

**Ocupación Humana y Duelo: percepción de Terapeutas Ocupacionales en
Santiago de Cali en el Año 2020.**

Mónica Viviana Campiño Silva-1541058

Lorena Possu Valencia- 1539040

Marisol Victoria Flórez-1536506

Universidad del Valle, Sede San Fernando

Escuela de Rehabilitación Humana

Programa Académico de Terapia Ocupacional

Santiago de Cali

2020

**Ocupación Humana y Duelo: Percepción de Terapeutas Ocupacionales en
Santiago de Cali en el Año 2020.**

Mónica Viviana Campiño Silva-1541058

Lorena Possu Valencia-1539040

Marisol Victoria Flórez-1536506

Proyecto de Grado como requisito para optar por el Título de
Terapeuta Ocupacional

Directora:

Constanza Patricia Mapallo

Terapeuta Ocupacional

Universidad del Valle, Sede San Fernando

Escuela de Rehabilitación Humana

Terapia Ocupacional

Santiago de Cali

2020

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a Dios por darme la fuerza que necesité en estos cinco años llenos de desafíos y aprendizajes gratificantes.

A mi familia y sobre todo a mi madre por su gran apoyo en los momentos más difíciles, gracias por impulsarme a seguir adelante y ser mi motivación para alcanzar este sueño.

A mi esposo por su amor y compañía en cada paso del camino, por darme ánimo cuando me sentí cansada y por aguantar mis momentos de estrés cuando algo no salía bien.

A nuestra asesora por orientarnos y acompañarnos en la consecución de este arduo trabajo.

Y finalmente, a mis compañeras de trabajo por su gran labor, por su tenacidad, por su esfuerzo y dedicación que hicieron de este un excelente proyecto.

¡Mil gracias!

Mónica Viviana Campiño Silva

Hace cinco años emprendimos un nuevo camino hacia una meta de vida, que hoy culminamos con éxito, siendo este recorrido de mucho aprendizaje, primeramente, quiero agradecerle a la vida, al universo y a Dios por conspirar a nuestro favor.

A mis padres y familiares que hicieron esto posible por su apoyo incondicional y por sus palabras de aliento en los momentos difíciles.

A mi hija por ser ese motor y darme las fuerzas para continuar el camino hacia la meta propuesta.

A nuestra asesora Constanza por su guía en este camino y a los docentes que formaron parte de este proceso por sus enseñanzas más allá de lo académico.

Al equipo de trabajo por su compromiso, dedicación y por no desfallecer cuando el tiempo se puso en contra, muchas gracias por tan excelente labor. ¡Muchas gracias, por todo!

Lorena Possu Valencia

Primeramente, a Dios por permitir esta maravillosa experiencia, posteriormente a mi hermana Martha Patricia, a mi madre Martha y en igual medida al resto de mi familia quien ha sido el motor durante todo este proceso, a docentes, compañeras y compañeros, amistades y demás miembros de la comunidad universitaria y externa a ella ¡infinitas gracias!

Marisol Victoria Flórez

RESUMEN.

El duelo es un acontecimiento natural que ocurre tras una muerte o pérdida de algo o alguien realmente importante para una persona, puede resultar altamente estresante y puede llegar a enfermar a quien pasa por este; afectando la participación en las actividades del diario vivir, como lo son, las actividades de aseo personal, la alimentación y las relaciones sociales, siendo la participación en estas actividades de suma importancia para la Terapia Ocupacional, por eso este documento presenta los resultados de una investigación de tipo cualitativo, con diseño descriptivo exploratorio en el que se busca describir la percepción de los terapeutas ocupacionales de Santiago de Cali para el año 2020 sobre la ocupación humana de las personas en proceso de duelo que han atendido durante el desempeño de la profesión. Caracteriza el perfil profesional de los terapeutas ocupacionales, las percepciones sobre afectación o favorecimiento en el subsistema habituación, volición y capacidad de desempeño del Modelo de la Ocupación Humana y las herramientas de evaluación o intervención utilizadas con dicha población. El trabajo se basa en el Marco Humanista, Marco cognitivo-conductual, el Modelo de la Ocupación Humana y el Modelo Canadiense de Terapia Ocupacional. La información se obtuvo a través de dos instrumentos de autoría propia: una entrevista y un cuestionario que fueron sometidos a validación por profesionales de terapia ocupacional, previa a su aplicación en la población. Se realizó un análisis de categorías comprendidas desde la perspectiva teórica de la Ocupación humana que permitió concluir que los terapeutas ocupacionales perciben una afectación en los subsistemas de la ocupación de los usuarios cuando estos se

encuentran en duelo por una pérdida no solamente relacionada a la muerte de un familiar. Sobre el *subsistema de habituación* se encontró que hay una perturbación en hábitos, rutinas y roles, pues una persona en proceso de duelo tiene desestructuradas las rutinas e igualmente los hábitos ya que varios de los roles desempeñados se transforman tras la pérdida y en ocasiones algunas actividades de los roles se ejercían en función de la causa de la pérdida. Igualmente sobre el *subsistema volitivo* reconocieron que la causalidad personal se pierde sobre todo al inicio del proceso de duelo, no existen deseos de involucrarse con alguna actividad porque la percepción de la persona sobre el sentido de eficacia y competencia está alterada por los sentimientos que acarrea el duelo, igualmente se alteran las creencias y valores sobre sí mismos y sobre una espiritualidad, ya que pueden aferrarse o abandonar los motivos para creer en algo que les ayude a sobrellevar la situación. En el *subsistema capacidad de desempeño* los terapeutas percibieron cambios a nivel físico y cognitivo de los usuarios, el primero relacionado con alteración en el peso y en general, actividades de autocuidado viéndose descuidadas o abandonadas dichas actividades, mientras que el segundo relacionado con alteraciones en memoria, concentración, entre otras funciones. Además, coincidieron que las experiencias de atención a personas en duelo pueden darse en cualquier campo del desempeño del profesional y por último se encontró que entre los elementos importantes para las intervenciones están: la empatía, la escucha activa y la detección de redes de apoyo contextual.

Palabras clave: Duelo, duelo patológico, ocupación humana, terapia ocupacional.

TABLA DE CONTENIDO

GLOSARIO	9
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
2. JUSTIFICACIÓN.	13
3. MARCO TEÓRICO	16
3.1 Normatividad en Terapia ocupacional.	16
3.2 Normatividad en Salud Mental.	17
3.3 Duelo y duelo patológico	18
3.4 Terapia Ocupacional y duelo.	20
3.5. Marcos y Modelos de la Terapia Ocupacional.	21
3.5.1 Marco Humanista.	22
3.5.2 Marco cognitivo-conductual.	22
3.5.3 Modelo de la Ocupación Humana.	23
3.5.4 Modelo Canadiense de Terapia Ocupacional	27
3.6 Narrativa.	29
3.7 Narrativa de los terapeutas.	30
4. OBJETIVOS.	31
A. GENERAL:	31
B. ESPECÍFICOS:	31
5. METODOLOGÍA.	32
a. Tipo de estudio:	39
b. Área de estudio:	40
c. Población y muestra:	40
d. Criterios de inclusión	41
e. Criterios de exclusión	41
f. Categorías de análisis:	41
g. Árbol de códigos	44
h. Recolección de información:	45

i. Plan de análisis:	46
j. Consideraciones éticas	48
6. RESULTADOS.	51
6.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE RESULTADOS.	52
6.2. RESULTADOS POR CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.	83
6.2.1 Subsistema de habituación.	84
6.2.2 Subsistema volitivo.	91
6.2.3 Subsistema capacidad de desempeño:	98
6.2.4 Ocupación.	108
7. DISCUSIÓN.	110
8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.	128
9. BENEFICIOS DEL ESTUDIO	130
9.1. Académicos.	130
9.2. Investigativos.	130
9.3 Proyección social.	130
10. RECOMENDACIONES.	131
11. CONCLUSIONES.	132
12. REFERENCIAS.	135
13. ANEXOS	144
Anexo A. Instrumento de recolección de información.	144
Anexo B. Cuestionario	148
Anexo C. Protocolo de primer contacto.	157
Anexo D. Formato de consentimiento informado.	163
Anexo E. Rejilla de análisis	167
Anexo F. Acta de aprobación del comité de ética.	171

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Categorías de análisis	42
Tabla 2 Relación de preguntas y categorías de análisis	47
Tabla 3 Total de terapeutas ocupacionales	53
Tabla 4 Edad y sexo de los participantes	53

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Modelo de la ocupación humana	26
Figura 2 Modelo Canadiense del desempeño Ocupacional	29
Figura 3 Metodología	32
Figura 4 Árbol de códigos	44

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1 Año de graduación de los terapeutas	54
Gráfica 2 Tiempo de experiencia de los participantes	55
Gráfica 3 Formación adicional de los participantes	56
Gráfica 4 Intervención según fase del duelo	62
Gráfica 5 Trabajo interdisciplinar	63
Gráfica 6 Marcos y modelos usados en la intervención	74
Gráfica 7 Baterías de evaluación	75
Gráfica 8 Frecuencia de uso de baterías	76
Gráfica 9 Técnicas usadas en la intervención	78
Gráfica 10 Tipo de actividades	80
Gráfica 11 Modalidad de intervención	81
Gráfica 12 Relación en la intervención	82

GLOSARIO

1. **DSM - V:** Sigla de origen inglés correspondiente a Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, quinta (5) versión.
2. **CIE - 11:** Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima (11) revisión.
3. **OMS:** Organización Mundial de la Salud.

4. **AOTA:** Sigla de origen inglés correspondiente a Asociación Americana de Terapia Ocupacional.
5. **APA:** Sigla de origen inglés correspondiente a Asociación Americana de Psiquiatría.
6. **CAOT:** Sigla de origen inglés correspondiente a Asociación Canadiense de Terapia ocupacional.
7. **IPS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud.
8. **CIREH:** Comité Institucional de Revisión de Ética Humana.
9. **OPHI II:** Sigla de origen inglés correspondiente a Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional - II.
10. **MOCA:** Sigla de origen inglés correspondiente a la Evaluación Cognitiva de Montreal.
11. **BARTHEL:** Escala de evaluación utilizada por profesionales de terapia ocupacional y afines para la valoración funcional de un paciente y su rehabilitación.
12. **MINI MENTAL:** Sigla de origen inglés correspondiente a Mini Examen del Estado Mental.
13. **SARS COV- 2:** Sigla de origen inglés correspondiente a Síndrome Respiratorio Agudo Grave. Un nuevo coronavirus identificado como la causa de la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19) que comenzó en Wuhan, China, a finales de 2019 y se ha diseminado por todo el mundo.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El ciclo vital del ser humano sigue un orden natural de nacer, crecer y morir.

Dentro de estas etapas, de manera transversal, se vivencian momentos de pérdida o fallecimiento de personas que componen las estructuras y entornos familiares siendo por ello la muerte, un suceso natural de ruptura de vínculos físicos y emocionales y de afectación en la vida cotidiana en cuanto al momento y forma de aparición. A la reacción ante la muerte de una persona querida se le reconoce como duelo según la Asociación Americana de Psiquiatría, (APA, 2014).

El duelo resulta ser un episodio vital estresante de primera magnitud que puede aumentar la probabilidad de enfermar (Mínguez & Ruiz, 2015), se convierte en patológico cuando se prolonga por más de seis meses, causando, según se aprecia en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) (2020, citado en OMS, S.F) un deterioro significativo en las áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento.

La muerte puede generar en las personas que rodeaban al fallecido, una reacción que puede ser objeto de atención médica por presentar síntomas similares a los de un episodio de depresión mayor tales como: el afecto triste, sentimientos de vacío y pérdida, insomnio, falta de apetito y/o pérdida de peso, entre otros, sin embargo, se diferencia de un duelo patológico o trastorno de duelo, porque este último ya lleva un periodo transcurrido de más de 6 o 12 meses (6 meses en niños), y ha traído consigo disminución en el autoestima y en la participación en actividades

laborales, sociales, relacionadas con el autocuidado, pero preservando el desarrollo de actividades que demuestran la negativa a la pérdida de la persona (APA, 2014).

Según las versiones médicas del DSM-V (Barnhill, J. W., 2015) y la CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, S.F), el duelo y el duelo patológico pueden causar afectación en la funcionalidad para llevar a cabo actividades personales, laborales, familiares, educativas, dificultades en el sueño, en la sexualidad, en la participación social o afectiva, entre otras.

Desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud, la *salud* se considera como un estado completo de bienestar en el que la persona utiliza sus habilidades para afrontar y desenvolverse en la vida (OMS, 2014), encontrando que el duelo y duelo patológico modifican de forma transitoria o permanente la capacidad de la persona para lograr un bienestar. A su vez, Kielhofner (2011) concibe la Ocupación como una condición humana innata, tendencia al hacer, a transformar el mundo a través de la interacción del cuerpo con el ambiente para desarrollar actividades de la vida diaria, de juego y de trabajo, compartidas con otros en un espacio y dando forma al curso de vida en el transcurso del tiempo considerándose un campo de estudio idóneo en aquellos aspectos que restringen la participación e interacción de la persona con las ocupaciones y sus formas de superación.

De este modo, el duelo guarda una estrecha relación con los factores de riesgo a la salud y la capacidad de involucramiento de una persona en las ocupaciones cotidianas. Es así como la Asociación Americana de Terapia

Ocupacional (AOTA) considera que es necesario realizar un acercamiento desde la perspectiva de La Terapia Ocupacional en cuanto a su consideración como una profesión que tiene entre su dominio la utilización de las ocupaciones terapéuticamente para remediar la enfermedad y mantener la salud (AOTA, 2014).

En una revisión documental de trabajos producto de la Terapia Ocupacional relacionados con el tema de duelo, se encontró que las investigaciones recientes en países como Chile (Castillo *et al*, 2019), y Australia muestran interés en conocer los procesos de intervención de profesionales que trabajan en el área cuidados paliativos (Treggalles & Lawrie, 2015), y como identificar poblaciones que necesitan apoyo en el duelo (Aoun *et al.*, 2015) y en Nueva Zelanda se propuso un enfoque terapéutico integrado para los niños que experimentan dolor y pérdida, nombrando la existencia de grupos de duelo en esta población (Scaletti & Hocking, 2010).

Estos artículos mencionan el duelo como una característica de las personas que intervinieron, pero deja por fuera algunos aspectos necesarios como sus redes de apoyo y dinámica familiar, se desconoce el estado y afectación de los cuidadores, modificación en los roles, riesgo de carga de discapacidad, modificación de hábitos y rutinas del doliente. Reollo y del Prado (2010) mencionan que "los términos pérdida y duelo son mal comprendidos, dejando a la subjetividad el trato a realizar hacia las personas y familias con las que se trabaja" (p.202). La evidencia en investigaciones sobre duelo proporciona una orientación reducida de la relación entre la ocupación y el duelo para los profesionales de este campo. Lo anterior, permite concluir que es

necesario desarrollar investigaciones que den cuenta acerca del abordaje del duelo desde la disciplina de Terapia ocupacional, para responder ante la pregunta sobre:

¿Cómo el Terapeuta Ocupacional comprende la Ocupación Humana en las personas que experimentan un proceso de duelo?

2. JUSTIFICACIÓN.

La ocupación humana juega un papel esencial en la vida diaria a través del hacer en ocupaciones como el trabajo, juego, autocuidado debido a la satisfacción personal y contribución social. Sin embargo, se altera cuando ocurre un evento inesperado que modifique sustancialmente la cotidianidad.

La muerte, a pesar de ser parte de la cotidianidad en la sociedad, influye sobre la dimensión subjetiva, alterando el comportamiento y puede acarrear transformaciones transitorias y/o permanentes en la capacidad de la persona para llevar a cabo una ocupación. Pese a la dificultad para lograr un registro y mantener una estadística actual, Payás (2012, citado en Jaramillo, 2020) afirma que “entre el 8 y el 10% de las personas que están en un proceso de duelo, terminan presentando complicaciones” (p.2), además, Jaramillo J.A, cita también a Worden, (2013) quien afirma que “entre el 10 y el 15% de las consultas clínicas traen consigo un duelo de fondo no resuelto”(p.2). Por último, se estima que en Colombia existirían 274.440 personas y en Bogotá 30720 personas al año 2012, afrontando procesos de duelo en riesgo de complicarse, si la causa de la pérdida fue la muerte inesperada/violenta de un familiar (Acero, 2013).

Teniendo en cuenta que el Terapeuta Ocupacional conforma equipos interdisciplinarios en unidades de salud mental, organizaciones de atención a problemáticas psicosociales y/o de enfermedad mental, instituciones hospitalarias y de manejo en enfermedades crónicas y de cuidado paliativo, y que su objeto de estudio corresponde a la Ocupación Humana; se considera que el profesional en esta disciplina tiene relación con las formas evaluativas, de intervención y/o manejo de la condición de duelo en las personas que asisten a los servicios antes referidos, es decir, el profesional tiene una responsabilidad disciplinar y de contribución en el campo de la salud.

De igual forma, para la Terapia Ocupacional y para las ciencias de la salud, resulta ser relevante puesto que es diferencial a los campos actuales de investigación que están centrados en perspectivas tradicionales de estudio debido al propósito de la investigación en favorecer nuevas formas de comprensión e interpretación del duelo a partir de la mirada de la Ocupación Humana como ciencia contribuyente a la Salud de las personas y comunidades.

La investigación aportará directamente a la comunidad académica de forma local y posiblemente nacional en cuanto a ser fuente de información y consulta de las necesidades a satisfacer en términos de formación disciplinar integral en los futuros Terapeutas Ocupacionales para respuesta a las situaciones emergentes de esta condición y/o experiencia de vida en las alternativas laborales actuales.

Este trabajo, permite también la toma de decisiones para formular procesos de intervención basados en un conocimiento más aproximado al concepto de duelo patológico desde la práctica basada en la evidencia de Terapia Ocupacional pretendiendo un beneficio en el conocimiento de los procedimientos y acciones terapéuticas en donde se espera ser orientador conceptual para acciones de la práctica clínica y su posterior beneficio en la calidad de vida, participación y funcionamiento en las ocupaciones. Adicionalmente, este trabajo permite ampliar la perspectiva sobre la oportunidad de investigar desde una metodología cualitativa en la que se puede dar una relación directa con el grupo objeto de estudio, dado que dentro de la formación de los terapeutas ocupacionales se promueven los medios terapéuticos en el ejercicio profesional con el fin de generar un mayor impacto en el proceso terapéutico. En la investigación, este resulta ser un insumo clave para la recolección de información de forma más detallada y precisa, además de contribuir a la satisfacción de necesidades de las personas en esta situación particular.

Para el gremio implica un avance en los procesos actuales de la concepción de salud y ocupación, en pro de brindar una atención integral hacia las personas que están viviendo un proceso de duelo que se encuentren en riesgo de desarrollar una afectación de salud y/o problemas en el desempeño ocupacional. En ese orden de ideas, se comprende que los aportes de la investigación ayudan en la contribución de conocimientos que permitan la atención de un suceso común en la vida de las

personas para evitar el avance de una enfermedad mental que muestra en cifras los problemas que afectan la sociedad a nivel de salud, economía y bienestar colectivos; de no ocurrir entonces, se continuará negando que la existencia de un duelo patológico puede generar una enfermedad mental si no es tratada a tiempo, reflejándose en términos de desarrollo, participación de la comunidad y redes de apoyo que pugnan por el bienestar social.

3. MARCO TEÓRICO

El marco teórico de este trabajo tiene en cuenta varios aspectos relacionados con la normatividad y/o con postulados teóricos que sustentan la propuesta de investigación y permiten comprender con mayor profundidad la naturaleza ocupacional de un proceso de duelo y cómo este se puede transformar en un duelo patológico. Por esta razón se mencionan a continuación:

3.1 Normatividad en Terapia ocupacional.

La Ley del Ejercicio Profesional del Terapeuta Ocupacional (Ley 949 de 2005) establece y organiza normas que fundamentan la legalidad de la profesión de Terapia ocupacional como profesión socio sanitaria en Colombia e instaure otras disposiciones relacionadas. Allí se menciona acerca de la capacidad de desempeño como objetivo de la profesión, el cual puede observarse en personas y grupos a los que se interviene a través de acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación a través de la utilización del conocimiento científico para solucionar

problemas en los ámbitos de seguridad social, educación, trabajo, justicia, funciones administrativas, investigación y salud.

En el tít. 2, cap. 1, art. 3, par. 2 de esta ley, se menciona que para la salud existen entonces acciones orientadas a disfunciones físicas, sensoriales y mentales donde se interviene en las habilidades sensoriomotoras, cognitivas y socioemocionales que buscan la promoción, prevención y rehabilitación en la capacidad de desempeño si esta se encuentra alterada o está en riesgo (Ley 949 de 2005).

3.2 Normatividad en Salud Mental.

La ley 1616 de 2013 busca garantizar la salud mental como un derecho de la población colombiana y dicta las disposiciones necesarias para que así ocurra. Allí define la salud mental como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción” Ley de Salud Mental (Ley 1616 de 2013); también establece la importancia que tiene en la calidad de vida de los colombianos y la postula como una prioridad en términos de atención integral, para contribuir a la salud pública y establece otras disposiciones relacionadas con la prestación de los servicios y el talento humano disponible para ello.

Según el Ministerio de Salud (Min. Salud), estas disposiciones deben ser cumplidas por profesionales de la salud y por aquellos actores encargados de brindar y/o garantizar una atención integral a los beneficiarios del sistema general de seguridad social en salud (Min. Salud, 2016).

Así, la profesión responde a la atención en salud que debe brindarse a las personas cuya salud física y mental le proporciona al individuo la conciencia acerca de las capacidades que posee para enfrentar los desafíos de la vida, permitiéndole desenvolverse en actividades de la vida diaria, productivas y que contribuyen en la comunidad a la cual pertenecen (OMS, 2013a). Ello evidencia la integralidad con la que se aborda el individuo, dando lugar a la importancia de considerar un equilibrio en la atención de los aspectos físicos, mentales de la persona, sin olvidar los factores sociales y medioambientales que determinan la salud.

Cabe destacar que ello ocurre de manera transversal en el ciclo de vida de las personas, donde la percepción subjetiva ligada al momento del desarrollo y experiencias en las cuales se encuentran inmersas, influyen en la intensidad y consecuencias en el bienestar. De ese modo, un suceso como la muerte de algún familiar puede convertirse en un duelo patológico que afecta la conciencia del sujeto sobre sí mismo y su participación en actividades, llegando a causar malestar y/o discapacidad según las manifestaciones que se presenten.

3.3 Duelo y duelo patológico

Para ahondar en ello, primeramente, debe aclararse las definiciones que permean el desarrollo de este trabajo, entre las cuales se entiende el **duelo** como “reacción ante una pérdida en la cual pueden estar presentes síntomas de tristeza, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso” (APA, 2014). Siendo el **duelo**

complicado o patológico, un trastorno en el cual las reacciones de dolor intensas persisten más de 12 meses tras la muerte del familiar e interfieren con la capacidad del individuo para funcionar. Los síntomas empiezan en los primeros meses después de la muerte, pero pueden pasar incluso años para que aparezca el síndrome completo. Se diferencia del duelo normal por el tiempo transcurrido y porque tras la muerte de alguien con quien sostenía una relación cercana, aparecen deseos de añoranza persistente del fallecido, malestar emocional intenso, preocupación en relación al fallecido y las circunstancias de la muerte, preocupación por la posible muerte de otras personas, entre otras, donde se dificulta la aceptación de la muerte, se experimenta incredulidad o anestesia emocional en relación a la pérdida, valoraciones desadaptativas acerca de sí mismo en relación al fallecido (auto culpabilidad), deseos de morir, aislamiento, pérdida del sentido de la vida o de la funcionalidad si ya no está el fallecido, dificultad para mantener intereses, planear a futuro, reacciones conductuales fuera de las comprendidas culturalmente y disfunciones en las áreas sociales, laborales u otras importantes para el desarrollo de ocupaciones.

Sumado a lo anterior, también se asocia el duelo complicado con el riesgo de suicidio y con factores de riesgos ambientales y genéticos entre los cuales se encuentra el nivel de dependencia de la persona fallecida al doliente, si este era un hijo y en especial si la cuidadora es mujer. Se utilizan a lo largo del trabajo como sinónimos del duelo y duelo patológico: la pena, la pérdida, el trastorno de duelo

complicado y el trastorno de duelo prolongado, aunque por fuera del mismo existan corrientes que diferencien estos significados.

Conociendo entonces estos conceptos, es importante resaltar que para la Terapia ocupacional resulta ser de gran impacto e interés el estado de salud de una persona en proceso de duelo y más aún cuando se trata de un duelo patológico dada la transformación que se genera a nivel ocupacional en términos de pérdida de la participación y funcionamiento. Por tanto, este proyecto de investigación se enfocará en el concepto de duelo patológico, no obstante, se tendrán en cuenta aquellos casos en los que el Terapeuta Ocupacional haya intervenido en personas con procesos de duelo aún sin diagnóstico de duelos patológicos o con motivos de consultas diferentes que estén asociados a este proceso, considerando todos los cambios a nivel ocupacional.

3.4 Terapia Ocupacional y duelo.

Para Palomo, J (2016) la praxis de la terapia ocupacional convive frecuentemente en situaciones cercanas a la pérdida: pérdida de funcionalidad, de salud, de bienestar, etc. En cambio, no es tan común relacionar la terapia ocupacional con el proceso de duelo vivido por el fallecimiento de una persona cercana. Sin embargo, en algunos estudios, se evidencia las dificultades en el equilibrio ocupacional y desempeño de actividades de la vida diaria, así como la recuperación de las habilidades para encarar la vida luego de trascender en cada etapa del duelo, y además de la presencia de este suceso vital en determinados grupos poblacionales. Por ejemplo, en las personas adulta mayores, Pérez y Toscano (2018) relacionan que

al presentar una disfuncionalidad en sus roles y sumado a esto un factor emocional de duelo en el adulto mayor se presentan altos niveles de depresión siéndole incapaz de hacer frente a la vida cotidiana y por lo tanto tener una disminución en el funcionamiento del organismo, deterioro de las funciones físicas y baja de las defensas, con lo cual puede ser presa fácil de cualquier enfermedad, afectando así mismo el sueño, el apetito y las habilidades sociales, siendo incapaz de hacer frente a la vida cotidiana.

Pérez y Toscano (2018) citan a Pibarot (2011) para mencionar que la terapia ocupacional es una disciplina que promueve la actividad de las personas para encontrar otras formas para adaptarse en los sucesos de la vida (p.53) y manifiestan que el duelo es un proceso adaptativo en el que “la persona debe habituarse a vivir sin el fallecido pero por falta de investigación desde la disciplina se desconoce cómo se ve alterado el desempeño ocupacional en personas en proceso de duelo” (p.53).

Así mismo se coincide desde la perspectiva de quienes viven la experiencia de duelo, que, si bien hay pérdida de interés por el desarrollo de actividades placenteras al inicio del proceso de duelo, a su vez, la incorporación o estructuración de estas actividades favorecen la ganancia gradual del sentido de competencia. En cuanto a formas de afrontamiento, los padres sienten la necesidad de hablar para afirmar y autenticar sus experiencias en el duelo, aunque los hombres tienden más a procesar el duelo mediante actividades y las mujeres hablando. Palomo, citando a Toller (2011).

Eso significa que el ser humano al participar en tareas de la vida diaria, de ocio/tiempo libre, participación socio - familiar, mantienen, reafirman, forman y cambian sus capacidades, creencias, y disposiciones, para volver a retomar una ocupación de tipo significativa.

Lo anterior, pone en manifiesto la necesidad de identificar las necesidades de las personas en proceso de duelo y/o duelo patológico que deben ser cubiertas desde la Terapia Ocupacional y así mismo de documentar todos los procedimientos ocupacionales que desde la profesión se vienen desarrollando frente a la intervención de esta población.

3.5. Marcos y Modelos de la Terapia Ocupacional.

El marco de referencia se puede definir como una agrupación de teorías que provienen de diferentes ámbitos de conocimiento, los cuales constituyen los fundamentos científicos de la práctica de la Terapia ocupacional. Su principal función es explicar, describir y predecir comportamientos diversos que con anterioridad se han estudiado, y que con base en estos se ha elaborado una teoría. Los marcos de referencia son conocimientos teóricos que deben reorganizarse para ser utilizados en Terapia ocupacional, ya que proporcionan herramientas prácticas para la intervención (Polonio *et al.*, 2001).

3.5.1 Marco Humanista.

Polonio *et al.* (2001) en el libro Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional, mencionan a profundidad el origen, visiones y relación del marco

humanista con la Terapia Ocupacional. A continuación, un resumen ligero en mención de los fundamentos teóricos de este marco de referencia:

El marco surgió por la corriente psicológica Humanista, cuyos principales exponentes son Maslow y Rogers, la Terapia Ocupacional lo adopta porque en sus premisas concibe a la persona como el ser que tiene la capacidad de determinar su propia existencia, pues la concepción del mundo depende de la actuación e interpretación de dicha persona.

Como el ser humano tiende a la autorrealización, es quien propone las metas de la intervención y la elección de actividades para satisfacer las necesidades básicas y así escalar a la autorrealización. Como para ello es importante el autoconocimiento y la auto actualización, esta visión proporciona al terapeuta ocupacional distintos aspectos por explorar para basarse en ellos, y convertirlos en una acción facilitadora para convertir al individuo en un ser activo en el proceso terapéutico (p. 94-98).

3.5.2 Marco cognitivo-conductual.

Este marco tiene sus bases conceptuales en la psicología científica y pretende identificar procesos cognitivos mal adaptativos para posteriormente utilizar técnicas y procedimientos que permitan modificar las cogniciones, patrones afectivos y conductas relacionadas con ambos. Estos procedimientos surgen de una base científica o experimental, no obstante, gran parte de estos se generan a partir de la experiencia clínica (Ruiz *et al.*, 2012).

El objeto de tratamiento es la *conducta* y sus procesos implícitos, esta se considera como el resultado de los diversos factores que han operado en la historia del sujeto, no subestimando la influencia de los factores biológicos. Se enfatiza en el cambio de la conducta, cognitivo y emocional, realizando modificaciones o eliminando la conducta desadaptativa y enseñando conductas que permitan establecer un patrón de comportamiento adaptativo al contexto en el que se encuentra el sujeto.

Por su parte, un modelo es una representación detallada acerca de un conocimiento sobre un fenómeno o situación en particular para favorecer la comprensión de este. Así, genera aportes para la uniformidad del conocimiento y un lenguaje uniforme. Se describen a continuación los modelos que permean el presente documento.

3.5.3 Modelo de la Ocupación Humana.

En terapia ocupacional, uno de los modelos que más impacta es el Modelo de la Ocupación Humana (MOH), de origen en 1975 por Gary Kielhofner, desarrollado en los años posteriores por él y sus colaboradores y actualmente en constante actualización (Kielhofner, 2006).

Este modelo, conceptualiza a la ocupación como el quehacer innato del ser humano hacia la transformación del medio ambiente por medio del cuerpo que posee (capacidades físicas y mentales); ello implica la realización de actividades propositivas que se inician y culminan en función de responder a unas motivaciones que se originan de unas necesidades. Por ende, las actividades que realiza se

agrupan en áreas como el trabajo, el juego o las actividades de la vida diaria (AVD) desarrolladas en un tiempo, espacio y permeadas por la sociedad y la cultura, que terminan organizando en patrones o rutinas esas actividades para repetirse en unas unidades de tiempo (horas, días, semanas...) (p. 5-7).

La motivación, bajo la perspectiva de la ocupación humana adquiere el nombre de volición, la cual es uno de los tres subsistemas que hacen parte del individuo que realiza la ocupación. Puede ser descrita como la necesidad de actuar según el potencial que se tiene a nivel biológico y los recursos que presenta el contexto. Así, las personas tienen unos pensamientos y sentimientos diferentes acerca de cada actividad que realizan, producto de la satisfacción que se genera una vez obtenido un resultado exitoso tras utilizar el cuerpo para hacer que las cosas pasen.

El sentido de capacidad personal resulta ser muy importante en la volición porque es como la persona se observa a sí misma según el valor atribuido por la cultura a las ocupaciones y reconoce las capacidades que tiene para llevar a cabo las acciones y cómo se pueden utilizar de diferentes maneras para lograr los resultados deseados. Así, la ocupación adquiere una forma y sentido para las personas que la desarrollan y amplía su repertorio eligiendo nuevas ocupaciones, moldeando una vida personal y social en función de la ocupacional.

Esa tendencia a la acción, desempeñada de manera automática en entornos familiares en los que se encuentra inmersa la persona, proporciona una manera aprendida de hacer las cosas en un lugar en específico que se repiten bajo unos

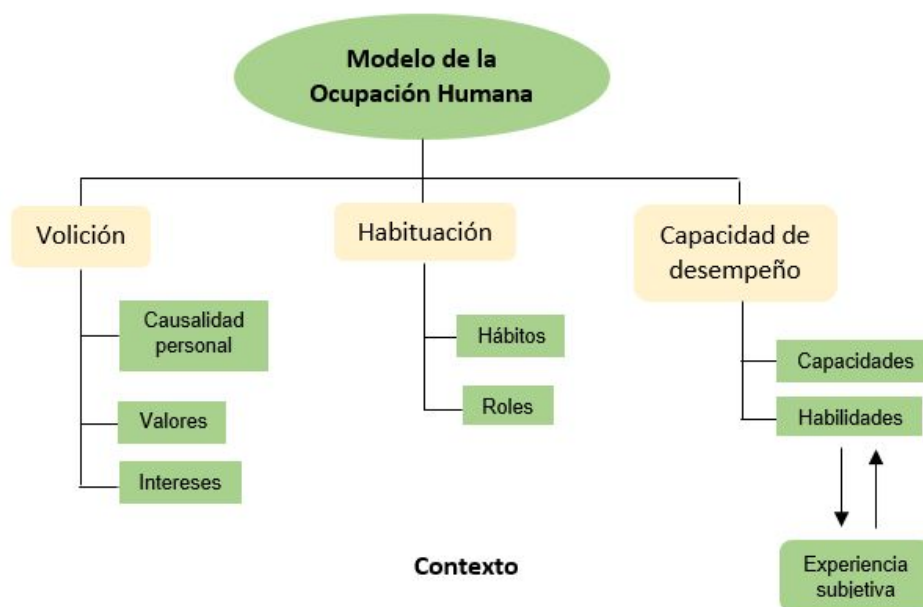
ritmos, rutinas y costumbres producto del contexto físico, social y temporal. A esto se le llama Habituaación, la cual es un ciclo donde se repiten las actividades que traen beneficios y significados para la persona, ocurriendo que, tras la pérdida de rutinas efectivas y satisfactorias, la disposición y la energía declinan incurriendo en inactividad o en adquisición de hábitos ineficientes que pueden tener consecuencias en la salud agravando los síntomas negativos y las respuestas fisiológicas que pueden causar daño a nivel físico y mental en el individuo.

Por otra parte, la capacidad de desempeño es el conjunto de capacidades físicas y mentales que se entrelazan para transformar el mundo respondiendo a la interpretación de las sensaciones que este brinda y las experiencias que ocurren a través del cuerpo, que producto de esa interacción con el ambiente permiten el desarrollo de acción eficaces que generan satisfacción y entran a ser repetidas en un periodo de tiempo.

Los conceptos definidos anteriormente se encuentran ligados en un todo dinámico, donde la volición, la habituaación, la capacidad del desempeño y el ambiente se encuentran entretejidos y coexisten los unos por los otros (Fig. 1). Así en conjunto configuran las dimensiones en las que se divide el quehacer, que son la participación ocupacional, entendida como el hacer parte de una sociedad con unas experiencias dentro de unos contextos que crean una identidad ocupacional. El desempeño ocupacional es entonces la realización de actividades que conforman esa identidad ocupacional y las habilidades son pequeñas unidades o acciones con propósito que hacen parte de esas actividades. A su vez, estas dimensiones se

configuran en la identidad ocupacional (relacionada con la capacidad personal de hacer en el mundo), la competencia ocupacional (poner en acción esa identidad en forma continua) y la adaptación ocupacional (identidad y competencia que ocurren a lo largo del tiempo, es decir, la consecuencia de la participación en las ocupaciones que permiten un desenvolvimiento en la vida).

Figura 1 Modelo de la ocupación humana



Fuente: elaboración propia con base en fundamentos del modelo propuesto por Kielhofner (2006).

En ese orden de ideas, el duelo, pero en específico el duelo patológico transforma las ocupaciones presentes en la vida de las personas y familias que experimentan esta condición. Debido al significado que tenía la persona fallecida en el

doliente que puede afectar la volición si debido a las ocupaciones que se realizaban con o para él, generaban una satisfacción que se ha visto interrumpida porque esa persona conformaba el propósito para desempeñarse en esas ocupaciones. La habituación suma la tendencia a comportarse y realizar ocupaciones en los ambientes cotidianos cada cierto periodo de tiempo, cuando al ambiente le falta un componente, le exige al doliente el cambio en las actividades que se hacían de manera periódica, actividades cuyo significado ha cambiado, tendiendo a realizarse de manera inefectiva o siendo abandonadas, donde el problema radica en que no se reemplazan por otras actividades propositivas sino que puede ocurrir una inactividad o una adquisición de actividades no productivas socialmente, no significativas para la persona cuyo desarrollo resulta ser perjudicial para el bienestar de la persona y para la existencia y/o ejecución de las otras actividades diarias.

Ello genera entonces un detrimento en la capacidad de desempeño porque las respuestas que ocurren a nivel fisiológico como la liberación de neurotransmisores que alteran el equilibrio químico del cuerpo, junto con las consecuencias de la inactividad, a largo plazo pueden causar deterioros en las dimensión física (órganos y estructuras) y en la dimensión mental (funciones mentales), que alteran el metabolismo y funcionamiento corporal con el que se experimenta el mundo y a través del cual se participa en ocupaciones.

Lo anterior sumado al entorno social con las demandas que posee y la exigencia del cumplimiento de los demás roles que tiene el doliente, permiten entender que la alteración en la capacidad de desempeño se eleva por encima de

los factores personales y se convierte en una problemática social que termina afectando el tejido colectivo al generar consecuencias de grandes magnitudes en el bienestar de todas las personas.

3.5.4 Modelo Canadiense de Terapia Ocupacional

Surgido a finales de los 80`s y principio de los 90`s, es producto de la Asociación Canadiense de Terapia Ocupacional (CAOT) que tenía como objetivo el profundizar aspectos de interés sobre la profesión y generar una guía para la práctica de ésta, pero basada en el cliente (persona o grupo) como un ser espiritual que puede elegir y participar de ocupaciones que él considera valiosas por ser parte de su entorno.

Este modelo proporciona un lenguaje para la profesión y respeta las visiones del paradigma actual sobre la ocupación y el concepto de desempeño ocupacional. Este modelo tiene unos ejes conceptuales que describen la influencia en el desempeño ocupacional y responsabiliza a los terapeutas de empoderar a la persona en su proceso terapéutico, comprendiendo que la ocupación surge tras el equilibrio dinámico de la persona, el ambiente y la ocupación. Huertas y Díaz (2008) describen:

- Ocupación: conjunto de actividades con un nombre, una estructura, un valor y un significado, en el que la persona se cuida a sí misma y genera sentimiento de control de la realidad al desempeñar roles sociales. Influyendo sobre la salud y el bienestar. Las ocupaciones se agrupan en autocuidado, productividad y ocio.

- Ambiente: Contextos y situaciones externas al individuo pero que le influyen y generan demandas. Puede ser físico, social, cultural e institucional.
- Persona: Tiene unas dimensiones físicas (sensoriomotoras), cognitivas (intelectuales) y afectivas (sentimentales, interpersonales). Tiene una espiritualidad definida como el centro de la persona, los principios, la moral, la esencia.

La persona se encuentra inmersa en un ambiente lleno de ocupaciones y el terapeuta debe capacitar, fortalecer, empoderar para el disfrute pleno de la vida a pesar del continuo dinamismo de esta y para la contribución social (p. 4-5).

Figura 2 Modelo Canadiense del desempeño Ocupacional



Fuente: CAOT (1997).

Otro concepto importante por precisar es el de desempeño ocupacional, el cual según Law & Col (1997, citado en Kielhofner, 2006), es: “la capacidad de elegir, organizar y desempeñar de manera satisfactoria ocupaciones significativas definidas por la cultura y adecuadas a la edad para el autocuidado, el disfrute, la vida y para contribuir con el entramado social y económico de la comunidad”.

Así, con el hecho de manejar un lenguaje, un enfoque al cual apuntar las prácticas de la profesión, este modelo representa un pilar para completar la recolección de la información y el análisis de dichos resultados.

3.6 Narrativa.

Bajo la mirada de Hernández Sampieri *et al.* (2014), el método de diseño narrativo pretende “entender la sucesión de hechos, situaciones, fenómenos, procesos y eventos donde se involucran pensamientos, sentimientos, emociones e interacciones, a través de las vivencias contadas por quienes los experimentan”. Las narrativas consisten en biografías o historias de vida de personas o grupos, pasajes o épocas de sus vidas, uno o varios episodios o experiencias vinculadas

cronológicamente. Estas generalmente se utilizan como métodos de recolección de datos mediante entrevistas, documentos, revistas u otros medios similares pero el asunto está en recoger de cada participante la perspectiva propia de un suceso pues esta puede variar de un sujeto a otro (p. 487-488).

En este caso particular, los participantes fueron terapeutas ocupacionales que laboran en el campo psicosocial, el procedimiento para recopilar la información estuvo diseñado de tal forma que se tomaran en cuenta las historias o narraciones de los profesionales y construir una historia en la que se pueden entretejer las narrativas individuales para así establecer relación coherente entre el contexto y la población con quienes se han desarrollado las intervenciones.

En este tipo de diseño, las investigadoras tienen la tarea de contextualizar el tiempo y el lugar en donde tuvieron lugar las experiencias relatadas por los terapeutas, así mismo deben reconstruir historias individuales para finalmente unir las y construir una historia o narrativa general.

3.7 Narrativa de los terapeutas.

Considerando lo anterior, se tiene entonces que para el presente trabajo de investigación es altamente valiosa la percepción, el sentido y el significado que le otorgan los terapeutas ocupacionales al proceso de intervención que se da en torno al duelo por el cual está cursando una persona y como resultado de esas experiencias se generan nuevas concepciones de vida. Es por eso por lo que se desarrollaron entrevistas semi estructuradas para que los terapeutas puedan por medio de la narrativa puedan expresar de manera anecdótica su experiencia, pues la

experiencia que obtienen los terapeutas es un aspecto que no se tiene en cuenta en los libros y a través de la investigación se puede dar cuenta de dichos procesos.

4. OBJETIVOS.

A. GENERAL:

Describir la perspectiva que tienen los terapeutas ocupacionales del Valle del Cauca con experiencia en los últimos 10 años en el campo psicosocial sobre la ocupación humana de las personas en proceso de duelo.

B. ESPECÍFICOS:

- Caracterizar el perfil profesional de terapeutas ocupacionales con experiencia en el campo psicosocial en instituciones, organizaciones y/o programas que trabajan en la atención psicosocial y mejoramiento de la salud.
- Conocer la perspectiva de los Terapeutas Ocupacionales acerca del subsistema de habituación de personas que han experimentado el duelo.
- Caracterizar el subsistema volitivo de personas con duelo y/o duelo patológico desde la experiencia profesional de los Terapeutas Ocupacionales.

- Identificar los aspectos de afectación y/o favorecimiento del subsistema capacidad de desempeño en personas con diagnóstico de duelo y/o duelo patológico.
- Reconocer las herramientas de evaluación e intervención de mayor uso por el Terapeuta Ocupacional en personas con afectación por duelo y/o duelo patológico.

5. METODOLOGÍA.

El trabajo de investigación se desarrolló por 3 fases distribuidas de la siguiente manera:

Figura 3 Metodología



Fuente: elaboración propia.

Teniendo en cuenta la figura No 3. La **primera fase** consistió en cuatro momentos, el primero de ellos fue la *investigación*, en donde se consultaron artículos de bases de datos indexadas tales como PubMed, la cual es de acceso libre y especializada en ciencias de la salud, con más de 19 millones de referencias bibliográficas; NCBI división de la *National Library of Medicine*, centro que desarrolla constantemente nuevas tecnologías de información para ayudar a comprender procesos que controlan la salud y la enfermedad (Cañedo Andalia *et al*, 2009) y Scielo (Scientific Electronic Library Online) “base de datos que publica y difunde electrónicamente revistas científicas de investigación” (Bojo Canales *et al.*, 2006, p. 48); además de consultas en páginas web oficiales de entidades relacionadas con la salud y literatura concerniente. Se encontraron en total 8 artículos indexados desarrollados en otros países, principalmente en Australia; también se encontraron 2 libros, 1 tesis doctoral relacionada con un inventario para predecir el riesgo de padecer duelo complicado y más de 5 publicaciones en sitios web de entidades oficiales como la O.M.S, la A.P.A (Asociación Americana de Psiquiatría), entre otras publicaciones y documentos que estuvieron relacionados con el tema, los cuales pueden ser consultados a través de la bibliografía presente en la trabajo (ver [bibliografía](#)) y brindaron un conocimiento base que favoreció el desarrollo de la siguiente fase.

El segundo momento corresponde a la *construcción del proyecto* con base en la búsqueda bibliográfica anterior. Los conocimientos aprehendidos de los diversos

artículos académicos fueron pilares guía para el inicio de la construcción del proyecto, gracias a estos surgió la pregunta problema y se derivaron también otras preguntas que orientaron la estructura del proyecto, relacionadas con la población y los beneficios que puede traer a otras personas miembro de la comunidad académica, científica y social. El documento final fue enviado para ser sometido a evaluación por parte del comité de ética de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle el día 29 de abril del 2020 y el día 26 de mayo del 2020 el comité emitió el aval definitivo para iniciar la fase de reclutamiento de los participantes, con el acta de aprobación N° 008-020. Para mayores detalles ver el anexo [E](#).

El tercer momento corresponde a la *búsqueda de la población*. Para realizar un reconocimiento de la localización de los profesionales, se construyó un listado de las instituciones que ofrecieran servicios en salud mental en la ciudad de Cali y también se solicitó la base de datos de egresados del programa de Terapia Ocupacional de la Universidad del Valle.

Ya en el cuarto momento se define la *construcción de los instrumentos*: Entrevista y cuestionario (Ver anexo [A](#) y anexo [B](#)), y el *sometimiento de los mismos a revisión, modificación y validación del contenido* por parte de dos expertos profesionales de Terapia Ocupacional especializados en el área psicosocial que no harían parte de la muestra, para evitar de esta manera un sesgo. La solicitud para dicha revisión se realizó a través de una carta formal y de esta forma, permite establecer de manera definitiva la validez de contenido de los instrumentos a utilizar.

La entrevista se diseñó utilizando como base las categorías de análisis ([ver categorías de análisis](#)) que surgen de premisas del marco teórico y propósito del estudio. Igualmente ocurrió con la construcción del cuestionario, diseñado con el fin de captar más información en lo referente al perfil del Terapeuta Ocupacional y sus herramientas para la intervención.

En la **segunda fase**, se realizó el *reclutamiento de los profesionales*, pensado inicialmente en el acercamiento a las instituciones y profesionales previamente identificados, sin embargo, para evitar la infección con el virus SarsCov-2 se realizó una enmienda y se procedió a utilizar solamente la base de datos de egresados del programa académico, se llevó a cabo un primer contacto por medio de correo electrónico para lo cual se envió una carta de convocatoria.

Posteriormente se realizó un segundo contacto por llamada telefónica a quienes contestaron el correo electrónico. El protocolo de primer contacto ([ver anexo C](#)) cuyo contenido es la organización formal del proceso de diálogo se aplicó en el segundo contacto. Estaba constituido por tres momentos: en el primero el desarrollo de la presentación de las investigadoras, del objeto del trabajo y tanto la disponibilidad de tiempo para atender la llamada como el deseo de participar del profesional. En el segundo se realizaron las preguntas orientadas por los criterios de exclusión expuesto en los literales [C](#) y [D](#) de los siguientes apartados del documento; según la respuesta afirmativa o negativa al criterio de exclusión, se avanzaba a la siguiente pregunta o se indicaba que por dicho criterio de exclusión no podía

participar en la investigación, se agradecía y se terminaba la llamada. Se tuvo especial cuidado con la pregunta relacionada con la vivencia actual del profesional en un proceso de duelo, justificándose de manera cuidadosa los motivos por los cuales hace parte de un criterio de exclusión en cuanto a constituirse como un riesgo en la afectación de la salud en los participantes. El tercer momento se enfocó en reconocer la vinculación del terapeuta ocupacional en el proyecto de investigación, incluyendo el nombre del profesional a una lista de seleccionados guardada en un libro de Excel en Google Drive, especialmente asignado para la investigación y posteriormente se estableció una fecha para la administración de los instrumentos teniendo en cuenta horarios cómodos y disponibles para los entrevistados, todo esto con el fin de formalizar la convocatoria.

También se realizó enmienda en cuanto a la aplicación del consentimiento informado por medio virtual, el desarrollo de la entrevista por videollamada a través de la plataforma Google Meet y el cuestionario a ser resuelto a través de Google forms. Se sometió la enmienda a aprobación por parte del CIREH la cual fue aceptada el 06 de octubre del presente año. Previo al encuentro con él o la terapeuta ocupacional, se realizó el envío *del consentimiento informado* como formulario, para que dicho documento fuera analizado y posteriormente autorizado, con el fin de garantizar el desarrollo ético y legal del proyecto. El consentimiento informado se puede encontrar como anexo a este documento (ver anexo [D](#)).

Para la *administración de los instrumentos* se establecieron previamente las citas con los terapeutas ocupacionales a través de contacto telefónico, se

crearon los eventos en el calendario de Google y fueron enviados dos enlaces: el primero correspondía al del consentimiento informado y el segundo, correspondía a la invitación a la videollamada a través de Google Meet.

El día de la cita, las investigadoras preguntaron y se aseguraron de que los profesionales hubieran diligenciado el consentimiento. Posteriormente se inició la grabación de la videollamada y se proyectó en diapositivas cada pregunta de la entrevista para proporcionar una ayuda visual al profesional, disminuyendo barreras comunicativas producto de la conexión a internet o de ruidos del entorno que pudiesen representar una interferencia en el audio cuando se formulara la pregunta. Una vez terminada la entrevista, se solicitó al terapeuta ocupacional abrir un tercer enlace del formulario previamente enviado durante la entrevista, dicho formulario correspondía al cuestionario. Se realiza la petición de desarrollarlo mientras la llamada sigue en curso, debido a que el cuestionario no solicitaba nombre sino código alfanumérico que brindaron las investigadoras y, además, si surgían dudas en el desarrollo de este, poder aclararlas con la investigadora presente.

Ambos instrumentos se aplicaron durante una sola cita para disminuir el tiempo destinado por el profesional para el desarrollo de cada instrumento y para mantener un control sobre la información a recoger. El desarrollo de la conversación con los profesionales duró en promedio 60 minutos. La grabación del audio de la reunión se guardó en la nube de los correos electrónicos de cada investigadora según las entrevistas que dirigieron.

Para la **Tercera fase** se pensaba realizar la *transcripción de la información* grabada con equipo electrónico renombrando inmediatamente el audio con el código alfanumérico. Sin embargo, al trasladarse el espacio de encuentro a Google Meet®, la sesión grabada quedó guardada en la nube de cada investigadora, quienes individualmente se encargaron de transcribir a un documento en Word compartido en la misma carpeta drive y nombrando con el código alfanumérico, evitando la transcripción de nombre alguno (para más información ver el apartado de [consideraciones éticas](#) y el [consentimiento informado](#) en los anexos). Se utilizó un formato para la transcripción de la entrevista donde los dos actores presentes en la conversación se representaron con las letras iniciales de la palabra, correspondiendo “I” a la representación del investigador y “TO00X” (número) al código alfanumérico con el que se nombra al profesional.

También se consideró el traslado de los documentos con las transcripciones al programa Atlas ti para realizar la *codificación* obedeciendo a los códigos establecidos según las categorías de análisis relacionadas con el interés del estudio que se encuentran descritas en el documento (ver categorías de [análisis](#)). Sin embargo, debido a la falta de licencia del programa de forma remota y costos que debían ser asumidos por parte de las investigadoras, se llevó a cabo el proceso de codificación de forma manual. Para ello se desarrolló una [Rejilla de análisis](#) con el propósito de tratar la información recolectada de las entrevistas, así como estimar criterios de comprensión del fenómeno de estudio en el conjunto de las investigadoras según las categorías de análisis definidas.

Primeramente se creó una hoja de cálculo de Google con el nombre de “codificación manual” que reposa en la carpeta compartida de drive, posteriormente se realiza la rejilla para codificación de las entrevistas basado en el árbol de códigos, en el cual en las filas se ubicaron las categorías de análisis, las subcategorías y las preguntas relacionadas, en la parte de las columnas se ubican los códigos alfanuméricos de cada terapeuta entrevistado y una última columna de resultado, para el caso del cuestionario se creó una hoja de cálculo con el nombre de “cuestionario final” donde se digitó la información obtenida en la aplicación del cuestionario, debido a que la hoja de cálculo instantánea presentaba fallas relacionadas con errores en la digitación del código, año de egreso, edad y omisión en la marcación de las opciones tipo Likert, posteriormente se realizaron las gráficas con los datos obtenidos y finalmente se realizó el *análisis de la información* a la luz de las variables presentadas y la bibliografía seleccionada incluida en el marco teórico para identificar resultados del trabajo realizado en función de los objetivos trazados en el trabajo investigativo.

a. Tipo de estudio:

Este estudio es de tipo cualitativo, tuvo un diseño descriptivo, exploratorio porque pretendía recolectar información de los Terapeutas ocupacionales que trabajan en el campo psicosocial, las interpretaciones subjetivas acerca de las situaciones que han vivenciado respecto a la atención y/o intervención de personas que viven un proceso de duelo y/o duelo patológico. Es decir, profundizó en el

fenómeno desde la perspectiva de personas participantes en la intervención a los dolientes.

Esta investigación pretende captar los significados compartidos de un grupo de profesionales de la ocupación, el abordaje bajo el cual se dirigió este proceso fue de tipo narrativo, pues buscó captar por medio de la narración, la experiencia vivida y la praxis en torno a un acontecimiento específico como lo es la Ocupación Humana de una persona con duelo y/o duelo patológico y el significado que surge de estas circunstancias en el profesional.

En los diseños narrativos el investigador recolecta datos sobre las historias de vida y experiencias de ciertas personas para describirlas y analizarlas. Resultan de interés los individuos en sí mismos y su entorno, incluyendo, desde luego, a otras personas (Hernández Sampieri *et al.*, 2014).

Teniendo en cuenta la limitación en la producción literaria y de investigación en el tema de interés del presente trabajo por parte de la Terapia Ocupacional, se considera un trabajo que permite examinar aspectos fuera del orden tradicional de la disciplina, promotor en favorecer un trabajo documental e investigador en profesionales, investigadores y catedráticos con interés en el tema.

b. Área de estudio:

El estudio se realizó con terapeutas ocupacionales que desarrollan su actividad laboral en la ciudad de Santiago de Cali. De esta manera, se propuso realizar el proyecto de investigación con Terapeutas Ocupacionales que laboren en

instituciones de salud como IPS, consultorios independientes o en programas comunitarios desde el campo de la Salud mental y la atención psicosocial.

c. Población y muestra:

El universo corresponde a trescientos tres (303) Terapeutas ocupacionales egresados de la Universidad del Valle entre los años 2008 y 2018. Se hizo una muestra por conveniencia comprendida por 13 terapeutas ocupacionales que reúnen los criterios de inclusión de acuerdo con las características de este estudio que se encuentran laborando en la ciudad de Santiago de Cali con experiencia en el campo psicosocial. La investigación busca conservar la integridad de los directamente implicados en procesos de intervención que realiza el Terapeuta Ocupacional; se pretende no interferir en procesos que puedan llegar a afectar el bienestar de las personas que experimentan un proceso de duelo y en sus procesos de recuperación al mismo, por lo tanto, se realizó la investigación con los profesionales que han sido espectadores del proceso y han influido en el bienestar psicosocial de quienes han experimentado el duelo o duelo patológico y han recibido los servicios de Terapia Ocupacional.

d. Criterios de inclusión

- Terapeutas ocupacionales egresados de la Universidad del Valle.
- Terapeutas ocupacionales que residan en el Valle y laboren en la ciudad de Santiago de Cali.

- Terapeutas ocupacionales con experiencia laboral no menor a 2 años en el campo psicosocial.

e. Criterios de exclusión

- Terapeutas ocupacionales que estén pasando por un proceso de duelo.
- Terapeutas ocupacionales que durante un periodo de 12 meses o más, no se encuentren ejerciendo la profesión.
- Terapeutas ocupacionales que no puedan contestar a la entrevista por dificultades de tiempo.

f. Categorías de análisis:

Las siguientes categorías que se encuentran en la Tabla 1 son las de mayor interés para el presente estudio, sin embargo, en el proceso de recolección de la información pudo resultar categorías emergentes susceptibles de agrupación en el plan de análisis. Estas fueron tomadas y adaptadas desde el Modelo de la Ocupación Humana y el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional.

Tabla 1

Categorías de Análisis

Categoría	Definición conceptual	Otras definiciones
-----------	-----------------------	--------------------

1. Subsistema de Habitación	Tendencia a la acción, desempeñada de manera automática en entornos familiares en los que se encuentra inmersa la persona, proporciona una manera aprendida de hacer las cosas en un lugar en específico que se repiten bajo unos ritmos, rutinas y costumbres producto del contexto físico, social y temporal.	(Kielhofner, 2011) “patrón semiautónomo de comportamiento (...) el comportamiento automático de rutina está organizado en concordancia con nuestros hábitats temporales, físicos, sociales y familiares” (p.22).
1.1. Hábitos	Los hábitos se refieren a conductas específicas y automáticas; pueden ser útiles, dominantes, o empobrecidas. Estos se realizan por interés propio y se repiten en el tiempo.	(Kielhofner, 2011) “tendencias adquiridas para responder y desempeñarse en ciertas formas constantes en ambientes o situaciones familiares” (p.24).
1.2. Rutinas	Las rutinas se establecen en secuencias de ocupaciones o actividades que proporcionan una estructura para la vida diaria; las rutinas también pueden promover o dañar la salud.	(Kielhofner, 2011) “La habitación organiza las actividades propias en patrones recurrentes que constituyen la mayor parte de las rutinas diarias. Estos patrones integran a las personas en los ritmos y las costumbres de los mundos físico, social y temporal” (p. 149)
1.3. Roles	Los roles son conjuntos de comportamientos esperados por la sociedad y moldeadas por la cultura y el contexto. Los roles pueden servir de orientación en la selección de las ocupaciones o pueden ser utilizados para identificar las actividades relacionadas con ciertas ocupaciones en las que una persona se involucra.	(Kielhofner, 2011) “Dan forma a nuestro sentido personal, nos proveen de una perspectiva o actitud, y evocan ciertos comportamientos. Por ejemplo, yo pienso acerca de mis propios hijos e interactúo con ellos de una manera diferente a como lo hago con otros niños precisamente porque soy su padre” (p.24).

2. Subsistema Volición	Necesidad de actuar según el potencial que se tiene a nivel biológico y los recursos que presenta el contexto.	(Kielhofner, 2011) “Profunda necesidad humana por la acción, combinada con pensamientos y sentimientos respecto de hacer cosas, determinada por la experiencia previa y vinculada con el futuro” (p. 149)
2.1. Causalidad personal	La causalidad personal es el propio sentido de competencia y eficacia.	(Kielhofner, 2011) “El propio sentido de competencia y experiencia” (p.17).
2.2. Valores	En el curso del desarrollo, la cultura enseña creencias y compromisos que significan lo que es bueno, correcto e importante para hacer. Dentro de los valores se encuentra el concepto de espiritualidad que se define como una fuerza vital omnipresente, la manifestación de una realidad superior, fuente de la voluntad y la autodeterminación y de la percepción del sentido, del propósito y de la conexión que la gente experimenta en el contexto de su entorno.	(Kielhofner, 2011) “Lo que uno encuentra importante y significativo hacer” (p.17).
2.3. Intereses	Se refiere al sentimiento de placer o satisfacción que proviene de hacer cosas.	(Kielhofner, 2011) “Aquello que produce satisfacción hacer” (p.17).
3. Subsistema Capacidad de desempeño	Es un conjunto de habilidades que son utilizadas en la elaboración de un comportamiento con propósito y cumple con la organización de los constituyentes físicos y mentales.	(Kielhofner, 2011) “capacidad de hacer cosas provistas por el estado de los componentes físico y mental objetivos y la experiencia subjetiva correspondiente” (p.92)

3.1. Capacidades y Habilidades	La capacidad de desempeño está afectada por las condiciones musculoesquelética, neurológica, cardiopulmonar y por otros sistemas del cuerpo a los que se recurre cuando la persona realiza algo. Las habilidades físicas y mentales son subyacentes a la manera en que se utilizan y perciben durante el desempeño.	(Kielhofner, 2011) “La capacidad de desempeño es la capacidad para realizar actividades, proporcionada por el estado de los componentes subyacentes objetivos físicos y mentales y la experiencia subjetiva correspondiente” (pág., 150) (Kielhofner, 2011) “Las habilidades son acciones que una persona realiza mientras se desempeña, dirigidas a la obtención de un fin” (p 152)
4.Ocupación	Quehacer innato del ser humano hacia la transformación del medio ambiente por medio del cuerpo que posee (capacidades físicas y mentales); ello implica la realización de actividades propositivas que se inician y culminan en función de responder a unas motivaciones que se originan de unas necesidades.	(Kielhofner, 2011) “La ocupación es dinámica y dependiente del contexto. Lo que una persona hace es el resultado de la confluencia de circunstancias personales y ambientales” (p. 151)

Fuente: Kielhofner (2011).

g. Árbol de códigos

Figura 4 Árbol de códigos



Fuente: elaboración propia con base en fundamentos del modelo propuesto por Kielhofner (2006).

En la gráfica 1 se relacionan las categorías de análisis, las cuales fueron tomadas del Modelo de la Ocupación Humana y que dan cuenta de los diferentes aspectos que componen la ocupación que es el objeto de estudio de la terapia ocupacional y, por ende, de este trabajo de investigación. La gráfica se diseñó para facilitar al lector la comprensión de los componentes de cada categoría y la intención de las investigadoras de conocer sobre estas, desde la perspectiva de los profesionales con experiencia en el campo psicosocial.

h. Recolección de información:

Se diseñó una entrevista semiestructurada (ver anexo [A](#)) utilizando como referencia las categorías de análisis antes mencionadas. Se utilizó la base de datos de egresados que maneja el programa de Terapia Ocupacional de la Universidad del Valle para seleccionar los candidatos a entrevista siguiendo los criterios de

exclusión. Se les envió un correo a los terapeutas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión en donde se dio información sobre el proyecto de investigación que se estaba realizando y por qué se consideraba importante su participación.

Posteriormente se buscó establecer contacto telefónico con cada uno de ellos para contextualizarlos respecto a la investigación y si deseaba participar en ella.

Como tercer paso se estableció el día de la reunión con cada uno de los seleccionados para aplicar la entrevista semiestructurada con preguntas abiertas y cerradas y elaboración de un cuestionario ([ver anexo B](#)). Siendo tres las investigadoras, cada una se encargó de citar y aplicar la entrevista a un tercio de la población de terapeutas correspondientes al número total de los seleccionados.

El proceso de la entrevista se desarrolló de la siguiente manera: Se envió el consentimiento informado, una vez autorizado y aclarado el deseo de continuar con el trabajo, se aplicaron los instrumentos. Una vez obtenida la información, se procedió a realizar la transcripción de las entrevistas y revisión de los cuestionarios con igual asignación de responsabilidades como en la recolección de la información.

Para complementar la información, se construyó un cuestionario en Google forms con preguntas de selección múltiple que dan cuenta del proceso de intervención que desarrollan los terapeutas ocupacionales con las personas en proceso de duelo. Este cuestionario se aplicó inmediatamente después de realizar la entrevista sin colgar la llamada.

i. Plan de análisis:

Se tenía establecida la codificación a través del software Atlas ti séptima versión, seleccionando las palabras clave y las oraciones que responden a las categorías de análisis y al árbol de códigos. Se esperaba realizar con la licencia del software por parte de la coordinación de la investigación de la Escuela de Rehabilitación Humana de la Universidad del Valle, sin embargo, por las normas de bioseguridad, restricción de acceso al campus universitario, imposibilidad de asumir costos de software y la no disponibilidad de acceso remoto a este programa, se realizó la codificación manual a través de un libro de Excel ®.

Posteriormente se procedió a analizar la información, teniendo en cuenta la cantidad de respuestas (códigos) que coinciden y los elementos que se añaden como importantes según cada categoría (códigos ajenos a las categorías de análisis).

Por último, se compiló la información en un mapa o red de códigos para encontrar la relación de estos y si estos responden a la pregunta problema.

En el siguiente cuadro se relaciona las preguntas con las categorías de análisis a las que pertenecen:

Tabla 2

Relación de preguntas y categorías de análisis

Categorías de Análisis		Pregunta
Componente	Subsistema	
1. Subsistema de	1.1. Hábitos y	8. Podría mencionar ¿Qué ocurre con la

Habituaación	rutinas	habituaación y las rutinas de las personas que viven un <i>duelo</i> ?
	1.2. Roles	5. Recuerda ¿Qué relación tenían los usuarios en <i>duelo</i> o <i>duelo patológico</i> con el fallecido? ¿Eran cuidadores, familiares (padre-hijo), pareja (sentimental) u otro? 6. De acuerdo con estos roles ¿cuáles procesos de elaboraación considera tardó más tiempo en superar o resignificar luego de la pérdida? 7. ¿Cuáles son los cambios más frecuentes que se presentan en el desempeño de los roles del doliente, tras la pérdida?
2.Subsistema Volición	2.1. Causalidad personal	10. Teniendo en cuenta que el duelo está compuesto por las etapas de <i>negación</i> , <i>ira</i> , <i>depresión</i> y <i>aceptación</i> ¿Por favor describa, ¿cómo es el impacto que genera el duelo en el estado emocional y el sentido de eficacia y competencia de acuerdo con la etapa que está viviendo la persona?
	2.2. Valores e intereses	12. Teniendo en cuenta el subsistema volitivo, con relación a las creencias e intereses de las personas en <i>duelo</i>, ¿Cuáles son los cambios frecuentemente observados? ¿Qué percepciones tiene sobre los intereses y motivaciones en las personas que se encuentran en <i>duelo</i>?
3.Subsistema Capacidad de desempeño	3.1. Capacidades y habilidades	13. ¿Qué impacto ha tenido el <i>duelo</i> en las áreas relacionadas con la cognición? (Deterioro en la memoria, concentración, alteración en la secuenciación en las actividades, etc.) 14. ¿Qué tan significativos han sido los cambios físicos que ha notado en las personas que están en <i>duelo</i>? (Pérdida de peso o por el contrario aumento de

peso, descuido en el arreglo personal, etc.)

15. ¿Cuáles han sido los cambios o alteraciones en las habilidades sociales y comunicativas que ha notado en las personas que experimentan un *duelo patológico*?

4. Ocupación

Corresponde a la correlación de los tres subsistemas del MOH.

Fuente: elaboración propia.

j. Consideraciones éticas

Este trabajo se rige por la resolución 08430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de salud de Colombia que establece normas para los procesos de investigación en salud. Obedeciendo a dichos lineamientos en el tít. 2, cap. 1, art. 11, lit. a, la clasificación del riesgo para la presente investigación es de riesgo mínimo para los participantes debido a que maneja información susceptible de un grupo de personas en su rol profesional. Para minimizar el riesgo de perder la confidencialidad de dicha información, desde el momento en que se obtuvieron los datos para el reclutamiento de la población, durante el análisis de esta y al finalizar el proyecto, la información se guardó en una carpeta drive con acceso exclusivo para las investigadoras. Cada investigadora, se encargó de aplicar el consentimiento informado con los participantes asignados, identificándose plenamente y aclarando la disponibilidad que posee para resolver las inquietudes que surgieran relacionadas con el diligenciamiento de dicho documento. También se enfatizó en los datos de contacto de las investigadoras escritos en el consentimiento informado en caso de

presentarse alguna duda fuera del espacio designado para la entrevista. Se obtuvo diligenciamiento de la totalidad de participantes que adelantaron el protocolo de llamado y aplicaron a los criterios de inclusión, en total 13 participantes. Se atendieron a las inquietudes suscitadas, sin embargo, no se presentaron dificultades para su diligenciamiento, evidenciando instrucciones claras para su uso con los medios establecidos.

La grabación y transcripción del audio se realizó por cada una de las investigadoras en partes iguales. La grabación del audio se realizó a través de las herramientas que proporciona la plataforma Meet del correo institucional. Anteriormente se había planeado una división diferente del trabajo sin embargo por las normas de distanciamiento social este segmento de la metodología también cambió.

Para el proceso de grabación y transcripción cada participante fue identificado con un código alfanumérico para garantizar la confidencialidad, salvaguardar la información y evitar sesgos. Dicha información estará como archivo activo para procesos de investigación por un periodo de cinco (5) años y a partir de estos pasará a ser archivo muerto.

Este estudio de tipo prospectivo trabaja con información de población sana que no fue expuesta a intervenciones que modifican la integridad de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas y sociales, cumpliendo así con los demás lineamientos de la Resolución 8430 del 04 de 1993 anteriormente citada. Esto en función de que los instrumentos de recolección de la información mencionados en el

apartado “[h](#)” del documento, no interfirieron ni transformaron las variables mencionadas. Incluso se busca proteger los aspectos psicosociales de la población desde el momento en el que se realiza el primer contacto, por ello se especifica la existencia de un protocolo para el primer contacto en la descripción de la segunda fase de la metodología.

Cabe mencionar que el presente trabajo también se encuentra regido por la declaración de Helsinki (2008), que dicta la importancia de velar por la salud e integridad de los sujetos de estudio pues es gracias a la participación voluntaria (sin remuneración alguna) es que se obtuvo la información para comprender causas de patologías psicosociales con origen de un proceso de duelo, evolución y efecto en la ocupación del individuo y brindó las bases para mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas desde el ejercicio de la terapia ocupacional y profesiones relacionadas con la salud y el bienestar social. Entonces es adecuado mencionar que los objetivos para este fin fueron:

- Velar por el control de los riesgos en el manejo y confidencialidad de la información suministrada por los participantes, ya que la intervención a realizar en los sujetos no compromete el bienestar de estos.
- Informar acerca de los objetivos y metodologías de la investigación a través de un consentimiento informado para garantizar el conocimiento y participación voluntaria en el estudio (ver anexo [D](#)).
- Someter el proyecto ante el comité de ética de la facultad de salud de la Universidad del Valle en cumplimiento de los principios para toda

investigación médica, para que se garantice la protección a los individuos que participan de la investigación. Como se mencionó en la descripción de la de la metodología, el documento fue avalado con el no. de acta 008-020 con seguimiento al trabajo de grado 076-020 de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle.

Para finalizar este apartado, no puede ignorarse la ordenanza de la Declaración de Singapur de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica acerca de la integridad en la investigación, el cumplimiento de la normativa nacional e internacional relacionadas con la investigación, la utilización de métodos adecuados para la garantía del análisis de la información generando un conocimiento claro, preciso y al alcance de la comunidad académica, científica y en general, individuos y colectivos que deseen informarse al respecto.

6. RESULTADOS.

El presente trabajo de grado se llevó a cabo en su totalidad entre octubre del año 2019 y noviembre del año 2020. El contexto social de dichos tiempos influyó en el cronograma de elaboración y en la metodología para ejecutar el proyecto. Un cese de actividades y el surgimiento de un nuevo virus de la familia de los coronavirus, denominado actualmente como SarsCov-2 o también llamado Covid-19 fue declarado por la OMS (2020) en el mes de marzo como pandemia, en el mismo mes llevó a Colombia a declararse en emergencia sanitaria y económica, impulsando a la adopción del Decreto 464 de 2020 con el objetivo de establecer el aislamiento preventivo

obligatorio que se mantuvo hasta el 30 de agosto del mismo año. El Ministerio de Salud y Protección Social trabajó arduamente en la construcción de documentos técnicos para la reducción de la propagación del contagio y mitigación de los efectos de este desde el 16 de marzo del 2020 hasta el mes de noviembre. Por las razones mencionadas, la metodología para la obtención de los siguientes resultados se adaptó a dichos lineamientos.

6.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE RESULTADOS.

La base de datos contenía un total de 676 egresados del programa desde el año 1990. Del total se pensó en contactar a los profesionales que figuran en un rango de tiempo de 10 años, desde el 2009 hasta el 2019, sin embargo, la información disponible se encontraba hasta el año 2018, razón por la cual se decide tomar el decenio conformado por el rango de años 2018- 2008.

Tras aplicar dicho filtro (rango de tiempo), resultaron en total un número de 303 egresados. Es pertinente aclarar que la base de datos proporciona el correo electrónico institucional y en algunos casos personal, para comunicarse con los egresados, no proporciona un número telefónico, así que para conseguirlo fue necesario solicitarlo en la carta de invitación para participar del proyecto. En el desarrollo de este proceso, se encontraron personas a las cuales no les figuraba la dirección de contacto electrónico, en el documento. Adicionalmente, 23 de los correos enviados por las investigadoras, rebotaron.

En total, se obtuvo respuesta al correo por parte de 54 personas, de ellas 28 brindaron el contacto telefónico mientras que otras mencionaron diversos argumentos

relacionados con al menos uno de los criterios de exclusión con los cuales se descartaron como participantes, como por ejemplo que no laboraban como terapeutas ocupacionales o que nunca han trabajado en el área psicosocial. Con 6 personas no se pudo volver a contactar. Con las 28 personas que se realizó el protocolo de primer contacto, se obtuvo un total de 13 personas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, y posteriormente se establecieron las citas para la administración de los instrumentos según el horario disponible de cada terapeuta.

Tabla 3

Total, de Terapeutas Ocupacionales

Condición	Total
T.O base de datos	676
Egresados 2008-2018	303
Sin correo electrónico	7
Convocados por correo electrónico	296
Terapeutas ocupacionales que respondieron el correo electrónico	53
Correos rebotados	23
Terapeutas ocupacionales a los que les fue aplicado el protocolo de contacto	28
Terapeutas ocupacionales que cumplen con los criterios de inclusión	13

Fuente: Elaboración propia

6.1.1. Perfil ocupacional y sociodemográfico de los participantes.

Primero se realizó una caracterización sociodemográfica de los trece terapeutas ocupacionales que formaron parte del proceso de investigación.

6.1.2. Relación edad y sexo.

Tabla 4

Edad y sexo de los participantes

Sexo/Edad	27	28	29	30	31	32	35	37	40	Total	Porcentaje
Mujer	3	0	0	0	1	1	1	1	1	8	61.5%
Hombre	0	2	1	1	0	1	0	0	0	5	38,56%
Total	3	2	1	1	1	2	1	1	1	13	100%
Porcentaje	23,1	15,4	7,7	7,7	7,7	15,4	7,7	7,7	7,7	100%	

Fuente: elaboración propia

La edad mínima de los terapeutas ocupacionales de la población captada fue de 27 años y la edad máxima fue de 40 años, con un porcentaje de 23,1% de la población, la edad de 27 años es donde se encuentran tres terapeutas ocupacionales lo que representa al mayor número de participantes con la misma edad, siendo estas mujeres, seguidos de dos terapeutas ocupacionales con 28 años (mujeres) y dos con 32 años (1 hombre y 1 mujer), que representan cada edad al 15,4% de la población total, siendo estas tres edades las que más se repiten y que representan al 53,9% de los terapeutas ocupacionales participantes, el 46,1% restante corresponde a las edades de 29,30,31,35,37 y 40 años con un participante por cada edad, que representan cada uno el 7,7% de los terapeutas ocupacionales.

En relación con el sexo de los participantes se encuentra que el 61,5% de los terapeutas ocupacionales son mujeres que representan a un total de ocho mujeres que participaron en esta investigación y el 38,5% representa a los cinco terapeutas ocupacionales hombres que participaron en la investigación. Esto quiere decir que la mayoría de los terapeutas ocupacionales entrevistados fueron mujeres.

6.1.3. Año de graduación.

Gráfica 1 Año de graduación de los terapeutas

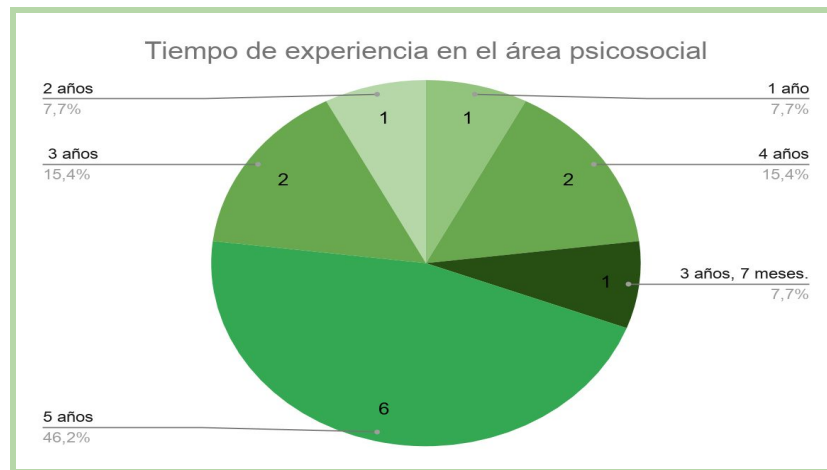


Fuente: elaboración propia.

Respecto al año de egresados como terapeutas ocupacionales se encuentra que el año de graduación está en un rango de 2009 a 2018, donde la mayoría de los participantes recibieron su título profesional como terapeutas ocupacionales en el año 2015, es decir que seis de los trece participantes obtuvieron su título de pregrado en dicho año, seguidos de dos terapeutas ocupacionales que egresaron en el año 2016; ya para los años 2009, 2011, 2012, 2017 y 2018 se encuentra un egresado por cada año.

6.1.4. Tiempo de experiencia en el área psicosocial.

Gráfica 2 Tiempo de experiencia de los participantes



Fuente: elaboración propia.

El tiempo de experiencia en el área psicosocial que tienen los participantes de esta investigación empezando en un orden de mayor a menor experiencia es de: 5 años de experiencia donde se encuentran la mayoría de los terapeutas ocupacionales, exactamente seis profesionales, lo que representa al 46,2% de la población total; Los dos siguientes participantes tienen cuatro años de experiencia que representa al 15,4% de la población; después con 3 años y 7 meses de experiencia por parte de un solo participante; luego se conoció una experiencia de 3 años por parte de dos participantes; y por último las experiencias menores corresponden a 2 y 1 año por parte un terapeuta ocupacional que previamente había mencionado otro tiempo en el protocolo de contacto ya que la experiencia no fue de manera continua, sino que en su ejercicio profesional alternaba el área psicosocial con las áreas de rehabilitación física y rehabilitación educativa. Pese a que el contacto se realizó con egresados de la universidad en un periodo de 10 años, los terapeutas ocupacionales que constituyeron la población utilizada para este estudio tienen en su mayoría una experiencia en el área

psicosocial de 5 años, no se captó dentro de la población, egresados con experiencia en dicha área, mayor a un quinquenio. Los demás terapeutas ocupacionales tienen una experiencia menor pero acorde a los criterios de inclusión y exclusión. El grueso de la población tiene 27 años, le siguen aquellos cuya edad son 28 años y 32 años, los demás tienen edades que no superan los 40 años. Más de la mitad de los terapeutas ocupacionales son mujeres. Del total, también, más de la mitad de la población egresó en el año 2015, le sigue otra fracción que se graduó en el año 2016 y para el resto de los años el número fue menor, el rango de años de egreso para esta población se encuentra entre el 2009 y el 2018.

6.1.5. Formación adicional en el área.

Gráfica 3 Formación adicional de los participantes



Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la formación adicional en el área psicosocial el 61,5% de los participantes manifestó no tener otra formación en el área, de los ocho que se encuentran en este porcentaje, cuatro manifiestan tener formación adicional en otras áreas como: especialización en salud ocupacional, especialización en gerencia social,

y un diplomado en seguridad y salud en el trabajo; mientras que el 38,5% si manifestó tener formación adicional, siendo cinco personas que indican tener formación como, cursos y capacitaciones con certificado en las instituciones donde trabajaron en el área, una maestría en salud pública y relacionada con modelos comunitarios en salud mental.

6.1.6. Institución donde labora.

De los terapeutas ocupacionales que participaron en esta investigación nueve trabajan en contextos institucionalizados, unos desde el área de rehabilitación física, otros en el área de salud mental, algunos con población adulta mayor y población infantil con énfasis en autismo; dos trabajan de forma independiente, el primero brindando terapias particulares y el segundo brindando asesorías en investigación; una terapeuta está vinculada a una universidad para realizar un trabajo no docente sino en el área educativa; por otro lado un terapeuta no brindó la información por temas de confidencialidad.

6.1.7. Formación académica durante el pregrado

De las percepciones que tienen los terapeutas ocupacionales respecto a la formación recibida durante el pregrado sobre herramientas para dar manejo a situaciones relacionadas con el duelo patológico en el quehacer profesional, se obtiene que nueve terapeutas ocupacionales, es decir el 69,23% de la población total, manifiestan no haber recibido esas herramientas durante el proceso de formación, y de

estos, cinco manifiestan que esta formación o herramientas no las enseñan directamente sino que entran en el marco general de la actuación del Terapeuta Ocupacional en el área psicosocial, puesto que en el pregrado se enseña a dar manejo a pacientes en salud mental; por otra parte una terapeuta manifiesta que estas no se adquieren en el pregrado sino en la práctica profesional. A continuación, algunos fragmentos que lo evidencian:

“No hubo un acercamiento para que digan bueno el terapeuta ocupacional evalúa, interviene o etcétera, etcétera el duelo patológico de la siguiente forma, no hubo.”

(TO003)

“Pues yo atendí varias personas en duelo, pero es que también la experiencia en el trabajo pues genera ciertas habilidades, pero también en la universidad, vuelvo y repito, me dieron unas herramientas pero no puntualmente que tengan que ver con duelo, sino como es el acercamiento que debe darse a personas que se encuentren en crisis depresivas o ansiosas, entonces de ahí tomó unas herramientas que me permiten a mi poder hacer intervenciones con personas pues que se encuentran en esa situación de duelo.”(TO004)

“Obviamente recibimos formación para el trabajo con paciente de salud mental pero no desde esa característica en particular, entonces siendo muy concretos, no.”(TO005)

“en el pregrado realmente es muy escueto, se manejan son modelos de intervención, formas de intervención, pero no... no hay esas herramientas o en mi experiencia desde mi grado creo que no se adquieren...Son herramientas que se van adquiriendo más en el ejercicio profesional.” (TO006)

Para el caso contrario se obtuvo que cuatro terapeutas ocupacionales, es decir el 30,77% de la población total perciben que esta formación si se recibe durante el pregrado en las distintas asignaturas del área psicosocial, incluso que se brindan estrategias para la atención y manifiestan que, en el momento de recibir dicha formación, como estudiante no se reconoce o no se hace un proceso de integración y cree no haberla recibido sino hasta el momento en el que se empieza el ejercicio profesional.

“Osea que uno sí recibe en el pregrado esa información, pero de pronto no la ve tan útil como en el momento que llega a la práctica, allí donde uno dice ah sí sé cómo manejar esto.”(TO002)

“la primera vez que oí hablar de duelo fue en desarrollo humano I, cuando recién entramos... allí también se hizo un abordaje del concepto de muerte, luego, recuerdo en educación con la profe M.L.C.T que también estuvimos abordando el tema de que ocurre cuando hay un diagnóstico por ejemplo de discapacidad con los padres de familia y allí también abordamos un poco de duelo y después, cuando ya estaba en

décimo o noveno vi la asignatura de familia, familia y discapacidad, también con M.L.C.T¹., allí también hicimos, nuevamente retomamos el tema de duelo... Pero... digamos, no eran, no eran asignaturas enfocadas únicamente al tema por lo tanto pienso que el manejo se fue dando a medida que iban surgiendo las situaciones..."

(TO009)

"sí hubo enseñanzas en cuanto a cómo darle manejo a ese tipo de situaciones... pues lo primero que nos decían siempre ante cualquier situación o parte psicosocial, afectación psicosocial de la persona era simpatizar con la persona en un primer momento, la escucha activa, ya después de eso era como empezar a mirar toda la parte de historia familiar, historia ocupacional, toda la parte de caracterización y contextualización de la persona, ya con base en ello pues haber identificado como toda esa parte, entonces era como hacer ya un tipo de técnicas de intervención propiamente... alguna de ellas soliloquios creo que es que se llama"(TO012)

"No me acuerdo la asignatura cómo es que se llamaba, pero si veíamos bastantes herramientas para el manejo del duelo con la profesora L.J.S. T²" (TO007).

6.1.8. Intervención con población en proceso de duelo y/o duelo patológico.

¹ Corresponde a las iniciales del nombre de la docente, se usa para garantizar la integridad de las personas involucradas en la conversación.

² Corresponde a las iniciales del nombre de la docente, se usa para garantizar la integridad de las personas involucradas en la conversación.

Los trece terapeutas ocupacionales entrevistados mencionan que en el trabajo se han topado con casos de personas que se encuentran en duelo, sin embargo, dos personas que corresponden a un pequeño porcentaje 15%, aclara que directamente no ha realizado intervención con relación al duelo o al duelo patológico, sino que el caso puede aparecer en el lugar de trabajo interdisciplinar de manera transversal.

El porcentaje restante 85% que representa la mayor cantidad reconocen que han hecho intervenciones con personas que se encuentran viviendo un duelo:

“Sí claro, o sea, definitivamente uno se encuentra con personas en diferentes tipos de duelo, te pongo un ejemplo... eh... Yo trabajo con chicos con autismo, si, personas con trastorno del espectro autista, entonces definitivamente entrar a ese contexto, a esa familia pues es difícil en un inicio. ... o sea, tú definitivamente observas y puedes evidenciar que están en un proceso de duelo porque incluso muchos lo están negando, muchos esperan que la institución como que te diga no, mire el neuro se equivocó, el chico no está en el espectro, cosas así porque nos lo han manifestado... de hecho cuando hacemos entrega del informe los padres rompen también en llanto cuando definitivamente pues la psicóloga inicia pues dándoles el diagnóstico e informándoles de que sí mire su chico, su chica se encuentra en el espectro del trastorno y todo lo demás entonces allí tenemos todo el equipo para llevar ese proceso...entonces claro, nosotros ahí evidenciamos el duelo cara a cara, o sea, es un proceso muy difícil

(TO011).

De ese porcentaje, cinco personas, es decir el 38% mencionan que el duelo puede ocurrir por cualquier cosa; cabe aclarar que del total de entrevistados cinco personas, mencionaron literalmente "duelo patológico" pero de estos profesionales solo dos personas aclaran que no trabajaron con personas con el diagnóstico de duelo patológico como tal, sino bajo otro diagnóstico, las demás no aclaran si se referían a un diagnóstico o a una percepción producto de las habilidades profesionales. Se encuentra que, por ejemplo:

"Sí básicamente sí, en procesos de duelo si he tenido bastante intervención porque yo atiendo muchos pacientes adulto mayor, entonces esos usuarios han pasado por ese tipo de experiencias y se trabaja pues como con secuelas del duelo, después del duelo patológico, la depresión, la ansiedad, algunos desde ahí han perdido, han presentado una pérdida de memoria temporal o definitiva, entonces si he tenido mucha relación de este manejo. Nunca me han llegado con duelo patológico, me llegan con depresión o ansiedad, pero no de duelo patológico." (TO007)

6.1.9. Intervención según etapa del duelo

Gráfica 4 Intervención según fase del duelo



Fuente: elaboración propia.

Ocho terapeutas ocupacionales que representan el 61,5% respondieron que han intervenido en la fase intermedia del duelo, la cual está caracterizada principalmente por depresión y sentimiento de culpa. Por su parte, tres terapeutas equivalentes al 23,1% mencionaron que han intervenido en etapas previas al diagnóstico de duelo patológico y finalmente, dos o el 15,4% respondieron que han realizado intervención en la fase inicial del duelo caracterizada por el impacto, la negación y la ira.

6.1.10. Trabajo interdisciplinar

Gráfica 5 Trabajo interdisciplinar



Fuente: elaboración propia.

Se encuentra que los terapeutas ocupacionales en su mayoría conciben que el trabajo se realiza con un equipo interdisciplinar. Psicología se mencionó en la mayoría de las respuestas, obteniendo un porcentaje de 38,4%, pero también se mencionó trabajo social obteniendo el 24%. Psiquiatría se mencionó en un 15,2% y enfermería también en la misma proporción. Dependiendo de los servicios e instituciones se articulan otros profesionales como fonoaudiólogos, fisioterapeutas, educadores especiales, pedagogos, médicos generales, en conjunto estas otras profesiones obtienen un porcentaje de 9,1%. Así en esa labor cada una de las profesiones tiene una responsabilidad establecida y es importante. Por ello:

"Nosotros trabajamos en un equipo interdisciplinar, que está conformado por el terapeuta ocupacional, psicólogo, fonoaudiólogo y en algunos casos educador especial o fisioterapeuta. Con los que hemos trabajado fuertemente en el proceso de duelo ha sido con el psicólogo, por ejemplo, en mi caso si yo tengo alguna familia, algún paciente yo decido qué equipo profesional necesito. de por sí siempre pido es ayuda

con el psicólogo, en el trabajo con el psicólogo ellos obviamente entran a hacer un tipo de evaluación a la familia, osea de la situación como tal que están pasando y empiezan a hacer como recomendaciones, charlas y actividades en el grupo familiar como tal.”

(TO002)

"Normalmente el equipo interdisciplinar está conformado por un médico psiquiatra, está por una psicóloga, un terapeuta ocupacional o a veces una trabajadora social con especialización en familia, o psicólogas pues que trabajan con la familia y básicamente ese el equipo y dependiendo del servicio también se integran enfermería, auxiliares, en

fin.” (TO005)

“Porque es el trabajo interdisciplinar que se hace allí, tratábamos de hacer un trabajo mancomunado, trabajo social intervenir en la parte familiar, psicología pues como que ellos pudieran expresar todos sus sentimientos y terapia ocupacional que logaran pues estar en una actividad de naturaleza ocupacional y poderles ayudar a un equilibrio”

(TO010)

“... una vez terminado nos reunimos los cinco profesionales, damos pues nuestra impresión diagnóstica de todo lo que observamos desde cada área y finalmente llegamos pues a unas conclusiones y a unas recomendaciones.” (TO011)

6.1.11. Experiencias en la atención.

La mayoría de los terapeutas ocupacionales perciben que los abordajes del duelo o duelo patológico en los servicios de salud mental desde terapia ocupacional son insuficientes o limitados, en cuanto a la existencia de problemas estructurales que le conciernen al sistema de salud en general y no permiten realizar un abordaje adecuado, mencionando que en las instituciones no se realiza un abordaje integral sino puntual, es decir, atienden los síntomas que se presentan y no la causa; por otro lado manifiestan que no existe un reconocimiento de la profesión en el manejo del duelo.

“El abordaje en un primer momento yo creo que debería ser simplemente establecer una empatía o una relación con la persona... para que si se sienta en una posición un poco más cómoda y posteriormente ir desarrollando actividades que le permitan no solo hablar del duelo sino también compartir su experiencia para que otras personas pues de pronto aprendan también de eso...” (TO004)

“El sistema de salud si es una gran limitante al momento de la intervención, al momento de querer dar un tipo de manejo o un tipo de contención que sea necesario realizarlo un tipo de contención, bueno, no recuerdo el tema, pero no físico sino emocional porque son tiempos muy limitados...” (TO012)

“Percibo que nos hace falta no sé si de pronto reconocimiento de la carrera o como tal del profesional que no se hace valer como más allá del terapeuta que ocupa el paciente porque es la percepción que nos tienen en salud mental.”(TO013)

Un grupo menor de terapeutas ocupacionales percibe que desde la profesión se realiza un abordaje cercano a la persona, puesto que el terapeuta ocupacional dentro de los servicios permanece mayor tiempo con los usuarios, ya que otros profesionales cuentan con menor tiempo para la intervención, por ello coinciden que el trabajo en un primer momento debe estar enfocado al fortalecimiento de la relación terapéutica.

“Cuando uno encuentra personas que realmente están comprometidas, que tienen la vocación, la paciencia, la experiencia y el tiempo para manejar la situación porque algunas son muy fáciles y otras son más complicadas logramos sacar a las personas adelante.” (TO002)

“Pero el abordaje en un primer momento yo creo que debería ser simplemente establecer una empatía o una relación con la persona... para que si se sienta en una posición un poco más cómoda y posteriormente ir desarrollando actividades que le permitan no solo hablar del duelo sino también compartir su experiencia para que otras personas pues de pronto aprendan también de eso...” (TO004)

6.1.12. Quehacer profesional.

Corresponde a todas las acciones que el terapeuta ocupacional en su ejercicio profesional realiza para la atención de las personas en proceso de duelo o duelo patológico.

6.1.13. Acompañamiento del terapeuta ocupacional durante transición entre etapas.

La respuesta sobre la percepción acerca del acompañamiento que realiza el terapeuta ocupacional en personas que están transitando por unas etapas de duelo, fue dada desde los diversos campos en los que se desempeña laboralmente el profesional.

Nueve personas que conforman una mayoría, el 69 %, tiene inmerso en el discurso, el deber de establecer un vínculo inicial con el usuario para propiciar espacios de conversación en los que expresen sus sentimientos y pensamientos, para que, a través de la escucha activa se puedan hacer devoluciones que favorezcan la concientización de elementos, resignifiquen el sentido de vida y transiten a la siguiente etapa relacionada a una mayor vinculación con actividades. A continuación, se presentan dos respuestas que reflejan dicho proceso:

"creo que es un acompañamiento más emocional ... que generar apoyos para que la persona vuelva a participar en sus actividades de la vida diaria, a veces uno hace ese proceso de escucha y eso gratifica mucho más a la persona que ponerlo a hacer una actividad... a veces sirve más el simplemente sentarse a escuchar esa persona y a través de alguna pregunta concreta, medio introspectiva, la persona poco a poco va teniendo como esa estabilidad emocional, creo que el terapeuta ocupacional en ese sentido, o bueno en etapas depresivas duras, sirve más como acompañante emocional

que para que vuelva a participar en sus actividades de la vida diaria, y en últimas tiene sentido porque si no hay un interés de desempeñar actividades entonces pues para que un terapeuta ocupacional... a través de pequeñas actividades pues uno logra crear ese vínculo con esa persona y bueno poco a poco generar un proceso que lleve a una independencia o sea que vuelva a recuperar esas actividades y si no las vuelve a recuperar, bueno, a desempeñar otras que la puedan o lo puedan gratificar a la persona" (TO004)

"... primero tienen que haber unas habilidades fuertes de empatía... una capacidad de escucha muy grande, de escucha activa, entonces uno en una etapa de negación y enojo digamos que uno debe usar mucho la escucha en esa etapa...puede que uno no esté haciendo una actividad como tal allí pero en todo eso que las personas empiezan a exteriorizar, a decir, lo que hacen es sacar todo lo que esté en sus mentes y en sus corazones y al pasarlo por su propia palabra, eso como que los hace conscientes de la situación y eso es lo que nos puede llevar al cambio, porque cuando la persona empieza a hablar y a decir cosas incluso contradictorias y el terapeuta está escuchando activamente ... ya tiene la posibilidad de hacerle devoluciones y de cuestionarle algunas cosas, entonces allí la persona empieza a hacer un razonamiento que lo va a llevar a la siguiente etapa y es empezar a hacer una negociación"... "también desde la proporción de actividades, en un entorno institucional o en el comunitario. En el institucional la persona está en su depresión pero yo por ejemplo le decía "salga de la habitación al menos para que tome airecito... entonces ya la persona se sentaba,

estaba allí, ya uno le ofrecía algo para hacer y a veces como que digamos ya su mente se ocupará y pudiera razonar ya desde otros lugares diferentes al del dolor y el duelo...

emm y digamos en esa actividad también muy articulada la escucha, la empatía, el poder hacerles devoluciones para que sus procesos de razonamiento, de pensamiento los lleven a ir pasando hacia las etapas de aceptación y poder seguir, entonces así. En el campo social y comunitario la gente uno le decía bueno, al menos vamos a la actividad del grupo para que estés allí, y ahí la gente se va integrando digamos que la actividad allí también logra empujar a la persona hacia la superación del duelo"...

(TO008)

Un grupo restante, el 31% equivalente a cuatro personas, no habla de elementos de escucha o acompañamiento inicial, sino que menciona varios aspectos como:

1. Si se encuentra en etapa aguda no se puede realizar intervención.
2. Ya en la etapa de aceptación hacer un acompañamiento al proyecto de vida.
3. Se debe revisar las redes de apoyo con las que cuenta.
4. En aceptación se estructuran rutinas y se gana el equilibrio ocupacional.

6.1.14. Para no llegar a un duelo patológico.

Los trece terapeutas ocupacionales coincidieron en tres aspectos que consideran como importantes para evitar que la persona transite de un proceso de duelo a un duelo patológico, el primero de ellos es que se debe involucrar a la familia en la intervención, el segundo corresponde a tener una comunicación empática y una

escucha activa dentro del proceso que le permite a la persona expresar sus sentimientos y emociones; el tercero es realizar una reestructuración de sus actividades las cuales se han visto afectadas por este proceso de duelo.

"yo me imagino que lo primero es identificar que esa persona está con un proceso de duelo y hacer la intervención lo más pronto posible, o sea hablar de eso con esa persona, de ese sentimiento que tienen de pronto de pérdida de frustración, abordarlo porque ... muchas veces se habla de que, si la persona está pasando por un momento de depresión, pero no le dan la parte "(TO001)

"Como terapeuta Ocupacional yo creo que la educación sobre la salud mental en todas sus esferas no sólo para el duelo, pero bueno hablemos del duelo... Sería que las personas jóvenes, niños, niñas, adolescentes tuviesen como un acercamiento en los primeros estadios de nuestra vida, que reconozcamos que la salud mental y los quiebres en ella se van a presentar así no tengamos una enfermedad mental de base,"
(TO003)

"Hay que ayudar a la persona a que pueda gestionar sus emociones, pensaría yo que como terapeuta hay que empezar por escuchar de forma empática sin juzgar, permitir que la persona exteriorice todas sus cosas, a veces no es solo escuchar su voz sino escuchar el lenguaje de su cuerpo." (TO008)

“Lo que se podría hacer desde el área de terapia ocupacional es cómo reestructurar otra vez esas actividades que se desorganizó porque hablábamos de que definitivamente el duelo desorganiza todas las actividades que uno hace en el día.”

(TO011)

Por otro lado, mencionaron que es igualmente importante la atención en compañía de otros profesionales pues se permite brindar una atención más integral y dar las soluciones que la persona necesita en ese momento desde las bases científicas.

“Entonces muchas veces uno dice es que a él le gustaba mucho ir a misa y resulta que con esa persona que no está acostumbraba ir a misa, pero el psicólogo dice no podemos permitirle que haga actividades que le recuerden a esa persona porque lo van a poner triste y obviamente se va a querer regresar a casa y se va encerrar y no va a querer hablar con nadie, entonces en esa parte nos ha ayudado mucho el psicólogo a que generemos actividades que no le recuerden mucho a esa persona que está ausente” (TO002).

“El conocimiento con otros profesionales es fundamental en la medida que esos profesionales tengan la oportunidad de dar lo mejor de ellos mismos ...cuando los otros profesionales tienen la oportunidad de estar presentes y desde su conocimiento

ayudar, claro, tiene que haber una conexión total con su área de experticia, si es lo familiar, si es lo personal, con lo que sea" (TO008).

Uno de los terapeutas ocupacionales correspondiente al 8%, mencionó que es importante incluir en este abordaje la atención a través del modelo humanista, con el objetivo de realizar cierres con la persona sobre su proceso de duelo y pueda ser muchas más fácil el superar la pérdida.

"Se hacen procesos de cierre como ,la siembra de un árbol a nombre de esa persona, digamos hacer una actividad anual en me nombre de esa persona, no sé si esa persona por ejemplo era muy servicial y ayudaba por ejemplo a los habitantes de calle, entonces en cada cumpleaños de esa persona va a hacer servicio sociales, como a nombre de esa persona que le gustaba servir a los habitantes de calle, bueno es un ejemplo, Pero de alguna forma si logran resignificar a través de su cumpleaños una actividad que les permite recordarlo pero no desde lo negativo"(TO005)

6.1.15. Experiencia de superación o recuperación del duelo.

La sensación de cinco personas equivalente al 38% de terapeutas ocupacionales, fue que los usuarios que han intervenido bajo la vivencia de un duelo patológico se han recuperado. Tres personas o el 23 % dice todo lo contrario, que no han tenido esa experiencia:

"No, no la he tenido, de hecho, si hablamos de duelo patológico, ella la que te digo, la docente, ella tiene un duelo patológico, ella carga una depresión profunda por algo que le sucedió hace mucho tiempo y le ha afectado su vida de una manera exponencial y no ha salido de allí y tampoco... ha pasado por muchos procesos, muchos tratamientos y ninguno ha abordado ese tema" (TO001).

Tres personas o el 23% responden que no sabe y el 15% correspondiente a dos personas, afirman que han tenido ambos casos en los que unas personas se recuperaron y otras no, incluso una de las no recuperadas se suicidó. Adicionalmente, al acompañar estas respuestas, el 61%, ocho de los profesionales mencionaron en común, que el sistema de salud influye mucho, porque no permite los seguimientos a los usuarios egresados o la continuación de los objetivos terapéuticos. A continuación, se muestran dos testimonios de los proporcionados por los terapeutas en las entrevistas y que evidencian dichos resultados:

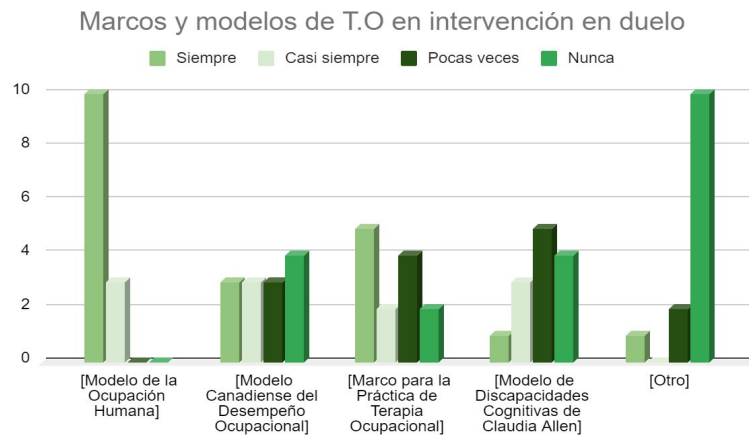
"...la salud mental es compleja, no es algo evolutivo sino que esto es como una enredadera... por poner un ejemplo, la persona perdió a su mamá, entra a... la unidad que sea, va a un espacio terapéutico... va saliendo de esa situación, despacio... todo va full y cualquier cosita que suceda en la vida, vuelve otra vez y recae, entonces es una cuestión de inconsistencia en esa mejoría... es una lucha constante interna porque cualquier cosita puede ser un factor exacerbante para volver a recordar ese evento,

recordar cualquier cosa de la situación y volver a recaer en esa situación depresiva, entonces el determinar y decir que se logró recuperar satisfactoriamente pues no sé, eso depende de en qué mes se vio el paciente y en qué mes estaba o no estaba bien, entonces no podría establecer que realmente se recupere de una situación así, no lo sé, varía mucho (TO004).

“No, yo he tenido personas en duelo patológico pero muchas veces el acompañamiento no lo he podido continuar haciendo... lamentablemente tenemos un sistema de salud muy malo... cuando ya el chico estaba en el proceso pues el chico se tuvo que ir de la institución, el hizo la transición a otro lugar y en ese lugar pues creo que no continuo lo que se venía trabajando, entonces íbamos bien pero no logramos superar ese duelo y no sé si lo lograría, ojalá que sí; y lo mismo me paso con la chica que tuvo el aplastamiento de sus manos, pues íbamos en el proceso pero lamentablemente en ese lugar mi función no era hacer una atención psicosocial sino una atención de rehabilitación física ¡y claro! yo podía ponerme en el lugar de las dos cosas y manejar algunas pero necesitaba fuertemente el apoyo de un equipo psicosocial y lamentablemente ya te dije que la ARL no estaba dando digamos las alternativas de esa rehabilitación psicosocial y no se pudo progresar” (TO008)

6.1.16. Marcos de referencia y modelos utilizados en proceso de intervención.

Gráfica 6 Marcos y modelos usados en la intervención



Fuente: elaboración propia.

Cuando se habló de los marcos de referencia y los modelos que guían la atención de personas en proceso de duelo o duelo patológico, se encontró que diez terapeutas equivalentes al 77%, usaban siempre *el modelo de ocupación humana* y tres terapeutas o el 23%, lo usaban casi siempre en las intervenciones; con respecto al *modelo canadiense* del desempeño ocupacional se encontró que el 30,7% o cuatro terapeutas prefieren no usarlo nunca en el ejercicio profesional mientras que 23% o tres si prefieren usarlo siempre; otros tres profesionales 23%, lo usan casi siempre, y finalmente las últimas tres personas lo usan pocas veces.

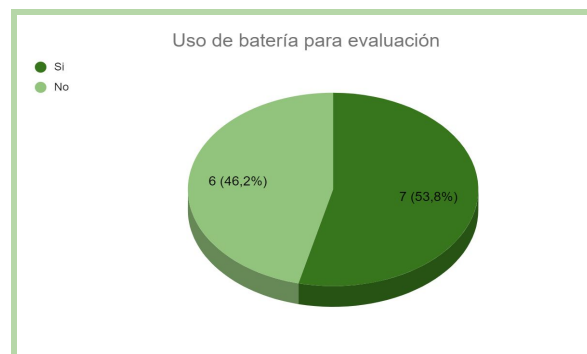
En relación al *marco de trabajo* para la práctica de terapia ocupacional el mayor número 38,4%, correspondiente a cinco terapeutas manifestó que prefiere usarlo siempre en los procesos de intervención, seguidos por cuatro terapeutas correspondientes al 30,7% que lo usan pocas veces, dos terapeutas casi siempre lo usan y finalmente un 8% equivalente a dos profesionales, nunca lo usan; cuando se habló del uso del *modelo de discapacidades cognitivas de Claudia Allen* se encuentra

que la mayoría de los terapeutas, es decir cinco, lo usan pocas veces en los procesos de intervención, seguidos de cuatro o del 30,7% que nunca lo usan, luego tres terapeutas que lo usan casi siempre y por último hubo un terapeuta ocupacional que lo usa siempre.

En relación con el apartado “*otro*” se encontró que diez terapeutas ocupacionales marcaron “nunca” respecto a otro modelo o marco de referencia distintos a los ya mencionados en las opciones de respuesta anteriores. El 15,4% o los dos profesionales que manifiestan que usan otro instrumento pocas veces, hacen referencia a: un terapeuta o el 7,7% al Modelo de Tratamiento Comunitario (ECO2), mientras que el otro terapeuta o el 7,7% escribió “actividades estructuradas”.

6.1.17. Herramientas de evaluación en la intervención.

Gráfica 7 Baterías de evaluación

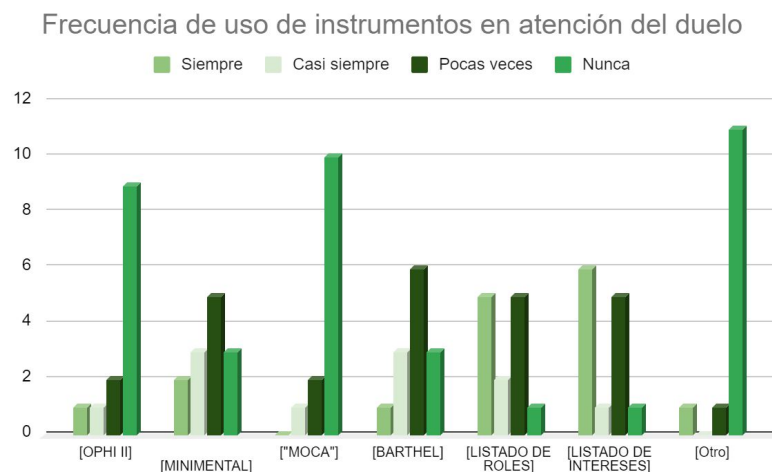


Fuente: elaboración propia.

A la pregunta sobre el uso de alguna batería para evaluar durante la intervención de personas en proceso de duelo o duelo patológico la mayoría correspondiente al (53,89%) manifestaron que, si hacen uso de alguna batería, algunos refieren que no las usan en su mayoría completas, sino que utilizan la parte que se relaciona con el caso

que están tratando. Por otro lado, seis terapeutas o el 46,2% manifestaron que no hace uso de baterías, refiriendo que: “*el tiempo en la consulta es muy corto*”, “*Empleamos entrevistas de caracterización cualitativas donde abordamos la persona, la actividad y su contexto*”, entre otras.

Gráfica 8 Frecuencia de uso de baterías



Fuente: elaboración propia.

Con relación a la frecuencia de uso de instrumentos en la atención de personas en proceso de duelo o duelo patológico se encontró que el *OPHI II* generalmente no es usado por los terapeutas, puesto que nueve de ellos o el 69,2% *nunca* lo usan, dos o el 15% lo usan pocas veces, 7,7% equivalente a una persona, lo usa *casi siempre*, y finalmente un único terapeuta equivalente al 7,7%, lo usa *siempre*. Con relación al mini-mental se encontró que la mayoría equivalente al 38,4% de los terapeutas lo usa *pocas veces* en los procesos de intervención, tres terapeutas o el 23% *nunca* lo usan; igualmente otros tres terapeutas ocupacionales marcaron que lo usan *casi siempre* y dos terapeutas o el 15,3% lo usan *siempre*.

Sobre el *MOCA*, uno de los terapeutas ocupacionales marcó que *siempre* lo usa, mientras que el 15,3% manifestó que *casi siempre* lo utiliza en las intervenciones. El 77% restante, que equivale a diez terapeutas ocupacionales marcaron que *nunca* lo usan.

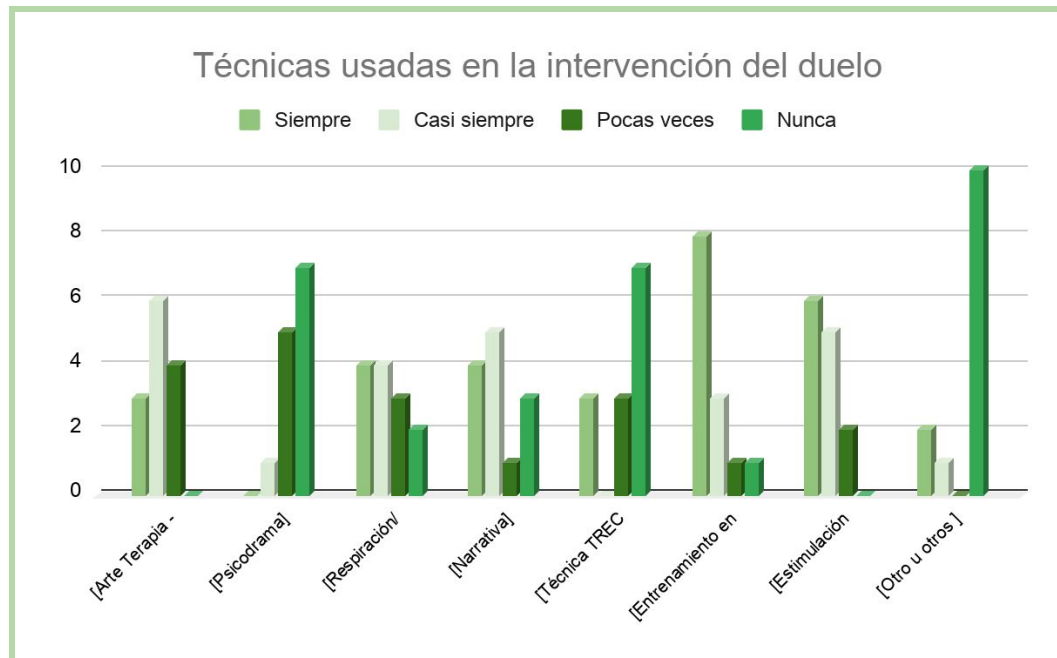
El índice de *BARTHEL* es utilizado *siempre* por un terapeuta que representa el 8%, en el caso de tres profesionales la respuesta seleccionada fue *casi siempre*, representando un 23%. La mayoría de los profesionales, el 46,1% o seis personas manifestaron que lo usan *pocas veces* y el 23% restante equivalente a tres terapeutas, *nunca* lo utilizan.

Según las respuestas de los profesionales, el *LISTADO DE ROLES*, es utilizado *siempre* por cuatro terapeutas y *pocas veces* por otros cuatro terapeutas ocupacionales equivalentes a 30% cada uno, mientras que dos terapeutas ocupacionales marcaron que lo usan *casi siempre*, y un terapeuta respondió que *nunca* lo usa. Con relación al *LISTADO DE INTERESES*, se encontró que seis terapeutas que representan el 46,1% lo utilizan *siempre*, uno lo usa *casi siempre*, y el 38,4%, o sea cinco terapeutas lo usan *pocas veces*. Solo un terapeuta que representa el 7,7% respondió que *nunca* lo usa.

En el apartado “*otros*”, once terapeutas ocupacionales que representan un porcentaje del 84% marcaron que *nunca* utiliza otros instrumentos allí mencionados, mientras que dos profesionales, correspondientes al 15,3% manifestaron que sí utilizan otros, pero uno *siempre* usa otros, mientras que el otro 8% lo hace *pocas veces*. Entre las razones especificaron: “*Porque los instrumentos son largos y los otros son más*

habituales”, ” Mini-mental 'Pocas veces’”. “La mayoría de las remisiones llegan con instrumentos validados por otros profesionales”. “entrevista semiestructurada”.

Gráfica 9 Técnicas usadas en la intervención



Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la utilización de técnicas para el proceso de intervención del duelo se encontró que gran parte correspondiente al 61 % de los terapeutas *siempre* implementan el *entrenamiento en habilidades sociales* durante sus intervenciones, mientras que el 23% o tres terapeutas, lo usan *casi siempre*; un terapeuta equivalente al 7,6%, lo utiliza *pocas veces* y otro 7,6% correspondiente a un terapeuta, marcó que *nunca* lo usa.

La segunda técnica más utilizada por los terapeutas fue la *estimulación cognitiva* donde se pudo apreciar que seis terapeutas equivalentes al 46%, la aplican

siempre, mientras que tres profesionales o el 23%, la usan *casi siempre* y dos correspondientes al 15,3% la usan *pocas veces* en el tratamiento.

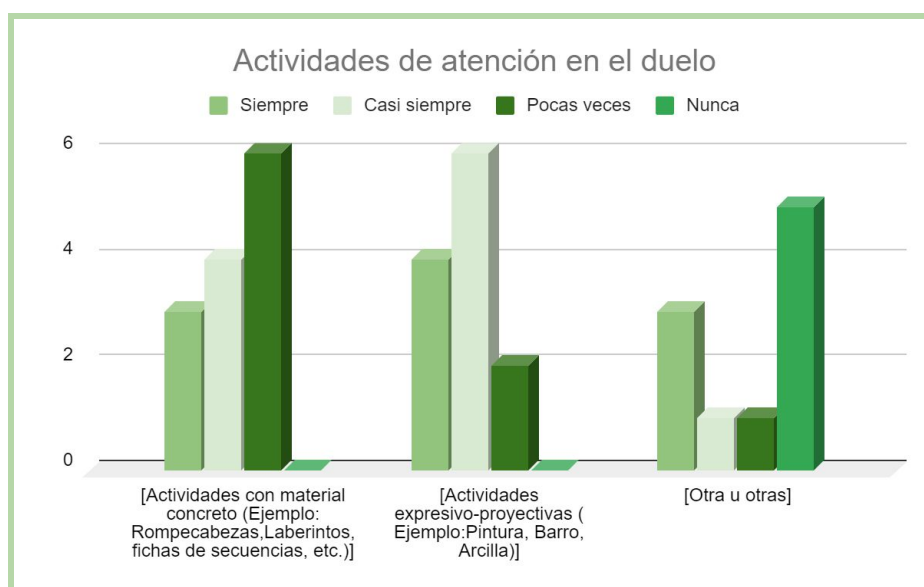
En cuanto a la *narrativa*, se encuentra que cuatro que corresponden al 30% *siempre* la usan, cinco que representan un 38% casi siempre la usan, el 7,6% es un porcentaje que refleja una persona, el cual responde que la implementa pocas veces, y tres personas o el 23% *nunca lo utilizan*.

Otra técnica que utilizan los terapeutas es la *respiración/relajación*, allí se encontró que cuatro personas correspondientes al 30% de la muestra, la implementan *siempre*. Por otra parte, un porcentaje o cantidad igual, la usa *casi siempre*. Mientras que tres terapeutas o el 23% la usan *pocas veces*. Dos profesionales correspondientes al 15%, respondieron que *nunca* la utilizan.

También se encontró que tres terapeutas o el 23%, *siempre* utilizan la técnica de arteterapia - pintura, seis de ellos, también interpretado como el 46%, la utilizan *casi siempre* y cuatro (30%) *pocas veces*.

En cuanto a la técnica *TREC (Terapia racional-emotiva-conductual)* de Ellis, el 23,3% de terapeutas ocupacionales manifestaron usarla *siempre*, otros tres terapeutas o 23,3% dijeron que *pocas veces*, mientras que el 53% o siete terapeutas, respondieron que *nunca*. Finalmente, en el ítem "*otro*", dos terapeutas ocupacionales que corresponden al 15,3% mencionaron que *siempre* utilizan juegos de mesa al aire libre y debriefing - deporte. El alto porcentaje restante 84% que equivale a once terapeutas ocupacionales, respondieron que *nunca* usan una técnica diferente a las que se mencionan ahí.

Gráfica 10 Tipo de actividades



Fuente: elaboración propia.

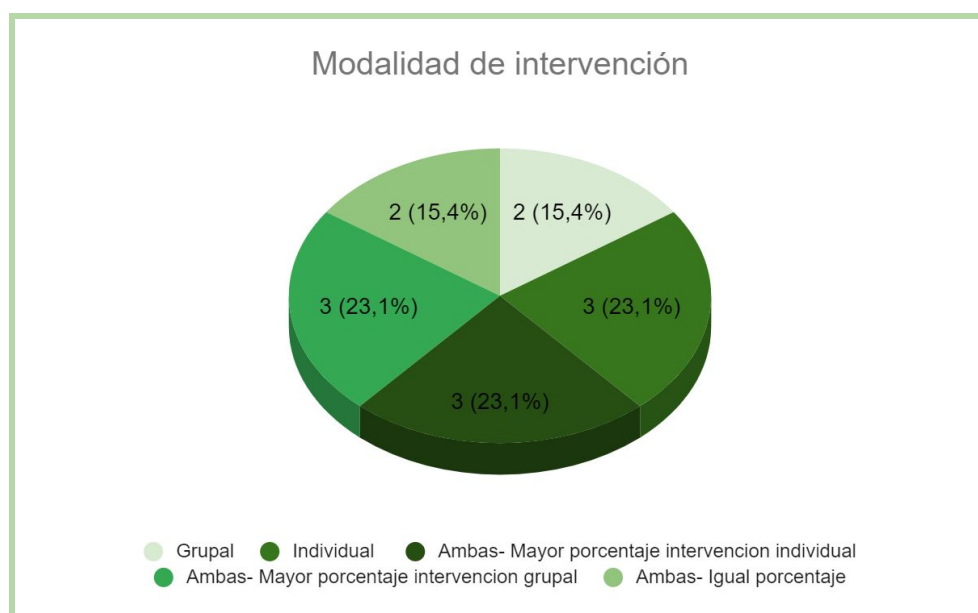
En la gráfica se muestra la frecuencia con la que los terapeutas ocupacionales utilizan cierto tipo de actividades. Seis personas o el 46,6% de los terapeutas ocupacionales contestó que utiliza “pocas veces” actividades con material concreto. Le sigue un 31% equivalente a cuatros personas, que utilizaron ese tipo de actividades “casi siempre”, y los terapeutas que “siempre” utilizan actividades con material concreto representaron un 23%. La frecuencia de uso de actividades expresivo-proyectivas es de “casi siempre” por la mayoría, 46% correspondiente a seis de los terapeutas

ocupacionales, el porcentaje siguiente es el 31% que equivale a cuatro personas que “siempre” utilizan esas técnicas, mientras que el 15% “nunca” las usa. Hubo un terapeuta ocupacional que no respondió dicho apartado.

Por otra parte, el 38% de terapeutas ocupacionales manifestó que usa otras actividades, de los cuales 23% “siempre” escoge otro tipo de actividades, el 8% “casi siempre” utiliza otras actividades, otro 8% “pocas veces” las emplea y el restante 38% manifestó que “nunca” usa otro tipo de actividades. Entre los terapeutas que contestaron que usaban otras actividades, especificaron que correspondían a: *Ejercicios cognitivos, activación de redes, uso de espacios de ciudad, deportivas, grupos de apoyo, narrativas autobiográficas, actividades de interés y unidades productivas*, tres terapeutas ocupacionales no contestaron a dicho apartado.

6.1.18. Modalidades de la intervención.

Gráfica 11 Modalidad de intervención



Fuente: elaboración propia.

En relación con las modalidades que se pueden presentar en la intervención de personas en proceso de duelo o duelo patológico, se encontraron cinco categorías. Tres de ellas son más utilizadas por la mayoría de los terapeutas ocupacionales que las otras dos restantes. Las primeras tres tienen un porcentaje del 23,1% cada una, lo que quiere decir que 3 terapeutas ocupacionales las prefieren.

En resumen, las intervenciones mayormente utilizadas fueron:

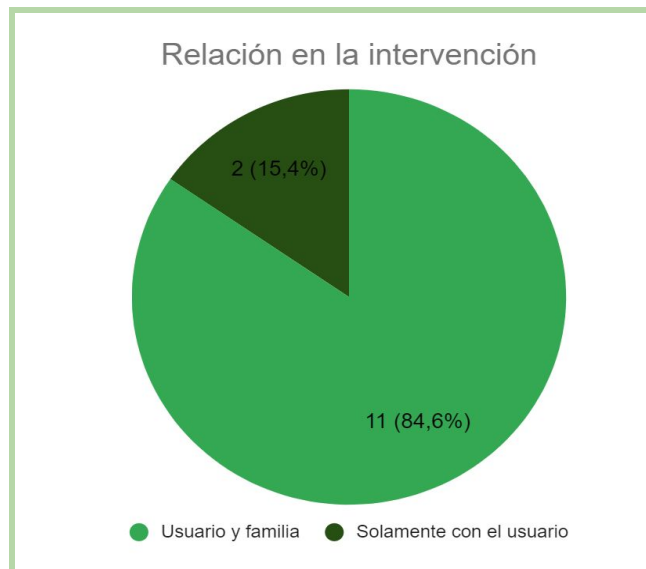
- Intervención individual,
- Intervención individual y grupal, pero con mayor frecuencia de intervenciones individuales;
- Intervención individual y grupal, pero con mayor uso de intervenciones grupales;

Por otra parte, las categorías de menor uso, representadas con el 15,4% cada una fueron:

- Intervención grupal e
- Intervención individual y grupal, pero donde ambas representan la misma cantidad de intervenciones.

6.1.19. Relación terapéutica en las intervenciones.

Gráfica 12 Relación en la intervención



Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la relación terapéutica en la atención de personas con proceso de duelo o duelo terapéutico el 84,6% de los terapeutas ocupacionales, es decir once participantes señalaron que esta se establece con el usuario y con su familia. Por su parte el 15,4%, es decir dos terapeutas ocupacionales establecieron que solamente se relacionan con el usuario.

En general, los terapeutas ocupacionales participantes de este estudio son mayoritariamente mujeres entre la segunda y tercera década de vida, las cuales desempeñan sus intervenciones en el campo psicosocial en relación con el tema de estudio y criterios de inclusión. Con respecto a la formación posgradual existe una variación entre los participantes en cuanto al enfoque en donde se identifica que tres de ellos realizaron estudios orientados a la salud pública y la epidemiología, mientras que dos realizaron estudios más específicos orientados a población vulnerable, el resto de

los terapeutas ocupacionales no han realizado estudios adicionales lo cual es coherente con el año en que recibieron su título profesional que es no mayor a tres años.

6.2. RESULTADOS POR CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.

A continuación, se presentan los resultados por categorías en relación con los sistemas del Modelo de la Ocupación Humana que se buscaron analizar con el desarrollo de este proyecto. Se presentan a nivel macro los sistemas como: Habitación, Volición y Capacidad de Desempeño, la cual también fue ampliada con base en el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional para tener más claridad sobre este subsistema; si estos tienen otros elementos que los conforman (subcategorías), también se presentan en los resultados. La categoría Ocupación se encuentra al finalizar porque guarda estrecha relación con las categorías antes definidas y tiene en cuenta otros elementos como el ambiente y tarea.

6.2.1 Subsistema de habitación.

Los resultados del subsistema habitación se presentan según los componentes en los que se divide. Por tal razón se expone a continuación la información por subcategorías de análisis:

6.2.1.1 Hábitos y rutinas:

El 100% de los terapeutas ocupacionales respondieron a la pregunta dando cuenta de manera explícita e implícita, de la existencia de una perturbación en los hábitos y rutinas de las personas que están viviendo un duelo. En el discurso

mencionan una afectación, disminución o pérdida en los hábitos. También se menciona una desestructuración de la rutina por un cambio en las actividades que desempeñaban antes de la situación de pérdida, o por disminución en el desempeño de estas, ya que algunas se desempeñaban en pro de una persona fallecida o de otra causa asociada a ese proceso de duelo.

Además, los profesionales brindaron una información que puede llegar a ser relevante y es que la intensidad de la influencia del duelo en la habituación varía según la etapa o momento del proceso de duelo que está viviendo la persona, influyendo en mayor medida a estas subcategorías al inicio del proceso que al final del duelo.

"Que obviamente hay una desestructuración en sus actividades de la vida diaria, o sea, hay una pérdida de hábitos saludables, hay un desorden en su rutina, no les interesa digamos continuar con la funcionalidad como la que llevaban antes y pues evidentemente eso se ve afectado y empiezan todas sus áreas de vida, cuando alguien pierde sus hábitos y rutinas eso empieza a afectar todas las áreas de su vida..."

(TO005)

"Se desconfigura completamente la rutina y sus procesos de habituación...sus funciones y su desempeño ya queda completamente comprometido porque sus actividades iban con relación a esa pareja, a ese ser que estaba al lado acompañándolos siempre." (TO007)

De forma adicional, se identifica afectación en la configuración del tiempo de las ocupaciones, deterioro y pérdida en el desarrollo de estas, repercutiendo en la estructura que la persona había organizado en su día a día, particularmente se asocia la alteración de los hábitos de alimentación y sueño como necesidad de intervención constante en las personas que experimentan un duelo, así lo expresan algunos de los terapeutas:

“...empiezan a perder esas cosas de la rutina en cuanto a tener el horario de levantarse, de bañarse, de hacer sus actividades, muchas veces quieren pasar todo el día en la casa, encerrados, no bañarse, si comen, comen, antes comían 5 veces al día y ahora ya quieren comer 2 veces al día...” (TO002)

“...durante todas las entrevistas e intervenciones te encuentras con personas que te dicen: mire yo antes dormía bien, ya no duermo bien, yo antes hacía ejercicio, ya no hago ejercicio, no tengo tiempo para hacer ejercicio” (TO011)

“... se presentan trastornos del sueño producto de la autonomía de su rutina normal, pero si esto comienza a tocar pues sentimientos encontrados y revuelve muchas cosas el duelo en estas personas, asociado pues que se diagnosticó con depresión y ansiedad entonces dejan de desempeñar sus actividades pues que normalmente tenían diariamente y entonces pues se acuestan muy tarde, se levantan muy tarde, y eso comienza a afectar lo que es el sueño de estas personas... (TO004).

6.2.1.2 Roles.

Once profesionales representados en el 85%, mencionaron haber atendido personas con diferentes causas de duelo, dando un promedio de tres relaciones con pérdidas de roles ocupacionales en la respuesta de cada uno. Mientras que los terapeutas restantes, representados por un 15%, mencionaron una sola respuesta, es decir la pérdida asociada a un solo rol.

En el 70% de las respuestas se encontraron unas causas de pérdida relacionadas con la muerte y de este porcentaje, el 91% fueron fallecimientos de familiares: primeramente, padres y parejas sentimentales, luego hijos, tíos y por último hermanos; el restante 8% corresponde a fallecimientos de amistades y mascotas. Por lo que la mayoría de los usuarios atendidos por los terapeutas Ocupacionales, desempeñaban un rol familiar que frente a su pérdida los llevó a experimentar afectación en su salud mental por el duelo.

Igualmente importante el porcentaje del 30% de la información restante que no se agrupó anteriormente, visibiliza una percepción de los terapeutas ocupacionales acerca de la relación entre los roles y la causa del duelo, en la que mencionaron otras causas del duelo más allá del fallecimiento, dichas causas corresponden a: pérdida de un trabajo, pérdida de funciones y estructuras corporales, pérdida de la relación con los padres diferente a la muerte (separación, independencia, desaparición), pérdida de la libertad, de un lugar y/o contexto, pérdida de un hábito negativo (consumo de

sustancias psicoactivas) y las implicaciones de ello en la vida. A continuación, se citan algunas de las percepciones de los terapeutas ocupacionales:

"Mmm, casi todos hablan de sus padres, de lo que es como separarse de esa relación, así no necesariamente hayan fallecido, también pues hay muchos chicos y chicas que han fallecido sus padres o sus abuelos que han sido también sus principales cuidadores y también hay un duelo alrededor de ellos mismos, o sea, de su propia imagen corporal, de su propia representación en un proyecto de vida. Entonces pienso que ha sido más fuerte esa relación" (TO009)

"... eran pareja, a veces hermanos y muchas veces amigos, digamos cuando el duelo es con relación a la pérdida de una persona... te podría decir y considero que las personas también le hacen duelo al tener que dejar un hábito digamos negativo, pues quien quería dejar de usar drogas pasaba por ese enojo, por toda esa negación pero después de un tiempo decían "si me sirve"... es una pérdida, es dejar un estilo de vida, muchas veces, entonces creo que incluso a esas cosas se les hace duelo, también hay duelos por lugares, recuerdo un señor que llegó a terapia ocupacional porque estaba perdiendo su funcionalidad, la causa de consulta era una supuesta demencia pero ya en el proceso yo concluí que este señor estaba mal porque resulta que se había cambiado de barrio, él había vivido toda su vida en un barrio de Cali donde tenía sus amigos, donde se tomaba sus cerveza y llegó a un barrio donde no conocía a nadie,

entonces el no hacer nada lo tenía muy mal y ese era su duelo, a un lugar, a un contexto (TO008).

Sobre la pregunta relacionada con los cambios más frecuentes en el desempeño de los roles del doliente tras la pérdida, los terapeutas ocupacionales mencionan varios tipos de respuestas que giran en torno a la afectación, cambio o desaparición de los roles. Una fracción del 23% o tres personas, mencionaron la palabra afectación en los roles o desempeño. Otra cantidad, el 30% equivalente a cuatro personas, mencionó la palabra cambio; Otro grupo de terapeutas (23%) equivalente a tres personas, mencionaron la pérdida, desaparición, desentendimiento o abandono de los roles en las personas. El porcentaje restante del 23% mencionó que hay un desinterés y una dificultad para asumir actividades diarias; un profesional mencionó que no considera que el rol desapareciera, sino que se mantenía, pero la calidad en el desempeño de las actividades propias de ese rol ya no era la misma.

Se citan a continuación respuestas de los terapeutas que dan cuenta de dichos resultados:

"Yo creo que es el autocuidado, ese es el primer indicio de... ¡realmente es el indicio de un trastorno depresivo! Pero que eso sea consecuencia de un duelo; es el autocuidado, entonces mal aspecto físico, y no es tanto que no se duchen o se cepillen los dientes, es que lo hacen mal, por ejemplo, usted se le acerca a la persona entonces en un lado usted nota que tiene chucha, pero en el otro no, cosas así, por ejemplo,

entonces lo primero que se afecta es el autocuidado, de eso estoy seguro. "...no, pues lo primordial, o sea, lo primero que yo veo es eso, que el trabajo, que de pronto otras actividades que desempeñaba ¡pues claro! se afectan, pero en un primero momento, o sea, lo que más se ve afectado es el autocuidado" (TO004)

"...la gente como que continúa mucho con su vida, si hay que trabajar, trabaja, si hay que ser mamá, se es mamá, si hay que ir al colegio, se va al colegio, entonces digamos como que roles se mantienen; ahora viene un asunto de "¿cómo desempeño yo ese rol?" entonces si son muchachos que están estudiando generalmente su rendimiento cambia, hay un cambio en el rendimiento escolar digamos no... deja de ser tan bueno de pronto como era, emm cuando han sido chicos de colegio recuerdo un caso, entonces los temas disciplinares cambian, entonces se ejerce el rol pero de pronto no de la misma forma que se ejercía antes; en el caso del trabajo también, se ejerce el rol pero de pronto la capacidad de concentrarse en las tareas, de hacerlo con el mismo ánimo y el mismo gusto que se hacía, de pronto ya no ocurre. Creo que los roles se mantienen, pero la calidad en el desempeño no es la misma" (TO008)

Para finalizar la categoría, cuando se preguntó acerca de la percepción sobre los roles y los procesos de elaboración que la persona tardó más en superar o resignificar luego de la pérdida, se obtuvieron los siguientes resultados:

El 100% de los terapeutas ocupacionales mencionaron que la etapa más difícil para los usuarios en resignificar bajo los diferentes roles es la de aceptación. Sin

embargo, todos difirieron en la relación del rol ya que se mencionó que el aceptar la pérdida de cualquiera de esas pérdidas fue la más difícil.

Un porcentaje del 16% coincidió en que la pérdida de los padres es difícil de aceptar y resignificar, otro porcentaje del 16% dijo que en lugar de los padres son los hijos, y los demás mencionaron otro tipo de respuestas relacionadas con el rol laboral, la pareja, los hermanos, los amigos, los abuelos, etc. Cabe resaltar que algunos argumentaron que esos procesos de elaboración y resignificación dependen del vínculo que se tenía con la persona. Para ejemplificar la variedad de respuesta, se citan algunas respuestas:

"Normalmente los de padre e hijo, es un padre que se muera uno de sus hijos es bastante y digamos el proceso es a veces bastante más complejo, si básicamente es eso." (TO005)

"bueno yo creo que se tarda más y suelen ser los hermanos, incluso a veces los amigos y lo digo porque es que, en el caso de padres finalmente la vida nos dice a todos que en general nuestros padres se van antes, su vida se va antes, se supone que si los padres se van, uno queda con los hermanos, con los amigos, pero cuando son los amigos, los hermanos e incluso los hijos quienes se van o la pareja, pues como que eso impacta, como que el proceso de elaborar un duelo tarda un poco más; ahora eso también tiene que ver con cómo suceden las cosas, en el caso de las muertes violentas, claro, esa resignificación creo que se demora un poco más a cuando la

causa es natural; cuando la causa es de manera violenta, además viven en un lugar, pues ahora hablando de lo social-comunitario, cuando las personas viven en un lugar donde saben quién fue el que de pronto cometió un homicidio hacia un familiar pero de pronto no pueden hacer nada, como que tener ese recordatorio ahí de forma constante pues también hace que se demore más. (TO008)

"Bueno eso depende de muchas cosas, porque por ejemplo es como por la relación que hayan tenido, si ha sido una relación muy cercana y se han generado recuerdos durante esa relación que son significativos, para ellos es más complicado superarlos, pero no te podría identificar realmente si es hombre o mujer yo creería que depende más de la vida que tuvieron juntos, de la vida que llevaban como pareja, por ejemplo mujeres que perdieron a sus esposos, pero si habían tenido experiencias traumáticas con ellos, era menos difícil como superar el proceso de pérdida en cambio sí era una pareja que se complementaban, que habían bonitos recuerdos, que eran especiales con ellos, que vivieron una vida bonita, ese tipo de duelo era mucho más complicado porque ellos volvían y retomaban esos pensamientos positivos y quedaban como inmersión durante mucho tiempo en esos pensamientos, como en esa pérdida que ya no va a volver a ser, esa pareja que no van a volver a tener, entonces en adultos mayores es mucho más complicado, ya para ellos es bastante significativo la pérdida de su esposo o esposa, porque es como la compañía, se convierten en los cómplices de su proceso de vejez." (TO007)

En definitiva, existe una concordancia entre los terapeutas entrevistados con relación a que el subsistema de habituación sufre unos cambios que afectan el desempeño, por lo tanto, puede decirse que este subsistema se compromete en la persona que experimenta una condición de duelo o duelo patológico, teniendo en cuenta el riesgo o pérdida en tareas que desarrolla en la vida diaria consigo mismo y las demás personas de su entorno. Así pues, las personas deben reorganizar sus ocupaciones teniendo en cuenta elementos como el tiempo, esfuerzo en sus habilidades, así como la respuesta o expectativa social.

6.2.2 Subsistema volitivo.

6.2.2.1 Causalidad personal.

Igual de importante que el subsistema anterior, para el subsistema de volición se encontró: Con relación a la causalidad personal, la mayoría correspondiente al 92% de los terapeutas entrevistados, consideran que hay un impacto generado por el duelo de acuerdo con la etapa por la que esté cursando la persona. Principalmente concordaron en que el impacto es mucho más profundo en las primeras etapas del duelo, pues en sus experiencias han identificado que la rabia, la ira y ese estado de depresión genera unas alteraciones a nivel de las capacidades físicas y mentales, del sentimiento de utilidad, del deseo de involucrarse en las actividades que realizaban antes del duelo, como se puede apreciar en los siguientes fragmentos:

“Bueno, creo que las primeras etapas donde se habla de negación, ira, es cuando el tema de esos impulsos es difícil de regular, entonces... normalmente

hay aversión a vincularse a cualquier espacio, hay unas barreras muy grandes para vincularse, ...cuando empiezan los estados depresivos pues obviamente se sienten que no tienen las habilidades para reponerse...” (TO006).

“..., la persona está enojada, tiene sentimientos muchas veces deseos de venganza, enojo en sí mismo, el no aceptar la situación” (TO008).

“En el sentido de eficacia pues se ve trastocado precisamente por ese sentimiento ¡sentimiento! (corrige) ¡por ese estado depresivo! Entonces no hay una vinculación específica con una actividad que la persona se sienta satisfecha al realizarla, entonces la eficacia se ve trastocada por eso; competencia de acuerdo a la etapa, pues razón por la cual esas habilidades que en algún momento pues de pronto desempeñaban, pues les da igual... pues por más que yo desarrolle una actividad primero lo voy a hacer mal y segundo pues no me va a gratificar, entonces no tiene sentido para mi hacerla...” (TO004).

“cuando sucede una discapacidad o un accidente, una condición de salud que empieza a perjudicar la participación con los otros, inicialmente hay una negación cierta, en esa negación se perjudica muchísimo como tal ese sentido de eficacia y pensaría yo ese sentido de participación porque en la negación las personas pueden negarse por ejemplo a recibir un acompañamiento” (TO009).

Se logró identificar también que estos terapeutas perciben que las primeras etapas son bastante incapacitantes para el desempeño de sus actividades diarias porque muchas de ellas los llevan a recordar o rememorar situaciones que provocan tristeza. Mientras que una terapeuta correspondiente al 7,6 %, afirmó que la forma en que impacta el duelo está determinada por cómo se asume y se afronta dentro de ese contexto en el que la persona se encuentra:

“...cómo yo asumo ese proceso como tal que estoy viviendo, en qué proceso del duelo me encuentro y asimismo cómo voy a asumir o cómo voy a llevar a cabo cada una de mis actividades y cómo voy a percibir como las realizo o como las demás personas lo ven cómo lo estoy realizando, si, entonces y también va muy de acuerdo... la historia de la persona en el contexto de la persona, el contexto socio cultural e histórico...” (TO012).

Otro aspecto que se resalta en las percepciones de dos de los terapeutas reflejados en el 15%, es que cuando se trata de la noticia de recibir un diagnóstico de una discapacidad permanente, las personas entran en estado de negación y de rechazo a todo lo que implican estos procesos y se empieza a evidenciar una desorganización total en sus vidas. Posteriormente, en etapas más avanzadas del duelo, según el 46% de los terapeutas ocupacionales, algunas personas logran llegar a un estado de aceptación del duelo y pueden nuevamente vincularse a las actividades

significativas que antes llevaban a cabo y llegan a participar de forma activa en estas, logrando nuevamente un equilibrio ocupacional. Pero según ellos esto depende indiscutiblemente de todo ese manejo que se le haya dado desde un principio a ese proceso y de cuán acompañada haya estado la persona tanto de un equipo profesional como de su principal red de apoyo:

“... en la etapa de aceptación ya es una persona un poco más receptiva hacia los procesos de rehabilitación y hacia las actividades que desempeñan en su casa entonces empiezan a decir “¡ay!” estoy ayudando con las actividades de la cocina, a mi esposa, a mi hijo, a mi mamá...” (TO001).

“... ya en la parte de aceptación pues ahí es como lo bonito cuando ya la persona como que va superando... y quiere hacer algo, pero además siente que puede, pero además siente que eso que hace le ayuda a mejorar... entonces digamos que es un estimulante emocional bien importante, la ocupación humana, cuando vamos en esta etapa de aceptación... uno ahí empieza a recoger los frutos. ” (TO008).

“... y como tal en la aceptación se requiere un equipo... pues para acompañar ... en cualquiera de las manifestaciones de su duelo y no solamente de él como te digo, como desde ese acompañamiento de la familia también...” (TO009).

Por otro lado, más de la mitad de los terapeutas correspondientes al 53% o 7 profesionales, consideran que es complejo que algunas personas puedan llegar a una etapa de aceptación del duelo, sobre todo cuando los duelos son muy profundos y no hay una red de apoyo que haga ese acompañamiento permanente:

"Poder llegar a un punto de aceptación es complejo, es complejo en población habitante de calle..." (TO006)

"... cuando ya llega la etapa de adulto mayor, cuando ya están solo ellos dos en casa, cuando ya los hijos parten, los nietos ya no están..." (TO007).

6.2.2.2 Valores

Con respecto a los valores y las creencias de las personas en proceso de duelo o duelo patológico, se encontró que gran parte (76 %) de los terapeutas respondieron que las personas evidentemente presentan unos cambios a nivel de los intereses y las creencias, que estos cambios son en su mayoría negativos, pues las personas entran en un sentimiento de no poder hacer las cosas, de no encontrarle sentido a la vida y de incluso no querer vivir porque se pierde esa percepción de sí mismo en cuanto a la capacidad de afrontar esa situación particular.

"Pues los cambios observados estarían en que hace falta como la voluntad de ellos ... ellos pierden completamente las ganas, la motivación y la voluntad para

hacer las cosas, es como si ellos por más que uno les hable, por más que uno les haga charlas, por más que uno incluya a la familia hay una parte de ellos que no le encuentran sentido a hacer las cosas ..." (TO002).

"Bueno, inicialmente como apenas estaban pues en su proceso de duelo, pierden el interés en muchas cosas, sienten que no son capaces de hacer nada, que su vida acabó allí ..." (TO010).

Por otro lado, tres terapeutas ocupacionales correspondientes al 23 %, consideran que esa capacidad de afrontar el duelo que tienen las personas, el conocimiento sobre sí mismos, la visión del duelo, el significado de este proceso y la vinculación que tienen con la parte religiosa, en ocasiones se ve alterada por esas percepciones que tienen con respecto al proceso que se está viviendo. En los siguientes fragmentos se puede ver reflejada esta percepción:

"... pueden ser varias cosas...si hablamos de duelo por pérdida de la funcionalidad física en las creencias se empiezan a anclar lo que vienen siendo los sentimientos de minusvalía, hay afectación a la autoestima, entonces la gente, en sí misma deja de creer y en sus competencias, en sus capacidades y en lo que puede hacer ..." (TO008).

"... en cuanto a las creencias religiosas muchos... como se refugian en eso, porque pues es como la forma de afrontar esa soledad, la situación, la mayoría,

hay otros que definitivamente, por el contrario, dejan de creer porque piensan que están viviendo es por culpa de... de Dios, un castigo, entonces cambian su percepción ...” (TO010)

“Pero sí sé que las creencias están muy ligadas de hecho a la capacidad que ellos tengan de sobrepasar las fases del duelo, como te digo si son personas que creen en la reencarnación, si son personas que creen en la parte espiritual o que tiene delirios místicos se les hace más difícil el manejo de ese duelo ...” (TO013).

6.2.2.3 Intereses.

En lo que tiene que ver con los intereses y motivaciones, una mayoría de terapeutas ocupacionales correspondientes al 84 %, mencionó que observaron un desinterés en las actividades, inicialmente mencionan una afectación profunda y compleja, aparecen sentimientos de inutilidad y de alienación. Pero también tres de ellos, reflejados en el 23 %, perciben que no todas las personas viven su duelo de la misma manera, aunque haya afectación en un primer momento, luego encuentran un sentido. Otros tres (23 %) terapeutas mencionan que también depende mucho del acompañamiento que se le brinde a la persona en su proceso de duelo y que también está ligado a esas herramientas que la persona posee para afrontar situaciones de este tipo:

"Con la motivación, cuando inician es nula porque precisamente tienen ese sentimiento de inferioridad, de fracaso, o de pérdida. El interés es totalmente bajo entonces por eso le toca trabajar a uno con ese equipo interdisciplinario porque esa persona no es una persona colaboradora, no es una persona receptiva para ningún proceso de ninguna, ni de físico, ni psicológico..."

(TO001).

"... Ahora, no es todo el mundo, hay gente que tiene su dolor y de pronto aspira... ya sus intereses no están como volcados hacia una actividad en particular sino de pronto al hecho de poder salir de su barrio, de buscar otro contexto para vivir, piensan en sus hijos entonces como que aparecen intereses de darles otras posibilidades, otras oportunidades, esas cosas ..." (TO008).

Dentro del subsistema volitivo se puede mencionar como características predominantes que se presenta un desequilibrio entre lo que tiene que ver con la capacidad de afrontamiento a situaciones de duelo que pueden presentarse de forma repentina o lentamente cuando se trata de la pérdida de capacidades a causa de una enfermedad y el desinterés que presentan las personas por vincularse en actividades que resultaban ser significativas antes del duelo. Se pierde la motivación por continuar con la vida, las personas se caracterizan por presentar episodios depresivos constantes y en muchas ocasiones sucede que las creencias espirituales se

abandonan o, por el contrario, se fortalecen mucho más en ciertos casos particulares como cuando se trata de personas mayores.

6.2.3 Subsistema capacidad de desempeño:

6.2.3.1 Capacidades y habilidades mentales.

Según las respuestas de los terapeutas, una mayoría del 92 % equivalente a doce terapeutas ocupacionales, perciben que sí se presentan alteraciones a nivel cognitivo, sobre todo en las áreas relacionadas con la memoria en donde han observado que las personas presentan dificultades para recordar las cosas que deben hacer en sus actividades cotidianas. Mencionan que esto se ve reflejado en las rutinas porque las actividades básicas se olvidan. Así también, los terapeutas mencionaron que la concentración se ve muy afectada en esas primeras etapas del duelo, allí han identificado que cuando se le pregunta algo a la persona sobre cualquier aspecto, no sabe responder o deben volver a dar la consigna. Cuatro terapeutas correspondientes al 30 % afirman que esto se debe a que las personas están muy centradas en su situación de duelo y solo piensan en ello, lo cual se refleja en que no estén atentos en las demás actividades diarias y en general a su entorno. Otro aspecto que mencionaron estos terapeutas es que la secuenciación de las actividades, el poder iniciar, mantener y finalizar una acción, se ve también alterado en estas personas. A continuación, algunos fragmentos que así lo demuestran:

"Pues sobre todo cuando están en la etapa de la depresión si se ve mucho el deterioro en la memoria y la concentración. Digamos que en la etapa de negación las

alteraciones cognitivas son muy evidentes en todo absolutamente todo, en su secuenciación de actividades ..." (TO005).

"Alteración en la secuencia de las actividades, como no hacen ajustes, ... obviamente como yo te decía no están en la capacidad de hacer un ajuste a la rutina, si son personas que son cuidadoras todo sigue girando en torno a las necesidades de esa persona que ya no está ..." (TO013).

Dentro de las habilidades mentales, se indica incluso que algunas llegan a ser determinantes cuando se encuentran afectadas para incidir en otras, que requieren n mayor procesamiento cognitivo:

"se empieza a generar una falla en los procesos mentales superiores, ellos empiezan a sentirse desorientados porque precisamente han perdido interés por saber el día, la fecha, bueno todos los procesos de orientación espacial y han vivido tanto tiempo entre esos pensamientos y esos recuerdos del pasado con la persona ausente, que olvidan toda la realidad, pierden su proceso de realidad y se afecta muchísimo realmente, se afecta muchísimo sus procesos de concentración" (TO007).

También los terapeutas afirmaron que en muchas ocasiones el impacto en el área cognitiva se debe no solamente a este proceso de duelo que se está viviendo, sino que muchas de las personas ya tienen una patología de salud mental que cuando se une a una situación de duelo, claramente impacta en mayor medida, sumado

también a las situaciones de estrés y carga de responsabilidades en el desempeño ocupacional. De esta forma, se encuentra que la afectación identificada por los Terapeutas puede estar relacionada con el tiempo de evolución de la situación, gravedad de los síntomas, ubicación o no avance en las etapas:

“...en casos profundos si hay pérdida de memoria, hay lagunas mentales, dificultades también para concentrarse, dificultades para la vinculación de las actividades, para iniciar, mantener y finalizar actividades...” (TO006)

“...Digamos que en la etapa de negación las alteraciones cognitivas son muy evidentes en todo absolutamente todo, en su secuenciación de actividades, de alguna forma como está pensando en todo el tiempo en que eso no ha pasado que eso no es real, entonces de alguna forma de queda digamos enfrascado en una idea recurrente y al hacer otras actividades pues no logra hacerlas desde lo cognitivo, se ven bastante afectadas...” (TO005)

Por otro lado, uno de los terapeutas que corresponde al 7,7% mencionó que realmente no ha identificado que se dé un deterioro a nivel cognitivo, que la alteración en el desempeño se da sobre todo por la falta de motivación más no porque haya una afectación de las funciones cognitivas:

“En la parte de la cognición no se ve afectada, incluso la memoria tampoco es más que todo que por ejemplo si yo llego y le propongo una actividad al paciente, el paciente no

la quiera hacer, no porque no tenga concentración, por la memoria, sino por la parte de motivación de que no la quiera hacer ...” (TO002).

6.2.3.2 Capacidades y habilidades físicas.

Con relación a los cambios de las capacidades físicos, se encuentra que la mayoría de los terapeutas ocupacionales constituida por doce personas equivalentes al 92%, atribuyó pérdida en la capacidad de accionar sobre su arreglo personal y el autocuidado y necesariamente lo conectaron con el mínimo esfuerzo para el uso de las habilidades y desempeño en la tarea con baja energía, repercutiendo principalmente en cambios en la vestuario, la organización del cabello que en la mayoría de los casos no está peinado o empieza a caerse, se observa onicofagia y uñas sucias , incluso en las actividades básicas como el cepillarse y bañarse, las personas dejan de hacerlas.

"...es muy evidente como se logran de un día para otro perder todas esas habilidades que se han ganado en el tema de actividades básicas de la vida diaria, es muy notorio, incluso en el cuidado de su ropa, en el cuidado de su dentadura, en el cuidado de sus uñas, en los hábitos de baño, de lavado que habían adquirido ...” (TO006).

"Descuido en el arreglo personal, sobre todo, como te decía, pierden como esos hábitos de autocuidado que uno tiene empezar a trabajar luego en ellos, entonces descuidados, barbados, sin bañarse, tenía que uno recordarles la importancia del autocuidado..." (TO010).

A esto también está asociado el tema de que las personas se alimentaron poco o incluso no se alimentaron, y allí se encontró que diez terapeutas correspondientes al 76 %, observaron pérdida de peso en las personas que se encuentran en duelo, lo cual también está muy relacionado con la alteración de los hábitos y rutinas que suceden en casi todos los casos mencionados por los participantes.

"...es la pérdida de peso, pasan por ese evento y es pérdida de peso significativa, te dicen "yo pesaba 70 kilos y ahora estoy en 58", o sea, es una cosa abismal, y siempre es lo mismo..." (TO004).

"Hay desórdenes alimenticios, hay una baja de peso, yo noto que un desinterés por la alimentación así sea que los hijos estén pendientes, que los hijos le llevan la comida, pero el hecho de comer con otra persona que no es la persona con la que constantemente hacia ese tipo de actividad, entonces es más la pérdida de peso..." (TO007).

Por el contrario, un par de terapeutas ocupacionales correspondientes al 15 %, mencionaron un posible aumento de peso relacionado a estados de ansiedad que se manifiestan en comer más de lo normal.

"Entonces si es un paciente bastante ansioso, entonces obviamente esa ansiedad la va a ver a través de la comida y el aumento de peso va a ser evidente..." (TO005).

Otro aspecto que varios terapeutas equivalentes al 15% manifestaron que en algunos casos las personas acuden al consumo de sustancias psicoactivas y que esto repercute directamente en la alimentación y el bajo peso.

"...el consumo de sustancias hace que no haya muy buenos hábitos de alimentación y se coma una vez al día o incluso no se alimente en todo el día..." (TO006).

"En el caso de personas que además de eso empiezan a usar alcohol u otras drogas pues también hay un deterioro muy evidente ..." (TO008).

En la descripción del uso de las capacidades físicas desde la perspectiva de los participantes, en algunos casos, se identifica el uso de las estructuras corporales para auto agredirse o agredir a otro. Se reconoce que para el desarrollo de tareas de la vida cotidiana se presenta restricción en la participación de tareas asociado a las condiciones deficientes del subsistema volitivo, que orienta a realizar acciones con uso de la capacidad física encausado al daño de sí mismo; la situación se torna agobiante y lleva al uso de las capacidades físicas al daño a la integridad física:

“...en ocasiones se vuelven bueno autoagresivos o hetero agresivos, cuando son hetero agresivos como ya se sabe manejar ese tipo de conductas no han generado como un impacto físico en las demás personas que intentan agredir, pero entonces cuando de pronto es autoagresión si hemos notado que es muy fuerte la agresión, entonces hay paciente que empiezan a morderse el antebrazo y es bastante fuerte y es bastante fuerte” (TO002)

En algunos casos, cuando el usuario intervenido estuvo presente en la situación de pérdida, puede suceder que, si se encuentra asociado a eventos como accidentes o traumatismos, presente alteraciones en sus estructuras y quede como una huella no solo mental, sino física que le llega a revivir la experiencia y conectarse por medio de su cuerpo con la situación o evento, tal como se expresa en la siguiente cita:

“...otros cambios físicos pues cuando son accidentes o cosas pues que hay un cambio drástico en sus cuerpos, cicatrices, todo lo que significa una cicatriz, por ejemplo” (TO009).

6.2.3.3 Capacidades y habilidades sociales y comunicativas.

En las habilidades sociales, más de la mitad o el 53% de los terapeutas ocupacionales entrevistados, mencionaron dentro de la percepción que tienen, que muchas de las personas en duelo prefieren aislarse socialmente, permanecer solos y "encerrados" en las casas o en el espacio intrahospitalario según el caso.

"Totalmente aislados, en una situación de aislamiento ... no hay otra forma de relación para las personas con este tipo de situaciones y es el aislamiento de pronto no absoluto, pero si la tendencia a aislarse constantemente ..." (TO004).

"Normalmente estos pacientes pierden bastantes sus habilidades sociales, porque lo que quieren es estar solos, no quieren relacionarse, quieren encerrarse, entonces sus habilidades sociales se van a ver afectadas... " (TO005).

Lo cual se relaciona estrechamente con la percepción que tienen tres terapeutas 15%, con relación a que muchas de estas personas no desearon participar en actividades de la vida diaria ni tampoco en actividades terapéuticas que propusieron los profesionales.

"...cuando pasan por un proceso de duelo no quieren asistir a esas actividades, no las quieren hacer precisamente porque prefieren estar en su casa encerrados y no verse con nadie ..." (TO002).

"... pierden el significado de poder participar en alguna actividad ya sea social o comunicativa ..." (TO007).

También se encontró que cinco de los terapeutas ocupacionales equivalentes al 38%, identificaron que estas personas presentaron actitudes y conductas agresivas al relacionarse con ellos y que esto también se debe a las percepciones negativas que tienen los usuarios sobre la atención en salud mental.

"...pero incluso esa parte comunicativa como le mencionaba anteriormente se vuelve a veces en conductas agresivas, entonces si uno va a entrar a la habitación y ellos no quieren que entre en lugar de decir no sal, se vuelven agresivos y cogen el zapato y se lo lanzan a uno ..." (TO002).

" ... otros que tienen rabia contra el mundo por lo que les está pasando entonces buscan todo el tiempo, como desafiar, pasar esos límites ... (TO010).

Con respecto a la parte comunicativa, principalmente existe una coincidencia entre la mayoría de los participantes correspondientes al 76%, en la que afirmaron que muchas de las personas que transitan por un proceso de duelo complicado no desean comunicarse o existe muy poca comunicación verbal con respuestas concretas de "sí, no o no sé", así como también manifestaron que se presentaron dificultades en la expresión de sentimientos y de poder verbalizar las situaciones cotidianas sencillas. Como se muestra en los siguientes párrafos:

"... su estado a nivel de afectivo, emocional, a nivel neurológico también no permite que haya un interés por comunicarse, sino que se centran como en esa pérdida, la intención de comunicación no existe ..." (TO003).

"La intención comunicativa es muy poco a veces muchos están en una depresión muy profunda pues el contacto hasta se ve afectado, solo responden preguntas dirigidas,

mantienen con la cabeza agachada entonces obviamente la comunicación ahí se ve muy afectada ..." (TO005).

"... se vuelven una persona que ya no habla o que dice estrictamente lo necesario, lo que alguien podría decir "está ensimismado" entonces esas interacciones con los otros como que no son importantes o no ocurren con la misma intensidad..." (TO008).

Con respecto a la comunicación de las emociones, una de las terapeutas mencionó que en la población habitante de calle que es la población en la que interviene, este aspecto se ve profundamente afectado evidenciándose en las actividades grupales y en la comunicación que se intenta establecer con ellos, en donde se observa que las palabras son poco fluidas, no hay expresión de emociones y su gestualidad es plana. Lo cual se puede también extrapolar a la población no habitante de calle y que está viviendo un duelo patológico, dado que la mayoría de los participantes también manifestó que estas características son muy evidentes sobre todo cuando el evento ha ocurrido recientemente.

"... en ocasiones creo que se afecta el poder expresar sentimientos... sí, más que cualquier otra cosa creo que es en esa habilidad también de poderse relacionar con el otro, poder generar empatía con el otro también se ve afectada, poder generar confianza, el tema de la confianza es supremamente importante en los procesos de

intervención, entonces sí, creo que son los principales cambios que se han percibido”

(TO006).

Así pues, las habilidades y capacidades físicas, mentales, sociales y comunicativas presentan una alteración evidente cuando se atraviesa por un proceso de duelo y un duelo patológico que se manifiesta de forma negativa en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria, lo cual impacta el desempeño ocupacional de manera que el acompañamiento del profesional debe ser constante para permitir nuevamente esa vinculación a las actividades significativas dentro de su contexto inmediato. Aquí también el trabajo colaborativo cobra una gran importancia para llevar a cabo un proceso integral.

6.2.4 Ocupación.

El concepto de ocupación es un eje transversal en la vida de una persona, y desde la disciplina de terapia ocupacional es el centro de estudio, por ello se considera un aspecto determinante que influye en la manera cómo las personas participan y se relacionan, es por ello que a lo largo de toda la entrevista se logró identificar que el 100% de los terapeutas ocupacionales consideraron a lo largo de los resultados, que definitivamente el desempeño en la ocupación humana de las personas que atraviesan un proceso de duelo o duelo patológico se ve alterado, es decir que hay un impacto negativo principalmente en las etapas iniciales del duelo, en todo lo que tiene que ver con las rutinas y los hábitos, los roles relacionados a esa pérdida ya sea por una muerte o por muchos otros aspectos, las capacidades físicas y cognitivas y el interés y

motivación en la vinculación a las actividades que antes eran significativas. Todo esto se pudo apreciar en algunas respuestas de los terapeutas:

“... lo interesante de esto es que puede suceder en cualquier área, no solamente en el área psicosocial, mis primeros meses de trabajo fueron en rehabilitación física y pues allí había muchas personas en proceso de duelo por ejemplo por una amputación, por una enfermedad grave, por algún deterioro significativo en su salud y en su desempeño ocupacional; entonces allí eran constantes en el área de rehabilitación física. En el campo social comunitario, en zonas de alta vulnerabilidad, a la pérdida de amigos, de vecinos, de familiares por situaciones de violencia ...”no me olvido, una mujer muy joven que en su trabajo pues tuvo un aplastamiento de sus dos manos, sus manos quedaron, pero sin dedos”...”en lo social-comunitario pues son muchísimos los casos, pues he trabajado con pandillas de muchachos, de muchachas que tienen unas pérdidas de familiares por temas de violencia, pero como son tantos no te podría decir uno en particular”.

...”te podría decir y considero que tenía muchos usuarios que iban a hacer un tratamiento por uso de sustancias psicoactivas, pues quien quería dejar de usar drogas pasaba por todo eso, por todo ese enojo, por toda esa negación de “no a mí no me sirve el tratamiento” pero después de un tiempo decían “sí me sirve” ¡pero claro! porque es una pérdida, es dejar un estilo de vida... recuerdo un señor que hacía un duelo, llegó a terapia ocupacional porque claro estaba perdiendo su funcionalidad, empezamos a trabajar, la causa de consulta era una supuesta demencia pero ya en el proceso yo

concluí que este señor estaba mal porque resulta que con su hija se había cambiado de barrio, llegó a un barrio donde no conocía a nadie"

..."tuve un chico con duelo patológico, él vio cómo asesinaban a su hermano, tenía ese duelo incrustado allí en el alma y nadie se dio cuenta, no se dio cuenta su mamá, venían de un contexto de alta vulnerabilidad y el chico, yo cuando lo recuerdo siento que ese duelo le quedó como en el cuello, como en la garganta, le quedó atragantado ... con él y estábamos haciendo un trabajo chévere ..." (TO008).

" las personas con las que realizó intervención llegan a la institución porque están en un proceso de una enfermedad mental de larga data o reciente que está en etapa aguda, es decir, es decir que tienen síntomas activos, entonces yo creo que hubo una pérdida en casi todos los roles y en casi todas las actividades que ellos desempeñaban hasta que esos síntomas fueron disminuyendo por los efectos del medicamento y por los efectos de la intervención." (TO003).

Finalmente, se evidenció un deterioro en la participación ocupacional de las personas en proceso de duelo y duelo patológico desde la perspectiva de los terapeutas ocupacionales que han tenido la experiencia de intervención en estas situaciones que en muchas ocasiones no son tan evidentes como lo es una patología de orden físico. Es por ello que se quiso indagar sobre el impacto que genera esta situación no solo en las áreas mentales de la persona sino también en los cambios físicos que se pueden presentar ya que esto genera una alarma mucho más potente para la identificación de riesgos altamente perjudiciales que limitan la participación en

la vida social en un contexto y una actividad determinados. Las demandas en las actividades, aunque siguen siendo las mismas, se vuelven mucho más complejas de superar para estas personas, requiriendo otras estrategias adaptadas para que la persona pueda continuar su vida ocupacional.

7. DISCUSIÓN.

La presente investigación ofrece una respuesta a la pregunta ¿Cómo el Terapeuta Ocupacional comprende la Ocupación Humana en las personas que experimentan un proceso de duelo? a través de la narrativa de los terapeutas ocupacionales que cumplieron con los criterios de inclusión, además de las investigaciones que hasta la actualidad se han realizado en este campo, en el cual se reconoce una relación de los profesionales de esta disciplina con el tema de estudio y se permite una interpretación detallada de la influencia que tiene esta situación en el desempeño de las actividades de la vida diaria, como se menciona a continuación.

La evidencia obtenida de la información recogida por los instrumentos validados, mostró que en la percepción de los terapeutas ocupacionales acerca de la ocupación humana de las personas en proceso de duelo, evidentemente dan cuenta de una perturbación a nivel de los tres subsistemas que según el Modelo de la Ocupación Humana de Kielhofner (2011), componen la ocupación humana, lo que se reflejó en la vida cotidiana de las personas que se encontraban viviendo un proceso de duelo, ello guarda relación con lo documentado por la APA (2014) en cuanto a que las personas ante una pérdida muestran síntomas relacionados a un problema o trastorno mental,

los signos y síntomas se reflejan en la participación o ejecución de actividades tales como el autocuidado, el sueño, entre otras que se consideran comunes ante dicha situación. Principalmente en las personas en proceso de duelo o duelo patológico se observaron síntomas o signos a nivel físico y social relacionados con su presentación personal y sus habilidades de comunicación e interacción.

La habituación se vio afectada porque las actividades diarias de autocuidado, académicas, laborales, participación social, entre otras, que estructuran la rutina y marcan los hábitos de la persona necesariamente se modifican ante un suceso vital o de fuerte impacto, para el caso de este estudio, los terapeutas consideran que se abandonaron, reemplazaron, perdieron una estructura en términos de horario y orden o se mantuvieron, pero dejaron de desempeñarse con la misma forma ocupacional y calidad en términos de eficiencia, eficacia y efectividad. Esa información es respaldada por la CIE-11 que caracteriza al duelo como un factor que influye en la salud o en el contacto en los servicios de salud y lo diferencia del duelo prolongado porque "... la respuesta de duelo ha persistido durante un período de tiempo atípicamente largo después de la pérdida (más de 6 meses como mínimo) y claramente supera las normas sociales, culturales o religiosas esperadas para la cultura y el contexto del individuo" (trastornos asociados con el estrés 6b42). A partir de los resultados obtenidos se quiere resaltar de dicha cita, la referencia que hace sobre la temporalidad ya que con la investigación se identificó que en el duelo confluyen elementos temporales. que, según Kielhofner (2011) "los patrones temporales recurrentes... proporcionan una estructura

estable dentro de la cual se despliegan las rutinas. Del mismo modo, el orden social tiene suficiente estabilidad para aportarnos situaciones conocidas para las cuales tenemos formas de respuestas” (p.71)

Los roles cobran un papel igualmente importante al de los hábitos y las rutinas, ya que según las demandas y exigencias que los roles acarreen, es que se participa en actividades ordenadas en rutinas, es decir, una persona estructura toda su rutina en razón a las funciones que debe cumplir como hijo, padre, nieto, familiar o ciudadano. En ese sentido, las experiencias de los entrevistados coinciden en que intervinieron a personas cuya relación con la causa de la pérdida, era el rol que desempeñaron como familiares del fallecido, en primer lugar, hijos y parejas sentimentales, luego padres, nietos, sobrinos y primos. El resto de los duelos se dieron en función a la pérdida de un amigo o de una mascota. Esto es algo que normalmente ocurre en los usuarios de servicios de salud mental, pues “muchas personas han visto cómo se producía una ruptura parcial o total de su proyecto existencial, como trabajadores, estudiantes, padres, pareja, etc., y en donde, además, parecen no existir metas futuras” (Guzmán *et al.*, 2016, p. 207).

Un subgrupo de terapeutas ocupacionales afirmó lo contrario a las causas de un duelo, expresaron que no se relacionan directamente con un fallecimiento, sino que el duelo puede darse en otros ámbitos y frente a la pérdida de un rol como trabajador o como ciudadano con condiciones diferenciales (discapacidad, habitante de calle, consumo de drogas, privación de libertad, etcétera), que afectan significativamente la identidad ocupacional y participación en las ocupaciones. Esta información se

relaciona con la percepción de salud actual, la cual depende de unos factores que van más allá de la ausencia de enfermedad y se relaciona con ese completo estado de bienestar en el que la persona usa sus propias habilidades tanto físicas como mentales para afrontar y desenvolverse en la vida (OMS, 2014).

Las causas de un duelo y el desempeño de roles de la persona tras la pérdida, están entrelazadas, por lo que, para la categoría relacionada con el desempeño de roles durante un proceso de duelo, la mayoría de terapeutas ocupacionales coincidió en que existe un cambio en el rol, seguido de aquellos que mencionaron una afectación en el rol; otros terapeutas afirman que existe pérdida, abandono o desentendimiento de las actividades que demanda ese rol y un porcentaje menor a todos los anteriores menciona que el desinterés influye en el cambio del desempeño de dicho rol. A nivel general esto muestra una afectación negativa en el desempeño de dichos roles porque las exigencias son mayores, menores, inexistentes o inhibidas por el entorno, por lo que no hay una imposición social hacia la persona para que siga comprometida con el rol, como por ejemplo el caso de las personas privadas de la libertad que según la TO010: “se desentienden del rol familiar”. Sumado a esto, es necesario también considerar las oportunidades que ofrece el entorno social para que estas personas puedan nuevamente integrarse a la comunidad y puedan desempeñarse en sus roles, porque aunque exista una alteración a nivel emocional, es fundamental que haya un gran abanico de posibilidades que permitan a la persona retomar su vida; al respecto Guzmán *et al.* (2016) afirman que “Estar integrado socialmente significa satisfacer las aspiraciones y necesidades, tanto personales como sociales, asumiendo la

responsabilidad y las obligaciones que como miembro de una sociedad le corresponde; en definitiva, significa poder dar respuesta a las demandas del ambiente ejerciendo los roles sociales” (p.36). Es entonces cuando hay que hacer una reflexión sobre lo que ocurre con estas personas dentro de la sociedad, es una corresponsabilidad entre los profesionales de la salud, donde se incluye a los terapeutas ocupacionales, la familia, lo político y el mismo usuario desde sus propias capacidades de afrontamiento.

Para terminar de complementar la información obtenida acerca de los roles, la percepción de los terapeutas ocupacionales sobre la etapa del duelo que representa una mayor influencia o reto para el desempeño de los roles es la de aceptación, ya que según los profesionales es la más difícil para todas las personas que han atendido. Completamente diferente fue la concordancia sobre la relación entre la causa del duelo y el rol que el doliente desempeña o desempeñaba con relación a dicha causa, rescatando que, en medio del abanico de percepciones, los procesos de elaboración y resignificación dependen del vínculo que se tenía con la persona. Así lo asegura Pérez (2006) cuando dice que “el duelo plantea cuestiones fundamentales acerca de los vínculos que las personas establecemos entre nosotras y, en consecuencia, de cómo se hace posible la sociedad” por lo cual, “el duelo es, al mismo tiempo, la tarea general de la sociedad y la particular de cada individuo que atraviesa esa trágica situación” (p. 452). Esto se demuestra con la existencia de unos factores circunstanciales que determinan las respuestas de duelo y se relacionan a las características de la naturaleza de la pérdida, a las características del fallecido, a las características del doliente y las redes de apoyo (Minguez & Ruiz, 2015).

Desde la perspectiva del campo de la psicología, Yoffe (2007, citado en Yoffe 2019) “El duelo es una respuesta universal a la muerte. La pérdida de un ser querido es un suceso vital negativo que compromete la salud física, emocional y mental de las personas” (p.3). En muchos casos las personas presentan trastornos emocionales, mentales e incluso se llega al suicidio (Vargas-Solano, 2003) afirma que el trabajo psicológico del duelo resulta ser un proceso complejo que implica entre muchas otras cosas ayudar a “deshacer los lazos contraídos con el ser querido, para enfrentarse al dolor de la pérdida; es en esta actitud en la que la persona entra realmente en el proceso personal del duelo”. Se han observado cambios en el comportamiento de las personas, pero estos son diversos según el contexto en el que se encuentre la persona y la relación con el fallecido o la situación que haya causado el duelo. Una de las estrategias de afrontamiento que utilizan muchas personas es la adherencia a aspectos religiosos.

En sociología se concibe la muerte como “un fenómeno complejo, ambiguo y desconocido que escapa una y otra vez a los intentos de aprehender intelectualmente” (p. 131). Esta disciplina se centra en el análisis de las actitudes y comportamientos frente a la muerte y la relación que establecen las sociedades de acuerdo a sus características socioculturales tanto individuales como colectivas (Lynch & Oddone, 2017).

Lo anterior muestra la gran importancia de que el equipo de profesionales de salud implicados en la atención del duelo diseñe estrategias en común con el fin de facilitar la adherencia de los usuarios al proceso de recuperación que implica entre muchas otras

cosas, poder retomar su vida y volver a participar en la sociedad a través de sus ocupaciones más significativas.

Como no puede negarse la interrelación entre los subsistemas, lo que manifestaron la gran mayoría de terapeutas entrevistados frente a la volición es que, en todas las experiencias en su ejercicio profesional, este subsistema es uno de los más desconfigurados. En ese sentido, la causalidad personal que es ese sentido de eficacia y competencia se pierde casi que por completo sobre todo en las primeras etapas del duelo caracterizadas por una negación de la situación que está ocurriendo, sentimientos de rabia y depresión constantes, tal y como lo afirman Millán y Solano, (2010) cuando dicen que “el cuadro se caracteriza por distorsiones cognitivas, enojo y amargura acerca del fallecido, negativa para continuar con la vida propia, sentimiento de vacío en la vida, así como ideación intrusiva sobre la persona ausente, que generan actitudes evitativas y franca disfunción social” (p. 376); una disminución en la capacidad para sentirse competente en la realización de actividades; (TO004): “es un sentimiento de no servir para nada, de no querer hacer absolutamente nada”, al no encontrarle sentido y significado a la vida estas personas se rehúsan a participar en actividades básicas de la vida diaria porque hay una relación directa que se establece entre esas actividades con la pérdida que hubo.

Allí entran en juego también los valores y las creencias, aquello que se considera importante y aquello que puede generar una posibilidad de sobrellevar la situación. Entonces no solamente es el aferrarse a una religión de manera exagerada

como sucede frecuentemente con los adultos mayores, sino que muchos otros eliminan ese sistema de creencias porque consideran que lo que les está sucediendo es culpa “de Dios, un castigo” (TO010), sino que también es esa capacidad de creer en sí mismo y de esas herramientas que se poseen para afrontar el duelo de manera resiliente, lo cual no sucede en la mayoría de los casos observados por los terapeutas; lo anterior contrasta con lo dicho por Lorenzo (2020) en su tesis de maestría cuando afirma que “el afrontamiento espiritual y la creación de significado, así como el mantenimiento de una conexión con el difunto, se identificaron como las principales estrategias de afrontamiento utilizadas” (p.9). Así también lo afirma Shafranske (1996, citado en Yoffe, 2007) quien “planteó que la religión provee modelos significativos que orientan las cogniciones y que dichos valores religiosos determinan los modos de afrontamiento, considerando así a la religión como fuente potencial de salud mental” (p. 199).

Claramente la disminución en los intereses y las motivaciones son percibidos por los terapeutas casi que de inmediato, muchas personas que transitan por un duelo complicado pierden o cambian sus intereses, ya no se vinculan a actividades que les genera satisfacción y bienestar. Lo cual también se relaciona con el hecho de que las actividades de ocio y tiempo libre pasen a un segundo plano, muchas veces esto sucede por la íntima relación que había con esa persona que falleció porque las actividades significativas y placenteras giraban en torno a ello. Lo anterior contrasta con lo que se puede apreciar desde el Modelo de la Ocupación Humana, donde

Kielhofner (2004) hace énfasis en que “hay una necesidad biológica para la acción y que por ello los seres humanos insisten en ocuparse”, pero hace una aclaración sobre que “cada persona tiene sentimientos y pensamientos distintos acerca del hacer cosas que son esenciales para la volición” (p. 17). Esto permite comprender que, aunque hay una necesidad intrínseca en las personas por participar en actividades que generan significado y satisfacción, este subsistema se ve trastornado cuando ocurre un evento traumático inesperado.

Concluyendo con el apartado del subsistema volición es indiscutible que definitivamente “en la vida cotidiana, la causalidad personal, los valores y los intereses están entrelazados en un único complejo cognoscitivo y emotivo interrelacionado” (Kielhofner, 2004) por lo cual, no es posible hacer una división de estos aspectos en la persona, el ser humano es integral y, por lo tanto, cuando suceden este tipo de situaciones se afecta todo ese sistema según el impacto que generó la pérdida, pues esto “se refleja en la amplia gama de pensamientos y sentimientos que tienen las personas acerca de las cosas que han hecho, están haciendo o podrían hacer” (Kielhofner, 2004, p. 17).

Entrelazado con los anteriores sistemas, e igualmente relevante, es el subsistema de capacidad de desempeño en el que los terapeutas ocupacionales a nivel general perciben que ocurre una alteración en las características físicas, mentales y comunicativas de las personas. A nivel cognitivo, el deterioro en memoria,

concentración y demás funciones mentales, se hace evidente en la intervención cuando deben repetir las consignas, o en el producto de una actividad que demanda estas habilidades para su desarrollo; externo a la intervención se evidencia en los usuarios el olvido de actividades enteras o pasos necesarios para desarrollarlas. Algunos terapeutas mencionaron que en ocasiones no son olvidos, sino que como existe una afectación en lo volitivo, el desinterés cobra protagonismo, sobre todo en las etapas iniciales del proceso de duelo. Los sentimientos de “tristeza, insomnio, retraimiento social, menos placer en las actividades y mala concentración” resultan ser “un agrupamiento sintomático típico del duelo”, dicho aspecto es considerado por los profesionales como una respuesta común ante la pérdida de un ser querido (Barnhill, 2015, p. 79-80). Lo cual coincide con que algunos terapeutas afirman que no necesariamente hay un deterioro permanente en la función cognitiva cuando se vive un duelo, pero sí suceden cambios de manera temporal, y que incluso muchas veces sucede cuando las personas cursan por situaciones de estrés por el trabajo y otras actividades adicionales que se deben hacer durante el día lo cual se suma a la situación actual que deben afrontar.

Es importante mencionar que un porcentaje de terapeutas ocupacionales sustenta la percepción de que el duelo es un factor estresante, que genera un malestar reactivo a la muerte y un conflicto con la vida cotidiana, lo cual puede acelerar la aparición de síntomas de un problema y/o trastorno mental o agravar los ya existentes, porque han atendido personas que ya tienen una patología de salud mental que

cuando se une a una situación de duelo, claramente se genera un mayor impacto en la salud mental de la persona y en las actividades que desarrolla cotidianamente (Minguez & Ruiz, 2015; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

La modificación transitoria o permanente del bienestar y el reflejo en el riesgo a la salud de las personas que transitan un duelo encontrada con esta investigación, se ve reflejada en los hallazgos de Gamo y Pazos (2009) encuentran que, en el discurso del doliente (población conformada por pacientes psicóticos), existe un duelo más marcado si la pérdida ocurrió antes de los ocho años, también mencionan que en algunos casos el duelo fue desencadenante de una psicosis si la muerte era reciente; Se evidencia un conflicto con otros roles que afecta no solo la salud mental y física del doliente sino del entorno que le rodea, refiriéndose a la depresión de una madre posterior al duelo, lo que le (s) impide hacerse cargo de los hijo, y estos al crecer, requirieron de atención psicosocial. Todo porque una pérdida o duelo, puede modificar el contexto, la dinámica familiar actual y posterior. Todos estos factores permean el curso de vida y la situación de salud de los dolientes (pp.161-162).

A nivel físico los cambios con los que coincide la percepción de la población están relacionados con el desuso de las habilidades físicas para el desempeño de las actividades, principalmente asociadas a las actividades de básicas como por ejemplo, descuido para el arreglo personal, el autocuidado y, como lo mencionó uno de los testimonios (TO004), “la alimentación considerada dentro de las actividades de

autocuidado como una de las más importantes”, lo que se evidencia en variaciones del peso, mayormente pérdida del mismo, “aunque pueden existir casos en los que la ansiedad al contrario de la depresión impulse el consumo de alimentos” (TO005).

La capacidad de accionar desde los recursos físicos de cada individuo a favor de las ocupaciones, desde la experiencia de los Terapeutas Ocupacionales, se despoja de la mirada habitual de la estructura corporal, necesariamente se aloja en la función pues retoma el concepto de cuerpo vivido o de la experiencia que tienen las estructuras en la vinculación a las ocupaciones, aspecto que guarda relación con el desarrollo conceptual en áreas como la psiquiatría en cuanto a la relación de los cambios físicos y la presencia de duelo. El duelo se expresa en un disturbio emocional y puede derivar en expresiones somáticas, que en ocasiones incluyen dolores esporádicos de naturaleza inespecífica, al igual que sucede también en el síndrome depresivo (que con frecuencia cursa con dolor crónico lumbar, cervical, dolores musculares inespecíficos) (Garcíaandía & Rozo, 2019).

A nivel de los cambios emocionales y de comunicación e interacción, los terapeutas ocupacionales se unen en conjunto con profesionales como fonoaudiólogos, trabajadores sociales y psicólogos para llevar a cabo un proceso de intervención integral que permita generar un impacto positivo en el desempeño ocupacional y en su participación social, pues estos profesionales también han evidenciado que la tendencia a aislarse es la más habitual, aislarse tanto en el entorno intrahospitalario

como en otros entornos como el hogar. Seguido de esto, se encuentra que perciben actitudes y conductas agresivas en los usuarios y además de eso, una comunicación verbal pobre, donde el protagonismo lo adquieren las palabras concretas y no hay una elaboración del discurso, “Pues hay unos que no se expresan, no hablan, no quieren decir absolutamente nada, pero hay otros que son más irascibles y cualquier cosa que uno les dice, ellos explotan y se descargan con, o sea, toda esa rabia reprimida y todos esos sentimientos, con el primero que se les atraviesa” (TO010). Esto sucede en muchos casos porque algunas de las personas que se encuentran viviendo un duelo también presentan patologías mentales de base, entonces cuando se unen todos estos factores, evidentemente se dará paso a unas complicaciones mayores en el comportamiento ocupacional. Frente a esto, (Gala-León *et al*, 2002) hacen un análisis sobre las formas de afrontamiento que asumen las personas frente a la muerte en donde mencionan que la ansiedad y el miedo son las respuestas más frecuentes ante dicho evento pero que esto depende en gran medida si se trata de la muerte de un familiar o la muerte propia. Estos autores también mencionan que existen cuatro componentes principales dentro de la ansiedad y el miedo: reacciones cognoscitivas y afectivas, cambios físicos y/o imaginarios, tener noción imparable del paso del tiempo y el dolor y estrés real y/o anticipado. Un aspecto importante a considerar sobre la forma en que las personas afrontan una situación de duelo son las características socioculturales propias y la capacidad que se tiene para continuar con la vida. Lo cual es coherente con los relatos de algunos terapeutas que mencionaron haber observado reacciones diferentes en los usuarios que vivieron un proceso de duelo.

La mayoría de los terapeutas que han intervenido en personas con población en duelo y/o duelo patológico, respondieron en el cuestionario que han intervenido en la fase intermedia del proceso de duelo patológico que corresponde principalmente a la depresión, otro porcentaje mencionó que ha intervenido en etapas previas al diagnóstico de duelo patológico y un porcentaje menor manifestó que han intervenido en una fase inicial del duelo patológico. Esta información genera polémica frente a la información recogida a través de la entrevista en la que mencionan que no ha sido un duelo patológico diagnosticado como tal, surgiendo de allí la incógnita sobre si dichas percepciones sobre la patología tienen una base en el conocimiento profesional del terapeuta ocupacional, ya que los profesionales están formados con un compromiso con la ocupación que incluye una multidimensionalidad entre la que se encuentran las características objetivas y subjetivas de la persona, además de características de las actividades y del contexto (AOTA, 2014). El plan de estudios del programa académico de terapia ocupacional muestra que en la Universidad del Valle se recibe una formación integral para desempeñarse en las diferentes áreas del quehacer del terapeuta ocupacional, dentro de las cuales se contempla el campo psicosocial a lo largo de asignaturas dictadas desde componentes transversales como el componente humano, el componente ocupacional, la interacción con el medio y la conceptualización del desempeño (Universidad del Valle, s.f). Esto se complementa con el artículo “Los procesos de duelo en atención primaria de salud: Una actualización”, en el que se menciona que en las asignaturas debe contemplarse la multiplicidad de perspectivas

acerca de un fenómeno como es el duelo y la existencia de este en los diferentes niveles de atención en salud (Tizón, 2016).

Un factor que también influye en esta dicotomía está expresado en la percepción sobre el abordaje en los servicios de salud mental desde terapia ocupacional, ya que manifiestan que desde la profesión el abordaje al duelo y/o al duelo patológico es insuficiente y limitado, manifestando que el sistema de salud en general es el responsable de dichas barreras al favorecer una atención puntual y no integral a las personas usuarias del servicio. Lo cual contrasta con lo afirmado por el Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional al mencionar que “El terapeuta ocupacional es un profesional consciente de la complejidad de la experiencia ocupacional humana actual, por tanto, cuenta con la capacidad de comprender y usar críticamente las tecnologías en el mundo contemporáneo, de reconocer la pertinencia del trabajo interinstitucional e interdisciplinario, así como la importancia de la actualización y la investigación permanentes en asuntos de su competencia” (p.5). Así mismo, Benyakar, 2016 (citado en Escobar *et al.*, 2020) afirma que “son los profesionales quienes deben trabajar las enormes cuotas de sufrimiento psicológico, enfermedad psíquica y catástrofe social”, también afirma Portilla y Correa, 2015 (citado en Escobar *et al.*, 2020) que víctimas del conflicto armado en Colombia reiteran “La necesidad de contar con asistencia psicosocial y otras formas para superar el duelo, porque lo recibido por parte del Estado ha sido poco útil y deficitario y ... no han recibido la atención y seguimiento adecuado en salud mental”. Con relación a lo anterior, es importante conocer que,

aunque la reforma de la salud en Colombia ha generado un gran impacto en cuanto al acceso a los servicios de salud gracias al incremento de la cobertura de aseguramiento, específicamente entre los sectores más vulnerables, estos avances no se han evidenciado como debería ser. Puesto que el descontento y los reclamos de los usuarios del Sistema de Salud dan cuenta del grado de incumplimiento del ejercicio del derecho a la salud, pues la Superintendencia Nacional de Salud encontró que “la restricción en el acceso a los servicios por otras barreras independientes a la afiliación se perfila como el principal derecho vulnerado en materia de salud en el Sistema colombiano, según el análisis realizado a partir de las quejas y reclamos que interponen los usuarios del Sistema” (Pineda-Granados *et al*, 2012). Específicamente en lo que tiene que ver con la salud mental, Rojas-Bernal *et al* (2018) afirman que “El acceso real a los servicios de salud mental enfrenta serias dificultades económicas, geográficas, culturales, asociadas con la oportunidad y la percepción de la población en cuanto a la capacidad resolutoria de sus necesidades; situación que desmotiva y limita el uso de los servicios, generando deterioro en el estado de salud con incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas y de alto costo” (p. 136). Esto muestra una preocupante situación en donde se evidencian barreras de acceso a los servicios, lo cual afecta en mayor medida a la población de escasos recursos, generando una brecha entre el derecho a la salud adquirido y su materialización.

Solo un pequeño porcentaje manifiesta que el abordaje se lleva a cabo con una cercanía a la persona y el equipo de profesionales se involucra de manera articulada a esa intervención.

Los egresados han mencionado un sin fin de profesiones con las que han realizado trabajo multidisciplinar y estas varían según el área desde la cual se encontraron trabajando cuando atendieron a la persona en duelo. En ese orden de ideas han mencionado a psicología, psiquiatría y trabajo social entre las más comunes y en menor medida a miembros del equipo rehabilitador como fisioterapeutas y fonoaudiólogos; incluso aparecen profesiones como educadores especiales, educadores populares, licenciados en arte dramático, entre otros. En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), define al equipo interdisciplinario de salud como un conjunto de individuos de diferentes disciplinas que interactúan, cambiando el foco de la atención centrado en la disciplina misma (consulta médica, consulta psicológica, evaluación nutricional), a la entrega de servicios centrados en la necesidad o problema, y que no tiene límites disciplinarios (citado en Bracho *et al.*, 2008).

Respecto al quehacer del profesional, la respuesta sobre el acompañamiento que brinda un terapeuta ocupacional está proporcionada desde los diferentes campos de acción de la terapia ocupacional, sin embargo el discurso de la mayoría está centrado en que el proceso que ocurre debe iniciar por el establecimiento de un vínculo inicial entre el profesional y el usuario para posteriormente favorecer la proyección de

sentimientos que, al estar el profesional escuchando activamente, puede confrontar y movilizar para resignificar el sentido de la vida y el usuario pueda avanzar a las siguientes etapas para favorecer una mejor vinculación a otras actividades, esta información sustenta la relevancia de prestar servicios de apoyo al duelo (Batista *et al*, 2018). Mientras que un porcentaje menor manifiesta que no puede hacerse intervención en una fase inicial o aguda por la exacerbación de síntomas, otros mencionan que se debe hacer acompañamiento al proyecto de vida, la necesidad de estructurar y ganar un equilibrio ocupacional y la última perspectiva está relacionada con la detección de redes de apoyo. Siendo esto así, el entorno físico y social de las personas que transitan por una situación de duelo “deben apoyar su participación y desempeño ocupacional, además de promover estados saludables”; es por ello por lo que la terapia ocupacional enfoca la evaluación en los entornos personales, familia y amigos, así como el entorno social donde las personas desarrollan su vida habitualmente (Guzmán, *et al.*, 2016).

Relacionado con la intervención se encuentra la prevención del duelo patológico, para que no llegue a desarrollarse como tal, la percepción de los profesionales se basa en tres líneas igualmente importantes: la empatía y la escucha activa, la reestructuración de actividades afectadas por este proceso y la necesidad de involucrar a la familia en todo este proceso. Un aspecto importante que denotan los profesionales es la necesidad de realizar dicha intervención con un equipo multidisciplinario con aportes igualmente importantes desde sus propios campos de acción. Lo cual es

afirmado por Tamayo *et al.* (2017) dentro de su estudio en el cual uno de los hallazgos está orientado al aspecto comunicativo, dado que “Por medio de la acción comunicativa, el debate sobre las intervenciones técnicas y el valor social desigual de las áreas de trabajo conduce a diferentes niveles de integración. Esto presupone no solo compartir premisas técnicas sino, sobre todo, un horizonte ético”. Estos mismos autores complementan dicha afirmación en los resultados de su estudio al mencionar que “la profundización en el conocimiento de la formación de los futuros profesionales que entregarán servicios a las personas es de vital importancia para conocer el actual estado de este compromiso y su proyección en la comunidad. La profunda revisión de los procesos formativos, así como la importancia asignada, creemos, es de la mayor relevancia en modificar conductas y potenciar el trabajo interprofesional en salud” (p.7).

Para finalizar el análisis de la información obtenida, se recogen las percepciones relacionadas a la recuperación del curso de vida de las personas que se vieron perturbadas por un duelo. La percepción de un porcentaje significativo de terapeutas ocupacionales cree que los usuarios que han intervenido bajo la vivencia de un duelo y un duelo patológico, se han recuperado, mientras que otro porcentaje afirma que no, mientras que un porcentaje igual afirma que ha tenido casos en los que sí y casos en los que no se han recuperado, evidenciado que de los no recuperados, un caso terminó en suicidio que pudo ser consecuencia del malestar emocional del momento o de la complicación del proceso natural del duelo al duelo patológico (APA, 2014), (OMS, s.f). Mínguez (2015) menciona: “En el duelo complicado puede ser necesaria la

interconsulta o derivación... Sería oportuna la derivación ante un paciente con riesgo de suicidio, si existe un trastorno de personalidad o trastorno mental previo, si aparecen síntomas psicóticos o alteraciones en la conducta grave”.

Como la percepción humana es diversa y los terapeutas ocupacionales no dejan de serlo, un porcentaje menor pero significativo afirma que no sabe cómo responder ante dicha pregunta. En resumen, se refugian en que el sistema de salud no permite de manera efectiva el seguimiento a usuarios egresados o la continuidad de los objetivos terapéuticos.

Cabe aclarar al finalizar este apartado, que el análisis tuvo en cuenta la visión de la presente investigación y los objetivos de la misma, por lo que se aferra a la relación usuario-terapeuta, reconociendo que el terapeuta ocupacional aunque generalmente lidera los procesos de intervención ante la situación del duelo, también puede realizar una confrontación sobre esas estrategias de intervención que ha brindado y ser un receptor de las herramientas que la población ha generado por sí misma para su evolución en el proceso de duelo. Ese proceso puede llegar a afectar a nivel emocional al terapeuta ocupacional, el llamado trauma vicario y/o la fatiga por compasión, sin embargo, este trabajo no se diseñó con tal fin, sino con el fin de conocer las percepciones de estos profesionales para tenerlas en cuenta en futuras intervenciones, las preguntas realizadas no tuvieron la intención de movilizar emociones frente a situaciones dolorosas para los terapeutas protegiéndose así los criterios éticos de la investigación.

8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Las limitaciones del presente proyecto giran en torno a los siguientes aspectos:

- La metodología tuvo que cambiarse por la situación actual de la pandemia, lo cual generó un mayor tiempo en realizar los cambios correspondientes y en la espera de la aprobación de la enmienda por parte del Comité de Ética. Además, tras el uso obligatorio de medios de comunicación ocurrió que el espacio en el que se realizó la entrevista también era un espacio de demandas de otros roles como el rol laboral o familiar, entonces el hilo conductor de una historia se veía interrumpido por situaciones externas que exigían parar la narrativa mientras se resolvían.
- Algunos terapeutas respondieron inicialmente el correo que se les envió, pero luego no volvieron a establecer contacto con las investigadoras, otros, aunque ya se les había aplicado el protocolo de contacto más adelante manifestaron estar en proceso de duelo y tuvieron que ser retirados del proyecto, por tal razón se obtuvo una muestra de sólo 13 participantes.
- La codificación de la información obtenida en las entrevistas se pretendía realizar en el programa Atlas. Ti para mayor facilidad en el proceso. Sin embargo, por cuestiones de disponibilidad remota y de tipo económico, no se pudo obtener el programa y finalmente la codificación se realizó de forma manual por las investigadoras, lo cual aumentó el tiempo en la realización de esta fase.
- La recolección de información estuvo permeada por factores contextuales relacionados al entorno virtual, por lo que se dependía del funcionamiento del

dispositivo con el cual accedieron las dos personas a un espacio de aplicación de instrumentos, también influyó la estabilidad de la conexión a internet y la comodidad o experiencia en unos dispositivos y herramientas más que en otros.

- No se puede captar información corporal-gestual que puede generar vacíos en la recolección de la información. Siendo importante en los procesos de evaluación porque los gestos, ademanes o posturas proporcionan una referencia para que las investigadoras comprendieran si la o el entrevistado estaba comunicando dudas, inseguridad o algún aspecto importante por profundizar.

9. BENEFICIOS DEL ESTUDIO

9.1. Académicos.

- El estudio permitió describir el desempeño ocupacional en las personas que presentan un duelo patológico y que no se habían tenido en cuenta en anteriores intervenciones, bajo la mirada del subsistema de habituación en el modelo de la ocupación humana.
- El documento facilita una línea base para la comprensión del duelo desde la perspectiva de la Ocupación Humana, situado desde la experiencia de profesionales al ofrecer elementos de análisis para la intervención con la población en proceso de duelo o duelo patológico.

9.2. Investigativos.

- Promover semilleros de investigación dentro de la Universidad del Valle sobre temáticas que tienen que ver con el proceso de atención desde el campo psicosocial de terapia ocupacional
- Generar una base de conocimiento que permita conformar grupos de estudiantes de terapia ocupacional que se interesen en el tema y generen espacios de discusión crítica.

9.3 Proyección social.

- Desde la experiencia universitaria, se considera pertinente que desde el pregrado se promueva la apropiación del conocimiento de terapia ocupacional en su actuar psicosocial, específicamente en intervención con personas en proceso de duelo, pues aunque se tienen en cuenta muchas patologías generadas por factores externos, no es tan visible la transformación del desempeño ocupacional debido a este suceso, por tanto, se espera que en las clases teóricas se introduzca este tema como factor importante a considerar en las futuras intervenciones y así, realizar un trabajo consciente sobre el hacer profesional en ésta condición desde la disciplina.
- Permite hablar del tema de intervención en población que se encuentra en proceso de duelo mediante publicaciones de resultados de artículos científicos de terapia ocupacional, gracias a los semilleros de investigación. De esta manera se genera interés no solo en los estudiantes sino

también en profesionales ya egresados para continuar difundiendo el conocimiento y nuevas formas de intervención.

10. RECOMENDACIONES.

- Para futuras investigaciones en el caso de considerarse directamente a la población en proceso de duelo o duelo patológico es importante contar con un equipo investigador que ayude a salvaguardar la integridad y la salud de los participantes.
- Es necesario que desde la formación académica del pregrado se visibilice la importancia que tiene el terapeuta ocupacional en la atención de personas en proceso de duelo o duelo patológico y que se brinden las bases teóricas especificando el quehacer de T'O en relación con el duelo, con el fin de que en el ejercicio profesional se preste un servicio apropiado a las necesidades de esta población.
- Es importante documentar las experiencias de atención a población en proceso de duelo o duelo patológico por parte de los terapeutas ocupacionales que permitan generar el reconocimiento de la disciplina como parte importante de los equipos interdisciplinarios que se requieren para la atención en esta población.

11. CONCLUSIONES.

La percepción de los terapeutas ocupacionales sobre las características de la ocupación humana de las personas que están viviendo un duelo o han llegado a un

duelo patológico determina que realmente sí existe una alteración en la triada ocupacional bastante compleja y se refleja en todas las áreas ocupacionales: básicas, instrumentales, ocio y tiempo libre, trabajo, educación, entre otras. Generando muchas veces tanto un desequilibrio como una alienación ocupacional en las actividades que antes solían ser más significativas para la persona. Se llegó a la claridad de que el impacto generado en la persona depende también del tipo de pérdida que ocurrió, siendo la muerte de una persona cercana la más compleja de superar.

Con relación a los dominios del Modelo de la Ocupación humana hay una concordancia clara entre los terapeutas ocupacionales sobre el efecto negativo que tiene el duelo sobre: **a.** *El subsistema de habituación*, caracterizado por el abandono de hábitos saludables y la adopción de nuevos hábitos perjudiciales como el consumo de sustancias psicoactivas; hay una desestructuración de las rutinas por falta de interés en la realización de actividades como alimentación, baño, vestido, etc. Los roles son disfuncionales, se pierde la calidad de estos en el desempeño ocupacional. **b.** Con relación al *subsistema volitivo*, este también se afecta en las situaciones de duelo. La falta de intereses y motivaciones para realizar actividades y participar en los espacios sociales es bastante notoria, el sistema de creencias se ve alterado y las percepciones sobre sí mismo cambian drásticamente. Los cambios en *la capacidad de desempeño* son bastante visibles, los terapeutas afirmaron que muchas de estas personas presentan una disminución del peso corporal justamente por la pérdida de interés en la

actividad de autocuidado como es la alimentación al igual que en las demás actividades básicas entre las que se encuentra el arreglo personal descuidado.

El impacto que genera el duelo en el desempeño de las personas sucede a tal grado que incluso muchos no logran recuperarse o resignificar esos roles sociales y esas actividades propias del contexto de cada persona. Lo anterior genera una alarma no solamente para los profesionales de terapia ocupacional sino también para los profesionales de la salud que trabajan en el área de la salud mental. Esta información también permite recoger la conclusión a la cual han llegado los terapeutas ocupacionales acerca de la atención psicosocial en el sistema de salud: desarticulado y limitante los procesos de intervención frente a casos en donde debería primar fuertemente el acompañamiento profesional continuo y de calidad.

A este respecto, también se concluye que la terapia ocupacional necesita unos abordajes integrales para la praxis, es decir, los enfoques de intervención deben ser pensados desde las necesidades del usuario y no corresponden meramente a conocer e intervenir desde la etapa del ciclo vital, sino que también es necesario el desarrollo de habilidades sociales, herramientas psicológicas y capacidades de afrontamiento del duelo. Es por ello importante la continua formación adicional, para este caso, en el área psicosocial; con el fin de asumir esos enfoques que, aunque se encuentran contenidos en el currículo del pregrado, son necesarios de fortalecer, además es relevante el

desarrollo de experiencias en esta área, ya que el duelo es una situación natural e inherente al ser humano, sucediendo constantemente en la población.

El trabajo que realiza el terapeuta ocupacional con población en proceso de duelo y/o duelo patológico no se limita solamente al ámbito psicosocial o de salud mental. La gran mayoría de terapeutas hicieron una crítica al sistema educativo universitario con respecto a la sectorización que se le da a los procesos de intervención de la disciplina, pues en el ejercicio profesional se han dado cuenta de la importancia de la integralidad, es decir, muchos han estado en ámbitos de rehabilitación física pero los usuarios presentan disfunciones en su esfera emocional y psicosocial y es allí donde se hace necesario tomar todas las herramientas aprendidas y ponerlas en práctica. Se resalta también la gran importancia del trabajo interdisciplinar en el establecimiento de objetivos encaminados a las necesidades de las personas. Todo conocimiento es pertinente y necesario para que la persona logre una recuperación funcional y pueda finalmente darle otro sentido y significado a la vida.

Finalmente, la intervención y el acompañamiento de los profesionales de terapia ocupacional a las personas que están viviendo un duelo, resulta ser totalmente pertinente y necesaria porque el terapeuta ocupacional con el amplio conocimiento de la ocupación como eje transversal en la vida de las personas considera como cambian esos aspectos en la persona que ha vivido tal suceso de pérdida. Además, se caracteriza por brindar una atención humanizada que juega un papel fundamental en la

recuperación del duelo en conjunto con todas esas herramientas que se utilizan para lograr integrar nuevamente a estas personas en la sociedad.

12. REFERENCIAS.

1. Acero-Rodríguez, P. (2013). Familias en riesgo de duelo complicado. *Revista de Psicología GEPU*, 4(2), 134-140.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6916337>
2. Aoun, S. M., Breen, L. J., Howting, D. A., Rumbold, B., McNamara, B. & Hegney, D. (2015). ¿Who needs bereavement support? a population based survey of bereavement risk and support need. *PloS one*, 10(3), e0121101.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121101>
3. Asociación Americana de Terapia Ocupacional. (2014). *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio & Proceso*. (3.ª ed., vol. 68).
<https://doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>
4. Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana, (5.ª ed.).
<file:///C:/Users/LALYWR/Downloads/DSM%205.pdf>
5. Barnhill, J. W. (2015). DSM - 5: Casos clínicos. Asociación Americana de Psiquiatría.
6. Batista, M., Rebelo, J. E., Carvalho, R., Almeida, M. H. & Lancman, S. (2018). Reflexiones sobre la realización de entrevistas con viudas en duelo en la investigación cualitativa 1. *Cuadernos de Terapia Ocupacional, São Carlos* 26(4), 797-808. DOI: 10.4322 / 2526-8910.ctoAO1571

7. Bojo-Canales, C., Fraga-Medín, C., Hernández-Villegas, S. & Primo-Peña, E. (2009). SciELO: un proyecto cooperativo para la difusión de la ciencia. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11(2), 49-56.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202009000200004&lng=es&tlng=es.
8. Castillo, C., Díaz, G., Jelvez, E. & López, A. (2019). Estrategias de afrontamiento del terapeuta ocupacional en cuidados paliativos infanto-juveniles. *Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional* 6(1), 13-21.
<http://www.reto.ubo.cl/index.php/reto/article/view/79/76>
9. Cañedo-Andalia, R., Rodríguez-Labrada, R. & Vázquez-Mojena, Y. (2009). Centro Nacional para la Información Biotecnológica de los Estados Unidos: un palacio de la información para la medicina molecular. *ACIMED*, 19(4).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009000400003&lng=es&tlng=es.
10. Carmona-Berrios, Z.E & Bracho de Lopez, C.E. (2008, Julio). La muerte, el duelo y el equipo de salud 2 (2): 14-23,
http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP08_2_05_art2_carmona.pdf
11. Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional. (2016). *Perfil Profesional y Competencias del Terapeuta Ocupacional*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/perfil-competencias-terapeuta-ocupacional.pdf>

12. Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica. (2010, 21-24 de julio). *La Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación* [Sesión de conferencia]. Marco de la 2a Conferencia Mundial sobre Integridad en la Investigación, Singapur, Asia.

13. Congreso de la República de Colombia. (2005, 17 de marzo). Ley 949. Por la cual se dictan normas para el ejercicio de la profesión de terapia ocupacional en Colombia, y se establece el Código de Ética Profesional y el Régimen Disciplinario correspondiente. Diario Oficial 51456.

http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0949_2005_pr001.html

14. Congreso de la República de Colombia. (2013, 21 de enero). Ley 1616. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

15. Del Prado, V. & Reollo, J. (2010). *Manual teórico práctico de terapia ocupacional: pautas de trabajo en pérdidas y proceso de duelo*. Editorial Monsa Prayma.

16. Escobar-Serrano, M.C., Charry-Higuera, M. & Ramírez-Moncada, N. (2020). Reflexividad sobre la intervención profesional en duelo con población afectada por el conflicto armado en Colombia. *Prospectiva. Revista de Trabajo Social e intervención social*, (30), 67-89. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i30.8564>

17. Gala-León, F. J., Lupiani-Jimenez, M., Raja-Hernández, R., Guillén-Gestoso, C., González-Infante, J. M., Villaverde-Guiterrez, C. & Alba-Sánchez. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 30, 39-50.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062002000400004&lng=es&tlng=es.
18. Gamo-Medina, E. & Pazos-Pezzi, P. (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XXIX, núm. 104. <https://www.redalyc.org/pdf/2650/265019649011.pdf>
19. García-Viniegras, C. R. V., Grau-Abalo, J. A. & Infante-Pedreira, O. E. (2014). Duelo y proceso salud-enfermedad en la Atención Primaria de Salud como escenario para su atención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(1), 121-131.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100012&lng=es&tlng=es.
20. Garciandía-Imaz, J. A. & Roza-Reyes, C. M. (2019). Dolor crónico y duelo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(3), 182-191.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.05.008>
21. Gobernación del Valle del Cauca. (2018, 16 de mayo). Historia del Valle del Cauca.
<https://www.valledelcauca.gov.co/publicaciones/60134/historia-del-valle-del-cauca/>

22. Guzmán, S. (2016). Manual práctico de salud mental en Terapia Ocupacional. Editorial Síntesis.
23. Hernández, S. R *et al.* (2014). *Metodología de la Investigación* (6.^a ed). McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
<http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
24. Huerta-Mareca, R & Díaz-Mor, P. C. (2008). El Modelo Canadiense de Terapia Ocupacional, a propósito de tres casos. *Terapia Ocupacional Galicia (A Coruña)*5(8), 14. <http://www.revistatog.com/num8/pdfs/caso2.pdf>
25. Kielhofner, G. (2004). *Modelo de la ocupación humana* (3.^a ed). Médica Panamericana Sa de.
26. Kielhofner, G. (2006). *Fundamentos conceptuales de la terapia ocupacional* (3.^a ed). Médica Panamericana Sa de.
27. Kielhofner, G. (2011). *Modelo de la ocupación humana* (4.^a ed). Médica Panamericana Sa de.
28. Jaramillo-Serna, J. (2020). Intervenciones psicológicas basadas en el arte para acompañar procesos de duelo: un estado del arte. *Arteterapia. Papeles De Arteterapia Y educación artística Para La inclusión Social* 15, 1-10.
<https://doi.org/10.5209/arte.64538>
29. Lynch, G. & Oddone, M. J. (2017). La percepción de la muerte en el curso de la vida: Un estudio del papel de la muerte en los cambios y eventos biográficos. *Revista de Ciencias Sociales*, 30(40), 129-150.

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0797-55382017000100007&lng=es&tlng=es.

30. Lorenzo, R. (2020). *Religión y espiritualidad en el ajuste al duelo* [Tesis de maestría, Universidad de La Laguna]. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle>

31. Mazzanti-Di Ruggiero, M. A. (2011). Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. *Revista Colombiana de Bioética*, 6(1), 125-144.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1892/189219032009>

32. Mendoza, E. S. (2018). La muerte: la escuela francesa de Sociología y Etnología (Parte II y final). *Estudios Digital*, (15).

<http://iihaa.usac.edu.gt/revistaestudios/index.php/ed/article/view/299>

33. Mínguez-Platero, J. & Ruiz-Peña, M. (2015). Atención al duelo. *Revista AMF*, 11(5), 300-303. http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1436

34. Ministerio de salud. (2016). *Perfiles y competencias profesionales en salud: Perspectiva de las profesiones, un aporte al cuidado de la salud, las personas, familias y comunidades 2016*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Perfiles-profesionales-salud.pdf>

35. Millán-González, R. & Solano-Medina, N. (2010). Duelo, duelo patológico, y terapia interpersonal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 375-388.

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n2/v39n2a11.pdf>

36. Organización Mundial de la Salud. (2018, 26 de septiembre). Es hora de actuar en pro de la Salud Mental a nivel mundial y de darle el impulso necesario en la era de los ODS.

<https://www.who.int/dg/speeches/2018/global-mental-health/es/>

37. Organización Mundial de la Salud. (2013a). Plan de acción sobre Salud mental 2013-2020. https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/es/ 07.

38. Organización Mundial de la Salud. (2014, 31 de diciembre).

Constitución de la O.M.S: Documentos básicos. *48va Edición*.

<https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>

39. Organización Mundial de la Salud. (s.f.) Trastornos mentales. Temas de salud. https://www.who.int/topics/mental_disorders/es/

40. Organización Mundial de la Salud. (2013, 6 de agosto). La OMS publica unas directrices sobre la atención de salud mental tras los eventos traumáticos.

https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/es/

41. Organización Mundial de la Salud (S.f.). Clasificación Internacional De Las Enfermedades (CIE-11): Trastorno de Duelo Prolongado.

<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314>

42. Organización Mundial de la Salud (2020, 27 de abril). Covid-19:

Cronología de la actuación de la O.M.S.

<https://www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

43. Oviedo-Soto, S. J., Parra-Falcón, F. M., Marquina-Volcanes, M. (2009). La muerte y el duelo. *Revista electrónica: Enfermería Global*. (15).
<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/reflexion1.pdf>
44. Palomo-Balmaña, J. (2016). Participación ocupacional en padres en duelo (Tesis de pregrado). Universidade da Coruña, España
45. Pérez, P. (2006). *Trauma, culpa y duelo: hacia una psicoterapia integradora*. Editorial desclée de brouwer, S.A.
46. Pérez-Molina, M.A & Toscano-González, A.L. (2018) Influencia de la etapa de duelo por separación o muerte del cónyuge en la autoestima y la participación ocupacional del adulto mayor no institucionalizado de Comfanorte de san José de Cúcuta, 2018 (Tesis de pregrado). Universidad de Santander, Cúcuta, Colombia.
47. Pineda-Granados, F. Y., Corrales-Barona, J. C., Torres-Arboleda, C. A. & Guzmán-Gallardo, B. A. (2012). Motivos de los reclamos interpuestos por los usuarios del sistema de salud colombiano ante la Superintendencia Nacional de Salud en el primer semestre del año 2012. Superintendencia Nacional de Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/Motivos-de-reclamos-interpuestos-po-usuarios-sistema-salud.pdf>
48. Polonio-López, et al. (2001). *Conceptos fundamentales de terapia ocupacional*. (1.^a ed) Editorial Médica Panamericana
49. Presidencia de la República. (2020, 23 de marzo). Decreto 464. Por el cual se disponen medidas con el fin de atender la situación de emergencia

económica, social y ecológica de la que trata el Decreto 417 de 2020. Diario Oficial. <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa>

50. Rojas-Posada, S. (2005). *El manejo del duelo*. Editorial Norma.
https://books.google.com.co/books?id=GUj12B3PyLkC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

51. Rojas-Bernal, L. A., Castaño-Pérez, G. A. & Restrepo-Bernal, D. P. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Rev. CES Med* 32(2), 129-140.

<http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v32n2/0120-8705-cesm-32-02-129.pdf>

52. Romero, F. (2017). Investigación y estudio piloto sobre el diseño y desarrollo de un inventario que permita evaluar y predecir el riesgo de padecer duelo complicado anticipado en familiares/cuidadores de enfermos paliativos. [Tesis doctoral, Universidad Católica de Murcia]. Repositorio Institucional UCAM.
<http://hdl.handle.net/10952/2563>

53. Ruiz-Fernández, M. *et al.* (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclee De Brouwer, S.A. <https://www.academia.edu>

54. Scaletti, R. & Hocking, C. (2010). Healing through Story Telling: An Integrated Approach for Children Experiencing Grief and Loss. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 57(2), 66-71.

<<https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=431279734356318;res=ELHEA>>

55. Tamayo, M., Besoaín-Saldaña, A. Aguirre, M. & Leiva, J. (2017). Trabajo en equipo: relevancia e interdependencia de la educación interprofesional.

Revista de Saúde Pública. 51-39.

<https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006816>

56. Tizón, J. L. (2016). Los procesos de duelo en atención primaria de salud: Una actualización. *Revista Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, (24), 1-66.

[https://www.researchgate.net/publication/321886736_Los_procesos_de_duelo_e
n_atencion_primaria_de_salud_Una_actualizacion](https://www.researchgate.net/publication/321886736_Los_procesos_de_duelo_en_atencion_primaria_de_salud_Una_actualizacion)

57. Treggalles, K. & Lowrie, D. (2018). An exploration of the lived experience of professional grief among occupational therapists working in palliative care settings. *Australian Occupational Therapy Journal*, 65(4), 1-9. [https://doi:](https://doi.org/10.1111/1440-1630.12477)

10.1111/1440-1630.12477

58. Trueba-Gómez, R. & Estrada-Lorenzo, J.M. (2010). La base de datos PubMed y la búsqueda de información científica. *Semin Fund Esp Reumatol.* 2010, 11(2), 49–63.

[https://pdfslide.net/documents/la-base-de-datos-pubmed-y-la-busqueda-de-infor
macion-cientifica.html](https://pdfslide.net/documents/la-base-de-datos-pubmed-y-la-busqueda-de-informacion-cientifica.html)

59. Universidad del Valle. (s.f.). Plan de estudios. Consultado el 05 de diciembre de 2020.

[https://salud.univalle.edu.co/escuelas/rehabilitacion/Programa/Pregrado/25_plan
_de_estudiosOld.pdf](https://salud.univalle.edu.co/escuelas/rehabilitacion/Programa/Pregrado/25_plan_de_estudiosOld.pdf)

60. Vargas-Solano, R. E. (2003). Duelo y pérdida. *Medicina Legal de Costa Rica*, 20(2), 47-52.

http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000200005&lng=en&tlng=es.

61. Yoffe, L. (2007). *Los efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de pérdidas de seres queridos* [Tesis de doctorado, Universidad de Palermo]. Psicodebate 7. Psicología, Cultura y Sociedad.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5645307>

13. ANEXOS

Anexo A. Instrumento de recolección de información.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.

La siguiente entrevista tiene como finalidad recoger información relacionada con la ocupación humana de las personas con duelo y/o duelo patológico. Dicha información es relevante para realizar el análisis del trabajo de investigación titulado: “Ocupación Humana y Duelo: Percepción de Terapeutas Ocupacionales en Santiago de Cali en el Año 2020”, el cual tiene como objetivo principal Describir las características de la ocupación humana de las personas en proceso de duelo desde la perspectiva de los terapeutas ocupacionales con experiencia en los últimos 10 años en el campo psicosocial que residan en el Valle del Cauca para el año 2020.

A continuación, se presenta el formato de entrevista a profesionales en donde se listan un grupo de preguntas abiertas, el participante puede solicitar claridad sobre alguna pregunta en cualquier momento a las investigadoras.

Facultad de Salud Escuela de Rehabilitación Humana Terapia Ocupacional	PROYECTO INVESTIGATIVO OCUPACIÓN HUMANA Y DUELO: PERCEPCIÓN DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN SANTIAGO DE CALI EN EL AÑO 2020.	
--	---	---

Investigadoras:	Mónica Viviana Campiño Silva Lorena Possu Valencia Marisol Victoria Flórez
Asesora:	Constanza Patricia Mapallo

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Código alfanumérico Edad Sexo

Año de graduación Institución donde labora

Tiempo de experiencia en el area psicosocial

Formación adicional en el area psicosocial: Si No ¿Cuál?

A continuación se listan un grupo de preguntas abiertas, donde el participante puede solicitar claridad sobre alguna pregunta en cualquier momento a las investigadoras.

Preguntas

Formación y percepciones de la misma

1. Primeramente ¿En su formación de pregrado obtuvo herramientas para dar manejo a situaciones relacionadas con el ***duelo patológico*** en el ejercicio profesional? Menciónelas.

Experiencia profesional

2. En su ejercicio profesional ¿Ha realizado intervención con población en proceso de ***duelo o duelo patológico***? Mencione brevemente las experiencias que ha tenido.

3. Mencione las profesiones y características del trabajo interdisciplinar que ha llevado a cabo en el abordaje de la población en proceso de ***duelo o duelo patológico***.

4. ¿Cómo identifica o percibe el abordaje del ***duelo patológico*** en los servicios de salud mental desde Terapia ocupacional?

Hallazgos y observaciones clínicas

5. Recuerda ¿Qué relación tenían los usuarios en *duelo* o *duelo patológico* con el fallecido? ¿Eran cuidadores, familiares (padre-hijo), pareja (sentimental) u otro? ¿Qué situación considera que es más difícil de superar o resignificar luego de la pérdida?

6. De acuerdo a éstos roles, ¿Cuáles procesos de elaboración considera tardó más tiempo en superar o resignificar luego de la pérdida?

7. ¿Cuáles son los cambios mas frecuentes que se presentan en el desempeño de los roles del doliente, tras la pérdida?

8. Podría mencionar ¿Qué ocurre con la habituación y las rutinas de las personas que viven un *duelo*?

9. ¿Qué percepciones tiene sobre los intereses y motivaciones en las personas que se encuentran en *duelo*?

10. Teniendo en cuenta que el duelo está compuesto por las etapas de **negación**, **ira**, **depresión** y **aceptación** ¿Cuál es el impacto que genera el **duelo** en el estado emocional y el sentido de eficacia y competencia de acuerdo a la etapa que está viviendo la persona?
11. ¿Cómo es el acompañamiento que realiza el terapeuta ocupacional a la persona, durante la transición entre las etapas mencionadas anteriormente?
12. Teniendo en cuenta el subsistema volitivo, en relación a las **creencias e intereses** de las personas en duelo, ¿Cuáles son los cambios frecuentemente observados?
13. ¿Qué impacto ha tenido el **duelo** en las áreas relacionadas con la cognición? (Deterioro en la memoria, concentración, alteración en la secuenciación en las actividades, etc)
14. ¿Qué tan significativos han sido los cambios físicos que ha notado en las personas que están en **duelo**? (Pérdida de peso o por el contrario aumento de peso, descuido en el arreglo personal, etc)
15. ¿Cuáles han sido los cambios o alteraciones en las habilidades sociales y comunicativas que ha notado en las personas que experimentan un **duelo patológico**?

Proceso de intervención

16. Como terapeuta ocupacional ¿Qué puede hacer para evitar que la persona transite de un **duelo a un duelo patológico**? y ¿Cómo une su conocimiento con el de otros profesionales para ello?
17. ¿Ha tenido la experiencia de que una persona con **duelo patológico** haya logrado recuperarse satisfactoriamente? Mencionala.

Anexo B. Cuestionario



Universidad del Valle

CUESTIONARIO-PROYECTO INVESTIGATIVO

El cuestionario tiene como finalidad recoger información relacionada con la práctica del profesional de Terapia ocupacional en el campo psicosocial. Dicha información es relevante para realizar el análisis del trabajo de investigación titulado: "Ocupación Humana y Duelo: Percepción de Terapeutas Ocupacionales en Santiago de Cali en el Año 2020", el cual tiene como objetivo principal Describir las características de la ocupación humana de las personas en proceso de duelo desde la perspectiva de los terapeutas ocupacionales con experiencia en los últimos 10 años en el campo psicosocial que residan en el Valle del Cauca para el año 2020.

***Obligatorio**

Dirección de correo electrónico *

Tu dirección de correo electrónico _____

Código alfa-numérico (el brindado por la estudiante) *

Tu respuesta _____

Edad *

Tu respuesta

Sexo biológico *

☐ Masculino

☐ Femenino

Año de graduación *

Tu respuesta

Tiempo de experiencia en el área psicosocial *

Tu respuesta

¿Ha realizado formación adicional en el área psicosocial? *

☐ Si

☐ No

¿Cuál? *

Tu respuesta

1. Seleccione uno o varios marcos y modelos de intervención en terapia ocupacional que usa para la atención de personas en duelo o duelo patológico y establezca la frecuencia de uso. *

	Siempre	Casi siempre	Pocas veces	Nunca
Modelo de la Ocupación Humana	☐	☐	☐	☐
Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional	☐	☐	☐	☐
Marco para la Práctica de Terapia Ocupacional	☐	☐	☐	☐
Modelo de Discapacidades Cognitivas de Claudia Allen	☐	☐	☐	☐
Otro	☐	☐	☐	☐

Si su respuesta al apartado anterior "otro" fue "pocas veces", "casi siempre" o "siempre", por favor escriba cual: *

Tu respuesta _____

¿Utiliza alguna batería para evaluar? *

☐ Sí

☐ No

Si su respuesta fue "No" responda ¿Por qué?

Tu respuesta _____

2. Establezca que tan frecuentemente utiliza los siguientes instrumentos de evaluación en la atención de personas en duelo y/o duelo patológico. *

	Siempre	Casi siempre	Pocas veces	Nunca
OPHI II	☐	☐	☐	☐
MINIMENTAL	☐	☐	☐	☐
"MOCA"	☐	☐	☐	☐
BARTHEL	☐	☐	☐	☐
LISTADO DE ROLES	☐	☐	☐	☐
LISTADO DE INTERESES	☐	☐	☐	☐
Otro	☐	☐	☐	☐

Si su respuesta al apartado anterior "otro" fue "pocas veces", "casi siempre" o "siempre", por favor escríbalo:

Tu respuesta _____

3. Seleccione una o varias técnicas y establezca la frecuencia de uso en las intervenciones en población en duelo y/o duelo patológico. *

	Siempre	Casi siempre	Pocas veces	Nunca
Arte Terapia - Pintura	☐	☐	☐	☐
Psicodrama	☐	☐	☐	☐
Respiración/Relajación	☐	☐	☐	☐
Narrativa	☐	☐	☐	☐
Técnica TREC (Terapia racional-emotiva-conductual) de Ellis	☐	☐	☐	☐
Entrenamiento en habilidades sociales	☐	☐	☐	☐
Estimulación cognitiva	☐	☐	☐	☐
Otro u otros	☐	☐	☐	☐

Si su respuesta fue "otro" por favor escríbalo:

Tu respuesta

4. Seleccione una o varias Actividades que usa en el proceso de atención de personas con duelo y/o duelo patológico y establezca la frecuencia de uso.

	Siempre	Casi siempre	Pocas veces	Nunca
Actividades con material concreto (Ejemplo: Rompecabezas, Laberintos, fichas de secuencias, etc.)	☐	☐	☐	☐
Actividades expresivo-proyectivas (Ejemplo: Pintura, Barro, Arcilla)	☐	☐	☐	☐
Otra u otras	☐	☐	☐	☐

Si su respuesta fue "otra u otras" por favor describa cuales:

Tu respuesta

5. ¿Cuál es la modalidad de mayor uso en las intervenciones? Seleccione *

- ☐ Grupal
- ☐ Individual
- ☐ Ambas- Mayor porcentaje intervencion individual
- ☐ Ambas- Mayor porcentaje intervencion grupal
- ☐ Ambas- Igual porcentaje

6. ¿Con qué otros profesionales realiza la intervención? seleccione una o varias opciones *

- ☐ Psicología
- ☐ Psiquiatría
- ☐ Enfermería
- ☐ Trabajo social
- ☐ Otro
- ☐ No realiza trabajo interdisciplinar.

Si seleccionó la opción "otro" por favor escriba cual:

Tu respuesta

Si no realiza trabajo interdisciplinar mencione ¿por qué?

Tu respuesta

7. En los procesos de atención, ¿Se relaciona principalmente con el usuario o existe un acercamiento con la familia? *

- ☐ Solamente con el usuario
- ☐ Usuario y familia

8. ¿En qué fase del duelo ha tenido la oportunidad de intervenir? *

- ☐ Previo al diagnóstico de duelo patológico
- ☐ En la fase inicial (Impacto, negación, ira)
- ☐ En la fase intermedia (Negociación, depresión, sentimiento de culpa)
- ☐ En la fase aguda (Sentimientos prolongados de culpa, preocupación obsesiva de no poder rehacer la vida, experiencias alucinatorias, deterioro funcional)
- ☐ Sin diagnóstico de duelo patológico (se presenta otro diagnóstico, pero se está pasando por un proceso de duelo)
- ☐ No sabe, no responde

¿Tiene observaciones y comentarios por realizar?

Tu respuesta

Agradecimientos

¡Muchas gracias por diligenciar el formulario!

Enviar

 Página 1 de 1

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este formulario se creó en Universidad del Valle. [Notificar uso inadecuado](#)

Google Formularios

Anexo C. Protocolo de primer contacto.

PROTOCOLO DE DIÁLOGO PRIMER CONTACTO

Para llevar a cabo un proceso de formalización y cumplir con aspectos éticos en cuanto la prevención de situaciones de riesgo en la población participante, en la fase de reclutamiento de los profesionales se realizará un protocolo de contacto. El protocolo de contacto se trata de la estructuración de diálogo que se establece entre las investigadoras y los profesionales de terapia ocupacional a través del contacto personal o de llamada telefónica, como insumo para socializar el interés de contacto e identificar cuáles de esos profesionales pueden participar y cuáles no, según los criterios de inclusión y exclusión considerados en el trabajo. El objeto de este documento es establecer una secuencia de diálogo que permita un sustrato de participantes y a su vez avanzar en la formalización del proceso investigativo, favoreciendo la eficacia de la llamada en función del tiempo disponible por el profesional.

Para desarrollar el contacto con los profesionales se estiman tres aspectos que de forma consecutiva favorecerán la comunicación y trabajo de investigación; corresponden a los siguientes momentos:

- 1. Presentación:** el primer momento corresponde a la presentación de la o las investigadoras, institución de la que se hace parte (Universidad del Valle), conocimiento sobre la disposición de tiempo para la socialización y justificación

de la llamada (objetivos académicos, presentación del proyecto con fines brevemente resumidos).

2. **Tamizaje selectivo:** en segunda instancia, se aplican unas preguntas basadas en los criterios de inclusión y exclusión con el fin de establecer la posibilidad del profesional de pertenecer a la población participante en la investigación.

3. **Cierre:** Según las respuestas de los profesionales se realizará un filtro de los que pueden participar en el estudio y los que no. A los profesionales que puedan participar se les preguntará: fecha, lugar y hora disponible para realizar la socialización del consentimiento informado y aplicación de instrumentos. A los que no puedan participar, se les agradecerá por el tiempo dedicado en responder la llamada y se explicará según el caso los criterios por los cuales no es posible su participación así lo deseen.

Nota: La participación de los profesionales que cumplan con los criterios establecidos, será voluntaria, los profesionales son libres de decidir si desean participar en el trabajo de investigación, teniendo en cuenta que es un proceso académico y que no incurrirá en gasto alguno, aspectos que se han tenido en cuenta con el consentimiento informado.

Para efectos de comprensión, se dará un ejemplo protocolo tendrá las preguntas realizadas por las investigadoras en **formato negrita y numeradas**, mientras que las respuestas se marcarán así: R/ y seguidamente la descripción de esta con formato cursivo y sin negrita.

EJEMPLO DE PROTOCOLO DE DIÁLOGO

TERAPEUTAS QUE SÍ APLICAN

I: Investigadoras.

TO: Terapeutas ocupacionales.

1. **I: - Buenos días/tardes. Mi nombre es (Nombre completo de la investigadora) estudiante de Terapia Ocupacional de la Universidad del Valle. La universidad me ha proporcionado una base de datos de sus egresados para fines académicos. ¿Hablo con (Nombre del profesional)?**

TO: R/ Sí

2. **I: - Mucho gusto Sr/Sra. (Nombre del profesional). ¿Tiene usted disponibilidad de 5 minutos para atender esta llamada?**

TO: R/ Sí

3. **I: - Bueno. El propósito de esta llamada es para invitarlo(a) a participar en un trabajo de investigación que estoy realizando, que se llama**

“Ocupación Humana y Duelo: Percepción de Terapeutas Ocupacionales en Santiago de Cali en el Año 2020” y tiene como objetivo principal “Describir la perspectiva que tienen terapeutas ocupacionales en los últimos 10 años en el campo psicosocial sobre este tema. *¿Podemos contar con su interés para participar?*

TO: R/ Sí, me gustaría participar.

4. I: - A continuación, le haré tres preguntas sencillas: ¿Se ha desempeñado en el campo psicosocial? ¿Cuenta con dos años o más de experiencia en este campo? ¿Ha trabajado el último año en este campo?

TO: R/ Sí, me he desempeñado en el campo psicosocial, en (El lugar que el terapeuta mencione), durante (El tiempo que el terapeuta mencione), y sí, me encuentro trabajando actualmente.

5. I: - Muy bien. Por último, quisiera saber si en el último año ha experimentado un proceso de duelo, por ejemplo, si ha perdido una mascota, una relación sentimental o un ser querido ha fallecido.

TO: R/ No, no he experimentado un duelo últimamente.

6. I: - Muchas gracias por responder las preguntas. Considerando los criterios de participación, usted es un profesional importante para esta

investigación ¿Me podría indicar una posible fecha, lugar y hora en que tendría tiempo disponible para realizar la entrevista y el cuestionario? Le recuerdo que esto tendrá una duración aproximada de 1 hora.

TO: R/ Sí claro, puede ser en (El lugar, fecha y hora que el terapeuta mencione).

7. I: - Perfecto. Muchas gracias por atender la llamada.

TERAPEUTAS QUE NO APLICAN

1. I: - Buenos días/tardes. Mi nombre es (Nombre completo de la investigadora) estudiante de Terapia Ocupacional de la Universidad del Valle. La universidad me ha proporcionado una base de datos de sus egresados para fines académicos. ¿Hablo con (Nombre del profesional)?

TO: R/ Sí

2. I: - Mucho gusto Sr/Sra. (Nombre del profesional). ¿Tiene usted disponibilidad de 5 minutos para atender esta llamada?

TO: R/ Sí

3. I: - Bueno. El propósito de esta llamada es para invitarlo(a) a participar en un trabajo de investigación que estoy realizando, que se llama “Ocupación Humana y Duelo: Percepción de Terapeutas Ocupacionales en Santiago de Cali en el Año 2020” y tiene como objetivo principal “Describir la perspectiva que tienen terapeutas ocupacionales en los últimos 10 años en el campo psicosocial sobre este tema. *¿Podemos contar con su interés para participar?*

TO: R/ Sí, me gustaría participar.

4. I: - A continuación, le haré tres preguntas sencillas: ¿Se ha desempeñado en el campo psicosocial? ¿Cuenta con dos años o más de experiencia en este campo? ¿Ha trabajado el último año en este campo?

TO: R/ Sí, me he desempeñado en el campo psicosocial, trabajo desde hace como un año y medio en una clínica del norte.

5. I: - Muy bien. Por último, quisiera saber si en el último año ha experimentado un proceso de duelo, por ejemplo, si ha perdido un empleo, una mascota, una relación sentimental o un ser querido ha fallecido.

TO: R/ Sí, hace poco falleció un amigo muy cercano y me ha dado muy duro.

I: - Lo lamento.

Teniendo en cuenta este aspecto, no es posible continuar con el proceso de la llamada, esto para evitar riesgos en la salud de los participantes. Le agradezco su tiempo y atención y deseo que haya llevado a cabo procesos de ayuda terapéutica si los ha requerido o se oriente a buscarla a través de los servicios de salud de su IPS asignada.

TO: R/ Sí, he estado en psicoterapia y no he vuelto a sacar la cita de control, voy a volver a revisar ese tema.

I: - Esta comunicación no ha sido grabada, de esta forma se realiza protección a la identidad de los profesionales contactados y la base suministrada. Solo se

tomarán los datos de las personas que desean y que posterior a estas preguntas, se considera pueden participar.

Deseo que tenga un buen día, muchas gracias por atender la llamada.

Anexo D. Formato de consentimiento informado.



Universidad del Valle

Consentimiento informado

Título del proyecto de investigación: "Ocupación Humana y Duelo: Percepción de Terapeutas Ocupacionales en Santiago de Cali en el Año 2020".

Investigadoras: Mónica Viviana Campiño Silva; Lorena Possu Valencia y Marisol Victoria Flórez.

Asesora: Constanza Patricia Mapallo Silva.

El objetivo de esta investigación está centrado en describir las características del desempeño ocupacional de las personas en proceso de duelo desde la perspectiva de los terapeutas ocupacionales que laboran en el campo psicosocial en el Valle del Cauca mediante el análisis de datos obtenidos a través de una entrevista semiestructurada y un cuestionario. Por tal razón, usted ha sido invitado(a) a participar de este proyecto en el que se recoge su experiencia como Terapeuta ocupacional en la praxis de la profesión con personas que experimentan un duelo o un duelo patológico.

Para la aplicación de los instrumentos de recolección de información, es necesario contar con un tiempo de 45 minutos y durante este tiempo la entrevista será grabada en audio para facilitar el registro de la información, el diligenciamiento del cuestionario lo hará cada participante y en ese momento las investigadoras estarán dispuestas para responder cualquier duda o inquietud que pueda surgir sobre algún ítem de este instrumento. La entrevista se realizará mediante plataforma Meet, Zoom, Skype, Llamada telefónica o Video llamada de Whatsapp (según las posibilidades de los participantes), dada la situación actual de la pandemia por Covid - 19.

Para la realización de este trabajo investigativo en las diferentes etapas que lo componen será un aproximado de un semestre académico.

La importancia de esta investigación radica en generar conocimiento y plasmar una situación común en el ciclo vital, permitiendo desarrollar otros estudios relacionados y contribuir a la futura generación de una guía de intervención para los terapeutas ocupacionales que deban intervenir en dicha población, reduciendo la posibilidad de llevar a cabo una praxis riesgosa que ponga en peligro la población y por el contrario, prevenga el desarrollo de patologías mentales favoreciendo los fines terapéuticos.

Este trabajo ha sido diseñado para recoger información de los terapeutas ocupacionales y no de los directamente afectados como son los dolientes, porque se busca disminuir el riesgo en la salud y en el bienestar de las personas que viven el duelo y respetar el código de ética exigido para la realización de la investigación. Así mismo, su diseño representa un riesgo mínimo para la integridad de los profesionales. Por tal razón, sus datos sólo serán manipulados por las estudiantes a cargo del proyecto. Para minimizar el riesgo de perder la confidencialidad de dicha información, durante el análisis de la información, cada participante será identificado con un código alfanumérico para garantizar dicha confidencialidad, salvaguardar la información y evitar sesgos, dicha información estará como archivo activo para procesos de investigación por un periodo de cinco (5) años y a partir de estos pasará a ser archivo muerto.

Para la ejecución de este proyecto se estima un aproximado de 15 terapeutas ocupacionales que cumplan con los criterios de inclusión. Los participantes podrán acceder a los resultados de esta investigación en caso de que deseen conocerlos contactando a los números telefónicos de las investigadoras y el Comité de Ética de la Universidad del Valle, plasmados en el siguiente párrafo. Al ser una participación de carácter voluntario, el Terapeuta Ocupacional podrá retirar su participación en cualquier momento, si así lo desea. Todo esto ocurrirá sin gasto por parte del Terapeuta ni remuneración alguna por parte de las investigadoras. Una vez firmado este documento se le hará entrega de una copia.

Considerando la información anterior y los medios de comunicación actuales, en el siguiente apartado se expresa el consentimiento de su participación en este proyecto de forma libre y voluntaria.

Los números de contacto a los que puede acudir si presenta alguna duda son los siguientes:

Mónica Campiño: 3196851168; Lorena Possu: 3107607144; Marisol Victoria: 3166808200.
Comité Institucional de Revisión de Ética Humana: 5185677 – 5185670; correo electrónico: eticasalud@correounivalle.edu.co.

Por favor diligencie los siguientes datos:

***Obligatorio**

Fecha *

Fecha

dd/mm/aaaa 

Autorizo que la entrevista sea grabada en audio. *

☐ Sí

☐ No

Autorizo el uso de los datos en futuros estudios previa aprobación del Comité Institucional de Revisión de Ética Humana. *

☐ Sí

☐ No

Nombre *

Tu respuesta

Cédula y lugar de expedición *

Tu respuesta

Enviar

 Página 1 de 1

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este formulario se creó en Universidad del Valle. [Notificar uso inadecuado](#)

Google Formularios

Anexo E. Rejilla de análisis

Facultad de salud Escuela de Rehabilitación humana Terapia ocupacional	PROYECTO INVESTIGATIVO: OCUPACIÓN HUMANA Y DUELO: PERCEPCIÓN DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN SANTIAGO DE CALI, EN EL AÑO 2020.	
--	--	---

Investigadoras:	Mónica Viviana Campiño Silva Lorena Possu Valencia Marisol Victoria Flórez
Asesora:	Constanza Patricia Mapallo Silva

Rejilla de análisis

Categorías de análisis	Subcategorías de análisis	Pregunta	TO001--	TO013	Resultados
Subsistema de habituación	1.1 Hábitos	¿Qué ocurre con la habituación y las rutinas de las personas que viven un duelo?			
	1.2 Roles	¿Qué relación tenían los usuarios en duelo o duelo patológico con el fallecido? ¿Eran cuidadores, familiares (padre-hijo), pareja (sentimental) u otro?			
		¿Cuáles son los cambios más frecuentes que se presentan en el desempeño de los roles del doliente, tras la pérdida?			
		¿De acuerdo con estos roles, cuáles procesos de elaboración considera tardó más tiempo en superar o resignificar luego de la pérdida?			

Subsistema volitivo	2.1 Causalidad personal	Teniendo en cuenta que el duelo está compuesto por las etapas de negación, ira, depresión y aceptación. Por favor describa, ¿cómo es el impacto que genera el duelo en el estado emocional y el sentido de eficacia y competencia de acuerdo con la etapa que está viviendo la persona?			
	2.2 Valores e intereses	Teniendo en cuenta el subsistema volitivo, con relación a las creencias e intereses de las personas en duelo, ¿Cuáles son los cambios frecuentemente observados?			
		¿Qué percepciones tiene sobre los intereses y motivaciones en las personas que se encuentran en duelo?			
Capacidad de desempeño	3.1 Capacidades y habilidades	¿Qué impacto ha tenido el duelo en las áreas relacionadas con la cognición? (Deterioro en la memoria, concentración, alteración en la secuenciación en las actividades, etc.)			
		¿Qué tan significativos han sido los cambios físicos que ha notado en las personas que están en duelo? (Pérdida de peso o por el contrario aumento de peso, descuido en el arreglo personal, etc.)			
		¿Cuáles han sido los cambios o alteraciones en las habilidades sociales y comunicativas que ha notado en las personas que experimentan un duelo o duelo patológico			

Caracterización de los participantes	Edad			
	Sexo			
	Año de egreso como terapeuta ocupacional			
	¿Tiempo de experiencia en el área psicosocial?			
	¿En qué institución trabaja?			
	¿Ha tenido formación adicional en el área psicosocial? ¿Cuál?			
	¿En su formación de pregrado obtuvo herramientas para dar manejo a situaciones relacionadas con el duelo patológico en el ejercicio profesional? Menciónelas.			
	Mencione las profesiones y características del trabajo interdisciplinar que ha llevado a cabo en el abordaje de la población en proceso de duelo o duelo patológico.			
	¿Cómo identifica o percibe el abordaje del duelo o duelo patológico en los servicios de salud mental desde Terapia ocupacional?			

Experiencia profesional	En su ejercicio profesional ¿Ha realizado intervención con población en proceso de duelo o duelo patológico? Mencione brevemente las experiencias que ha tenido.			
	¿Ha tenido la experiencia de que una persona con duelo patológico haya logrado recuperarse satisfactoriamente? Mencionala.			
	¿Cómo es el acompañamiento que realiza el terapeuta ocupacional a la persona, durante la transición entre las etapas mencionadas anteriormente?			
	<i>Como terapeuta ocupacional ¿Qué puede hacer para evitar que la persona transite de un duelo a un duelo patológico? y ¿Cómo une su conocimiento con el de otros profesionales para ello?</i>			

Anexo F. Acta de aprobación del comité de ética.



FACULTAD DE SALUD
Vicedecanato De Investigaciones Y
Posgrados Comité de Ética Humana

ACTA DE APROBACION N°(008-020)

Proyecto:

“OCUPACIÓN HUMANA Y DUELO: PERCEPCIÓN DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN SANTIAGO DE CALI EN EL AÑO 2020”

Investigador Principal:

MÓNICA VIVIANA CAMPIÑO SILVA/LORENA POSSU VALENCIA/MARISOL VICTORIA FLÓREZ/CONSTANZA PATRICIA MAPALLO SILVA

Código Interno: (076-020)

Fecha en que fue sometido:

DÍA	MES	AÑO
11	05	2020

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2013; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000. Este Comité

certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes **documentos** del presente proyecto:

X	Protocolo de Investigación
X	Instrumentos de recolección de datos
X	Formato de consentimiento informado
X	Soportes solicitados por el CIREH
	Cartas de las instituciones participantes
	Resultados de evaluación por otros comités (si aplica)

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité.

3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo**:

	Sin riesgo
X	Riesgo mínimo
	Riesgo mayor del mínimo

4. Las **medidas** que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.

5. La forma de obtener el **consentimiento** informado de los participantes en el estudio es adecuada.

6. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales:
 - a. Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
 - b. Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.
 - c. Lesiones a sujetos humanos.
 - d. Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
 - e. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que no haya sido revisado y aprobado por el Comité.
7. El presente proyecto ha sido **aprobado** por un periodo de un **(1) año** a partir de la fecha de aprobación.
8. El **investigador principal** deberá informar al Comité:
 - a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - c. Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente.
 - d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - e. Cualquier decisión tomada por otros comités de ética
 - f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
9. El investigador principal deberá presentar el informe al final cuando haya culminado el proyecto.
10. En caso que el proyecto tenga duración mayor a un año, deberán solicitar la renovación del aval adjuntando el informe de avance y los documentos requeridos en dicho formato.

Fecha de elaboración:

DÍA	MES	AÑO
26	05	2020

Firma: _____

Nombre: **BEATRIZ EUGENIA FERNÁNDEZ H.**

Capacidad **PRESIDENTE** Teléfono: 5185677
Representativa: