

Reconfigurando Usuarios de Terapia Ocupacional en Estrategias de Educación Superior Basadas en Telesalud*

Reconfiguring Occupational Therapy Users in Telehealth-Based Higher Education Strategies

FERNANDO A. VALENZUELA

Facultad de Educación y Ciencias Sociales. Universidad Andres Bello. Quillota 980. Viña del Mar. Chile.

Dirección de correo electrónico: fernando.valenzuela@unab.cl.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7987-0150>

EDUARDO BUSTOS FUENTES

Facultad de Educación y Ciencias Sociales. Universidad Andres Bello. Quillota 980. Viña del Mar. Chile.

Dirección de correo electrónico: eduardo.bustos@unab.cl.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5364-5599>

CRISTIAN VALDERRAMA NÚÑEZ

Exercise and Rehabilitation Sciences Institute, School of Occupational Therapy, Faculty of Rehabilitation Sciences, Universidad Andres Bello, Santiago de Chile 7591538, Chile.

Dirección de correo electrónico: cvalderrama@unab.cl.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2526-8033>

Recibido/Received: 23/09/2022 . Aceptado/Accepted: 12/03/2023

Cómo citar/How to cite: Valenzuela, Fernando A. et al. (2023). Reconfigurando Usuarios de Terapia Ocupacional en Estrategias de Educación Superior Basadas en Telesalud. *Sociología y Tecnociencia*, 13 (2), 1-23. DOI: <https://doi.org/10.24197/st.2.2023.1-23>

Artículo de acceso abierto distribuido bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional \(CC-BY 4.0\)](#). / Open access article under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License \(CC-BY 4.0\)](#).

Resumen: Este artículo expone un análisis de los discursos de estudiantes y docentes de un programa de educación superior en terapia ocupacional en Chile respecto de sus experiencias en el proceso de implementación de una estrategia de formación práctica basada en telesalud

* Este trabajo se ha realizado en el marco del Proyecto de Investigación “Evaluación de procesos de implementación de clínicas virtuales en la Universidad Andrés Bello”, financiado por la Universidad Andrés Bello, Facultad de Educación y Ciencias Sociales.

durante la pandemia de COVID-19. Si bien reconocen la centralidad de acciones tendientes a superar brechas de disponibilidad y usabilidad de TICs, enfatizan el desafío que presenta la definición de un nuevo orden moral de representación y la consiguiente reconfiguración de usuarios. Las figuras de docentes, estudiantes, cuidadores y pacientes como “usuarios activos” adquiere un sentido tangible en referencia al trabajo que realizan para escribir, leer y estabilizar esta nueva configuración

Palabras clave: terapia ocupacional; telesalud; educación superior; educación online; usuarios

Abstract: This article presents an analysis of the discourses of students and teachers of a higher education program in occupational therapy in Chile regarding their experiences in the process of implementing a practical training strategy based on telehealth during the COVID-19 pandemic. While recognizing the centrality of actions aimed at overcoming gaps in availability and usability of ICTs, they emphasize the challenge presented by the definition of a new moral order of representation and the consequent reconfiguration of users. The figures of teachers, students, caregivers, and patients as “active users” acquire a tangible meaning in reference to the work they do to write, read and stabilize this new configuration.

Keywords: occupational therapy; telehealth; online education; higher education; users

1. INTRODUCCIÓN

Con la implementación de medidas de confinamiento en la pandemia de COVID-19, sistemas digitales se posicionaron como punto de acceso forzoso a bienes y servicios sociales básicos como educación y salud. Ello ha hecho evidente las consecuencias perjudiciales de brechas digitales de primer y segundo nivel (Hargittai, 2002), en la medida que el acceso fue condicionado no sólo a la disponibilidad de tecnologías de información y comunicación en hogares e instituciones, sino también a los niveles de capacitación de la población (Lai y Widmar, 2021; Martins Van Jaarsveld, 2020; Ramsetty y Adams, 2020). En consecuencia, junto con aumentar la penetración de servicios basados en sistemas digitales, se ha buscado ampliar la cobertura de Internet, la disponibilidad de tecnologías, y la capacitación de usuarios.

Ahora bien, con ello se ha atendido sólo parcialmente a las consecuencias de este proceso. Dos líneas de investigación interdisciplinaria permiten construir una imagen más compleja. Por una parte, estudios sobre brechas digitales “de tercer nivel” permiten anticipar que el acceso a servicios a través de plataformas digitales pudo amplificar las ventajas adscritas a posiciones en la estructura social, de manera que ha podido otorgar mayores beneficios a personas que ocupan mejores posiciones (van Deursen y Helsper, 2015; van Deursen y van Dijk, 2019).

Por su parte, estudios sobre ciencia, tecnología y sociedad hacen prever que la expansión de servicios basados en sistemas digitales ha implicado una rearticulación de redes sociotécnicas, repercutiendo en el modo cómo los usuarios son configurados (Akrich, 1992; Oudshoorn y Pinch, 2008; Woolgar, 1990). En esta última tradición, Woolgar (1990) ha observado que los sitios de diseño y de implementación se reproducen “órdenes morales de representación”, entendidos como visiones de mundo que definen el carácter, la capacidad y las relaciones entre las distintas entidades involucradas en un sistema tecnológico. Estos órdenes no son definidos unilateralmente: en cada sitio, los distintos usuarios escriben y leen los guiones que encauzan sus modos de interacción, y eventualmente colaboran en su estabilización. Últimamente, esta línea de investigación ha abierto el campo de estudio sobre los modos de participación de usuarios en la configuración de tecnologías (Fischer et al., 2020, 2021). Estos antecedentes ponen bajo una nueva luz los procesos de diseño e implementación de sistemas de interacción basados en plataformas digitales, yendo más allá de los problemas de acceso y usabilidad que han tendido a centrar la atención.

En continuidad con esta segunda línea de investigación, este artículo analiza las experiencias de estudiantes y docentes en la implementación de una estrategia de educación superior en terapia ocupacional basada en telesalud en el marco de la pandemia de COVID-19 en Chile. Si bien los distintos participantes reconocen la necesidad de asegurar la disponibilidad y usabilidad de TICs para facilitar el acceso a servicios, enfatizan el desafío que ha significado la reconfiguración de redes de

trabajo y la consiguiente redefinición de las situaciones de interacción y de los actantes involucrados. Esto nos lleva a preguntar cómo se configuran los nuevos usuarios que los impulsores de la sociabilidad digital han descrito con insistencia: cómo emerge y se reproduce un orden moral de representación (Woolgar, 1990) donde una teleeducación centrada en el aprendizaje de estudiantes activos (Baleriola y Contreras-Villalobos, 2021; Bates, 2019; Benaroya et al., 2021) se articula con procesos de telesalud centrados en pacientes activos (Armstrong, 2011; Finch et al., 2008; Kendall, 2001). Proponemos que estas figuras de docentes, estudiantes, cuidadores y pacientes como “usuarios activos” adquiere un sentido tangible en referencia al trabajo que realizan para escribir, leer y estabilizar esta nueva configuración.

Hemos enmarcado el análisis de este caso en la teoría de procesos de normalización (May et al., 2009, 2022; May y Finch, 2009; Murray et al., 2010). Esta teoría pone atención a los sentidos que los actores otorgan a sus acciones y a los conjuntos de prácticas que deben desplegar en el proceso de implementación de una intervención compleja, considerando contextos sociales previamente estructurados. En esta propuesta teórica, por normalización se entiende el resultado de un proceso social en el cual los componentes de una intervención pasan a estabilizarse e integrarse de manera no problemática en la experiencia cotidiana (May et al., 2022). Se identifican cuatro mecanismos generativos que permiten explicar el grado de normalización de nuevas prácticas y tecnologías en organizaciones: los actores trabajan individual y colaborativamente para (a) dar sentido a una intervención y sus componentes (producción de coherencia), (b) generar compromiso con ellos (participación cognitiva), (c) habilitarlos e implementarlos en la práctica (acción colectiva), y (d) evaluarlos retrospectivamente (monitoreo reflexivo). Si bien esta teoría ha sido aplicada mayormente al estudio de intervenciones complejas en el ámbito de la salud, recientemente ha sido aplicada también en la investigación de procesos de cambio en educación superior (Wood, 2017). Aplicada a este caso, permite interrogar la experiencia de los distintos actores involucrados para identificar los desafíos que ha traído consigo la vertiginosa implementación de un sistema donde convergen procesos de teleeducación y telesalud en el marco de la pandemia de COVID-19.

2. CASO DE ESTUDIO

A nivel internacional, los/as terapeutas ocupacionales se vieron volcados a la telesalud debido a la implementación de medidas de restricción de movilidad y a la saturación de servicios de salud en el contexto de la pandemia de COVID-19 (Hare et al., 2020; Hoel et al., 2021). Ello implicó sistematizar experiencias previas que pudieran orientar la práctica profesional y, sobre todo, superar la idea de que los servicios de la disciplina sólo podían ser ofrecidos presencialmente (Bulan y Lagria, 2020; WFOT, 2021). En el ámbito de la educación superior, ello repercutió en la

implementación de procesos de formación online (Baleriola y Contreras-Villalobos, 2021; Gustafsson, 2020).

Sin bien este desafío tuvo una escala global, los escenarios de implementación variaron considerablemente en distintas localidades. Escuelas en EE. UU. y otras regiones tenían experiencia al respecto, habiendo adoptado de manera significativa modalidades virtuales e híbridas de formación en el área antes de la pandemia (Banning et al., 2021; Belarmino y Bahle-Lampe, 2019; Brown et al., 2021, 2022; Pucillo et al., 2020). Sin embargo, en la formación profesional de terapeutas ocupacionales en Chile había primado la modalidad presencial.

Más aún, en el caso chileno, hitos de gran simbolismo en los planes de educación profesional en terapia ocupacional, que llamaremos prácticas clínicas, contemplaban la interacción presencial entre estudiantes, pacientes y cuidadores, bajo la supervisión continua de docentes. Mientras otras asignaturas pudieron adaptarse con mayor facilidad al contexto de teleeducación incorporando aulas virtuales, webinars, plataformas de mensajería y foros de votación, entre otros (Benaroya et al., 2021), la realización de prácticas clínicas de manera remota presentó un mayor desafío. Dos opciones estaban a la mano. Por una parte, las prácticas podían basarse en la simulación de casos clínicos (Assaf, 2020; Bulan y Lagria, 2020; Gustafsson, 2020). Por otra parte, podían basarse en la interacción remota con pacientes reales. En cualquier caso, un nuevo sistema debía diseñarse, validarse e implementarse.

En el caso que estudiaremos en este artículo, inicialmente se optó por pausar estas actividades formativas, anticipando que podrían ser retomadas a corto plazo en su modalidad presencial tradicional. Sin embargo, cuando la extensión de la crisis sanitaria hizo forzoso implementar las prácticas en formato virtual, se optó por montar un sistema que mantuvo la interacción guiada con pacientes y cuidadores, sirviendo simultáneamente como plataforma de telesalud y de teleeducación.

Este caso presenta una oportunidad valiosa para la investigación sociológica sobre las condiciones de desarrollo e implementación de sistemas de interacción basados en plataformas digitales, al conjugar dos ámbitos donde los desafíos de redefinición de situaciones de interacción y de roles sociales han sido particularmente notorios: teleeducación y telesalud. Al mismo tiempo, ofrece la oportunidad de comprender los desafíos que presenta la normalización de estos procesos, especialmente considerando que han sido implementados en respuesta a situaciones excepcionales de crisis social.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Diseño

Este artículo presenta resultados parciales de un estudio más amplio que aplicó una metodología de carácter mixto transformativo secuencial (Hernández Sampieri et al., 2014) para evaluar el proceso de implementación de clínicas remotas en los

programas de licenciatura y formación profesional en Psicología y Terapia Ocupacional en una universidad en Chile; es decir, asignaturas que contemplan sesiones de interacción remota entre estudiantes, docentes, pacientes y cuidadores. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Bioética Institucional de la Universidad Andrés Bello (Acta 030/2021). Como técnica cuantitativa se aplicó el cuestionario NoMAD (Finch et al., 2015), traducido al español y adaptado a los casos de estudio, a estudiantes y docentes que participaron en las asignaturas de interés en dichos programas. Como técnica cualitativa se realizaron siete entrevistas grupales a estudiantes y docentes de ambos programas para profundizar en resultados de interés recogidos por medio del instrumento cuantitativo. En este artículo nos limitaremos a exponer y discutir los resultados obtenidos en el análisis de las cuatro entrevistas grupales realizadas en el programa de Terapia Ocupacional.

3.2. Participantes

El estudio ha sido realizado por un equipo interdisciplinario que incluye investigadores con formación en sociología, terapia ocupacional y psicología. Cuatro de los seis miembros del equipo son académicos regulares de la Universidad Andrés Bello. Dos de ellos son parte de los equipos responsables de implementar las intervenciones que se analizan en este estudio. Esto posibilitó identificar detalladamente los componentes y procesos involucrados, reclutar a las y los participantes, y comprender elementos de la experiencia de estudiantes y docentes en cada programa formativo que de otro modo podrían haber pasado desapercibidos para observadores externos. Los otros dos miembros del equipo fueron estudiantes en práctica que participaron en distintos momentos del estudio en calidad de asistentes de investigación.

Las unidades relevantes de análisis fueron estudiantes y académicos/as que participaron en asignaturas de prácticas clínicas que utilizaron tecnologías de aprendizaje remoto para dar continuidad al proceso formativo y la atención a usuarios externos (pacientes) de la universidad en los programas de Psicología y Terapia Ocupacional. En lo que concierne al programa de licenciatura y formación profesional en Terapia Ocupacional, que es de interés en este artículo, los sujetos de investigación fueron seleccionados por haber participado en alguna de ocho asignaturas que cumplen este criterio, que fueron dictadas durante el segundo semestre de 2020 o el primer semestre de 2021.

Las asignaturas de interés corresponden a tres niveles distintos en el plan de estudios. Todas ellas contemplan la interacción de estudiantes con pacientes y cuidadores, bajo supervisión docente continuada. En asignaturas de tercer año, se espera que estudiantes articulen el razonamiento profesional con la implementación de procesos de terapia ocupacional a nivel individual, familiar, grupal y comunitario, considerando las fases de evaluación, diseño e implementación de un Diseño de Intervención. En asignaturas prácticas de cuarto año, se espera que las y los

estudiantes implementen estrategias de intervención individual, familiar, comunitaria o institucional pertinentes, coherentes y viables según el diagnóstico situacional efectuado. Por último, en asignaturas prácticas profesionales de quinto año, se espera que las y los estudiantes lleven a cabo intervenciones de Terapia Ocupacional en distintos campos de acción.

3.3. Reclutamiento de Participantes

La estrategia de reclutamiento siguió tres etapas, de acuerdo con el diseño de triangulación metodológica mixta del estudio marco (Patton, 2014). Una primera fase de reclutamiento buscó incentivar la participación de un alto número de estudiantes, a través presentaciones de miembros del equipo de investigación en actividades académicas virtuales e híbridas en las que se podía anticipar la presencia de estudiantes que cursaron las asignaturas de interés. En estas actividades se presentó el estudio y se invitó a responder el cuestionario NoMAD (Finch et al., 2015) a través de la plataforma digital SurveyMonkey. Una segunda fase de reclutamiento buscó incentivar la participación de docentes de las asignaturas de interés y de estudiantes que no habían sido contactados durante la primera fase. Para ello, se envió una invitación a participar en el estudio a los correos electrónicos de la totalidad de individuos de interés, incluyendo un enlace directo al cuestionario correspondientes en la plataforma digital. En ambas fases, a las y los participantes se les consultó por su interés en participar en entrevistas grupales. Estas dos primeras fases de reclutamiento se realizaron entre octubre y noviembre de 2021. 465 personas respondieron la encuesta, de un total de 1.765, alcanzando una tasa de respuesta de 26,3%. Del total de participantes, 174 (37,4%) pertenecen al programa de Psicología y 291 (62,6%) al programa de Terapia Ocupacional. En lo que corresponde a este último programa, que es el foco de interés de este artículo, participaron un total de 82 docentes y 209 estudiantes, que corresponde a un 9,5% y 23,0% del total de cada grupo, respectivamente.

Una tercera fase buscó reclutar estudiantes y docentes para las entrevistas grupales. Para ello, se contactó a través de correo electrónico a la totalidad de quienes, a través de las encuestas, expresaron su interés en participar en esta actividad: 49 docentes y 97 estudiantes, 59,8% y 46,4% de encuestados por grupo, respectivamente. En lo que respecta al programa de Terapia Ocupacional, se organizaron dos entrevistas grupales con estudiantes (nueve participantes) y dos con docentes (nueve participantes), que incluyeron a la totalidad de quienes estuvieron dispuestos a participar en las fechas convocadas. La tabla 1 resume la composición y fecha de realización de las entrevistas grupales con miembros del programa de Terapia Ocupacional:

Tabla 1

Participantes en Grupos Focales

N°	Categoría	Fecha	Duración (minutos)	Participantes		
				Total	Mujeres	Hombres
1	Estudiantes	10-11-21	65	5	4	1
2	Estudiantes	17-11-21	75	4	3	1
3	Docentes	12-01-22	55	4	3	1
4	Docentes	19-01-22	55	5	4	1
TOTAL				18	14	4

3.4. Recolección de Datos y Análisis

Se diseñaron entrevistas grupales, que consisten en reunir a personas para desarrollar una conversación sobre sus experiencias, guiada por una pauta semiestructurada (Taylor y Bogdan, 1987). Esto permite estudiar un número mayor de personas en breve tiempo y atender a temas emergentes en grupos sociales. No obstante, puede limitar la profundidad de las respuestas que se obtendrían en entrevistas individuales. En este caso, las entrevistas se orientaron a indagar en las dimensiones identificadas por la teoría de procesos de normalización (May et al., 2022). La mayoría de las preguntas buscó incentivar una reflexión colectiva en torno a los objetivos, diferencias, beneficios, dificultades y proyección de esta modalidad formativa. Se incluyó una pregunta que, haciendo eco de la técnica de incidentes críticos (Woloshynowych et al., 2005), llamó a exponer situaciones en las que el uso de tecnologías de comunicación remota haya sido particularmente desafiante en el contexto de las asignaturas de interés.

Las entrevistas grupales se realizaron entre noviembre de 2021 y enero de 2022, período en que estaba en vigencia la medida de confinamiento obligatorio de instituciones de educación superior. Se realizaron a través de videoconferencias (Khan y MacEachen, 2022), usando la plataforma Zoom. Duraron entre 55 y 75 minutos. Al momento de hacer las entrevistas grupales, el equipo de investigación ya conocía los resultados del cuestionario NoMAD (Finch et al., 2015) que había sido aplicado a ambos grupos. Esto permitió poner énfasis en aspectos de interés recogidos con el instrumento cuantitativo.

El proceso de interpretación de datos siguió una estrategia iterativa de análisis cualitativo de contenido discursivo, en el que se etiquetaron y desagregaron pasajes que realizan categorías abductivas (Sayago, 2014). En una primera fase deductiva, se utilizó el programa Atlas.ti 9 para analizar las transcripciones de las entrevistas grupales siguiendo el libro de códigos propuesto por May et al. (2022). Las entrevistas de estudiantes y docentes fueron analizadas separadamente. Los resultados fueron comparados para identificar elementos diferenciadores y comunes. Ello llevó, en una segunda fase de análisis, a la generación de subcategorías inductivas que dieran cuenta de la variación encontrada en cada categoría inicial en

cada grupo de entrevistas. Estas fases resultaron en una propuesta analítica que fue discutida y refinada en jornadas grupales de trabajo.

4. RESULTADOS

A continuación, se expondrán los resultados obtenidos en las entrevistas grupales realizadas con estudiantes y docentes del programa de licenciatura y formación profesional en Terapia Ocupacional, que permiten identificar los principales desafíos que experimenta la normalización de componentes de telesalud en este programa de educación superior. La exposición está organizada según tres de las dimensiones centrales de la teoría de procesos de normalización: 3.1. construcción de coherencia; 3.2. participación cognitiva; 3.3. acción colectiva. No hemos tratado la dimensión de monitoreo reflexivo en una sección aparte, pues al momento de realizar las entrevistas grupales no se habían realizado experiencias de sistematización y evaluación final de los resultados obtenidos. Sin embargo, en las demás dimensiones hemos integrado observaciones sobre la evaluación que hacen los distintos actores involucrados.

4.1. Producción de Coherencia

En el marco de la teoría de procesos de normalización, se entiende por producción de coherencia (“coherence building”) el trabajo colaborativo orientado a otorgar sentido a las intervenciones y sus componentes, diferenciándolas de otras prácticas (May et al. 2022). En esta primera dimensión, se evidencia que los participantes comprenden y valoran esta modalidad formativa principalmente como una manera de sortear una situación transitoria de emergencia. La diferencian de las prácticas presenciales por: (a) el tipo de trabajo que permite realizar con usuarios, (b) la forma que adquiere el vínculo terapéutico, y (c) el entorno en el cual se lleva a cabo la intervención.

Estudiantes y docentes comprenden la modalidad remota de trabajo principalmente como una solución a una situación transitoria en que no fue posible trabajar presencialmente con usuarios pacientes y cuidadores. Estudiantes ponen mayor énfasis en esta cualidad de la educación virtual. En palabras de un estudiante, *“Fue algo que se intentó como sacar del momento para poder salir del paso”* (Participante 03). Por lo mismo, al considerar escenarios futuros en que pudiera implementarse esta estrategia formativa y de cuidado de salud, estudiantes y docentes tienden a proyectar situaciones excepcionales. En palabras de una docente, esta modalidad permitiría *“proveer atención ambulatoria cuando no se puede realizar presencial”* (Participante 17). Sólo en segundo lugar, estudiantes y docentes identifican dos criterios que validarían el uso de telesalud en situaciones no transitorias: cuando los centros de salud están demasiado alejados de sus usuarios y

cuando existen condiciones de salud que impiden a usuarios trasladarse a los centros de atención o interactuar presencialmente.

Para estudiantes y docentes, el modo remoto de intervención terapéutica difiere de modalidades presenciales en tres aspectos principales: el acceso a los cuerpos de pacientes, la construcción de un vínculo terapéutico y la configuración del entorno doméstico como sitio de intervención.

En primer lugar, la interacción remota excluye o dificulta la evaluación e intervención física o motora, que de acuerdo con la tradición de terapia ocupacional es tenida como una característica distintiva de la disciplina (Belarmino y Bahle-Lampe, 2019; Bulan y Lagria, 2020; Hoel et al., 2021). En palabras de una estudiante, *“si tenía algo físico, no íbamos a poder intervenir”* (Participante 08); *“con la artrosis de cadera no podemos hacer mucho, pero sí podemos entregar las técnicas de protección articular”* (Participante 08). Asimismo, estudiantes recalcan que los medios de comunicación remota limitan el tipo y la calidad de la información de la que disponen para comprender la situación de pacientes y tomar decisiones terapéuticas: *“ver emoción en vivo y en directo. Bueno, también obviamente sentir el olor y todo lo que conlleva”* (Participante 02); *“ni siquiera sabes cómo es el cuerpo de la persona”* (Participante 06).

Estudiantes y docentes consideran que esto pudo haber afectado negativamente la formación adquirida. Estudiantes que no habían tenido experiencias presenciales previas expresan inseguridad sobre la posibilidad de transferir el conocimiento adquirido a contextos de intervención presencial. En palabras de participantes, *“es necesario tener la posibilidad de ambas opciones, sobre todo si uno quiere evaluar un área física. Yo no he tenido la oportunidad de evaluar un área física, sino que todas han sido áreas de salud mental. Yo no sabría cómo evaluar un área física”* (Participante 01); *“mi formación, siento que voy muy pobre. Esa es mi sensación: que voy muy pobre en cuanto a lo presencial...”* (Participante 06). Por su parte, docentes se refirieron a las dificultades que implica la enseñanza remota para transmitir conocimientos claves para la profesión:

Era difícil poder transmitir al estudiante cómo sería evaluar, por ejemplo, no sé, tono muscular, grados... no sé, cosas muy clínicas. Era difícil traspasar un poco la información y que ellos pudieran... como que nos faltaba eso de tocar, de sentir: así se siente, así se hace. Entonces, al momento de implementar algunas estrategias de intervención, nacían más dificultades porque había este desconocimiento de cómo se daban ciertas cosas clínicamente. Entonces, cuando proponían ciertas intervenciones, las intervenciones no eran muy exitosas porque proponían una intervención con una actividad manual, por ejemplo, pero el usuario no era capaz de realizar cierta actividad. (Participante 26)

En segundo lugar, docentes y estudiantes observan que esta modalidad afecta el proceso de construcción de un vínculo terapéutico: es decir, de una relación afectiva de confianza entre pacientes, cuidadores y terapeutas. Esta característica de

la telesalud ocupa una posición gravitante en el discurso de estudiantes, que tienden a observar que los medios de comunicación remota dificultan la construcción inicial de dicho vínculo. En palabras de una estudiante, *“es muy importante generar el vínculo porque, como estamos en pantalla, no es lo mismo que en presencial: no se siente la misma energía, es como tener un objeto, pero que habla”* (Participante 02). Sin embargo, observan que la continuidad de la intervención a través de medios virtuales permite una vinculación particularmente fuerte. Lo mismo relatan docentes: *“lo comentamos con los estudiantes, que a veces se genera un vínculo terapéutico mucho más fuerte que a nivel presencial, y era por un factor de la cotidianidad: nosotros estábamos en sus casas”* (Participante 19).

Esta última observación anticipa un tercer aspecto en el cual estudiantes y docentes distinguen la terapia virtual de la presencial. Ambos enfatizan el impacto que tiene el entorno doméstico, que pasa a constituirse como espacio de intervención. Sin embargo, ambos tipos de actores otorgan un significado distinto a este elemento. Estudiantes tienden a considerar el entorno doméstico propio y de otros usuarios como una fuente de distracción: *“el espacio en el que estaba durmiendo ahora es su espacio de rehabilitación, y para nosotros igual (...). Entonces, en lo personal, tuve que modificar la pared”* (Participante 08); *“hasta uno se distrae, y los niños más todavía”* (Participante 03). En tanto, docentes tienden a valorar positivamente este contexto. Por una parte, mencionan que elimina distractores que están presentes en las clínicas presenciales: *“No hay nadie que va a venir a dejar una ficha, alguien que te venga a molestar”* (Participante 19). Por otra parte, a sus ojos el entorno doméstico se torna una fuente de recursos terapéuticos: *“...estar inmersos desde la grabación en el contexto de este usuario nos permitía generar un montón de adaptaciones y adecuaciones que eran mucho más satisfactorias, incluso, al menos desde mi experiencia laboral, que el trabajo presencial”* (Participante 25). Veremos más adelante cómo ello repercute en la relación que se buscará establecer con pacientes y cuidadores. En este punto, es importante destacar que estudiantes y docentes sólo se refieren a cuidadores y pacientes como “usuarios”, de manera que este término demarca una frontera entre sí mismos y los otros, aquellos que participan desde afuera.

4.2. Participación Cognitiva

En la teoría de procesos de normalización, por participación cognitiva (“cognitive participation”) se entiende el trabajo que genera compromiso con la intervención, estableciendo su legitimidad y enrolando a las y los participantes requeridos (May et al., 2022). En esta segunda dimensión, destaca la redefinición de los roles y las prácticas de quienes participan en la intervención. Docentes se ven en la necesidad de flexibilizar sus modos de trabajo habitual, involucrar de una manera distinta a las y los cuidadores de pacientes en situación de dependencia, y convencer a estudiantes de la legitimidad de esta modalidad de trabajo.

Como señala la literatura sobre adaptación de estrategias formación en el área al entorno virtual (Assaf, 2020; Benaroya et al., 2021; Hoel et al., 2021), la realización de estas prácticas formativas constituye un contexto novedoso que obliga a las y los docentes a adaptar creativamente sus prácticas habituales de trabajo: “...se haría una práctica común y corriente en terreno, pero llevada a esta tecnología de telesalud y telerehabilitación que, para mí, yo creo que era más nueva de lo que era para los estudiantes, que llevaban esta modalidad un año más” (Participante 26). En especial, llevar a cabo la intervención en el entorno doméstico de pacientes, sin poder estar presente en él, obligó a enrolar de manera distinta a las y los cuidadores de pacientes en situación de dependencia, que ahora son comprendidos como “coterapeutas”:

...así como los estudiantes se estaban adaptando a este formato, nosotros también. Entonces, había muchas cosas que resolver y no sabías cómo resolver. Entonces, tenías que poner a disposición de la práctica toda la creatividad de cómo hacerlo, porque tu rol cambia. Tú ya no contienes in situ, en el fondo. Tú no estás ahí para guiar al niño que quizás tienes más experiencia o tienes otras herramientas. En el fondo, tu rol es solo dar instrucciones para que el papá o el adulto responsable, en mi caso con los niños, haga. Entonces, a veces ese rol era difícil, porque no lograban comprender lo que tú querías realizar. En ocasiones el niño se frustraba más o se irregulaba, o también los estudiantes. (Participante 18)

Para algunos docentes, si bien esto significa un desafío, presenta igualmente una de las principales ventajas de esta modalidad de trabajo:

Éramos un equipo de trabajo de por lo menos cuatro adultos, en donde teníamos dos estudiantes, un profesional, y un cuidador mamá, papa, quien sea; y ante eso éramos cuatro adultos pensando en soluciones para una problemática. Cuatro adultos analizando una problemática; eso tú no lo tienes jamás en la realidad, porque cuando tú trabajas, no sé, en un colegio o en un centro de intervención, cada media hora te llega un chiquillo y trabaja, y ya que se vaya, y viene el otro y la mamá en esos ratos algunas alcanzan a hacer algunas cosas, porque a veces están de cuidadoras días completos. Entonces, no hay espacio en la realidad para esas lógicas. (Participante 25)

En cambio, el enrolamiento más activo de cuidadores tiende a ser una fuente de frustración para estudiantes. En palabras suyas, “no sabemos cómo intervenir con los papás” (Participante 01). En el siguiente extracto se observa la complejidad de esta experiencia para estudiantes en formación:

La mamá es la coterapeuta dentro de la intervención. Entonces, ha pasado que muchas mamás, no es que no estén interesadas, pero no dan su cien por ciento al momento que el niño está en la intervención. Entonces, es como: ya, haz esto mamá. Y le da la instrucción que uno le dio. Y la hace o, no sé, se enoja cuando el niño no logra realizar la actividad, y eso también frustra al niño y hace que la intervención y la evaluación no sea en su cien por ciento. Entonces, si uno trabaja con coterapeutas, pero el coterapeuta puede estar calificado, tiene un estudio para eso. Y una mamá... es distinto

ser mamá que ser coterapeuta de tu propio hijo, porque no sabes cómo tratarlo o cómo llevar a cabo esto. (Participante 01)

En este escenario, uno de los desafíos más importantes para docentes y miembros de equipos de gestión académica fue convencer a estudiantes de que se trata de una alternativa legítima, pese a que para todos los actores involucrados era meramente una solución transitoria: *“en un principio claramente había muchos prejuicios respecto a la modalidad, y ellos sintieron que era como un parche, que no tenía ningún fundamento teórico, y que obviamente no iba a tributar a los resultados de aprendizaje”* (Participante 24). Como se ha observado, estudiantes tienden a comprender esta modalidad como una obligación, en lugar de una elección racionalmente fundada en criterios pedagógicos y de cuidado en salud: *“usé las tecnologías... las usé más que nada en el ramo de práctica integrada uno, que ahí no me quedaba otra opción que usar la tecnología porque estábamos con el usuario frente al computador”* (Participante 01). Para miembros de equipos docentes y de gestión académica, el ejercicio radicaba en demostrar que, aun siendo una solución transitoria, era legítima como alternativa de trabajo en este contexto formativo. Esto se logró parcialmente a medida que estudiantes pudieron evaluar individualmente el progreso de pacientes. Aún en ese escenario, se considera que la modalidad virtual sólo debiese usarse como un complemento de prácticas presenciales: *“yo siento que sí la terapia es efectiva, pero no debería usarse en su cien por ciento. Como que es necesario tener la posibilidad de ambas opciones”* (Participante 01). Este juicio se fundamenta en las diferencias entre ambas modalidades, que hemos presentado en la sección anterior; principalmente, en que ellas no permitirían adquirir entrenamiento en algunas técnicas de evaluación e intervención y dificultarían la construcción de un vínculo terapéutico.

4.3. Acción Colectiva

En la teoría de procesos de normalización, por acción colectiva (“collective action”) se entiende el trabajo colaborativo que realizan participantes para habilitar e implementar una intervención (May et al., 2022). En esta dimensión destaca la satisfacción de nuevas condiciones de integración contextual y la emergencia de nuevas necesidades de capacitación.

En primer lugar, la realización de prácticas de terapia ocupacional en plataformas virtuales requirió disponer de una suficiente cantidad de pacientes para atender las necesidades formativas de las y los estudiantes del programa. Contar con ello fue una responsabilidad de miembros de equipos de gestión académica en cada sede, que trabajaron con otras unidades para hacer llamados públicos a participar en esta modalidad de rehabilitación. Cuando algunos pacientes dejaban de asistir a las sesiones, miembros de equipos de gestión académica también colaboraron buscando reemplazos, para asegurar la continuidad de la experiencia formativa de sus

estudiantes. Esto fue crecientemente difícil a medida que las condiciones de movilidad de la población se volvieron más flexibles:

...en la última práctica coincidió con que a nosotros nos empezaron a sacar de cuarentena. Entonces, los papás volvían a la presencialidad y entonces eso hacía súper difícil que los niños se pudieran conectar. Desde esa lógica, en la última práctica tuvimos que salvar al barco, porque se nos hundía siempre los usuarios porque no podían conectarse. Entonces ahí nos mandaban nuevos contactos y lo tratábamos de integrar... (Participante 18)

A pesar de haber sido uno de los más importantes desafíos experimentados por estos actores a lo largo de este proceso, se mantuvo mayormente oculto para estudiantes, constituyendo un caso de trabajo invisible (Star y Strauss, 1999). Estudiantes sólo refieren a la frustración que genera la repentina ausencia de pacientes: *“las usuarias después de cinco o seis sesiones no aparecen, no llegan. La universidad tampoco se hace cargo tan rápido de poder tener otro usuario”* (Participante 06).

En segundo lugar, el trabajo en esta modalidad implicó sortear los desafíos de brechas digitales de primer y segundo nivel (Hargittai, 2002). En lo que corresponde a la “primera brecha”, requirió disponer de condiciones de conectividad, equipamiento y programas computacionales en los domicilios de pacientes, estudiantes y docentes. Si bien la universidad proveyó condiciones de trabajo a parte de la población de estudiantes, no se cubrieron las necesidades de pacientes. No disponer de una conexión estable de alta velocidad es señalada sistemáticamente como una de las principales dificultades experimentadas por estudiantes y docentes. En palabras de un profesor, *“una de las dificultades era el tema de la conectividad. Yo creo que era ese el factor de estrés tanto para los estudiantes, que me decían, profe, el usuario hoy día tuvo pésima conexión, no pudimos observar bien, o no lo escuchábamos”* (Participante 20). Lo mismo relatan estudiantes: cuando se ha logrado el enrolamiento de los actores humanos, suelen fallar los no humanos: *“Los papás eran muy preocupados, pero nos jugaba en contra el internet. Estábamos en plena sesión y de repente quedábamos todos ahí. Se caía. El niño de repente trataba de escucharnos y nos escuchaba como robots”* (Participante 06). A ello se suma la dificultad de disponer de dispositivos tecnológicos adecuados, como narra la siguiente estudiante:

...al principio empezó todo bien y cuando estábamos en las sesiones donde conocemos al usuario, a las familias, etcétera, pasaba que la mamá del niño, porque era un pequeñito, sólo tenía un celular. No tenía computador para conectarse. Y bueno, nosotros no hicimos drama ni nada, porque la idea era ayudarla y, si ella podía solo con un celular, se hacía solo con un celular. Pero a ella le incomodaba. Fue tanto así que ella decidió no conectarse más y no nos habló más. (Participante 09)

Al respecto, un docente relata en una oportunidad haber ido al extremo de gestionar personalmente con una escuela local la habilitación de un dispositivo móvil para que la cuidadora del paciente pudiera conectarse a las sesiones (Participante 20).

A los desafíos de acceso se suma la llamada “segunda brecha”, que corresponde a habilidades para usar tecnologías de la comunicación (Hargittai, 2002). En el presente contexto, a las necesidades de capacitación en uso de tecnología para fines generales se suma el aprendizaje de técnicas de rehabilitación a distancia. Estas necesidades afectan de manera distinta a cada tipo de participante: cuidadores, docentes y estudiantes.

De parte del equipo docente, este nuevo escenario exigió adaptar técnicas de intervención que sólo habían implementado en contextos presenciales, desarrollar nuevas competencias de orientación remota del trabajo de otros – incluyendo pacientes y estudiantes – y fortalecer el dominio de sí mismos/as, para demostrar continuamente a los demás participantes que confiaban en el trabajo que realizaban. En palabras de una docente:

Tú también te tenías que adaptar a todo este proceso de cómo hacer una práctica online y los estudiantes también confían en ti. Entonces, en el fondo, vas adaptándote con ellos, pero siempre tienes que demostrar seguridad de que tú sí tienes el control sobre el proceso (...) Para mí, lo más difícil fue estar constantemente adaptándome y dándole seguridad a las estudiantes de que todo iba a estar bien, de que esto era una práctica, así que tranquilas, y si no resultaba que no importa, que podemos ver otras opciones, pero creo que para mí eso fue difícil. (Participante 18)

En la percepción de estudiantes, este objetivo no siempre se logró plenamente, toda vez que docentes no habrían recibido capacitación específica en modos de rehabilitación basados en entornos virtuales: “¿Cómo la universidad no les pudo dar [a los profesores] capacitación en cómo hacer teleterapia con lo básico? No sé, intervenciones, como forma de transformarla online...” (Participante 01)

Como se ha podido ver en la sección anterior, el enrolamiento más activo de cuidadores de pacientes en condición de dependencia es un problema para los demás participantes cuando aquellos no cuentan con las competencias requeridas para desempeñar el nuevo rol en el contexto de interacción virtual. Por una parte, como ya se ha mencionado, ello implica que aprendan técnicas de apoyo a la rehabilitación que permitan realizar las maniobras requeridas por estudiantes y docentes:

...un niño con una mamá que estudió economía, ¿cómo le pido a la mamá que haga un movimiento correctamente sin pasar a llevar la pierna del niño, por ejemplo, dañarlo? Y uno desde acá: ‘ya, haz ese movimiento’, porque tampoco tiene conocimiento de los términos. (Participante 01)

Por otra parte, surgen necesidades más básicas de capacitación en el uso de equipamiento y programas:

Hasta las últimas sesiones hemos tenido muchos problemas con eso, porque no se conecta el audio, nosotros no podemos estar diciéndole por Zoom, porque si no está conectado el audio no nos escuchan. Entonces era como: apriete abajito, apriete abajito. La señora apretaba como veinte mil botones. Se salió un montón de veces. No se puede salir de la sesión. Entonces ahí tenía que intervenir la docente guía, porque nosotros no teníamos cómo ayudarla ahí. La docente guía la llamaba por teléfono, que también era un caos, porque el mismo teléfono que estaba ocupando para el Zoom, es el mismo que está ocupando para llamarla. Entonces, ¿cómo le podíamos explicar que apriete esto, apriete esto? Yo creo que, por lo menos ahora, ha sido lo más difícil. (Participante 06)

Contraria a la expectativa tradicional, esto no sólo afecta a cuidadores de pacientes en situación de dependencia, sino también a docentes y estudiantes. Si bien unidades de la universidad proveyeron cierto nivel de capacitación para la realización de videollamadas, estudiantes observan que ello no satisfizo las necesidades de compañeros que no estaban familiarizados en absoluto con estas tecnologías: *“hay muchos compañeros que no se manejan en la virtualidad. Hasta el día de hoy es un tema para ellos cómo entro a Zoom, cómo comparto pantalla, sabes que no sé activar el micrófono... Entonces, eso genera mayor ansiedad”* (Participante 08). Se observa en ello que, contrario a la evidencia actual (Espina Bocic y Gibert Galassi, 2017; Morales y Rivoir, 2018; Rivoir et al., 2019; Silva Quiroz, 2017), ha primado en este caso una comprensión tradicional de las brechas digitales, según la cual no afectan de manera significativa a “nativos digitales”.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La teoría de procesos de normalización (May et al., 2009, 2022; May y Finch, 2009; Murray et al., 2010) ha permitido dar cuenta de elementos articuladores de las experiencias de estudiantes y docentes en la realización de prácticas clínicas virtuales en un programa formación profesional en terapia ocupacional en el marco de la pandemia de COVID-19 en Chile. Las y los participantes reconocen la necesidad de asegurar la disponibilidad y usabilidad de tecnologías de información y comunicación, en un momento en que ellas se habían posicionado como punto de acceso forzoso a servicios sociales básicos como la educación y la salud. En ello se observa la centralidad de las brechas digitales de primer y segundo nivel (Hargittai, 2002), particularmente en el marco de la pandemia (Lai y Widmar, 2021; Martins Van Jaarsveld, 2020; Ramsetty y Adams, 2020). Sin embargo, participantes ponen énfasis en la reconfiguración de usuarios de terapia ocupacional que trajo consigo este proceso.

Estudiantes y docentes comprenden la realización de prácticas clínicas en modalidad virtual principalmente como una solución a una situación transitoria. En continuidad con lo que se ha observado en otras regiones, prevalece la significación del trabajo presencial con pacientes y cuidadores como un elemento esencial de la

formación en el área (Belarmino y Bahle-Lampe, 2019; Bulan y Lagria, 2020; Hoel et al., 2021). Esto no es comprendido meramente en términos de la posibilidad de hacer observaciones e intervenciones en sus cuerpos, sino también como la posibilidad de establecer vínculos terapéuticos, con lo cual se refieren a relaciones afectivas y de confianza. En este sitio, ello constituye una característica fundamental del orden moral de representación (Woolgar, 1990) que parece haber operado como pie forzado para la implementación de estrategias que buscaran trasladar esta configuración al contexto virtual, desechando alternativas basadas en simuladores (Assaf, 2020; Bulan y Lagria, 2020; Gustafsson, 2020). Esto mismo repercute en su comprensión como una solución transitoria y de emergencia.

En esta rearticulación de la situación de práctica clínica basada en plataformas digitales, docentes, estudiantes, pacientes y cuidadores adquieren una nueva configuración (Woolgar, 1990). La red que se configura en este caso pierde la ilusión de delimitación e identidad que tiene una consulta presencial, en que todo aquello que está fuera de una única habitación es puesto entre paréntesis. En este caso, cada usuario puede acceder a la situación de interacción social desde lugares y dispositivos distintos. Cada reunión se evidencia como una situación de interacción distinta, que puede incluir la imagen y voz de cada usuario, las entidades con que cada cual interactúa en sitios locales y las interferencias no anticipables de redes de datos. Usuarios pueden desplegar estrategias de simplificación de la situación de interacción, tales como eliminación de elementos del encuadre visual y sonoro (Pols, 2011). Pero igualmente pueden activar nuevos elementos de manera explícita si consideran que pueden contribuir a la estrategia de intervención terapéutica. Mientras ésta fue la actitud privilegiada por docentes, estudiantes tendieron a adoptar estrategias de simplificación de la situación de interacción.

La comprensión tradicional de las figuras de docentes, estudiantes, pacientes y cuidadores como “usuarios activos” en procesos de interacción basados en plataformas digitales adquiere un sentido tangible en esta configuración. Cada cual prepara (y repara) sus entornos locales de acción en anticipación a cada interacción. Cada cual (des)atiende a los demás, siguiendo los ecos que le ofrecen pantallas y parlantes a su alcance. Cada cual (des)activa cámaras y micrófonos según su intención de intervenir en los procesos de interacción. Y, en ello, cada cual despliega los guiones que las tecnologías (Akrich, 1992) y las situaciones de interacción le deparan (Goffman, 2001), en el sentido que puede leer e interpretar (Woolgar, 1990).

La configuración de cuidadores como coterapeutas es el elemento más visible en los discursos de estudiantes y docentes sobre esta nueva articulación. En sus discursos, sólo ellos y los pacientes a su cargo son señalados como “usuarios”, demarcando la distancia entre un nosotros y los otros. Se espera de los cuidadores que sean la extensión corporal de estudiantes y docentes en la interacción con los pacientes. Desde luego, esto supone un esquema de atribución que los participantes difícilmente pueden explicitar con claridad: cuidadores deben saber intervenir en la interacción sin interferir en la evaluación. No pueden ausentarse, como solían

hacerlo, pues la intervención depende de su participación. Deben efectuar evaluaciones y facilitar estados en las entidades con quienes/que interactúan. Pero estos estados deben poder ser atribuidos a los pacientes cuando corresponda. ¿Cuándo corresponde? ¿Qué estados? ¿Cómo se logra? Estudiantes activos deben orientarlos. Pero nos dicen, perdiendo esperanza: “*No sabemos intervenir con los papás*” (Participante 01). Los docentes son configurados como árbitros en este nuevo orden moral de representación, recayendo sobre su presencia continua en los juegos de interacción la responsabilidad de explicitar guiones y cuadrar comportamientos.

El análisis de este caso permite avanzar en la comprensión de los desafíos que enfrenta la normalización de modalidades remotas de educación superior, especialmente en contextos que tradicionalmente han contemplado el trabajo guiado de estudiantes con pacientes y cuidadores. Su análisis sugiere que estos desafíos no radican meramente en la solución de brechas de disponibilidad y usabilidad de tecnologías de la información y la comunicación, que han tendido a adquirir centralidad. Junto con ello, para las y los participantes, los desafíos más significativos radican en la necesidad de reconfigurar las situaciones de interacción, estableciendo un nuevo orden moral de representación (Woolgar, 1990) que define el carácter, la capacidad y las relaciones entre las distintas entidades involucradas. Que estas intervenciones logren normalización significa, como se observa en este caso, que el nuevo orden moral de representación se establezca.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akrich, M. (1992). The de-scription of technical objects. En W. E. Bijker y J. Law (Eds.), *Shaping technology/Building society. Studies in sociotechnical change* (pp. 205–224). Cambridge: The MIT Press.
- Armstrong, D. (2011). The invention of patient-centred medicine. *Social Theory & Health*, 9(4), 410–418. <https://doi.org/10.1057/sth.2011.13>
- Assaf, M. (2020). A new experience of online education under the COVID-19 pandemic for occupational therapy students in Palestine. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 76(2), 103–107. <https://doi.org/10.1080/14473828.2020.1825274>
- Baleriola, E., y Contreras-Villalobos, T. (2021). La educación virtual no es buena ni mala, pero tampoco es neutra. Algunos apuntes sobre los efectos de la COVID-19 en educación. *Sociology and Technoscience*, 11(Extra_1), 209–225. <https://revistas.uva.es/index.php/sociotecn/article/view/5149>
- Banning, A., Dickerson, M., Hill Roebuck, A., y Jensen, L. (2021). Outcomes and Perceptions of Graduates of an On-Campus and Hybrid Occupational

- Therapy Program. *Journal of Occupational Therapy Education*, 5(2).
<https://doi.org/10.26681/jote.2021.050205>
- Bates, A. W. (2019). *Teaching in a Digital Age—Second Edition* (2nd ed.). Tony Bates Associates Ltd.
<https://teachonline.ca/sites/default/files/pdfs/teaching-in-a-digital-age-second-edition.pdf>
- Belarmino, J.A., y Bahle-Lampe, A. (2019). A Preliminary Historical Report on Embracing Online Education in Occupational Therapy. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 7(3), 1–10. <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1554>
- Benaroya, T.L., George, J.C., McKernan-Ace, D., y Swarbrick, M. (2021). Application of Active Learning Strategies for Online Delivery in an Occupational Therapy Assistant Program. *Journal of Occupational Therapy Education*, 5(2). <https://doi.org/10.26681/jote.2021.050210>
- Brown, T., Robinson, L., Gledhill, K., Peart, A., Yu, M.-L., Isbel, S., Greber, C., y Etherington, J. (2021). Online learning during the Covid-19 pandemic: The experiences and perceptions of undergraduate occupational therapy students at two Australian universities. *International Journal of Health Professions*, 8(1), 60–71. <https://doi.org/10.2478/ijhp-2021-0006>
- Brown, T., Robinson, L., Gledhill, K., Yu, M., Isbel, S., Greber, C., Parsons, D., y Etherington, J. (2022). ‘Learning in and out of lockdown’: A comparison of two groups of undergraduate occupational therapy students’ engagement in online-only and blended education approaches during the COVID-19 pandemic. *Australian Occupational Therapy Journal*, 1440-1630.12793. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12793>
- Bulan, P.M.P., y Lagria, M.M.G. (2020). COVID-19 and the local landscape of occupational therapy education: A case report about the voices of Cebuano occupational therapy educators and students. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 76(2), 108–115.
<https://doi.org/10.1080/14473828.2020.1805202>
- Espina Bocic, P., y Gibert Galassi, J.E. (2017). El capital informacional como condición de la inclusión digital: Un análisis exploratorio. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 7(2), 35–63.
<https://doi.org/10.26864/PCS.v7.n2.3>

- Finch, T.L., Girling, M., May, C., Mair, F.S., Murray, E., Treweek, S., Steen, I.N., Dickinson, C., y Rapley, T. (2015). *NoMAD: Implementation measure based on Normalization Process Theory. [Measurement instrument]*. Obtenida en: <http://www.normalizationprocess.org> el 16/05/2022.
- Finch, T.L., Mort, M., Mair, F.S., y May, C. (2008). Future patients? Telehealthcare, roles and responsibilities. *Health & Social Care in the Community*, 16(1), 86–95. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2007.00726.x>
- Fischer, B., Östlund, B., y Peine, A. (2020). Of robots and humans: Creating user representations in practice. *Social Studies of Science*, 50(2), 221–244. <https://doi.org/10.1177/0306312720905116>
- Fischer, B., Östlund, B., y Peine, A. (2021). Design multiple: How different configurations of participation matter in design practice. *Design Studies*, 74, 101016. <https://doi.org/10.1016/j.destud.2021.101016>
- Goffman, E. (2001). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gustafsson, L. (2020). Occupational therapy has gone online: What will remain beyond COVID-19? *Australian Occupational Therapy Journal*, 67(3), 197–198. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12672>
- Hare, N., Bansal, P., Bajowala, S.S., Abramson, S.L., Chervinskiy, S., Corriel, R., Hauswirth, D.W., Kakumanu, S., Mehta, R., Rashid, Q., Rupp, M.R., Shih, J., y Mosnaim, G.S. (2020). Work Group Report: COVID-19: Unmasking Telemedicine. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 8(8), 2461–2473.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2020.06.038>
- Hargittai, E. (2002). Second-Level Digital Divide: Differences in People's Online Skills. *First Monday*, 7(4). <https://doi.org/10.5210/fm.v7i4.942>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a ed.). McGraw Hill Interamericana.
- Hoel, V., von Zweck, C., y Ledgerd, R. (2021). Was a global pandemic needed to adopt the use of telehealth in occupational therapy? *Work*, 68(1), 13–20. <https://doi.org/10.3233/WOR-205268>

- Kendall, L. (2001). *The Future Patient*. London: Institute for Public Policy Research.
- Khan, T.H., y MacEachen, E. (2022). An Alternative Method of Interviewing: Critical Reflections on Videoconference Interviews for Qualitative Data Collection. *International Journal of Qualitative Methods*, 21, 160940692210900. <https://doi.org/10.1177/16094069221090063>
- Lai, J., y Widmar, N.O. (2021). Revisiting the Digital Divide in the COVID -19 Era. *Applied Economic Perspectives and Policy*, 43(1), 458–464. <https://doi.org/10.1002/aepp.13104>
- Martins Van Jaarsveld, G. (2020). The Effects of COVID-19 Among the Elderly Population: A Case for Closing the Digital Divide. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 577427. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.577427>
- May, C., Albers, B., Bracher, M., Finch, T.L., Gilbert, A., Girling, M., Greenwood, K., MacFarlane, A., Mair, F., May, C.M., Murray, E., Potthoff, S., y Rapley, T. (2022). *Evaluating Implementation Contexts, Mechanisms, and Outcomes: A Normalization Process Theory Coding Manual for Qualitative Research and Instrument Development*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-870733/v1>
- May, C., y Finch, T. (2009). Implementing, Embedding, and Integrating Practices: An Outline of Normalization Process Theory. *Sociology*, 43(3), 535–554. <https://doi.org/10.1177/0038038509103208>
- May, C., Mair, F., Finch, T., MacFarlane, A., Dowrick, C., Treweek, S., Rapley, T., Ballini, L., Ong, B. N., Rogers, A., Murray, E., Elwyn, G., Légaré, F., Gunn, J., y Montori, V.M. (2009). Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory. *Implementation Science*, 4, 29. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-29>
- Morales, M. J., y Rivoir, A. (2018). Personas mayores y tecnologías digitales. Uso y apropiaciones de tabletas en personas mayores en Uruguay. En S. Lago Martínez, A. Álvarez, M. Gendler, y A. Méndez (Eds.), *Acerca de la Apropiación de Tecnologías: Teoría, estudios y debates* (pp. 113–120). Chubut, Argentina: Ediciones del Gato Gris.
- Murray, E., Treweek, S., Pope, C., MacFarlane, A., Ballini, L., Dowrick, C., Finch, T., Kennedy, A., Mair, F., O'Donnell, C., Ong, B.N., Rapley, T., Rogers, A., y May, C. (2010). Normalisation process theory: A framework for

- developing, evaluating and implementing complex interventions. *BMC Medicine*, 8, 63. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-63>
- Oudshoorn, N., y Pinch, T. (2008). User-Technology Relationships: Some Recent Developments. En E. J. Hackett, O. Amsterdamska, M. Lynch, y J. Wajcman (Eds.), *The Handbook of Science and Technology Studies* (3rd ed., pp. 541–565). Cambridge: The MIT Press.
- Pols, J. (2011). Wonderful Webcams: About Active Gazes and Invisible Technologies. *Science, Technology, & Human Values*, 36(4), 451–473. <https://doi.org/10.1177/0162243910366134>
- Pucillo, E.M., Kiernan, E., Shotwell, M.P., y Crossen-Sills, J. (2020). Learning Strategies and Academic Difficulty in Occupational and Physical Therapy Online Education. *Journal of Occupational Therapy Education*, 4(2). <https://doi.org/10.26681/jote.2020.040205>
- Ramsetty, A., y Adams, C. (2020). Impact of the digital divide in the age of COVID-19. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 27(7), 1147–1148. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa078>
- Rivoir, A., Morales, M.J., y Casamayou, A. (2019). Usos y percepciones de las tecnologías digitales en personas mayores. Limitaciones y beneficios para su calidad de vida. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, 36, 295–313. <https://doi.org/10.4206/rev.austral.cienc.soc.2019.n36-15>
- Sayago, S. (2014). El análisis del discurso como técnica de investigación cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales. *Cinta de Moebio*, 49, 1–10. <https://doi.org/10.4067/S0717-554X2014000100001>
- Silva Quiroz, J. (2017). Inserción de TIC en pedagogías del área de las humanidades en una universidad chilena. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 7(2), 110–133. <https://doi.org/10.26864/PCS.v7.n2.6>
- Star, S.L., y Strauss, A. (1999). Layers of Silence, Arenas of Voice: The Ecology of Visible and Invisible Work. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, 8(1), 9–30. <https://doi.org/10.1023/A:1008651105359>
- Taylor, S., y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Barcelona: Editorial Paidós.

- van Deursen, A., y Helsper, E.J. (2015). The Third-Level Digital Divide: Who Benefits Most from Being Online? En L. Robinson, S. R. Cotten, J. Schulz, T. M. Hale, y A. Williams (Eds.), *Studies in Media and Communications* (Vol. 10, pp. 29–52). Emerald Group Publishing Limited.
<https://doi.org/10.1108/S2050-206020150000010002>
- van Deursen, A., y van Dijk, J. (2019). The first-level digital divide shifts from inequalities in physical access to inequalities in material access. *New Media & Society*, 21(2), 354–375.
<https://doi.org/10.1177/1461444818797082>
- WFOT. (2021). *Terapia Ocupacional y Telesalud*. World Federation of Occupational Therapists. <https://www.wfot.org/resources/occupational-therapy-and-telehealth>
- Woloshynowych, M., Rogers, S., Taylor-Adams, S., y Vincent, C. (2005). The investigation and analysis of critical incidents and adverse events in healthcare. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 9(19), 1–143, iii. <https://doi.org/10.3310/hta9190>
- Wood, P. (2017). Overcoming the problem of embedding change in educational organizations: A perspective from Normalization Process Theory. *Management in Education*. <https://doi.org/10.1177/0892020616685286>
- Woolgar, S. (1990). Configuring the User: The Case of Usability Trials. *The Sociological Review*, 38(1_suppl), 58–99. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1990.tb03349.x>