Perú. <https://www.servindi.org/>
- Subsecretaria de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria, (2010), Orientaciones Metodológicas para el desarrollo de las estrategias de Rehabilitación en APS. 2010 - 2014. MINSAL.
- Subsecretaria de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria, (2014), Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria, (2015), Orientaciones para la Planificación y Programa en Red Año 2015.
- Taylor, S. J., Bogdan, R. (1986). Introducción a los métodos cualitativos de investigación - La búsqueda de significados. Buenos Aires: Paidós.
- Tylor, E. (1871) Cultura primitiva I. Colegio de Michoacán, México.
- Tocornal, C. (2006). Medicinas en Atacama: Salud e Interculturalidad en el Salar, Universidad de Chile. Santiago, Chile.
- Universidad Austral de Chile (2017). Perfil del Terapeuta Ocupacional. <https://www.uach.cl/admision/principal/va1divia/terapia-ocupacional>.
- Universidad de La Frontera (2017). Perfil del Terapeuta Ocupacional. <http://admision.ufro.cl/52-terapia-ocupacional>.
- Valdivia, M. (2006). Cosmovisión Aymara y su aplicación práctica en un contexto sanitario del Norte de Chile. Iquique, Chile.
- Valdés, Alicia (2013). Propuesta para la Acción en Terapia Ocupacional. Universidad Central de Chile. Santiago, Chile.
- Van de Velde, H. (2008). Educación Popular. Centro de Investigación, Capacitación y Acción Pedagógica.

- Van Kessel, J. (1991). Tecnología Aymara: Un enfoque cultural. CIDSA, Puno.
- Vargas, L. (1984). Las Técnicas participativas, Herramientas en educación popular.
- Vázquez, M. L., Ferreira da Silva, M. R., Mogollón, A. S., Fernández de Sanmamed, M., & Delgado IV, M. (2006). Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Barcelona: Serveis de Publicacions UAB.
- Vega, L. (1995). Racionalidad y relativismo. Racionalidad epistémica, Trotta, España.
- Weisner, Mónica (2007) Salud y cultura en isla de pascua: una antropología médica crítica como aporte a la interculturalidad, Universidad de Chile.
- Winkler, L. (2010). Salud y Enfermedad en un Contexto Intercultural, Universidad de Chile. Santiago, Chile.
- Whiteford G, Wilcock A. (2000). Cultural relativism: Occupation and independence reconsidered. Can J Occup Ther.
- Zango Martín, I., & Moruno Millares, P. (2013). Aportaciones de la etnografía doblemente reflexiva en la construcción de la terapia ocupacional desde una perspectiva intercultural. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana
- Zango Martín I. (2015). Terapia ocupacional desde una perspectiva intercultural. Análisis de las asunciones teóricas básica (Doctoral dissertation, Universidad de Castilla-La Mancha)



