



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA REHABILITACIÓN Y EL MOVIMIENTO LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

ASIGNATURA: DISEÑO DE TRABAJO FINAL

Equipo docente:

Dra. Nabergoi Mariela

Esp. Albino Andrea

Lic. Rossi Luisa

Lic. Itovich Florencia

Lic. Presa Juliana

Lic. Cerri Daniela

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

Caracterización de la producción de conocimiento latinoamericano
de Terapia Ocupacional en unidad de cuidados intensivos
entre los años 2000 y 2020

Año de cursada: 2020

Alumnas:

Bayá Casal Mercedes

D.N.I.: 3804031

email: bayacasalmercedes@gmail.com

Bustinza Maite

D.N.I.: 39184350

email: maitubustinza@gmail.com

Díaz Micaela

D.N.I.: 40254448

email: micaelanahirdiaz@gmail.com

Docente supervisor: Itovich Florencia

Fecha de presentación: Agosto 2021

INDICE

INTRODUCCION

PALABRAS CLAVE	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA CIENTIFICO	4
PREGUNTA DE INVESTIGACION	7
RELEVANCIA Y JUSTIFICACION	7
OBJETIVOS	10

DESARROLLO

MARCO TEORICO	13
METODOLOGIA.....	28
TIPO DE DISEÑO	28
UNIVERSO Y MUESTRAS	30
FUENTE DE DATOS.....	32
INSTRUMENTOS.....	32
MATRIZ DE DATOS	34
ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	40
RESULTADOS	44
CONCLUSIONES	74
BIBLIOGRAFIA	80
ANEXOS.....	86
ANEXO 1: ASPECTOS ETICOS.....	87
ANEXO 2: INSTRUMENTOS	88
ANEXO 3: TABLA DE FRECUENCIAS	90

TEMA

Caracterización de la producción de conocimiento latinoamericano de Terapia Ocupacional en unidad de cuidados intensivos entre los años 2000 y 2020.

PALABRAS CLAVES

Unidad de Cuidados Intensivos, Terapia Ocupacional, Latinoamérica, Producción de Conocimiento.

INTRODUCCION

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA CIENTIFICO

La Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (2012) afirmó que durante la última década, la consideración de las consecuencias a largo plazo de las enfermedades críticas ha cobrado importancia, entre otros motivos debido al creciente aumento de la expectativa de vida y reducción de la mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos. Como consecuencia de esta tendencia, se plantea un nuevo desafío más allá de la supervivencia del paciente: el seguimiento multidisciplinario al alta para la prevención y manejo de las consecuencias de la enfermedad crítica.

El Ministerio de Salud en la Resolución N° 748/2014 define a la Unidad de Cuidados Intensivos como la unidad de internación para pacientes con posibilidad de recuperación parcial o total que requieran para su supervivencia de atención médica y de enfermería en forma constante. Esto incluye pacientes que necesiten soporte actual o potencial inmediato de la función de un órgano vital y/o la necesidad de efectuar procedimientos especiales de monitoreo continuo, diagnóstico y/o terapéuticos que preserven la vida.

Los pacientes de enfermedades críticas internados en UCI experimentan una multitud de problemas que inician allí y continúan después del alta. Según Busico, *et al.*, (2019) las secuelas se pueden resumir en: deterioro potencialmente persistente en la función física (debilidad muscular adquirida en la UCI, retracciones articulares, edema, dolor, movilidad reducida y falta de sensibilidad), alteraciones cognitivas (delirio, funciones ejecutivas, memoria y procesamiento mental) y de la salud mental (depresión, ansiedad y estrés postraumático).

Recientemente el término “Síndrome Post Terapia Intensiva” (SPTI) fue adoptado en la Conferencia de la Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos de EEUU (2012) (SCCM) para describir el deterioro físico, psíquico y mental derivado de la

enfermedad crítica y que persiste más allá de la internación, aplicable tanto a los sobrevivientes (SPTI) como al familiar (SPTI-F), dado que ellos también sufren las consecuencias psíquicas por ser sus cuidadores. En esta conferencia también se señaló la importancia de mejorar las consecuencias derivadas de la enfermedad crítica, reconociendo que aún no existe un plan de intervención ideal para obtener los mejores resultados.

Según Okuma, *et al.*, (2017) la UCI posee una rutina dinámica, intensa y llena de procedimientos invasivos donde no está permitida la constante presencia de acompañantes ni de objetos personales. En la mayoría de las veces, no está respetada la privacidad ni la singularidad del sujeto lo que lleva a una despersonalización y un no dominio sobre el propio cuerpo. Otros factores estresantes que desorganizan al sujeto en este contexto son: falta de orientación del tiempo y espacio, ambiente con muchos ruidos, iluminación artificial, cambios en la rutina diaria, alteración del sueño y dolor u otras molestias.

Por lo tanto, Okuma, *et al.*, (2017) manifiestan que la intervención de la Terapia Ocupacional en la Unidad de Cuidados Intensivos es necesaria para ampliar las miradas hacia los pacientes críticos buscando promover la calidad de vida de estos pacientes durante su internación.

La Terapia Ocupacional (T.O.) es una profesión que interviene utilizando como herramienta y fin principal a la Ocupación. El Terapeuta Ocupacional cuenta con los recursos necesarios para evaluar e intervenir en aquellos aspectos que influyen en el desempeño ocupacional del individuo. Para alcanzarlo satisfactoriamente, es necesario, entre otras cosas, intervenir en la persona, sus ocupaciones y el contexto en que las desempeña (Kielhofner, 2006).

La Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales (2013) afirma que los objetivos de dichos profesionales serán que los pacientes desarrollen destrezas, habilidades, así como también capacidades que posibiliten re-posicionarse ante nuevas situaciones, mejorar su capacidad funcional, calidad de vida y alcanzar el máximo grado de autonomía personal.

De acuerdo con Ferraro, Diaz (2016) la internación en la UCI representa estar sometido a unos riesgos de privación de estímulos sensoriales y aumento de estrés por el cual puede desencadenarse en una alteración en la participación y compromiso de las actividades de la vida diaria. El aislamiento social debido a la internación de la UCI asociado a otros factores inherentes al ambiente puede ocasionar desorientación, razonamiento desorganizado y llegar al mismo delirio.

Okuma, *et al.*, (2017) realizaron un estudio con el propósito de evaluar las principales consecuencias que manifestaban los pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos y se demostró que todos presentaban una alteración en el área motora tales como debilidad muscular, movilidad reducida, dolor, presencia de edema y falta de sensibilidad, independientemente de su género, edad o días de internación. A su vez, estos pacientes demostraron una alteración en la realización de sus actividades de la vida diaria provocando una limitación en aquellas que implican principalmente el autocuidado como la alimentación, higiene, baño y arreglo personal. Por último, se encontró que el área cognitiva estaba alterada mayormente en los pacientes con edad avanzada.

Durante la internación en la UCI, es común que el paciente esté limitado en la cama debido a los diversos procedimientos invasivos que representan barreras para su movilidad. Tal condición asociada a la debilidad global, privada de la interacción social y alteración del sueño sumado a la cultura de una UCI que incentiva el reposo en cama conlleva a un desequilibrio funcional y consecuentemente dependencia para las actividades de la vida diaria, movilidad reducida, pérdida de masa muscular, edema, entre otras complicaciones. En lo que concierne a la memoria, ésta, es afectada por diversos factores en la UCI, como la presencia de delirio, presencia de encefalopatías, uso de medicamentos analgésicos, antibióticos y sedativos. La dinámica de la industria, la propia patología, la alteración de la calidad del sueño, la edad y enfermedades preexistentes que perjudican capacidades cognitivas y psiquiátricas pueden afectar el proceso de la formación de la memoria (Okuma, *et al.*, 2017).

Ares Serna, *et al.*, (2014) expresan que si bien a los terapeutas ocupacionales nos han enseñado las técnicas que se utilizan en estados vegetativos y de mínima conciencia, el primer contacto con paciente no suele ser en unidades de UCI, sino posteriormente cuando el paciente es estabilizado.

A nivel mundial según Celis, *et al.*, (2014) son escasas las investigaciones que respaldan la intervención de Terapia Ocupacional en el paciente crítico. En muchos países, este campo se encuentra aún menos explorado y como consecuencia, existe una carencia de conocimiento formal al respecto.

A raíz de estas problemáticas surge la pregunta que desarrollaremos en este trabajo final integrador:

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son las características de la producción de conocimiento en Latinoamérica de la intervención de la Terapia Ocupacional en una unidad de cuidados intensivos entre los años 2000 y 2020?

RELEVANCIA Y JUSTIFICACION

El Ministerio de Salud en la Resolución N° 748/2014, dentro de la sección de Recursos Humanos, no incluye a la Terapia Ocupacional dentro de las disciplinas que se requieren para formar parte del equipo interdisciplinario para la intervención de pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos, considerando únicamente necesario el abordaje de los médicos, enfermeros y kinesiólogos sobre estos pacientes.

Consideramos que la relevancia teórica de nuestro trabajo de investigación tiene como fin incrementar la producción de conocimiento de Terapia Ocupacional en la Unidad de Cuidados Intensivos desarrollando las principales patologías que se

abordan, las intervenciones de terapia ocupacional sobre las áreas de ocupación, las principales intervenciones en cuanto a los aspectos físicos, cognitivos y sociales, las evaluaciones que se administran, la forma de organización de trabajo del terapeuta ocupacional, el vínculo que desempeña junto a las demás disciplinas, y la duración y frecuencia de las sesiones.

La relevancia práctica se encuentra directamente relacionada con los aportes teóricos de dicho trabajo. La misma espera que los aportes teóricos puedan transformarse en nuevas herramientas, con el objetivo de brindar a la comunidad información sobre distintas intervenciones que aborda el Terapeuta Ocupacional según la necesidad de cada paciente y así mejorar su calidad de vida.

La relevancia social de este trabajo pretende concientizar a la población en general, a las personas internadas en UCI, a sus cuidadores y a sus familias. También, a profesionales de Terapia Ocupacional y disciplinas afines tales como: clínica médica, enfermería, kinesiología, fisioterapia y otras, acerca de las condiciones de un paciente en estado crítico, las posibles intervenciones que pueden llevarse a cabo y las principales patologías abordadas, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas internadas en UCI incrementando el conocimiento de los temas pertinentes.

SUPUESTOS DE LA INVESTIGACION

- 1. Las principales patologías que aborda un terapeuta ocupacional en unidad de cuidados intensivos son patologías neurológicas, patologías cardíacas y patologías respiratorias.
- 2. Las áreas ocupacionales que abordan los terapeutas ocupacionales en los pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos son las actividades básicas de la vida diaria y participación social, éstas se miden bajo diferentes evaluaciones como el FIM y la Escala de Lawton y Brody.
- 3. Las principales intervenciones de terapeutas ocupacionales en unidad de cuidados intensivos son el posicionamiento, la estimulación cognitiva, la estimulación sensorial, la comunicación y el entrenamiento de las actividades de la vida diaria.
- 4. Encontraremos mayor producción de conocimiento de Terapia Ocupacional en Unidad de Cuidados Intensivos de origen brasilero, entre los años 2010 y 2020.
- 5. Las sesiones de Terapia Ocupacional en Unidad de Cuidados Intensivos no superan la media hora de duración y su forma de organización de trabajo es interdisciplinario.

OBJETIVOS

- Caracterizar la producción de conocimiento regional latinoamericano sobre la intervención de terapia ocupacional en la unidad de cuidados intensivos.

OBJETIVO ESPECÍFICO N°1

- ❖ 1. Caracterizar los principales tipos de intervenciones del terapeuta ocupacional en pacientes internados en unidad de cuidados intensivos, en la producción de conocimiento regional latinoamericano.
 - 1. Caracterizar la intervención sobre la estimulación sensorial en pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos.
 - 2. Caracterizar la intervención sobre la comunicación en pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos.
 - 3. Caracterizar la intervención sobre la estimulación cognitiva en pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos.
 - 4. Caracterizar la intervención sobre el posicionamiento en pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos.
 - 5. Caracterizar la intervención sobre el entrenamiento de las actividades de la vida diaria en pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos.
 - 6. Caracterizar la intervención sobre el acompañamiento del familiar en pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos.
 - 7. Caracterizar la intervención sobre la humanización del ambiente en pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos.
 - 8. Caracterizar la intervención sobre el acondicionamiento en pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos.
 - 9. Caracterizar la intervención sobre los ejercicios terapéuticos en pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos.
 - 10. Caracterizar la intervención sobre el uso de ayudas técnicas en pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos.

OBJETIVO ESPECÍFICO N°2

- ❖ 2. Identificar y describir las intervenciones de terapia ocupacional sobre las áreas de ocupación (AVD, AVDI, participación social, descanso y sueño, ocio y tiempo libre, educación, trabajo, juego/esparcimiento) en pacientes internados en unidad de cuidados intensivos, en la producción de conocimiento regional latinoamericano.

OBJETIVO ESPECÍFICO N° 3

- ❖ 3. Identificar y describir las evaluaciones que realiza el terapeuta ocupacional en la unidad de cuidados intensivos, en la producción de conocimiento regional latinoamericano.

OBJETIVO ESPECÍFICO N° 4

- ❖ 4. Identificar las principales patologías que se abordan desde la Terapia Ocupacional en Unidad de Cuidados Intensivos, en la producción de conocimiento regional latinoamericano.

OBJETIVO ESPECÍFICO N°5

- ❖ 5. Identificar la forma de organización de trabajo del terapeuta ocupacional y el vínculo que desempeña junto a las demás disciplinas en la unidad de cuidados intensivos, en la producción de conocimiento regional latinoamericano.

OBJETIVO ESPECÍFICO N°6

- ❖ 6. Identificar la duración y frecuencia de las sesiones de terapia ocupacional en la unidad de cuidados intensivos, en la producción de conocimiento regional latinoamericano

OBJETIVO ESPECÍFICO N°7

- ❖ 7. Identificar el lugar de procedencia, año y tipo de los textos de producción de conocimiento de terapia ocupacional en unidad de cuidados intensivos, en la producción de conocimiento regional latinoamericano

OBJETIVO ESPECÍFICO N°8

- ❖ 8. Explorar las experiencias de Terapistas Ocupacionales en la Unidad de Cuidados Intensivos en relación al rol y actividades que realizan en sus intervenciones, en la producción de conocimiento regional latinoamericano.

DESARROLLO

MARCO TEORICO

La Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) define a la unidad de cuidados intensivos (UCI) como la unidad de internación para pacientes (de cualquier edad) que se encuentran en estado crítico actual o inminente, con posibilidades de recuperación parcial o total, que requieren para su supervivencia de servicios integrales de atención médica y de enfermería en forma permanente y constante, además de equipos e instrumental que aseguren el adecuado control de tratamiento del paciente.

En cuanto a los criterios de ingreso, los principales tipos de patologías que presentan los pacientes en la unidad de cuidados intensivos según la Revista Científica de Investigación Actualización del Mundo de las Ciencias (RECIMUC) (2019) son patologías originadas por accidentes de tránsito, caídas de altura, arrollamientos, accidente automotor, cuadros cardiovasculares, enfermedades cerebrovasculares, entre otras causas de igual impacto médico, las cuales representan causa de muerte en el mundo.

Dentro de estas patologías, Ares Serna, *et al.*, (2014) sostienen que las principales son accidente cerebrovascular (ACV), traumatismo encéfalo craneano (TEC), síndrome de Guillain Barré, complicaciones posquirúrgicas, esclerosis múltiple y otras enfermedades neurológicas degenerativas e infecciosas.

Según Okuma, *et al.*, (2017), una de las mayores partes de la unidad de cuidados intensivos, se caracteriza por presentar pacientes con ventilación mecánica, con uso de sedativos, drogas vasos activos y nivel de conciencia alterado. Sin embargo, pueden presentarse además pacientes con comunicación verbal efectiva capaces para la aplicación de un instrumento como las evaluaciones.

En los pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos son muy frecuentes las alteraciones de la conciencia, trastornos cognitivos, percepción y/o atención, describiéndose como delirium, coma, psicosis, entre otros.

El Manual de Diagnóstico y Estadística de los Desórdenes Mentales (DSM) (2000) define al delirium como la alteración del nivel de conciencia, o alteración cognitiva y/o perceptual (pensamiento desorganizado), de inicio agudo y evolución fluctuante, acompañada de déficit de atención. El delirio puede preceder o suceder a la aparición de estupor y coma. El paciente suele mostrarse con alteración de la memoria, desorientación, agitación, habla confusa e irrelevante o alucinaciones. La capacidad para recibir, procesar, guardar o recordar información está comprometida.

Se pueden distinguir tres tipos de estados distintos de conciencia en los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos según López, Ayuso (2010):

1. Estado Coma: estado de ausencia completa de respuesta, su repertorio conductual consiste únicamente en actividad refleja e indica una alteración del sistema activador reticular ascendente y de la corteza cerebral.
2. Estado Vegetativo: sigue a un periodo de coma, se define como una condición clínica de completa inconsciencia de uno mismo y del medio acompañada de la presencia de ciclos de vigilia-sueño con preservación parcial o completa de las funciones autonómicas del tronco encefálico y del hipotálamo. No muestran evidencia alguna de respuesta conductual sostenida, reproducible, con propósito o voluntaria hacia estímulos visuales, auditivos, táctiles o nocivos.
3. Estado de mínima conciencia: condición de conciencia severamente alterada, en la que se muestra una evidencia conductual mínima, pero claramente perceptible de sí mismo o del entorno.

La Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (2019) sostiene que la población de pacientes tratados en la Unidad de Cuidados Intensivos presentan varios factores de vulnerabilidad y precipitantes para el desarrollo de delirium. Datos actuales

sugieren que aproximadamente un tercio de pacientes sobrevivientes de UCI desarrollan o persisten con deterioro cognitivo al alta.

Según Okuma, *et al.*, (2017) las consecuencias de la estadía en la unidad de cuidados intensivos son en origen heterogéneas, como consecuencia de los diferentes motivos de ingreso a la unidad, comorbilidades y eventos sufridos durante la internación. Estas pueden causar distintos grados de discapacidad, dependiendo de la susceptibilidad individual, edad, características personales y cuidados brindados durante el evento crítico. Se describen, entre otros, nuevos deterioros de la función cardíaca, pulmonar y renal que no son rutinariamente evaluados, trastornos físicos y funcionales como neuropatía, miopatía, atrofia por desuso y debilidad muscular, osificaciones heterotópicas que resultan en incapacidad para movilizarse, parestesias y trastornos sensoriales, desnutrición y pérdida de peso, dolor, disfagia y problemas “cosméticos” como nuevas cicatrices y alopecia.

El equipo rehabilitador va a intervenir en diferentes aspectos del cuidado del paciente hospitalizado en UCI. Ares Serna, *et al.*, (2014) mencionan que las complicaciones generales con las que se enfrentan estos tipos de pacientes suelen ser:

- Lesiones de hombro y síndromes dolorosos.
- Espasticidad y contracturas.
- Disfagia y alteraciones en la alimentación
- Complicaciones respiratorias
- Déficit sensorio motor y pérdida del movimiento
- Alteraciones del nivel de conciencia-déficit cognitivo, emocional y del lenguaje

En un primer momento todos los esfuerzos en las unidades de cuidados intensivos se centran en que los signos vitales del paciente se estabilicen. Una vez logrado esto, Ares Serna, *et al.*, (2014) manifiestan qué se suele evaluar otros aspectos del paciente para abordar las complicaciones generales que presentan en su internación. Para ello se utilizan algunas de las siguientes evaluaciones administradas por diferentes profesionales para identificar el grado de alteración

como la Escala de Glasgow, Escala de Ashworth, Mini Mental Test, JFK JOHNSON, entre otras.

La escala de Glasgow fue creada por Graham Teasdale y Bryan Jennett, en el año 1974. Su objetivo era el de proporcionar un método simple y fiable de registro y monitorización del nivel de conciencia en pacientes con traumatismo craneoencefálico. Tres años más tarde, Jennett y Teasdale asignaron un valor numérico a la apertura ocular, la respuesta motora y verbal del paciente. Esta evaluación es una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona (Elsevier, 2020).

Agreda, Bedoya (2005) sostienen que la escala de Ashworth, también denominada escala de espasticidad de Ashworth, es un instrumento diagnóstico utilizado para medir el tono y la espasticidad muscular, es decir, la capacidad que tienen los músculos para mantenerse ligeramente contraídos.

En 1975, Folstein y Mc Hung elaboran el Mini Mental State con la idea de proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental. Hoy en día se utiliza sobre todo para detectar y evaluar la progresión de trastornos cognitivos asociados a enfermedades neurodegenerativas como la demencia de tipo Alzheimer. Se trata de una sencilla escala estructurada que evalúa funciones como memoria, orientación, cálculo, juicio, solución de problemas, comprensión, percepción y aprendizaje, que no requiere más de cinco a diez minutos para su administración. Nos indica si un paciente se acerca o no a lo que denominamos demencia (pérdida de las funciones adquiridas) (De Mentral, 2010).

Otra de las evaluaciones mencionadas es la JFK Jhonson, es una escala de recuperación del coma, desarrollada por el Instituto RHB JFK (New Jersey) para monitorear la mínima respuesta en pacientes adultos y adolescentes con lesión cerebral en recuperación, y evaluar eficacia de medicamentos y rehabilitación. La misma, evalúa las funciones motoras, auditiva, visual, verbal, oral, motora, comunicación y funciones del despertar (Koike, 2011).

La Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (2019) afirma que dentro de la evaluación inicial se contemplarán conceptos seleccionados de la historia clínica como la edad, el diagnóstico médico y antecedentes de la enfermedad. Además será importante registrar el estado de conciencia y la orientación en tiempo, espacio y persona; la actitud postural, el modo de ventilación del paciente, los signos vitales, valores de fuerza en los miembros, tono muscular, rango de movimiento articular, tipo de comunicación, sensibilidad, praxis, nivel de desempeño ocupacional previo y actual, actividades de interés, y cuál es su medio continente/familiar.

Una vez realizada la evaluación mencionan que se jerarquizan los problemas encontrados en la unidad de cuidados intensivos y se busca definir los ejes de abordaje. Algunos de los principales pueden ser:

- Regulación ambiental de estímulos
- Estructuras y funciones corporales
- Control motor en pacientes con trastornos neurológicos
- Nivel cognitivo
- Actividades de la vida diaria y actividades significativas

Una vez establecidos los ejes de abordaje se buscan diferentes estrategias de intervención en una unidad de cuidados intensivos como:

- Métodos preparatorios: (ejercicios y movilizaciones para mejorar el rango de movimiento activo y pasivo; ejercicios de fortalecimiento de segmentos y praxias; posicionamiento con férula y equipamiento blando; estimulación multisensorial en pacientes con estado de mínima conciencia, vegetativo o coma; aplicación de técnicas sensorio motoras).
- Uso de actividades con propósito (higiene y arreglo personal; alimentación; movilidad funcional; vestimenta).

En cuanto a la duración y frecuencia de las sesiones, la SATI (2019) sostiene que lo ideal de este tipo de pacientes es la intervención diaria. El promedio de tiempo de intervención por sesión es de 15 a 20 minutos con duración variable que dependerá de las posibilidades que ofrezca el cuadro clínico del paciente y o las situaciones

imponderables tales como visitas de otros profesionales, intervenciones de urgencia o estudios del día.

La identificación de las necesidades del individuo es necesaria para comprender quién es el sujeto a ser atendido, qué áreas ocupacionales desempeña, cuál es su historia de vida, en qué contexto está insertado, cuál es su estado de salud actual, entre otros aspectos relevantes. La Terapia Ocupacional es una profesión que valora los aspectos relacionados a la ocupación humana, en el compromiso de las actividades diarias y en el hacer significativo del sujeto (Okuma, *et al.*, 2017).

La Terapia Ocupacional es una profesión que interviene utilizando como herramienta y fin principal la Ocupación. El Terapeuta Ocupacional cuenta con los recursos necesarios para evaluar e intervenir en aquellos aspectos que influyen en el desempeño ocupacional del individuo. Para alcanzarlo satisfactoriamente, es necesario, entre otras cosas, intervenir en la persona, sus ocupaciones y el contexto en que las desempeña (Kielhofner, 2006).

El contexto en el cual la persona realiza sus ocupaciones, definido como la variedad de elementos que están dentro y en torno al cliente, influye de gran manera en el nivel de participación de la persona en una actividad determinada (AOTA, 2014).

La terapia ocupacional, basada en su integralidad, no solo responde a exigencias del medio en salud, sino que lleva su intervención a las necesidades y objetivos de cada persona, lo cual refleja las posibilidades de atención en la UCI, según el tipo de patologías presentadas, el medio que lo rodea, las necesidades específicas, la atención de familias, entre otros (Chaparro, *et al.*, 2016).

El Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional (2008), define las 8 áreas ocupacionales por las cuales el Terapeuta Ocupacional intervendrá en la práctica.

1. AVD: Dentro de las llamadas actividades de la vida diaria, se encuentran las tareas de bañado/duchado, el cuidado del intestino y vejiga, vestirse, comer, alimentarse, moverse funcionalmente, cuidar los dispositivos de atención

personal, higiene y arreglo personal, la actividad sexual, y el aseo e higiene en el inodoro.

2. AIDV: Las actividades instrumentales de la vida diaria son actividades de apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad que a menudo requieren más interacciones complejas de las utilizadas en las actividades de autocuidado utilizadas en las AVD. Dentro de ellas se encuentran el cuidado de otros, el cuidado de mascotas, facilitar la crianza de niños, gestión de la comunicación, movilidad en la comunidad, manejo de finanzas, manejo y mantenimiento de la salud, establecimiento y manejo del hogar, preparación de la comida y la limpieza, práctica de la religión, mantener la seguridad y responder ante una emergencia, realizar compras.
3. DESCANSO Y SUEÑO: Incluye las actividades relacionadas con obtener el sueño y un descanso restaurador que apoye la participación activa en otras áreas de ocupación. Dentro de ellas se encuentran las tareas de descansar, dormir, y prepararse para y participar en el sueño.
4. EDUCACIÓN: Incluye las actividades necesarias para el aprendizaje y la participación en el ambiente. De ellas forman parte la participación en la educación formal y la participación en la educación personal informal.
5. TRABAJO: Incluye las actividades necesarias para participar en un empleo remunerado o en actividades de voluntariado, como por ejemplo los Intereses y actividades para la búsqueda de empleo, la búsqueda y adquisición de empleo, el rendimiento en el trabajo / empleo, la preparación y ajuste para la jubilación / retiro, la exploración para el voluntariado, y la participación como voluntariado.
6. JUEGO: Cualquier actividad organizada o espontánea que proporcione disfrute, entretenimiento o diversión. Dentro de ellas encontramos la exploración del juego, y la participación en el juego.
7. OCIO Y TIEMPO LIBRE: Una actividad no obligatoria que está intrínsecamente motivada y en la cual se participa durante un tiempo discrecional o libre, es decir, un tiempo no comprometido con ocupaciones obligatorias tales como trabajo, cuidado propio o dormir. Dentro de ella se encuentran la exploración del ocio y la participación en el ocio.

8. PARTICIPACIÓN SOCIAL: Forman los patrones de comportamiento organizados que son característicos y esperados de un individuo o de una posición determinada dentro de un sistema social, como por ejemplo la participación en la comunidad, participación en la familia, y participación con amigos y compañeros.

Según Hammond (2004) el rol del terapeuta ocupacional es brindar herramientas al paciente para que pueda desarrollar y/o recuperar habilidades que son necesarias para el desempeño en las distintas ocupaciones. El objetivo es ayudar a mejorar la calidad de vida y aumentar el grado de independencia para que las personas puedan participar activamente en sus actividades diarias.

Según Okuma, *et al.*, (2017), por tratarse de ser un sector en el cual el paciente se encuentra en estado crítico, en la UCI son necesarios instrumentos/evaluaciones que permitan medir objetivamente la capacidad del paciente en desenvolverse en tareas básicas de movilidad y de comprensión. Así, la construcción del guía de evaluación fue basada en medidas estandarizadas como la Medida de Independencia Funcional (MIF), Confusional Assessment Method in Intensive Care Unit (CAM – ICU), Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS), Escala de Coma de Glasgow (ECG) e Intensive Care Unit Mobility Scale (IMS).

La Medida de Independencia Funcional es el instrumento más ampliamente aceptado como medida de funcionalidad en el ámbito de la rehabilitación y en la medición de la capacidad global del paciente ingresado en rehabilitación. Discrimina pacientes según edad, comorbilidad y destino al alta. Este instrumento verifica el desempeño del individuo en la realización de 18 tareas que son: tareas motoras: alimentación, higiene personal, bañarse, vestirse la mitad superior e inferior, uso del baño, control de esfínteres de orina y heces, transferencias de la cama a la silla y / o silla de ruedas, transferencias. Por otro lado el aseo y traslado al baño, locomoción mediante marcha o silla de ruedas, uso de escaleras. Además las tareas cognitivas incluyen la comunicación, expresión, interacción social, resolución de problemas y memoria. Cada actividad se puede clasificar en una escala de grados de dependencia en siete niveles (1 - dependencia total; 2 - dependencia máxima; 3 -

dependencia moderada; 4 - dependencia mínima; 5 - supervisión, estímulo o preparación; 6 - independencia modificada; y 7 - completa independencia). La puntuación oscila entre 18 a 126, mostrando, entonces, el nivel funcional que se encuentra el paciente en relación a las tareas evaluadas, y cuanto mayor es la puntuación, mayor es el nivel de independencia del paciente (Silva, *et al.*, 2019)

Por lo tanto, en la UCI, la Terapia Ocupacional aplica la evaluación Medida de Independencia Funcional (FIM) en dos etapas:

1. Etapa 1: Realizada durante el ingreso del paciente a la UCI, con el objetivo de evaluar su estado de independencia previo a la hospitalización.
2. Etapa 2: re-evaluación posterior a la UCI. Las recolecciones se realizan a través de entrevistas con el paciente, si tiene un nivel de conciencia y comprensión para responder, o con su tutor, cuando el paciente no presentaba condiciones físicas y mentales.

Okuma, *et al.*, (2017) menciona que el razonamiento clínico en Terapia Ocupacional es realizado a partir de la construcción de una narrativa con base en la historia clínica del paciente, destacando sus particularidades de forma que se lo valora como un ser único. Por lo tanto, el profesional, en el curso de sus evaluaciones, atenciones y vivencias en conjunto con el paciente, deberá tener en cuenta a los acontecimientos a fin de establecer conexiones entre los datos observados e información obtenida para entonces posibilitar que el sujeto produzca nuevos significados y experiencias.

Fisher (2013) describe al razonamiento y accionar del terapeuta ocupacional como la ocupación centrada en la práctica donde se adopta una perspectiva específica de la profesión, una visión del mundo ocupacional, y qué significa ser un ser ocupacional.

Y puede distinguir dos tipos de actividades:

- *Las actividades enfocadas en la ocupación* describen aquella práctica que tiene como enfoque próximo (es decir, inmediato) de la evaluación o la intención próxima de la intervención a la ocupación. Para mejorar el desempeño de las tareas de la vida diaria que son relevantes para la persona, el enfoque próximo de la intervención es la ocupación.

- *Las actividades basadas en la ocupación* describen aquella práctica en la que la realización de una ocupación es el ingrediente principal de la evaluación, intervención y la medida de resultados. Se desarrolla cuando la persona realiza una ocupación. La evaluación mide la calidad del desempeño de la ocupación. La intervención puede adaptar/cambiar la forma en que la persona realiza su ocupación incrementando su desempeño ocupacional.

Según Okuma, *et al.*, (2017) las posibilidades de la intervención de terapia ocupacional en la unidad de cuidados intensivos son amplias, donde el profesional puede asistir en todos los pacientes internados, siempre atento a su cuadro clínico, parámetros hemodinámicos, limitaciones del paciente de forma que garantiza su seguridad y preservación de la vida, también estimulando sus potencialidades.

El trabajo en equipo en la UCI está orientado hacia una misma meta en común para la preservación, seguridad y calidad de vida para el paciente. Valverde, *et al.*, (2010) mencionan que el mismo constituye una forma de abordar problemas que requieren de una dinámica especial, caracterizada por la acción combinada de varias personas poseedoras de conocimientos particulares que se articulan en un proceso de trabajo tendiente a la ejecución de tareas para alcanzar una meta u objetivo. La constitución de un equipo de trabajo depende de las características del problema o situación tratada. La participación de los integrantes es asimismo dependiente de las características del problema o situación que se evidencian en el proceso de trabajo. Se pueden clasificar en:

- *Interdisciplinaria*: permite a los miembros del grupo un aprendizaje y un conocimiento totalizador que relaciona la comprensión horizontal; es decir el proceso del grupo con respecto a la tarea y su dinámica propia, y la comprensión vertical, o sea la historia de cada individuo.
- *Multidisciplinaria*: sumatoria de disciplinas que no se interpenetran, sino que están yuxtapuestas.
- *Transdisciplinaria*: cada miembro debe estar consciente de que es poseedor de conocimientos propios que otros no tienen y que él puede y debe compartir. Esto es lo que posibilita una acción procesal educativa

indispensable a lo interno del equipo y la retroalimentación fomentación necesaria para el desempeño de roles y ejecución de la tarea.

Barbosa, Reis, (2015) sostienen la importancia del papel de la Terapia Ocupacional en las UCI, especialmente como parte del equipo multidisciplinario de rehabilitación temprana. La TO puede incluir en sus objetivos terapéuticos la estimulación motora, cognitivas, sensorial, psicológica y social individuales en la UCI de acuerdo a sus necesidades, favoreciendo la reducción del tiempo de recuperación y las secuelas debido a la enfermedad y/o adquirida durante la estancia en la UCI.

Doiron, *et al.*, (2018) sostienen que las intervenciones tempranas, como las movilizaciones pasivas y activas (activo-asistidas) pueden disminuir el impacto de las secuelas de una enfermedad crítica, para mejorar la función física o el rendimiento, fuerza muscular y calidad de vida relacionada con la salud, entre otras.

Los tipos de intervenciones de Terapia Ocupacional aplicadas a pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos, según Silva, *et al.*, (2019) son:

1. La *estimulación multisensorial* tiene como objetivo aumentar la condición de alerta y minimizar la privación sensorial, por ejemplo aplicando estímulos al paciente a través de diferentes canales sensoriales; asistirlo en la ventilación mecánica y manteniéndose alerta.
2. La *comunicación*, que se centra en facilitar la comunicación entre los pacientes y sus familiares. Esto puede darse a través del uso de un tablero o recursos de comunicación alternativos como la adaptación para la escritura y los signos corporales o faciales.
3. La *estimulación cognitiva*, que trabaja en mantener o mejorar las funciones cerebrales. Esto puede trabajarse a través del uso de actividades destinadas a estimular las funciones mentales, como la orientación, la atención, la memoria, el cálculo, la resolución de problemas, la practicidad, el lenguaje y la percepción visual, basándose en el repertorio y habilidades cognitivas de cada paciente.
4. El *posicionamiento*, que trabaja en prevenir posiciones viciosas, y evitar la pérdida de amplitud de los movimientos. Esto puede darse a través del uso

de equipos para un posicionamiento cómodo y elementos de apoyo para la protección de las articulaciones, reducción de dolor, control de edemas, prevención de lesiones por presión y prevención de la pata de caballo.

5. Los *ejercicios terapéuticos*, que se encargan de mejorar las funciones físicas, mantener y recuperar funciones activas y fuerza en MMS, mediante ejercicios, movilización asistida / activa pasiva / activa, descarga de peso, resistencia y equilibrio.
6. El *entrenamiento de las AVD* mantiene y recuperando la independencia funcional. Esto se trabaja mediante promover la independencia para realizar actividades como higiene, aseo y alimentación. Además, mantiene el nivel de independencia funcional, de modo que el sujeto es el protagonista de las acciones.
7. El *acompañamiento familiar*, promoviendo la interacción entre los pacientes y sus familiares promoviendo la interacción familiar con el paciente durante las horas de visita.
8. La *humanización del ambiente*, promoviendo un ambiente más humanizado, y rescatando las actividades más significativas para el paciente. Esto se trabaja a través de lineamientos generales, reflexiones, y actividades de interés.

La Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (2019) sostiene que la internación en hospitales es un ambiente intimidante tanto para el paciente como para su familia, por lo cual resalta la importancia de la intervención desde Terapia Ocupacional para desarrollar destrezas interpersonales con el paciente y así lograr mecanismos positivos de adaptación que en este periodo que le toca atravesar. Las características ambientales generadoras de stress más citadas por los pacientes son:

- las habitaciones compartidas
- la imposibilidad de la presencia continua de la familia o cuidador en el tiempo y en la forma que se desea
- la presencia de diversidad de profesionales y/o alumnos donde el paciente es evaluado en varias oportunidades interrumpiendo su descanso
- la realización de múltiples procedimientos a ellos o compañeros de habitación

- el vivenciar o experimentar diversos grados de sufrimiento
- la posibilidad de muerte
- la contaminación ambiental ya que las luces se encuentran prendidas la mayor parte del día, al igual que la cantidad de aparatología que observa el paciente; los ruidos del equipamiento, de profesionales y visitas; los olores varios, propios y ajenos.

Según Ares Serna, *et al.*, (2014), sostienen que las actividades de la vida diaria básicas en pacientes internados en UCI, se realizan en colaboración con la familia o con el cuidador principal. Las actividades en las que suele intervenir el terapeuta ocupacional principalmente son las actividades básicas de la vida diaria como la alimentación, higiene personal, aseo y vestimenta.

La Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (2019) sostiene que el ambiente durante una internación tiene un gran impacto sobre el paciente y su familia. Sabemos que es un ambiente restrictivo, impersonal, que fomenta sentimientos de desamparo y de dependencia. Por lo que se cree que mediante actividades propositivas y estimulación controlada, se previene el deterioro de las funciones cognitivas, disminuyendo la posibilidad de inicio de delirium.

López, Ayuso (2010) afirman que los familiares de los pacientes que están ingresados en UCI tienen la necesidad de colaborar en su cuidado pero no se sienten lo suficientemente capacitados o no sabrían cómo manejarlos.

El Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (2014) define a la educación como la transmisión de conocimientos e información acerca de la ocupación, salud, bienestar, y participación.

Es por esto que Rodríguez, Pérez (2007) señalan la importancia de hablar con ellos directamente y con franqueza, pedir permiso y colaboración con el personal de enfermería de la unidad. La familia está autorizada a pasar varias veces al día pero pocos minutos, el resto de las horas se pasan entre la incertidumbre y la

desesperanza. El hecho de poder cuidarlos les da una visión un poco más realista de la situación.

Por otro lado, Okuma, *et al.*, (2017) señala otra contribución del terapeuta ocupacional es con relación a la tecnologías asistidas, a partir del uso de las placas de comunicación alternativas, sólo de adaptaciones para realizaciones de actividades, donde el profesional está apto a orientar y viabilizar tales dispositivos que facilitan el desempeño en las actividades, garantizando la seguridad y confort del paciente generando a su vez un impacto positivo en el restablecimiento de su estado funcional.

Según Dorda, *et al.*, (2001), la ayuda técnica hace referencia al utensilio o artefacto (objeto físico) diseñado para compensar una deficiencia o discapacidad. A este efecto, este objeto físico actuará, bien sustituyendo una función o sensorización carecida por el sujeto; bien potenciando los restos de la misma en orden a la realización de una tarea determinada. Se clasifican de la siguiente manera:

- *De No tecnología:* Son aquellas que incorporan usos especiales de métodos y objetos de uso común.
- *De Baja Tecnología:* Las que utilizan adaptaciones de herramientas simples ya existentes.
- *De Media Tecnología:* Se incluyen, aquí, productos y equipos de cierta complejidad tecnológica y de desarrollo dedicado o especial.
- *De Alta Tecnología:* Incorporan productos y equipos de gran complejidad tecnológica, principalmente basados en las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, Robótica, Ingeniería Biomédica.

Por otro lado, Lanás (2013) se nombra al terapeuta ocupacional haciendo referencia a las ayudas técnicas, entendidas como las relacionadas a ferulaje o técnica ortésica y la tecnología de asistencia. Se encargan a los terapeutas el diseño de férulas y otros dispositivos para mantener la consistencia y estabilidad articular. Proponen la intervención enfocada al entablillado, y órtesis enfocada a la posición pasiva de los segmentos corporales superiores. Después, se refuerza esta

tendencia, de modo que designan al terapeuta en la fabricación de férulas enfocadas al miembro superior y su movilidad.

Los servicios de tecnología incluyen la ayuda directamente a una persona con discapacidad en la selección, adquisición o uso de tecnología asistiva. Dentro de las etapas que el terapeuta ocupacional presta servicio, se encuentran: la evaluación de las necesidades y capacidades del individuo, selección de artículos de tecnología asistida de acuerdo a las necesidades del individuo, adquisición, capacitación y/o entrenamiento de la misma (Bain, 2005).

El ser humano es un ser activo por naturaleza que ocupa su tiempo en actividades encaminadas a responder sus necesidades y deseos. Las personas se realizan a través de sus ocupaciones en interacción constante con el ambiente, de ahí la importancia de la realización de actividades que sean significativas y gratificantes para ellas. La salud y la ocupación están vinculadas porque la pérdida de salud disminuye la capacidad para comprometerse en la actividad. En este caso deberemos de adaptar la actividad teniendo en cuenta las características individuales de cada caso, y el ambiente circundante (Lanas, 2013)

La intervención de TO puede contribuir a minimizar los efectos deteriorados debido a la hospitalización, tales como presencia de edema, debilidad generalizada, movilidad reducida, desorientación, confusión mental temporal, la mejora y estimulación de la participación con independencia y autonomía de AVD. Tales posibles intervenciones pueden favorecer la mejora funcional del sujeto dentro de la UCI, mejor compromiso y apropiación de su condición de salud y tratamiento, internación más breve en la UCI, reducción de la tasa de mortalidad (Okuma, *et al.*, 2017).

La identificación de las necesidades y alteraciones del paciente internado viabiliza la dirección del profesional de TO para la elaboración de los objetivos del tratamiento y así beneficiar directamente al sujeto internado e indirectamente al equipo de la UCI, el ambiente y el hospital (Okuma, *et al.*, 2017).

METODOLOGIA

TIPO DE DISEÑO

El enfoque metodológico utilizado en este diseño es mixto pero principalmente cualitativo ya que el objetivo es caracterizar y analizar las intervenciones que realiza el terapeuta ocupacional e identificar su rol en la unidad de cuidados intensivos contribuyendo a la producción de conocimiento de TO en esta área específica.

Según Sampieri (2004), el enfoque cualitativo lo que nos modela es un proceso inductivo contextualizado en un ambiente natural, esto se debe a que en la recolección de datos se establece una estrecha relación entre los participantes de la investigación sustrayendo sus experiencias e ideologías en detrimento del empleo de un instrumento de medición predeterminado. Este enfoque se caracteriza también por la no completa conceptualización de las preguntas de investigación y por la no reducción a números de las conclusiones extraídas de los datos, además busca sobre todo la dispersión de la información en contraste con el enfoque cuantitativo que busca delimitarla. Con el enfoque cualitativo se tiene una gran amplitud de ideas e interpretaciones que enriquecen el fin de la investigación. El alcance final del estudio cualitativo consiste en comprender un fenómeno social complejo, más allá de medir las variables involucradas, se busca entenderlo.

Por otro lado, hablamos también qué se trata de un enfoque cuantitativo al analizar las variables como tipo de patología qué aborda, frecuencia y tiempo de duración de la sesión, año, lugar y tipo de texto. Según Pawlowicz y Bottinelli (2003) un diseño cuantitativo suscribe al uso de metodologías cuantitativas, siendo de carácter objetivo, en tanto se busca la neutralidad como ideal. Se reproduce una realidad acotada en un diseño basado en la realidad, la comprobación, la confirmación y la predicción. Este diseño es fiable, ya que presenta datos sólidos, controlables, medibles y repetibles.

Se trata de un diseño de tipo exploratorio y descriptivo ya que se busca profundizar en la caracterización de la producción de conocimiento de TO en esta área

específica. Según Ynoub (2014) la investigación descriptiva está orientada a describir el comportamiento de variables, y/o identificar tipos o pautas características resultantes de las combinaciones de valores entre varias de ellas.

En función del movimiento del objeto de estudio en el tiempo, se trata de un diseño transversal, ya que los datos se recolectan en un único momento o tiempo. El propósito es la descripción de las variables, analizando la interrelación de las mismas en un momento particular (Sampieri 2004). En este caso, los datos se recolectaron durante el proceso de rastreo del arte.

Según la temporalidad de los datos, este estudio será de tipo prospectivo, ya que los datos se obtendrán durante el proceso de investigación, obteniendo la información acerca de los hechos estudiados que fueron anteriores y posteriores al inicio del estudio. Dichos datos se recolectarán a través de la búsqueda bibliográfica correspondiente, y las entrevistas realizadas.

Según la posición del investigador, se trata de un diseño observacional y no experimental. Según Sampieri (2004), estos diseños son aquellos en los que se busca “observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos” “no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador”. En el presente trabajo de investigación no se intervino sobre las variables, sino que el objetivo fue estudiar las características ya dadas de los datos bibliográficos acerca de la intervención de la Terapia Ocupacional en Unidad de Cuidados Intensivos.

Según el tipo de trabajo a realizar, es de tipo combinado ya que incluye un recorrido bibliográfico de todos los textos latinoamericanos publicados entre 2000 y 2020 y a su vez el trabajo de campo dado por las entrevistas a los colegas con fin de caracterizar la intervención sobre esta área específica de investigación a través de ambos.

UNIVERSO Y MUESTRAS

El universo de la investigación está conformado por todos los textos relacionados con la producción de conocimiento regional latinoamericano de Terapia Ocupacional en unidad de cuidados intensivos y todas las experiencias de terapeutas ocupacionales latinoamericanos que caracterizan la producción de conocimiento regional de Terapia Ocupacional en la unidad de cuidados intensivos entre los años 2000 y 2020.

Los criterios de inclusión para los textos (UA1) que se determinan son:

- Publicación entre los años 2000 y 2020.
- De origen Latinoamericano.
- Textos que abordan la intervención de Terapia Ocupacional en Unidad de Cuidados Intensivos.

Los criterios de exclusión para los textos (UA1) son:

- Textos que mencionan sin desarrollar la intervención de Terapia Ocupacional.
- Textos que no provengan de sitios confiables.

Los criterios de inclusión para las entrevistas (UA2) que se determinan son:

- De origen Latinoamericano.
- Experiencias de Terapeutas Ocupacionales en Unidad de Cuidados Intensivos.
- Experiencia entre los años 2000 y 2020.

Los criterios de exclusión para las entrevistas (UA2) son:

- Terapeutas Ocupacionales que hayan intervenido con pacientes internados en UCI durante un tiempo menor a 3 meses.

Las muestras estuvieron constituidas por 10 textos regionales latinoamericanos y 2 experiencias de terapeutas ocupacionales que evidenciaban alguna participación en el área específica y objeto de la investigación durante el 2000 y 2020. Estas muestras fueron escogidas por su aporte significativo.

Para los textos regionales hemos buscado en Bibliotecas como la AATO, UNSAM, UNQ, UBA. También en repositorios universitarios y en publicaciones científicas como la Revista Argentina de Terapia Ocupacional (RATO), Revista chilena de Terapia Ocupacional (RCHTO). Nuestra búsqueda también continuó en las páginas web SCIELO, SCHOLAR.GOOGLE.ES entre otras. Para realizar esta búsqueda hemos utilizado palabras clave como “Terapia ocupacional”, “Intervención”, y “Unidad de cuidados intensivos”. Por otro lado, para contactarnos con los Terapistas Ocupacionales que se desempeñan en Unidad de Cuidados Intensivos hemos recibido recomendaciones y sugerencias de colegas de Profesionales de Salud.

FUENTE DE DATOS

Las fuentes seleccionadas para la realización del trabajo de investigación han sido fuentes primarias, dado que se trata de datos a los que se accedió por medio del instrumento; esto significa que son datos generados por los investigadores. A partir de la creación de instrumentos propios y fichajes, se tomaron, analizaron y confeccionaron datos obtenidos por el contacto de terapeutas ocupacionales y bibliografía que caracterizan la producción de conocimiento de TO en UCI.

Teniendo en cuenta los criterios para la selección de las fuentes propuestos por Samaja (2002), dichas fuentes se seleccionaron teniendo en cuenta la calidad y la riqueza de los datos que podían proporcionar. Esto significa, que las fuentes elegidas fueron las que mejor pudo reflejar la realidad que se estudia. En nuestro trabajo final integrador ello ha sido fundamental dado que nos referíamos a la intervención en sí misma de los terapeutas ocupacionales respecto a esta área específica. Esto significa que ellos en primera persona nos pudieron brindar esta información a través de las entrevistas y además del análisis de los datos brindados por los textos seleccionados.

A los criterios de selección de las fuentes previamente mencionadas añadimos la economía y la oportunidad; esto es que la fuente seleccionada produjo datos de costo accesible a la investigación y velocidad para obtenerla.

INSTRUMENTOS

Como menciona Bottinelli (2007) el instrumento incluye la explicitación de la aplicación de técnicas y herramientas pertinentes, para obtener información confiable, válida, precisa, así como las formas de registro y las fuentes de datos a las que se accedió para obtenerlos. Deben describirse los procedimientos y tratamientos dados a los datos obtenidos por la aplicación de los instrumentos, así como las pruebas estadísticas utilizadas, que justifiquen su validez interna y externa. Para la recolección de los datos se confeccionaron tres instrumentos de observación que permitieron, a través de la lectura y análisis de la fuente primaria,

caracterizar y explorar los datos relevantes de cada una de las unidades de análisis de nuestro trabajo.

Para esto se diseñó el instrumento N°1 “PLANILLA DE CARACTERIZACIÓN” el cual permite describir y caracterizar los ejes de análisis como tipo de intervención, tipo de evaluación y áreas de ocupación que aborda el TO en UCI. En esta planilla se indicó si aparece o no en los textos analizados el tipo de intervención que realiza, las áreas de ocupación que aborda, las evaluaciones que realiza y cómo lo lleva a cabo.

Por otra parte, se creó el instrumento N°2 “GRILLA DE OBSERVACIÓN” el cual permite recolectar información correspondiente a las variables como patologías abordadas, forma de trabajo en equipo, duración y frecuencia de la sesión, año, tipo y lugar de procedencia del texto.

Por último, se confeccionó el instrumento N°3 “CUESTIONARIO DE ENTREVISTA” mediante el cual se detalla en primera persona las características relevantes para cada variable que presenta la segunda unidad de análisis. Se trata de una entrevista semi estructurada en la cual se realiza una serie de preguntas abiertas donde cada profesional dará a conocer sus respuestas en base a su propia experiencia.

En el caso de los textos, se realiza un fichaje de cada uno de ellos utilizando los instrumentos N°1 y 2. Los modelos de instrumentos se encuentran en el apartado “Anexos”.

MATRIZ DE DATOS

UNIDAD DE ANÁLISIS 1:

La unidad de análisis está determinada por cada uno de los textos latinoamericanos que describa la intervención de Terapia ocupacional en unidad de cuidados intensivos entre los años 2000 y 2020.

EJES DE ANÁLISIS Y VARIABLES:

→ Ejes de Análisis 1. Características de la intervención realizada por el TO en UCI.

R:

- Estimulación multisensorial
- Comunicación
- Estimulación cognitiva
- Posicionamiento
- Ejercicios terapéuticos
- Entrenamiento de AVD
- Acompañamiento familiar
- Humanización del ambiente
- Uso de ayudas técnicas
- Otro: ¿cuál?

I: Considerar si los conceptos son mencionados o no. En caso de que sea “otro” indicar de qué concepto se trata. En caso de que sean mencionados desarrollar: ¿de qué manera caracteriza el texto el concepto?

→ Eje de análisis 2. Área de ocupación en la que interviene el TO en UCI.

R:

- Actividades de la vida diaria
- Actividades instrumentales de la vida diaria
- Descanso y sueño
- Participación Social
- Ocio y tiempo libre
- Juego
- Educación
- Trabajo
- No específica

I: Considerar si el texto hace referencia sobre alguna área de ocupación intervenida por el TO o no. De ser así, desarrollar a cual corresponde y qué expresa el texto sobre el área.

→ Eje de análisis 3. Evaluaciones que realiza el TO en UCI

R:

- Evaluación estandarizada
- Evaluación no estandarizada
- Entrevista al paciente
- Entrevista al familiar
- Observación clínica
- No específica
- Otra: ¿cuál?

I: Considerar si el texto hace referencia a evaluaciones administradas por Terapia Ocupacional. De ser así, desarrollar qué evaluaciones administra y que menciona el texto en relación a las mismas.

→ Variable 1. Patologías abordadas por el TO en UCI.

R:

- Patologías respiratorias
- Patologías cardiovasculares
- Patologías del sistema nervioso
- Intoxicaciones y sobredosis
- Patologías gastrointestinales
- Patologías renales y endocrino-metabólicas
- Patologías quirúrgicas
- No específica
- Otras: ¿cuál?

I: Considerar si el texto hace referencia a una patología específica. De ser así, A cuál corresponde y qué problemas detecta en el paciente. En caso de que mencione "Otro", mencionar y describir a cual corresponde.

→ Variable 2. Forma de trabajo del terapeuta ocupacional junto a otras disciplinas en UCI.

R:

- Interdisciplinaria
- Multidisciplinaria
- Transdisciplinaria
- No específica

I: Considerar si el texto hace mención sobre algún concepto. De ser así, desarrollar cómo es la relación con los otros profesionales.

→ Variable 3. Duración de la sesión de TO en UCI.

R:

- 0 a 10 minutos
- 11 a 20 minutos
- 21 a 30 minutos
- No específica
- Otro: ¿cuál?

I: Se indica la cantidad de tiempo que dura la sesión de Terapia Ocupacional en Unidad de Cuidados Intensivos.

→ Variable 4. Frecuencia de la sesión de TO en UCI.

R:

- Diaria
- Día por medio
- Semanal
- No específica
- Otro: ¿cuál?

I: Se indica la frecuencia de las sesiones de Terapia Ocupacional en Unidad de Cuidados Intensivos.

→ Variable 5. Lugar de procedencia del texto.

R:

- Argentina
- Colombia
- Chile
- Brasil
- Otro: ¿cuál?

I: Se indica el lugar de origen del texto o investigación.

→ Variable 6. Tipo de publicación del texto.

R:

- Tesis/Tesina
- Artículos científicos
- Libro
- Comunicación Preliminar
- Relatos de experiencias profesionales

- Otros: ¿cuál?

I: Se indica cual es el tipo de publicación de acuerdo a las características del texto.

→ Variable 7. Año de publicación del texto.

R:

- 2000-2005
- 2006-2010
- 2011-2015
- 2016-2020

I: Se indica el año que fue llevado el texto.

UNIDAD DE ANÁLISIS 2:

La unidad de análisis está determinada por cada uno de los terapeutas ocupacionales latinoamericanos que se desempeñaron o trabajan actualmente en una unidad de cuidados intensivos entre los años 2000 y 2020.

EJES DE ANÁLISIS Y VARIABLES:

→ Ejes de Análisis 1. Características de la intervención realizada por el TO en UCI.

R:

- Estimulación multisensorial
- Comunicación
- Estimulación cognitiva
- Posicionamiento
- Ejercicios terapéuticos
- Entrenamiento de AVD
- Acompañamiento familiar
- Humanización del ambiente
- Uso de ayudas técnicas
- Otro: ¿cuál?

I: Considerar, si el profesional hace mención de los conceptos o no. De ser así, desarrollar a cual corresponde. En caso de que mencione "Otro", mencionar y describir cual.

→ Eje de análisis 2. Área de ocupación en la que interviene el TO en UCI.

R:

- Actividades de la vida diaria

- Actividades instrumentales de la vida diaria
- Descanso y sueño
- Participación Social
- Ocio y tiempo libre
- Juego
- Educación
- Trabajo
- No especifica

I: Considerar si el profesional hace referencia sobre la intervención de algún área de ocupación. De ser así, desarrollar a cuál corresponde.

→ Eje de análisis 3. Evaluaciones que realiza el TO en UCI

R:

- Evaluación estandarizada
- Evaluación no estandarizada
- Entrevista al paciente
- Entrevista al familiar
- Observación clínica
- No especifica
- Otra: ¿cuál?

I: Considerar si el profesional hace referencia sobre administrar evaluaciones. De ser así, desarrollar qué evaluaciones administra y en qué consisten. En el caso de mencionar "Otra", desarrollar a cual corresponde.

→ Variable 1. Patologías abordadas por el TO en UCI.

R:

- Patologías respiratorias
- Patologías cardiovasculares
- Patologías del sistema nervioso
- Intoxicaciones y sobredosis
- Patologías gastrointestinales
- Patologías renales y endocrino-metabólicas
- Patologías quirúrgicas
- No especifica
- Otras: ¿cuál?

I: Considerar si el profesional hace referencia a una patología específica. De ser así, Desarrollar a cuál corresponde, y qué problemas detecta en el paciente. En el caso de mencionar "Otra", desarrollar a cual corresponde.

→ Variable 2. Forma de trabajo del terapeuta ocupacional junto a otras disciplinas en UCI.

R:

- Interdisciplinaria
- Multidisciplinaria
- Transdisciplinaria
- No específica

I: Considerar si el profesional hace mención a algún concepto. De ser así, desarrollar la forma de trabajo junto con otros profesionales.

→ Variable 3. Duración de la sesión de TO en UCI.

R:

- 0 a 10 minutos
- 11 a 20 minutos
- 21 a 30 minutos
- No específica
- Otro: ¿cuál?

I: Se indica la duración de tiempo que conlleva la sesión de TO en Unidad de Cuidados Intensivos.

→ Variable 4. Frecuencia de la sesión de TO en UCI.

R:

- Diaria
- Día por medio
- Semanal
- No específica
- Otro: ¿cuál?

I: Se indica la frecuencia de las sesiones de Terapia Ocupacional en Unidad de Cuidados Intensivos.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos analizados durante el trabajo de campo fueron obtenidos a través de la lectura del material bibliográfico seleccionado y el aporte de las entrevistas a colegas.

→ Sistematización y procesamiento:

En cuanto al material bibliográfico, la primera parte consistió en la búsqueda y análisis preliminar de artículos con los términos “Terapia ocupacional”, “Intervención” “Unidad de cuidados intensivos”. Luego en la segunda etapa consistió en el proceso de selección de textos, que inició con la revisión de bibliografía encontrada y la lectura analítica de los resúmenes. Además, se enumeraron cada uno de ellos y se filtraron aquellos que no cumplieron con los criterios de inclusión establecidos. Se agruparon los textos seleccionados en una carpeta llamada “Total textos” en Drive. La organización y volcado de los datos de estos textos se llevó a cabo de manera informática en una hoja de cálculos a través de la aplicación software Microsoft Excel (De la suite Microsoft Office). Se utilizó una hoja, en donde se volcaron los datos correspondientes a la unidad de análisis. En dicha planilla de Excel las columnas contienen la información de los ejes de análisis, cada fila corresponde a una unidad de análisis, en las celdas de intersección entre columnas y filas se volcaron los valores obtenidos que le corresponden a cada unidad de análisis en relación a los ejes.

En cuanto a las entrevistas a colegas, se realizó la búsqueda de terapeutas ocupacionales que cumplan con los criterios establecidos. Luego se programó un día para realizar la entrevista a partir del Instrumento N°3 “Cuestionario”. Se realizó la desgravación de la misma y la transcripción de las respuestas a preguntas abiertas y notas de campo respetando los dichos textuales de los participantes. En la bajada del archivo se registraron los datos de a quién, cuando y donde se entrevistó y las aclaraciones que correspondan. Se realizó una carpeta en Drive llamada “Entrevistas” donde se guardaron cada uno de los archivos en audio y un fichaje que pertenezca a cada audio desgravado. Una vez efectuados todos los

cuestionarios, cada dato obtenido a través de la implementación del mismo, completados por cada uno de los terapeutas ocupacionales, fue plasmado en una planilla de Excel donde cada columna contiene la información de los ejes de análisis y/o variable cada fila corresponde a cada unidad de análisis, en las celdas de intersección entre columnas y filas se volcaron los valores obtenidos que le corresponden a cada unidad de análisis en relación a los ejes.

→ *Análisis y presentación de resultados:*

Según Samaja (2002) los tipos de análisis se pueden realizar según su contenido, según el número de variables, según los objetivos y según el tipo de datos. De acuerdo con estos criterios, el análisis metodológico fue de tipo cualitativo y cuantitativo. Por un lado, de manera cualitativa, se identificaron y caracterizaron los conceptos centrales de la intervención de un terapeuta ocupacional en pacientes en unidad de cuidados intensivos tales como: tipos de intervenciones, evaluaciones utilizadas y áreas ocupacionales intervenidas; y por otro lado fueron analizados de manera cuantitativa los datos tales como: tipos de patologías, forma de trabajo, frecuencia y duración de las sesiones, año, lugar y tipo de texto publicado.

Para estudiar los resultados obtenidos sobre las unidades de análisis presentadas en este trabajo, se realizó un gráfico de barras/tortas con cada una de ellas. Los mismos dan a conocer las frecuencias en que aparece un concepto en cada uno de los textos analizados en esta investigación.

Para presentar los resultados en relación con los *tipos de intervención* (Objetivo N°1) se realizó un gráfico de barras indicando la cantidad de textos que mencionan cada uno de los tipos de intervención.

Para la variable *áreas de ocupación* (Objetivo N°2), se realizó primero un gráfico de tortas dando a conocer la cantidad de textos que hablan sobre las áreas de ocupación, y luego se realizó un gráfico de barras dando a conocer la cantidad de textos que hablan de las actividades de una de las áreas de ocupación.

Para las *evaluaciones* (Objetivo N°3) se realizaron dos gráficos, primero un gráfico de tortas dando a conocer la cantidad de textos que mencionan evaluaciones administradas en unidad de cuidados intensivos y la cantidad de textos que no menciona. Luego, dentro de los textos que sí mencionan evaluaciones, se realizó un gráfico de barras con los tipos de evaluaciones encontrados.

A continuación se realizó la presentación de los resultados de los ejes de análisis y variables suficientes: tipo de patología, forma de trabajo, frecuencia y duración de las sesiones, año, lugar y tipo de texto publicado.

Para el eje de análisis *tipo de patología* (Objetivo N°4) se realizó un gráfico de barras dando a conocer la cantidad de textos que hablan de las diferentes patologías seleccionadas.

Para el eje de análisis *forma de trabajo* (Objetivo N°5) se realizó un gráfico de tortas dando a conocer la cantidad de textos que hablan de las diferentes formas de trabajo.

Luego, para la *frecuencia y duración* (Objetivo N°6) de las sesiones se realizó un gráfico de tortas indicando la cantidad de textos que mencionan y no mencionan dicho eje.

Para el eje de análisis *lugar de origen* (Objetivo N°7), se distinguió entre los trabajos presentados en Argentina, Chile, Brasil, Colombia y Costa Rica realizando un gráfico de la *cantidad de textos* (Objetivo N°7) de origen correspondiente a dichos países. En cuanto al eje de análisis del *año de publicación* (Objetivo N°7), se realizó un gráfico de barras distinguido en cuatro rangos y mencionando la cantidad de textos correspondientes al año publicado.

Por último, para *explorar las experiencias* (Objetivo N°8) dadas por los terapeutas ocupacionales en las entrevistas acerca de su rol y actividades que realizan en sus intervenciones se analizó de manera cualitativa caracterizando el rol y sus intervenciones dentro de la unidad de cuidados intensivos. Luego estos datos se

sumaron y se agruparon junto a los datos analizados por los textos para llevar adelante el análisis cualitativo.

RESULTADOS

CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

“Las muestras probabilísticas están conformadas por todos los elementos de la población los cuales tienen la misma probabilidad de ser escogidos” (Sampieri, 2004).

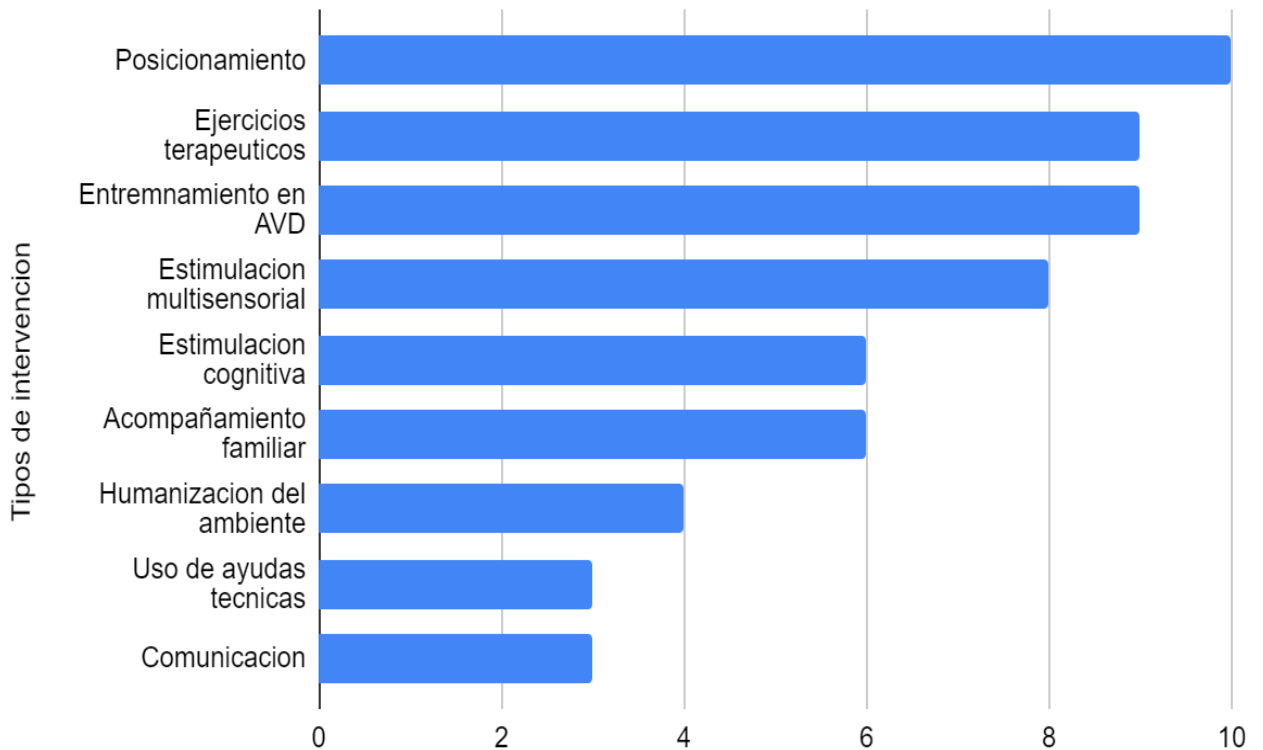
Las muestras estuvieron constituidas por textos regionales latinoamericanos y experiencias de terapeutas ocupacionales que evidenciaban alguna participación en el área específica y objeto de la investigación durante el 2000 y 2020. Estas muestras fueron escogidas por su aporte significativo.

A continuación se lleva a cabo la caracterización de los resultados obtenidos de cada objetivo del trabajo final integrador a través del análisis cualitativo y cuantitativo:

OBJETIVO 1: TIPO DE INTERVENCIÓN

Para el objetivo N° 1 **“Caracterizar los principales tipos de intervenciones del terapeuta ocupacional en pacientes internados en unidad de cuidados intensivos, en la producción de conocimiento regional latinoamericano”** se realizó un gráfico de barras identificando la cantidad de textos que menciona cada uno de los tipos de intervención. Se puede observar que la totalidad de los textos hablan sobre la intervención en el posicionamiento del paciente, pudiendo ser éste de suma importancia. Entre el 90 y 80 % de la muestra, aparecen las intervenciones sobre ejercicios terapéuticos, entrenamiento en AVD, y estimulación sensorial. Más del 50% de la muestra habla sobre las intervenciones en estimulación cognitiva y acompañamiento familiar. Por último, se puede observar que entre el 40% y el 30% de la muestra aparecen intervenciones sobre humanización del ambiente, el uso de ayudas técnicas y la comunicación.

Gráfico 1. Cantidad de textos publicados entre los años 2000 y 2020 que mencionan cada uno de los tipos de intervención encontrados. (N=10).



A continuación, se presenta una descripción sintética de los textos y de cómo se caracterizan los distintos tipos de intervención en ellos, sumada a las experiencias de los terapeutas ocupacionales previamente analizados y que enriquecieron esta categorización.

1) TO DESDE EL POSICIONAMIENTO

El concepto de posicionamiento se encontró en todos los textos de los cuales se analizaron en profundidad para su descripción.

Las características que describen en común estos textos son, en general, que el terapeuta ocupacional aborda el posicionamiento para la prevención de posiciones

viciosas y evitar la pérdida de la amplitud de movimiento (Leiva, *et al.*, 2020; Tobar, *et al.*, 2017; Celis, *et al.*, 2014; Álvarez, *et al.*, 2011; Barbosa, Reis, 2015; Okuma, *et al.*, 2017; Da Silva, *et al.*, 2019). Por lo tanto, el objetivo general es el alivio del dolor, un posicionamiento adecuado en la cama y durante la ejecución de las actividades, preservación del rango de movimiento, prevención de infecciones y lesiones por presión (Okuma, *et al.*, 2017; Da Silva, 2019; Barbosa, Reis, 2015; Chaparro, 2017; Celis, *et al.*, 2014; Leiva, 2020).

Celis, *et al.*, (2014) demostraron a través de un estudio realizado a pacientes de la UCI inmovilizados por un periodo promedio a 16 días, que el 53,3% de ellos presentan edema en manos y el 40% padecen algún grado de disminución de rasgos articulatorios. Por esta razón, consideran beneficioso utilizar el estiramiento para reducirla; si se debe al edema, puede utilizarse compresión y posicionamiento para disminuirlo. Pudiendo identificar las causas y con el fin de prevenir deformidades, sostienen que es pertinente la movilización pasiva y activa, y posicionamiento a través del uso de férulas y otros aparatos especiales para este propósito.

Esta idea se puede observar desarrollada en uno de los textos que asocia las ayudas técnicas con la elaboración de férulas y prescripción de tecnología de asistencia, lo cual está dentro de los conocimientos y los campos de acción que el terapeuta realiza por formación para mantener la consistencia y estabilidad articular (Chaparro, *et al.*, 2016).

Es importante resaltar que se entiende a la movilización como, en su mayoría, a los movimientos en cama y cambios de posición sedente y bípeda (Chaparro, *et al.*, 2016). Uno de los textos mediante un estudio deja en evidencia este tipo de intervención.

“La rehabilitación se desarrolla en diferentes posiciones del paciente (supino, sentado, en pie y andando) con el fin de la prevención de úlceras por presión, reducción del edema, protección articular y reducción del dolor. Cuando los pacientes están sedados, deben ser movilizados para mantener sus articulaciones en una posición funcional, que se puede realizar con la ayuda

de órtesis, buscando reducir el riesgo de restricciones musculares y articulares. Con pacientes no sedados, el cuidado debe realizarse en la cama, interviniendo también sobre el impacto de la hospitalización en el paciente. Este programa de movilización temprana fue dirigido por terapeutas profesionales o fisioterapeutas, en sesiones diarias, con duración entre 30 y 60 minutos, dependiendo de las condiciones de los pacientes. Como resultado, 58,4% de las sesiones fueron actividades fuera de la cama, lo que contribuyó fuertemente a que el 60% de ellos recibieron el alta” (Barbosa, Reis, 2015, p. 229).

Se pueden utilizar diferentes equipos o métodos para lograr un posicionamiento cómodo y elementos de soporte para la prevención de úlceras de presión y de disminución de la amplitud de movimiento (Tobar, *et al.*, 2017). Por ejemplo, uno de los textos ejemplifica el uso de colchones anti escaras y cojines posicionadores para facilitar el drenaje del edema o bien la elevación de algún segmento (Leiva, *et al.*, 2020). Además, se agrega la implementación precoz de aditamentos como cuñas anti edema, topes anti equino y adaptaciones que dejen libre de presión los sitios de mayor frecuencia de escaras, con el fin de prevenir la rigidez articular, aparición de úlceras por presión y entregar confort al paciente (Álvarez, *et al.*, 2017).

Por otro lado, algunos autores afirman que se utilizan técnicas para disminuir y/o prevenir el dolor, como técnicas de relajación, prescripción de órtesis y tecnologías de asistencia, ejercicios para musculatura, ajuste postural y uso de recursos físicos, buscando respuestas musculares de luz, agua, temperatura, electricidad o sonido. Otros enfoques también pueden ser utilizados, como acupuntura, enfoque cognitivo-conductual, biorretroalimentación, visualización creativa (Barbosa, Reis, 2015)

Por último, en uno de los textos analizados se remarca la importancia del uso de técnicas de conservación de energía, protección de articulaciones y clasificación de las actividades como uno de los procedimientos terapéuticos ocupacionales en la UCI proporcionando orientación a los pacientes sobre cómo se deben realizar las actividades realizadas con el fin de evitar el dolor y la fatiga, buscando aumentar la autonomía del paciente (Barbosa, Reis, 2015).

Se concluye entonces que el posicionamiento no sólo evita la instalación de deformidades con la ayuda de órtesis y movilización, sino también contribuye a evitar la pérdida de la amplitud de movimiento y a la prevención de lesiones, reduciendo el dolor, controlando el edema e influyendo positivamente en la autonomía del paciente (Leiva, *et al.*, 2020; Tobar, *et al.*, 2017; Celis, *et al.*, 2014; Álvarez, *et al.*, 2011; Barbosa, Reis, 2015; Okuma, *et al.*, 2017; Da Silva, *et al.*, 2019).

2) TO DESDE EL EJERCICIO TERAPÉUTICO

El concepto de ejercicios terapéuticos se encontró en 9 de los textos los cuales se analizaron en profundidad para su descripción.

En general, en todos los textos analizados se describe que a raíz de la disminución de los movimientos y la fuerza, la capacidad del individuo para realizar las actividades diarias puede verse afectada. Por lo tanto, el terapeuta realiza ejercicios de movilización pasiva/ activa asistida/ activa, descarga de peso, resistencia, equilibrio, fuerza y rango de movimiento (ROM) para mejorar, mantener o recuperar las funciones físicas. Mientras que el paciente está inconsciente o no presente suficiente fuerza funcional para ejercitarse solo, la movilización pasiva es recomendada para mantener el ROM y, a medida que avanza, el paciente pasará a realizar gradualmente el movimiento de forma más activa promoviendo el mantenimiento o aumento de la capacidad funcional. Los ejercicios terapéuticos se utilizan como métodos preparatorios para luego desempeñar una ocupación (Celis, *et al.*, 2014; Tobar, *et al.*, 2017; Álvarez, *et al.*, 2011; Barbosa, Reis, 2015; Okuma, *et al.*, 2017; Da Silva, *et al.*, 2019).

Es importante resaltar que uno de los textos define el concepto de movilización como la “acción de la persona en diferentes planos; aquellos desplazamientos para adoptar posición sedente, trasladar a silla, ponerse de pie y/o deambular y a los movimientos simples de miembros superiores, que incluyen amplitud de arcos de movimiento y movilidad funcional” (Chaparro *et al.*, 2017, p. 294).

Estas movilizaciones según uno de los textos deben estar seleccionadas por el profesional en base a la patología, las secuelas, objetivos de intervención y recomendaciones médicas y de otros profesionales. Éstas se clasifican en pasivas (realizadas por el terapeuta o un medio externo instrumental), activas (realizadas por el usuario de forma autónoma cuando el usuario sea capaz de seguir indicaciones y participe de forma activa), activas asistidas (las realiza el usuario de forma independiente, pero serán corregidas o ayudadas por el terapeuta), y activas resistidas (realizada por el usuario, pero con una resistencia externa que se opone al movimiento) (Leiva *et al.*, 2020).

Siguiendo este concepto, es que algunos textos analizados describen la intervención del terapeuta en la realización de actividades dirigidas a mantener la integridad muscular, articular, ligamentosa y de otras estructuras involucradas en el movimiento tanto voluntario como no voluntario del individuo orientadas a generar patrones musculo esqueléticos relacionados con la funcionalidad de los miembros y del individuo en las AVDB e instrumentales, así como las diferentes ocupaciones que realice el individuo (Leiva *et al.*, 2020; Tobar *et al.*, 2017; Celis *et al.*, 2014, Álvarez *et al.*, 2011; Barbosa, Reis, 2015; Okuma, *et al.*, 2017; Da Silva *et al.*, 2019). Por ejemplo, estos trabajos describen un tipo de rehabilitación que abarca movilidad pasiva, activa, equilibrio, equilibrio, descarga de peso, respiración, alcance y resistencia a través de ejercicios con implementos, ergoterapias y/o actividades bimanuales entre otros en diferentes posiciones del paciente supino, sentado, en pie y andando (Barbosa y Reis, 2015; Álvarez, *et al.*, 2011).

Una resonancia significativa entre algunos trabajos es que los ejercicios terapéuticos abordan la presencia de edema, debilidad, dolor, movilidad reducida y quejas de sensibilidad. Por tanto, otro objetivo central es el alivio del dolor, un posicionamiento adecuado en la cama y durante la ejecución de las actividades, preservación del rango de movimiento, prevención de infecciones y lesiones por presión (Okuma, *et al.*, 2017; Celis, *et al.*, 2014; Leiva, *et al.*, 2020; Álvarez, *et al.*, 2011; Barbosa y Reis, 2015; Da Silva *et al.*, 2019).

Un estudio realizado a 104 pacientes se implementó un protocolo de ejercicios de movilización temprana (sentarse al borde de la cama sin respaldo, sentarse en silla y deambular) en pacientes con criterios de estabilidad clínica en una UTI Respiratoria (RICU). El outcome primario fue la deambulación y encontraron que el número de pacientes capaz de deambular era significativamente superior ($p < 0,0001$) luego de 2 días en la RICU (Busico, Plotnikow, 2013).

Se concluye entonces que la movilización pasiva y activa durante las primeras fases de la patología logra una mejoría en efectos funcionales y psicológicos en usuarios con ventilación mecánica, además, se apoya la viabilidad y seguridad de la movilización temprana en la UCI con mejoras en los resultados funcionales y neurocognitivos. La movilidad en usuarios que se encuentren en la UCI son seguros y factibles ya que logran aumentar la capacidad de soportar peso, girar hacia una silla o deambular, además, puede mejorar la capacidad del usuario para ponerse en posición bípeda, aumentar fuerza muscular y levantarse de la cama, inclusive se ha comprobado que ejecutar este método de intervención produce efectos positivos en el usuario como una mayor facilidad para la marcha, además tiene efectos en la duración de la estancia hospitalaria, el alta y resultados financieros (Leiva, *et al.*, 2020; Celis, *et al.*, 2014; Busico, Plotnikow, 2013; Okuma, *et al.*, 2017).

3) TO DESDE EL ENTRENAMIENTO EN AVD

El concepto de entrenamiento en actividades de la vida diaria (AVD) se encontró en 9 de los textos los cuales se analizaron en profundidad para su descripción.

Las características que describen en común estos textos son, en general, que el entrenamiento en AVD incluye la realización independiente de: higiene, alimentación y arreglo personal; y en usuarios con mayor independencia, vestido y transferencias con el objetivo de aumentar los niveles de autonomía, sentimientos de utilidad de modo que el sujeto sea el protagonista de las acciones y estructuración de rutinas (Chaparro, *et al.*, 2017; Leiva, *et al.*, 2020; Okuma, *et al.*, 2017; Álvarez, *et al.*, 2011; Barbosa, Reis, 2015; Da Silva, *et al.*, 2019). Para esto, se observan las secuelas de la patología, así como los déficits en los diferentes componentes del desempeño

ocupacional con el fin de establecer métodos que le permitan al usuario ir generando de forma progresiva las habilidades necesarias para la ejecución de estas ocupaciones (Leiva, *et al.*, 2020).

En algunos de los trabajos se desarrolla la importancia de la intervención en las actividades de la vida diaria debido a las limitaciones que presentan los pacientes críticos en el cuidado personal, la alimentación, el baño, higiene, posicionamiento en la cama y control de esfínteres deficiente. Con miras al objetivo de lograr máxima independencia en las AVD, mejora de la movilidad en la cama y traslados que favorecen el sentimiento de rutina y satisfacción personal (Okuma, *et al.*, 2017).

Ante lo mencionado, se describen algunas estrategias en algunos textos como el entrenamiento en transferencias funcionales y movilidad funcional en diferentes posiciones del paciente (supino, sentado, en pie y andando) (Barbosa, Reis, 2015). Además, el entrenamiento en actividades como bañarse, uso del baño, peinarse, lavarse las manos, comer, vestirse, entre otros con el fin de mejorar, restaurar o potenciar el desempeño y funcionalidad (Chaparro, *et al.*, 2019; Tobar, *et al.*, 2017). Es así que a través de la ocupación se puede reforzar el mantenimiento de la fuerza obtenida en los ejercicios, así como el nivel de independencia funcional, favoreciendo su realización y/o participación en el cuidado, datos de higiene y alimentación, para que el sujeto sea el protagonista de las acciones (Da Silva, *et al.*, 2019).

Un aspecto llamativo que presentó uno de los textos fue la intervención del terapeuta junto a Fonoaudiología en higiene, alimentación y disfagia en patrones integrales y funcionales promoviendo la independencia en actividades básicas y modificadas (Chaparro, *et al.*, 2019).

Se demuestra a través de un estudio donde el enfoque de la intervención con TO fue entrenamiento de AVD y de función la mayor parte de las sesiones, los pacientes pudieron practicar movilidad activa, sentarse al borde de la cama, o simular comer y arreglarse. Los pacientes intubados pudieron sentarse en un sillón en aproximadamente una de cada tres sesiones, y los pacientes fueron capaces de

tomar parte en ejercicios de caminar en alrededor del 15% de sesiones. El parámetro primario para el estudio fue la inserción funcional en las AVDB con motivo del alta. Se relata que los puntajes de independencia fueron significativamente más altos para el grupo intervención que en el control (59% versus 35%, $p = 0,02$) (Tobar, *et al.*, 2017).

4) TO DESDE LA ESTIMULACIÓN SENSORIAL

El concepto de estimulación sensorial se encontró en 8 de los textos de los cuales se analizaron en profundidad para su descripción.

Las características que describen en común dichos textos son que, en general, los pacientes en la UCI presentan algún grado de compromiso de conciencia, lo cual podría ser abordado desde la Terapia Ocupacional, a través de métodos y técnicas, tales como la estimulación sensorial con el fin de aumentar la condición de alerta y minimizar la privación sensorial mediante la aplicación de estímulos al paciente por medio de diferentes canales sensoriales, manteniéndolo en estado de alerta (Celis, *et al.*, 2014; Leiva, *et al.*, 2020; Chaparro, *et al.*, 2019; Tobar, *et al.*, 2017; Barbosa, Reis, 2015; Da Silva, *et al.*, 2019).

Uno de los textos define este tipo de intervención como “la estimulación intensa y regulada a los diferentes canales sensoriales del paciente (visual, auditivo, táctil, propioceptivo y gustativo) con el fin de incrementar el estado alerta, prevenir la privación sensorial y aumentar la interacción del paciente con los objetos y personas que lo rodean” (Álvarez, *et al.*, 2011, p. 49).

Esto se produce debido a que los pacientes en estado crítico presentan una condición de privación que puede conducir a un deterioro de aspectos intelectuales y de percepción sumado a un proceso de cambio en la actividad eléctrica cerebral. Los programas de estimulación multisensorial de mayor intensidad y duración pueden mejorar la evolución clínica, parámetros fisiológicos y los comportamientos indicativos de un despertar del coma (Leiva, *et al.*, 2020).

Por lo tanto, los textos proponen la idea que un programa de estimulación sensorial del medio ambiente podría mejorar la velocidad y grado de recuperación del coma (Celis, *et al.*, 2014; Leiva, *et al.*, 2020; Chaparro, *et al.*, 2019; Álvarez, *et al.*, 2011; Barbosa, Reis, 2015). Por ejemplo, uno de los textos describe la frecuencia y duración de una sesión de estimulación multimodal y una sesión de estimulación unimodal por día durante 10 minutos cada una (Celis, *et al.*, 2014).

De esta manera, los textos ponen el énfasis en lograr que el usuario mantenga un estado consciente y se encuentre más alerta de los estímulos de su cuerpo y del ambiente (Celis, *et al.*, 2014; Leiva, *et al.*, 2020; Chaparro, *et al.*, 2019; Tobar, *et al.*, 2017; Barbosa, Reis, 2015; Da Silva, *et al.*, 2019).

Uno de los textos describe el entrenamiento de estrategias que incluye la enseñanza de técnicas que permitan al usuario procesar la información. La repetición, repetir las tareas hasta obtener una mejoría en la respuesta y la regulación ambiental, ya que debido a la cantidad de sobre estimulación a la que se ve sometido el usuario puede generar una disminución de la capacidad para seleccionar estímulos (Leiva, *et al.*, 2020).

Por otro lado, la mayoría de los textos analizan qué existe a su vez diferentes condiciones en las que se puede aplicar la estimulación multisensorial, como en usuarios en estado de mínima conciencia, vegetativo y coma, se puede aplicar también en usuarios que se encuentran en estados de sedación, o bien, cuando exista una afección en los diferentes sistemas sensoriales como puede ser desde personas con trastornos mentales hasta personas con alteraciones de sensibilidad en la cicatriz post cirugía (Leiva, *et al.*, 2020; Celis, *et al.*, 2014; Chaparro, *et al.*, 2019; Tobar, *et al.*, 2017; Barbosa, Reis, 2015; Da Silva, *et al.*, 2019).

Se afirma entonces que “los trastornos neurológicos en la UCI deben iniciarse lo antes posible, proporcionando orientación sobre posicionamiento en la cama e iniciando estimulación sensorial, que puede garantizar mejores resultados en las funciones motoras y sensorial-perceptivas” (Barbosa, Reis, 2015, p. 232).

Se reportan mejores respuestas en el desarrollo de habilidades, entre las que se mencionan las motoras, cognitivas, perceptuales, por medio de la aplicación de estímulos específicos, activando respuestas cerebrales. Por lo tanto, el terapeuta ocupacional juega un factor relevante a través de la estimulación sensorial y cognitiva anteriormente descrita reflejando técnicas como la organización de rutinas, la estimulación perceptual, la movilización y orientación para la detección, control y disminución del delirio, entre otros (Chaparro, *et al.*, 2019).

5) TO DESDE LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA

El concepto de estimulación sensorial se encontró en 6 de los textos de los cuales se analizaron en profundidad para su descripción.

En general, los textos describen al entrenamiento cognitivo como la recuperación y mantenimiento de habilidades como memoria, atención y percepción con el objetivo de que el sujeto pueda ejercitar, en la medida de lo posible, sus roles ocupacionales con más autonomía e independencia (Chaparro, *et al.*, 2017; Leiva, *et al.*, 2020; Chaparro, *et al.*, 2019; Tobar, *et al.*, 2017; Álvarez, *et al.*, 2011; Barbosa, Reis, 2015; Okuma, *et al.*, 2017; Da Silva, *et al.*, 2019).

Uno de los textos define este tipo de intervención como “el método de intervención dirigido a mejorar o mantener el funcionamiento cognitivo, el cual es el encargado de funciones como la resolución de problemas, cálculo, atención, memoria, praxis, concentración, entre otros, los cuales le permiten al individuo adaptarse y dar una respuesta a las exigencias del entorno” (Leiva, *et al.*, 2020, p. 16).

Ante lo mencionado, las estrategias de la rehabilitación cognitiva abarcan la aplicación de técnicas y estimulación enmarcadas en modalidades aplicando metodologías por ejemplo como lo describe uno de los textos a través del uso de ejercicios cognitivos guiados, juegos con cartas, la planeación de actividades, el uso de técnicas de escritura, lectura y de interacción social cuyo fin es la activación, consolidación y restauración de las funciones mentales, como el estar alerta, la

percepción, memoria, cálculo, resolución de problemas, práctica funcional, entre otros (Chaparro, *et al.*, 2019).

Otro aspecto llamativo de uno de los textos es que durante el proceso de estimulación cognitiva puede utilizarse contenido emocional ya que favorece que la información sea integrada de forma más fácil; además esto hace que se involucre una gran cantidad de redes neuronales, regiones post lateralizadas y mediales del cerebro (Leiva, *et al.*, 2020).

Este tipo de estimulación en conjunto con otras técnicas tiene efectos positivos en los usuarios y promueven la disminución de efectos asociados a la estadía en la UCI ya que estimulando funciones cognitivas y de independencia funcional se logra mantener un estado de alerta y actividad durante el día, lo cual juega un papel importante para la prevención del delirium (Leiva, *et al.*, 2020).

Por lo tanto, uno de los textos sostiene que “el tratamiento de Terapia Ocupacional debe ser temprano e intensivo, lo que reduce la presencia del delirio. De esta forma, se puede minimizar los impactos de la condición de fragilidad, mejorar las habilidades cognitivas, funcionales y sociales durante la hospitalización del paciente crítico” (Okuma, *et al.*, 2017, p. 583).

Tal como lo describe uno de los textos se concluye que el terapeuta ocupacional juega un factor relevante que parte de la estimulación sensorial y cognitiva para la detección, control y disminución del delirio y además con el objetivo de mantener las funciones conservadas, para que el sujeto pueda ejercitar, en la medida de lo posible, sus roles con más autonomía e independencia (Chaparro, *et al.*, 2019).

6) TO DESDE EL ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR

El concepto de acompañamiento familiar se encontró en 6 de los textos de los cuales se analizaron en profundidad para su descripción.

Las características que describen en general los textos es que la terapia

ocupacional está enfocada en la educación personal y familiar en el aprendizaje de cuidados, recomendaciones y acciones que las personas y sus familiares pueden hacer para promover la recuperación de la persona en estado crítico. Además, constituye un puente entre las concepciones del equipo de salud en la UCI y el sentir de la familia permitiendo la participación y entrenamiento de la familia, con respecto al estado de salud y el logro de metas funcionales actuales, la escucha activa y tratamiento de las emociones de las personas y familias, la educación y otras técnicas (Chaparro, *et al.*, 2017; Celis, *et al.*, 2014; Chaparro, *et al.*, 2019; Da Silva, *et al.*, 2019; Leiva, *et al.*, 2020).

La familia es considerada fundamental en el proceso de intervención, ya que contribuye a disminuir la ansiedad del usuario ante el tratamiento y puede utilizarse como medio terapéutico a través de estímulos que se encuentren ligados a un sentido emocional para el usuario logre priorizar la integración de la información. Por ejemplo, en una de las intervenciones se realizó una encuesta telefónica, en donde los familiares destacaron sentir mayor seguridad y más partícipes del proceso de recuperación de su familiar en estado crítico. Por todo esto, se afirma que la familia, además de bajar sus niveles de ansiedad al ser parte del tratamiento, constituye un importante medio terapéutico (Celis, *et al.*, 2014; Leiva, *et al.*, 2020).

Así mismo, en estos textos se describe que la familia puede ayudar en el proceso de intervención realizando métodos de estimulación sensorial, cognitiva, movilizaciones entre otras técnicas previamente enseñadas y orientadas por el terapeuta realizando reuniones con la familia y donde se pone a su disposición material para utilizar durante las visitas (Álvarez, *et al.*, 2011; Celis, *et al.*, 2014; Tobar, *et al.*, 2017; Leiva, *et al.*, 2020).

Otro aspecto llamativo en algunos de los textos es la inclusión de los familiares en el proceso de rehabilitación para que sean capaces de colaborar tanto con la progresión funcional como con el aporte de elementos propios del paciente (reloj, lentes, libros, radio, etc.) (Busico, Plotnikow, 2013).

Por otro lado, uno de los textos menciona que la visita familiar no restringida está

asociada a una disminución en la presencia de delirium de un 20.1% a un 18.9%, de esta manera, una familia que recibe educación puede generar mayores beneficios para el usuario. Se trabaja además en el duelo y los niveles de ansiedad que presenta la familia debido a la patología que adquiere un miembro del núcleo familiar. Esto hace que una vez que el usuario egrese, continúen las indicaciones brindadas por el personal de salud de forma óptima (Leiva, *et al.*, 2020).

En conclusión, es importante remarcar que en los textos se apunta a ofrecer apoyo emocional e información a los familiares de los pacientes hospitalizados en UCI y hospitales por miedo a la muerte del familiar, sensación de pérdida, el control de la situación y el desconocimiento de la patología que presenta. El terapeuta ocupacional también debe ser capaz de acoger y escuchar a estos miembros de la familia, ya que esto se convertirá en una presencia cómoda para la familia, que debe ser empoderados para participar en el tratamiento. Esto puede tener una influencia positiva en el pronóstico del paciente (Okuma, *et al.*, 2017; Chaparro, *et al.*, 2017; Celis, *et al.*, 2014; Chaparro, *et al.*, 2019; Da Silva, *et al.*, 2019; Leiva, *et al.*, 2020).

7) TO DESDE LA HUMANIZACIÓN DEL AMBIENTE

El concepto de humanización del ambiente se encontró en 4 de los textos de los cuales se analizaron en profundidad para su descripción.

En general, los textos describen a la humanización del ambiente como la utilización de técnicas para promover un espacio humanizado, cómodo y acogedor. Este espacio debe minimizar el impacto de la vida cotidiana, que contribuye a la vulnerabilidad social y afectiva del paciente, proceso de aceptación de la enfermedad y la hospitalización (Barbosa, Reis, 2015; Tobar, *et al.*, 2017; Da Silva, *et al.*, 2019; Okuma, *et al.*, 2017).

Ante lo mencionado, las estrategias propuestas en uno de los trabajos son la modificación de los estímulos visuales o auditivos, reducción del ruido, tapones para

los oídos, control de la luz, máscara ocular, tratamiento con brillo de la luz y musicoterapia (Tobar, *et al.*, 2017).

En conclusión, los textos apuntan a generar un entorno más humanizado donde se promueva una escucha calificada y acuerdo, reflexiones y realización de actividades significativas para el paciente (Barbosa, Reis, 2015; Tobar, *et al.*, 2017; Da Silva, *et al.*, 2019; Okuma, *et al.*, 2017).

8) TO DESDE EL USO DE AYUDAS TÉCNICAS Y COMUNICACIÓN

El concepto de uso de ayudas técnicas incluyendo a la comunicación se encontró en 3 de los textos de los cuales se analizaron en profundidad para su descripción.

Las características que describen en común dichos textos son que, en general, las ayudas técnicas se tratan de adaptaciones para la realización de actividades, donde el profesional sea capaz de orientar y viabilizar dispositivos que faciliten desempeño en las actividades que garantizará la seguridad y comodidad del paciente, quien, a su vez, generará un impacto positivo en la restauración del estado funcional (Da Silva, *et al.*, 2019; Okuma, *et al.*, 2017; Leiva, *et al.*, 2020).

En uno de los textos se definen a las ayudas técnicas, modificaciones o dispositivos externos como las adaptaciones que se le brindan al individuo con el fin de promover el máximo funcionamiento dentro de la ejecución de sus ocupaciones. Estas adaptaciones están conformadas por 3 tipos: productos de apoyo, son aparatos que asumen funciones como prevenir, mantener, mejorar o suplir alguna función en una persona; férulas, se entienden como dispositivos externos que se utilizan en base a 4 funciones básicas; sostener, inmovilizar o restringir y por último para corregir o prevenir la deformidad; y las modificaciones ambientales que constan de cambios físicos o ambientales los cuales buscan promover el desempeño eficiente del usuario dentro de las actividades (Leiva, *et al.*, 2020).

El proceso para brindar una adaptación terapéutica inicia desde que el usuario ingresa a los servicios, donde se realizará una observación general de las

características del usuario; en segundo lugar se debe identificar las necesidades del usuario, incluyendo una evaluación de las habilidades del mismo, luego se identificará el objetivo terapéutico, una vez hecho esto se debe determinar el producto de apoyo que más se adecue. Posteriormente se verifica la conveniencia con respecto a costos, características y otros factores para así generar la prescripción del producto de apoyo y el entrenamiento adecuado sobre el uso y cuidado. Finalmente se le debe dar seguimiento para verificar los objetivos planteados (Leiva, *et al.*, 2020).

Las adaptaciones terapéuticas son realizadas según el criterio y razonamiento clínico del terapeuta ocupacional, según los objetivos de intervención planteados por el mismo, es por esto que no existe una evaluación estandarizada en sí que indique cual es el tipo de modificación ambiental que debe realizarse a la habitación o ambiente de la UCI, férula o producto de apoyo que requiere el usuario (Leiva, *et al.*, 2020).

Otro aporte de la Terapia Ocupacional para facilitar la comunicación entre el paciente y la familia o el equipo de rehabilitación está relacionado con las tecnologías asistenciales, el uso de tarjetas o tablas de comunicación alternativas y recursos alternativos como adaptación para escritura y signos corporales o faciales. En el proceso de hospitalización, la comunicación (comprensión y expresión) es el medio para que el sujeto pueda expresar sus sentimientos, dudas, aflicciones. Por lo tanto, los textos consideran una parte fundamental promover una comunicación efectiva entre el paciente y personal y miembros de la familia (Okuma, *et al.*, 2017; Da Silva, *et al.*, 2019).

Las principales áreas de aplicación de las tecnologías de asistencia en las UCI son las adaptaciones para las AVD, que ayudan al paciente a realizar las actividades de autocuidado, alimentación, baño, entre otros y sistemas alternativos de comunicación, que permitan que la comunicación sea realizada por personas que son incapaces de llevar a cabo acciones verbales o escritura (Da Silva, *et al.*, 2019); (Okuma, *et al.*, 2017; Barbosa, Reis, 2015).

Uno de los textos menciona que los pacientes sometidos a intubación orotraqueal (OTI) o traqueostomizados (TQT) pueden beneficiarse del uso de una placa de comunicación alternativa, así como el uso de recursos alternativos, como escritura adaptada y efectos corporales o faciales (Okuma, *et al.*, 2017; Da Silva, *et al.*, 2019).

Como conclusión, en la mayoría de los textos se remarca que la prescripción de tecnología de asistencia también es un procedimiento que se puede realizar en las UCI. Esto debe hacerse incluso si el paciente tiene una limitación funcional temporal o permanente y dependerá de las necesidades que presente durante la evaluación. Se considera fundamental que para la prescripción de comunicación complementaria y/o alternativa, el terapeuta ocupacional debe evaluar los aspectos motores, cognitivos, emocionales y sociales para seleccionar el material más adecuado para sus necesidades (Da Silva, *et al.*, 2019; Okuma, *et al.*, 2017; Barbosa, Reis, 2015).

OBJETIVO 2: ÁREA DE OCUPACIÓN

Para el objetivo N°2 **“Identificar y describir las intervenciones de terapia ocupacional sobre las áreas de ocupación (AVD, AVDI, participación social, descanso y sueño, ocio y tiempo libre, educación, trabajo, juego/esparcimiento) en pacientes internados en unidad de cuidados intensivos, en la producción de conocimiento regional latinoamericano”** se realizaron dos gráficos. En primer lugar un gráfico de tortas (gráfico 2a) dando a conocer la cantidad de textos de la muestra que mencionan las áreas de ocupación. Se puede observar que más del 60% pertenece al área de ocupación AVD, mientras que de las áreas: AVDI, Descanso y sueño, y Participación social se encontró un porcentaje del 7,7% cada uno. Más del 15% de la muestra menciona las áreas de ocupación sin especificar cuál.

En segundo lugar se realizó un gráfico de barras (gráfico 2b) dando a conocer las actividades mencionadas dentro del área de ocupación de AVD. Se puede observar

que el 100% de esta muestra menciona la Movilidad Funcional y la Actividad de Higiene. Más del 80% menciona la actividad de alimentación; el 50% menciona la actividad de Vestimenta. Por último, en menor medida, se encontraron textos que mencionan actividades de arreglo personal y transferencias. Más del 30% no especificó el tipo de actividad realizada dentro de las AVD.

Gráfico 2a. Cantidad de textos publicados entre los años 2000 y 2020 que mencionan cada una de las áreas de ocupación encontradas. (N=10)

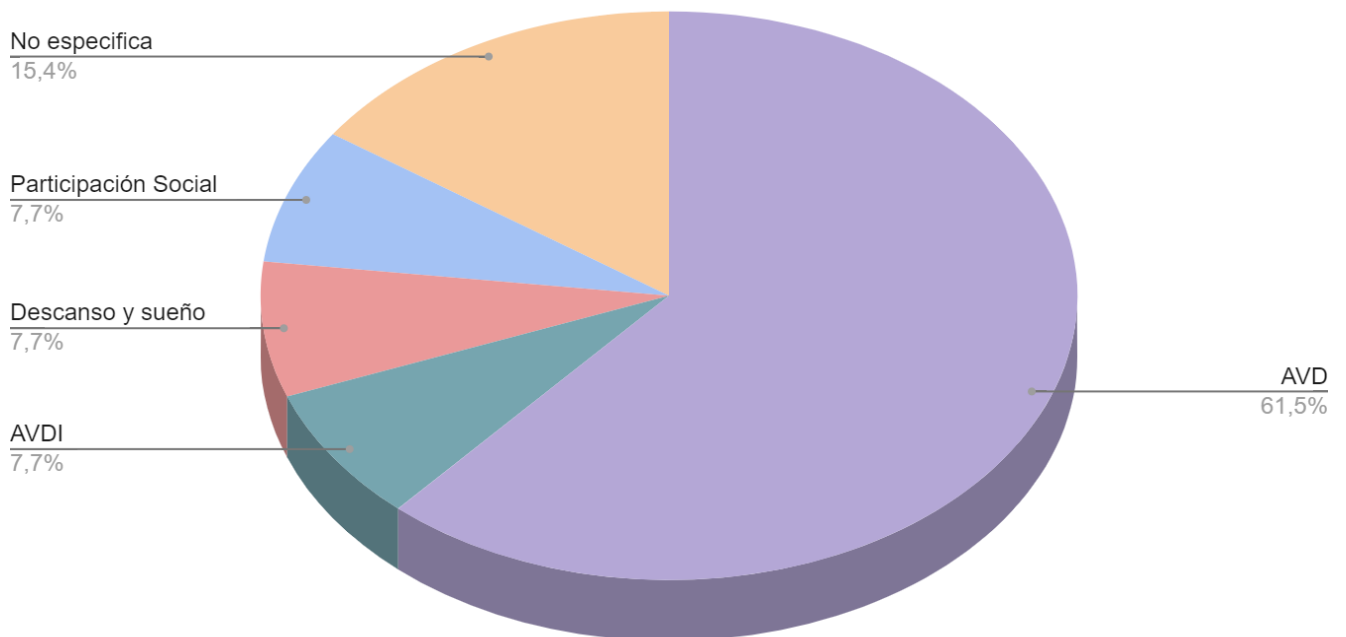
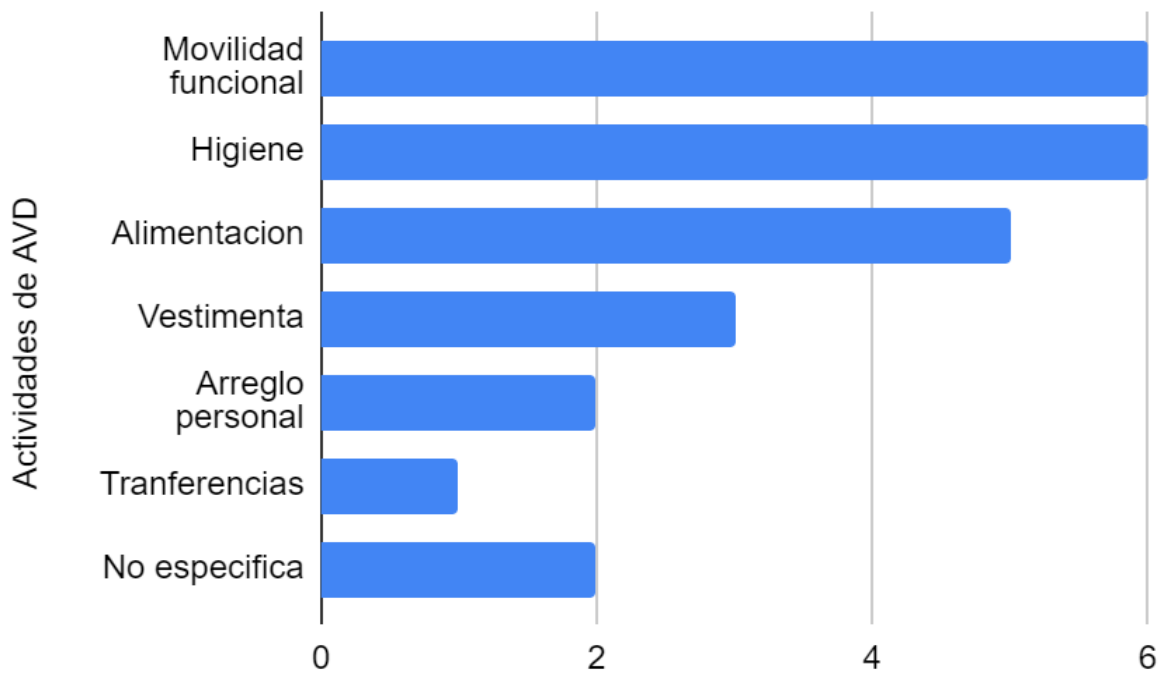


Gráfico 2b. Cantidad de textos publicados entre los años 2000 y 2020 que mencionan actividades del área de AVD. (N=6).



A continuación, se presenta una descripción sintética de los textos y de cómo se caracterizan los distintos tipos de intervención sobre las áreas ocupacionales sumadas a las experiencias de los terapeutas ocupacionales previamente analizados y que enriquecieron esta categorización.

El objetivo principal que detallaron los textos era mantener el nivel de independencia funcional, de modo que el sujeto sea el protagonista de las acciones a través de la intervención del terapeuta ocupacional sobre las áreas ocupacionales (Chaparro, *et al.*, 2017; Leiva, *et al.*, 2020; Okuma, *et al.*, 2017; Álvarez, *et al.*, 2011; Barbosa, Reis, 2015; Da Silva, *et al.*, 2019). Los mismos solo mencionan la intervención sobre las áreas de AVDI y Descanso y Sueño pero detallan en gran manera la intervención sobre AVD y Participación social.

Con respecto a la intervención sobre las AVD, el concepto se encontró en 9 de los textos los cuales se analizaron en profundidad para su descripción. En general, los textos caracterizan la intervención en el entrenamiento de AVD en la realización

independiente de: higiene, alimentación y arreglo personal; y en usuarios con mayor independencia, vestido y transferencias (Chaparro, *et al.*, 2017; Leiva, *et al.*, 2020; Okuma, *et al.*, 2017; Álvarez, *et al.*, 2011; Barbosa, Reis, 2015; Da Silva, *et al.*, 2019). En uno de los textos se desarrolla las limitaciones que presentan los pacientes críticos en el cuidado personal, la alimentación, el baño, higiene, posicionamiento en la cama y control de esfínteres deficiente (Okuma, *et al.*, 2017). Ante lo mencionado, se describen algunas estrategias en uno de los textos como el entrenamiento en transferencias funcionales y movilidad funcional en diferentes posiciones del paciente (supino, sentado, en pie y andando) (Barbosa, *et al.*, 2015). Además, el entrenamiento en actividades como bañarse, uso del baño, peinarse, lavarse las manos, comer, vestirse, entre otros con el fin de mejorar, restaurar o potenciar el desempeño y funcionalidad (Chaparro, *et al.*, 2019; Tobar, *et al.*, 2017).

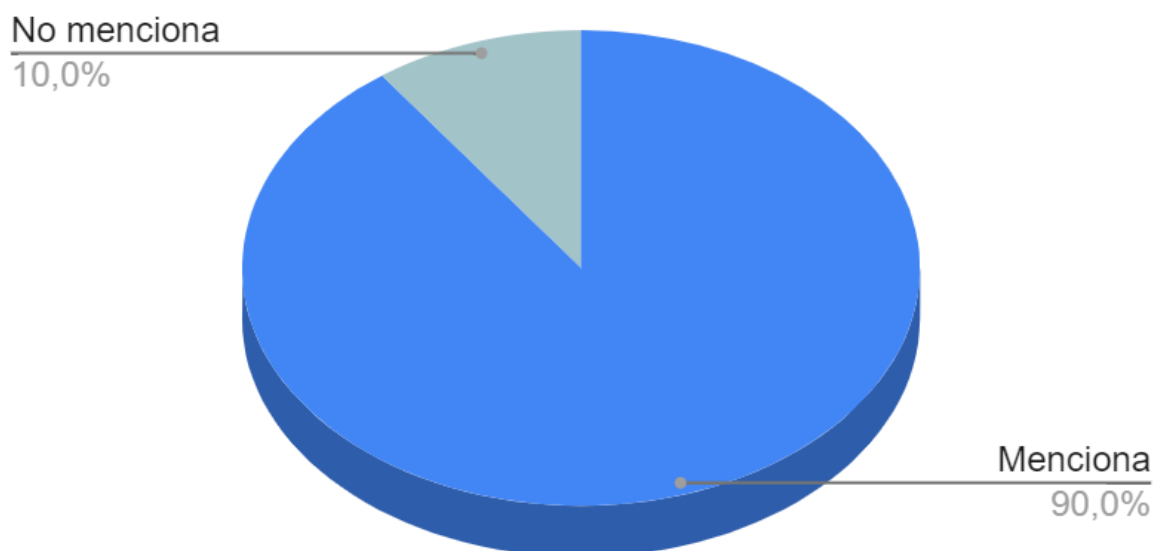
Con respecto a la intervención sobre la participación social, uno de los textos menciona que para facilitar la comunicación entre el paciente y la familia o el equipo de rehabilitación se puede recurrir a las tecnologías asistenciales, el uso de tarjetas o tablas de comunicación alternativas y recursos alternativos como adaptación para escritura y signos corporales o faciales permitiendo que la comunicación sea realizada por personas que son incapaces de llevar a cabo acciones verbales o escritura. En el proceso de hospitalización, la comunicación (comprensión y expresión) es el medio para que el sujeto pueda expresar sus sentimientos, dudas, aflicciones. Por lo tanto, se considera una parte fundamental promover una comunicación efectiva entre el paciente y personal y miembros de la familia (Da Silva, *et al.*, 2019; Okuma, *et al.*, 2017; Barbosa, Reis, 2015).

OBJETIVO 3: EVALUACIONES

Para el objetivo N° 3 “**Identificar y describir las evaluaciones que realiza el terapeuta ocupacional en la unidad de cuidados intensivos, en la producción de conocimiento regional latinoamericano**” se realizaron dos gráficos. En primer lugar se realizó un gráfico de torta (gráfico 3a) dando a conocer la cantidad de textos de la muestra que menciona o no evaluaciones. En el mismo se puede ver que el 90% de los textos, menciona utilizar evaluaciones.

En segunda instancia se realizó un gráfico de barras (gráfico 3b) dando a conocer los tipos de evaluaciones encontrados en los textos que sí mencionan evaluaciones, pudiendo observar que el 100% menciona evaluaciones estandarizadas. El 50% de los textos mencionan evaluaciones de tipo observación clínica, mientras que el 25% son evaluaciones de tipo entrevista al paciente. En menor medida, se observa que el 10% corresponde a evaluaciones de tipo entrevista al familiar, mientras que otro 10% corresponde a evaluaciones sin especificar.

Gráfico 3a. Cantidad de textos publicados entre los años 2000 y 2020 que mencionan evaluaciones. (N=10)



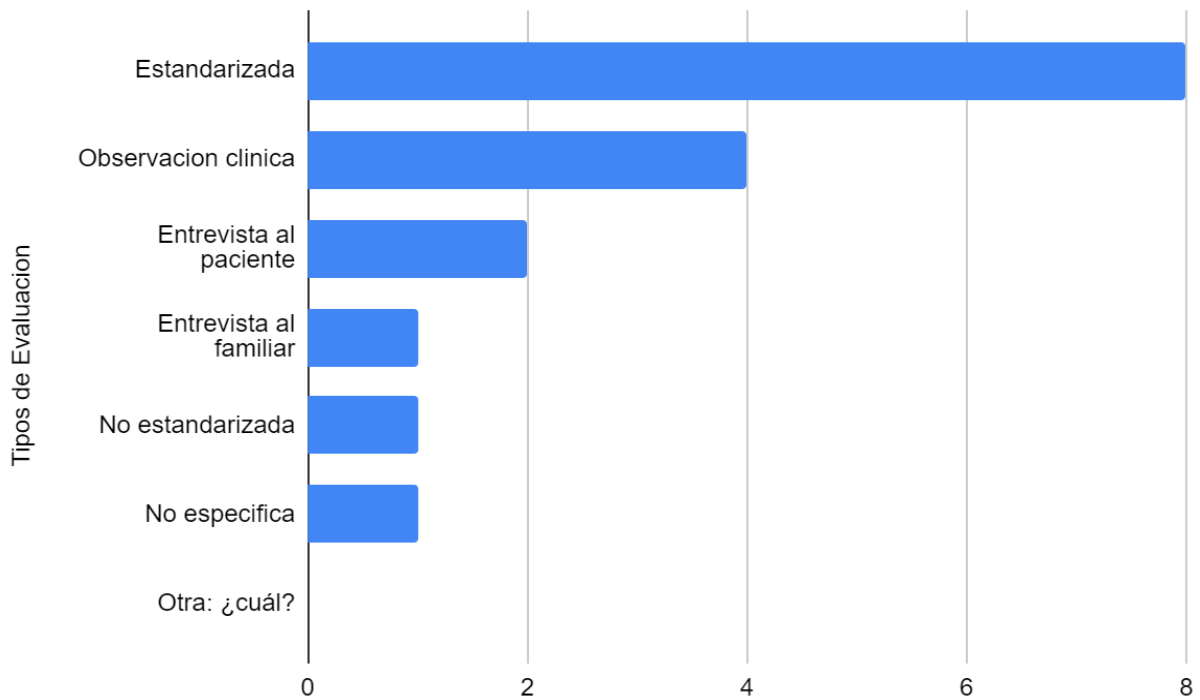
A continuación, se presenta una descripción sintética de los textos y de cuales son distintos tipos de evaluaciones según área a evaluar y su finalidad, sumado a las experiencias de los terapeutas ocupacionales previamente analizados y qué enriquecieron esta categorización.

Para evaluar las funciones cognitivas los textos mencionan las siguientes evaluaciones: Mini-Mental (MNSE), LOTCA, Cuestionario de actividades funcionales, Cavallazzi, CAM, DRS, Escala de Pfeiffer, Coma Near Scale y Confusion Assessment Method for the Intensive Unit Care las cuales evalúan las áreas de atención, memoria, lenguaje, comprensión, orientación, lecto-escritura indicando deterioro cognitivo y presencia de delirio (Leiva, *et al.*, 2020; Chaparro *et al.*, 2017; Celis, *et al.*, 2014; Álvarez, *et al.*, 2017; Okuma, *et al.*, 2017).

Por otro lado, para evaluar las actividades de la vida diaria los textos mencionan las siguientes evaluaciones: Escala de Katz, Índice de Barthel, Cuestionario de Actividades Funcionales y Medida de Independencia Funcional (FIM) las cuales miden el nivel de independencia en el desempeño de las mismas (Chaparro *et al.*, 2017; Leiva, *et al.*, 2020; Chaparro *et al.*, 2019; Álvarez, *et al.*, 2017; Barbosa, Reis, 2015; Okuma, *et al.*, 2017; Da Silva, *et al.*, 2019).

Por último, los textos también mencionan para evaluar las funciones motoras las siguientes evaluaciones: Test de Daniels, la cual se utiliza para medir la fuerza de los músculos en el cuerpo humano especialmente en pacientes con trastornos neuromusculares o lesiones localizadas; Goniometría para evaluar rangos articulares; Escala de Ashworth para medir la espasticidad muscular; y el Dinamómetro para medir la fuerza en garra (Leiva, *et al.*, 2020; Celis, *et al.*, 2014; Chaparro, *et al.*, 2019; Álvarez, *et al.*, 2017).

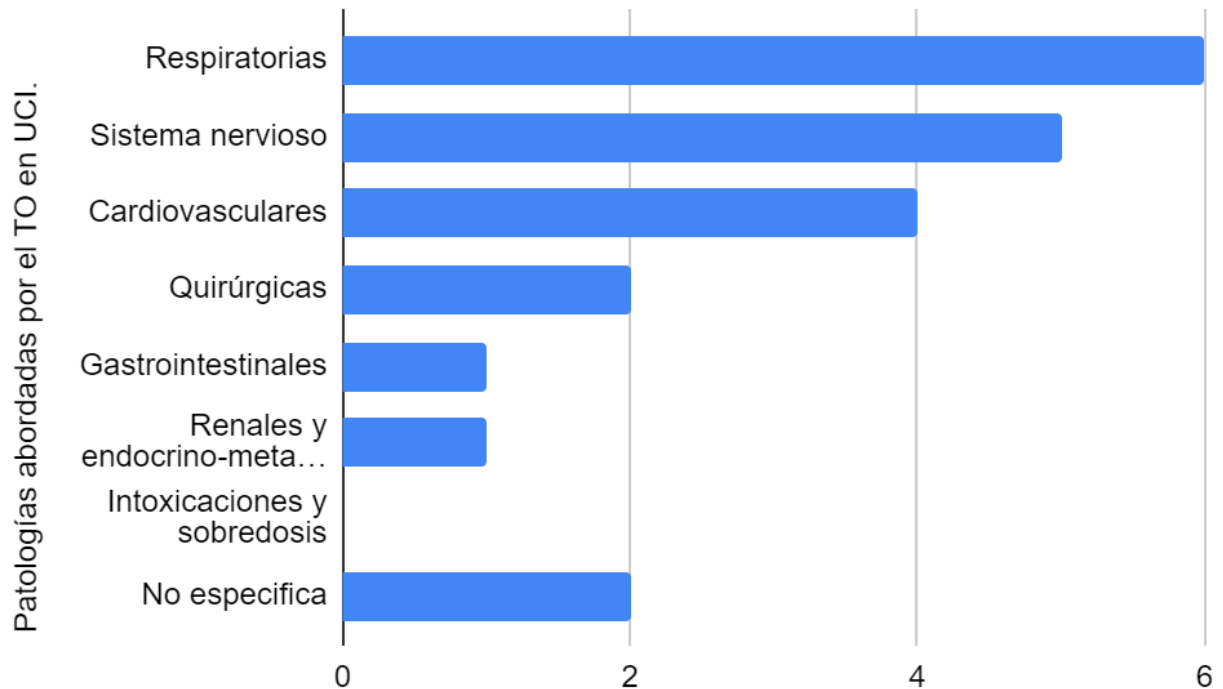
Gráfico 3b. Cantidad de textos publicados entre los años 2000 y 2020 que mencionan este tipo de evaluaciones. (N=8)



OBJETIVO 4: PATOLOGÍAS

Para el objetivo N°4 “**Identificar las principales patologías que se abordan desde la Terapia Ocupacional en Unidad de Cuidados Intensivos, en la producción de conocimiento regional latinoamericano**” se realizó un gráfico de barras dando a conocer las principales patologías. En el mismo, se pudo ver que el 100% menciona las patologías respiratorias. A su vez, más del 60% menciona patologías relacionadas al sistema nervioso y patologías cardiovasculares. En menor medida, se encontraron textos que mencionan patologías quirúrgicas, gastrointestinales y patologías renales y endocrino-metabólicas. Por último, el 30% de la muestra no menciona la patología procedente.

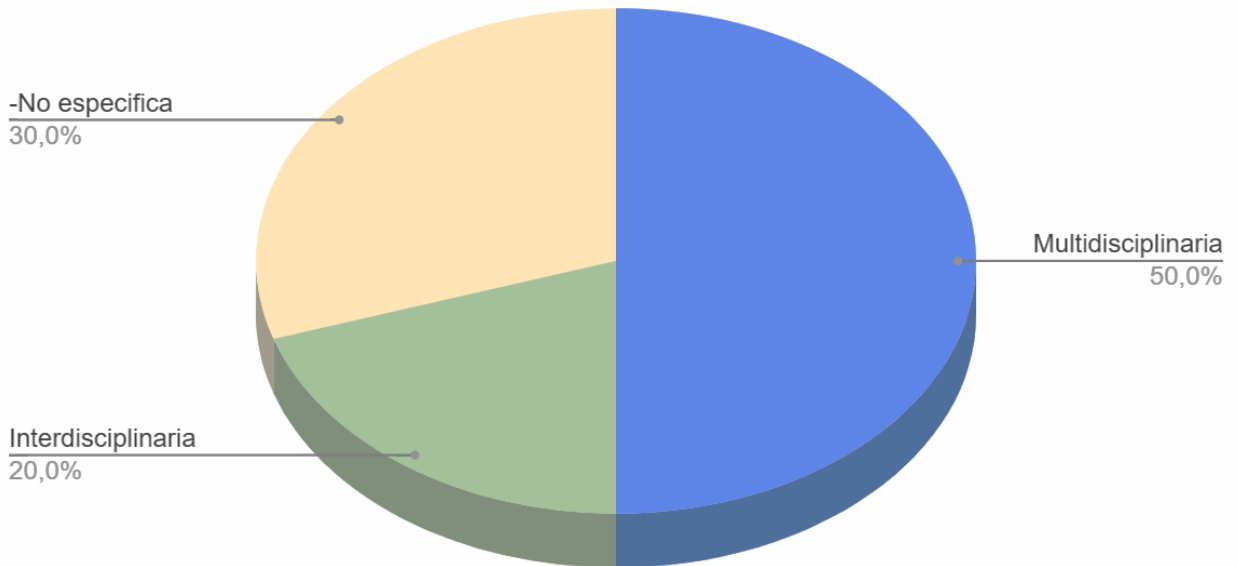
Gráfico 4. Cantidad de textos publicados entre los años 2000 y 2020 que mencionan este tipo de patologías. (N=10)



OBJETIVO 5: FORMA AL TRABAJO

Para el objetivo N° 5 “**Identificar la forma de organización de trabajo del terapeuta ocupacional y el vínculo que desempeña junto a las demás disciplinas en la unidad de cuidados intensivos, en la producción de conocimiento regional latinoamericano**” se realizó un gráfico de torta dando a conocer los tipos de trabajo. En el mismo encontramos el multidisciplinario, del cual el 50% de los textos menciona; el interdisciplinario el 20%; y de lo que resta, el 30% no especifica la forma de trabajo.

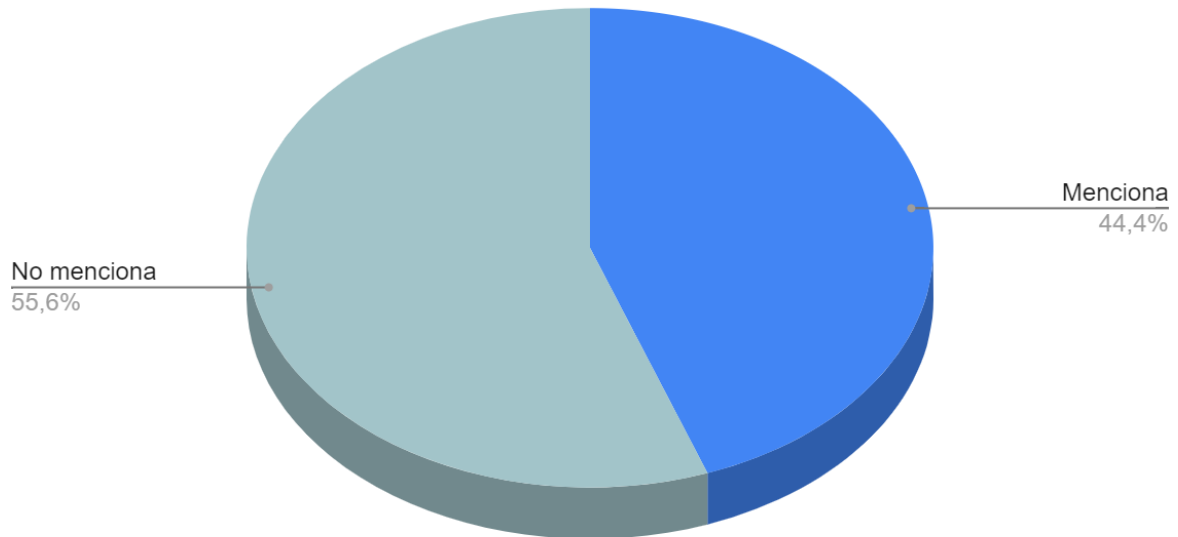
Gráfico 5. Cantidad de textos publicados entre los años 2000 y 2020 que mencionan forma de trabajo. (N=10)



OBJETIVO 6: DURACIÓN Y FRECUENCIA

Para el objetivo N° 6 “**Identificar la duración y frecuencia de las sesiones de terapia ocupacional en la unidad de cuidados intensivos, en la producción de conocimiento regional latinoamericano**” se realizaron un gráfico de tortas dando a conocer si los textos mencionan o no características de la sesión tales como duración y frecuencia. Se pudo ver que solo el 40% menciona duración y frecuencia.

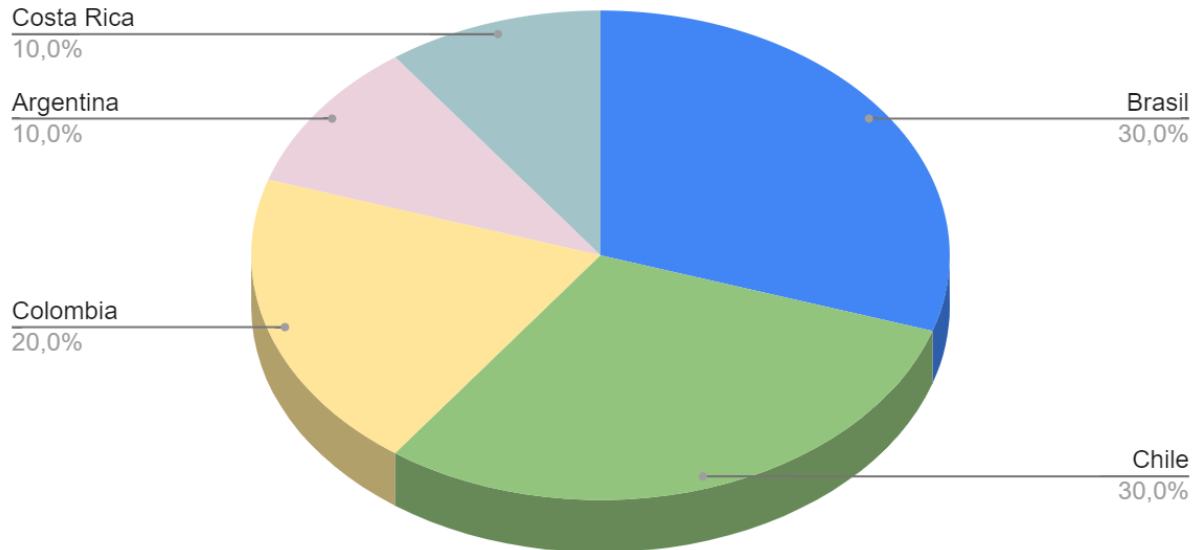
Gráfico 6. Cantidad de textos publicados entre los años 2000 y 2020 que mencionan duración y frecuencia de las sesiones. (N=10)



OBJETIVO 7: AÑO, TIPO Y LUGAR DE TEXTO

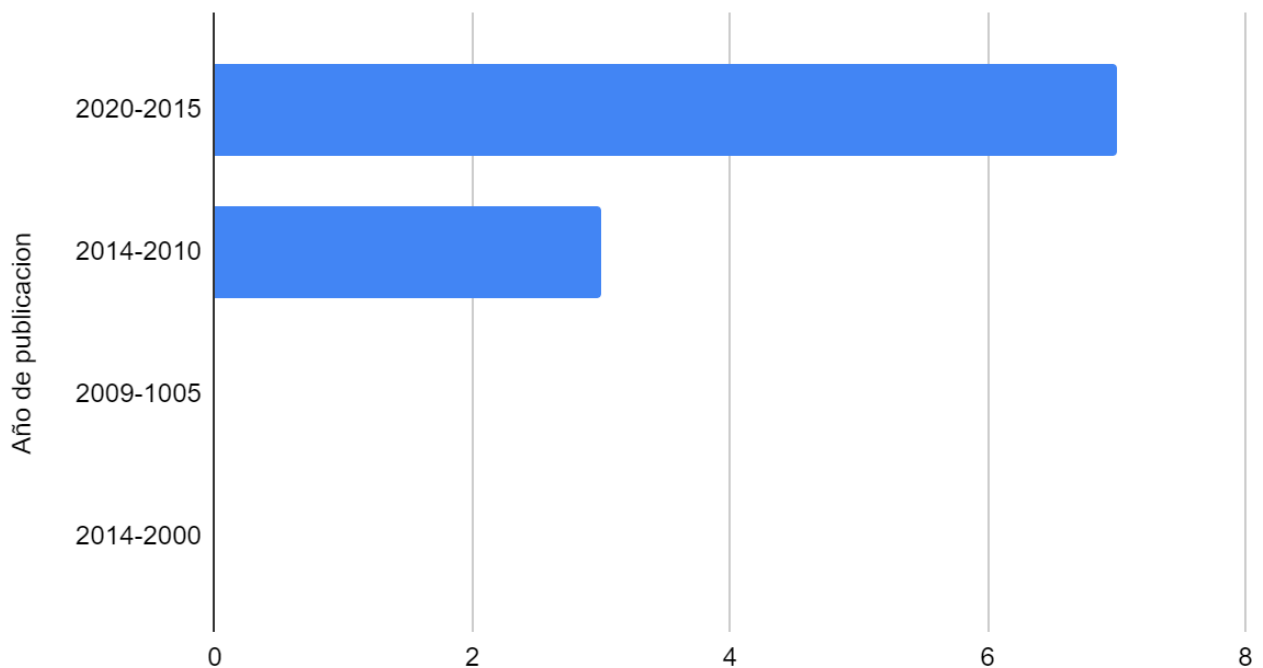
Para el objetivo N°7 “**Identificar el lugar de procedencia, año y tipo de los textos de producción de conocimiento de terapia ocupacional en unidad de cuidados intensivos, en la producción de conocimiento regional latinoamericano**” se realizaron dos gráficos sobre el lugar de procedencia y año de publicación. En primer lugar, se realizó un gráfico de tortas (gráfico 7a) dando a conocer los países de procedencia de los textos de la muestra. Se puede observar que un 30% de los textos corresponden a Brasil, otro 30% corresponde a Chile, mientras que un 20% corresponde a Colombia y en menor medida, un 10% tiene origen Argentino y otro 10% procede de Costa Rica.

Gráfico 7a. Cantidad de textos publicados entre los años 2000 y 2020 que mencionan lugar de procedencia. (N=10)



Por otro lado, se realizó un gráfico de barras dando a conocer los años de publicación de los textos. Para ello, se realizaron agrupaciones de 5 años, que van desde el año 2020 al 2015, del 2014 al 2010, del 2009 al 2005, y del 2004 al 2000. Se puede observar que el 70% de la muestra corresponde a textos publicados entre los años 2020 y 2015, mientras que el 30% restante pertenece a publicaciones realizadas entre los años 2014 y 2010.

Gráfico 7b. Cantidad de textos publicados entre los años 2000 y 2020 que mencionan año de publicación. (N=10)



OBJETIVO 8: ENTREVISTAS

Para el Objetivo n 8: **“Explorar las experiencias de Terapistas Ocupacionales en la Unidad de Cuidados Intensivos en relación al rol y actividades que realizan en sus intervenciones, en la producción de conocimiento regional latinoamericano”**, se realizaron dos entrevistas llevadas a cabo de manera virtual.

Una de ellas, se realizó al Licenciado en Terapia Ocupacional, Sebastián Gallegos, profesional chileno, y la segunda entrevista, se realizó a la Licenciada en Terapia Ocupacional, Sabrina de Marco, profesional argentina.

Tipo de intervención

Profundizando en las entrevistas, pudimos destacar que ambos profesionales realizan intervenciones acerca del posicionamiento del paciente crítico, el cual se trabaja mediante utilización de ferulaje, movilizaciones tanto activas como pasivas, destacando la importancia de la movilización temprana. También encontramos

relevante el uso de equipamiento como ser cuñas para edemas en miembros superiores y almohadón para pie equino, entre otras.

En la entrevista con Gallegos, pudimos rescatar las intervenciones de tipo estimulación multisensorial (también llamada polisensorial), estimulación cognitiva, estimulación de extremidades superiores (movilizaciones pasivas y activas), e intervenciones sobre educación a las familias. “Buscamos conservar y mejorar la funcionalidad, aumentar su capacidad de interacción con el entorno, mantener el cuidado físico y técnico para las estructuras corporales del paciente” Gallegos (30 de Agosto de 2020).

De Marco, adicionalmente, remarcó que sus intervenciones son llevadas a cabo desde la estimulación multisensorial e intervenciones en AVD, como la movilidad funcional y actividades de higiene/vestimenta.

Áreas de ocupación

En ambas entrevistas los profesionales pudieron dar cuenta de su intervención en las áreas de ocupación.

Gallegos informó que, si bien no siempre se logra intervenir en todas las áreas de ocupación, es importante enfocarse en las que sí. Las más frecuentes son las intervenciones en AVD (pudiendo destacar la movilidad funcional, higiene, alimentación).

Por otro lado, De Marco dio a conocer sus intervenciones en éstas áreas destacando las AVD.

Evaluaciones

En cuanto a este apartado, ambos profesionales comentaron administrar evaluaciones. Si bien utilizaron diferentes evaluaciones, cabe destacar que las mismas son evaluaciones de tipo estandarizadas y que evalúan aspectos cognitivos y motores del paciente.

Patologías

Si bien las patologías que predominan en el abordaje de Terapia Ocupacional en pacientes críticos, según las entrevistas realizadas son aquellas de tipo respiratorio. En la entrevista a la Lic. De Marco se mencionaron también patologías predominantes tales como neurológicas, accidente cerebrovascular, y traumatismo encefalocraneano.

Forma de trabajo

Ambos Terapistas Ocupacionales entrevistados trabajan de manera interdisciplinaria con el resto del equipo médico en UCI.

En el caso de la Lic. Sabrina De Marco, detalló que su equipo está formado por cuatro Terapistas Ocupacionales que desempeñan su rol en distintas áreas de trabajo. Aquellas áreas son Traumatología; Reumatología; Pediatría; Internación de Adultos, Terapia Intensiva y Sala Común.

Duración y frecuencia

En cuanto a la duración y frecuencia de las sesiones de Terapia Ocupacional en UCI, Gallegos hizo referencia a que las sesiones tienen una duración aproximada de 30 minutos, dos veces por día, dependiendo del paciente y los objetivos propuestos.

Por otro lado, De Marco no especificó la duración y frecuencia de la misma.

Año, tipo y lugar

En cuanto a estos aspectos, ambas entrevistas fueron llevadas a cabo vía zoom durante el año 2020. La entrevista Gallegos fue realizada Argentina- Chile, y con De Marco se realizó dentro de Argentina.

CONCLUSIONES

Luego de haber analizado los resultados de las muestras, se dará espacio a realizar las conclusiones finales de este trabajo.

En relación con el primer supuesto de investigación ***“Las principales patologías que aborda un terapeuta ocupacional en unidad de cuidados intensivos son patologías neurológicas, patologías cardíacas y patologías respiratorias.”***, hemos visto y analizado que los terapeutas ocupacionales intervienen en pacientes internados en unidad de cuidados intensivos, que, en un gran porcentaje, provienen de patologías respiratorias, cardíacas y neurológicas. El 100% de la muestra mencionaba las patologías respiratorias siendo éstas una de las causas que comprometen la vida del ser humano llevándolo a la internación en unidad de cuidados intensivos.

Asimismo, tras la lectura y el análisis se hallaron nuevos términos relacionados con patologías respiratorias a causa del virus SARS- COVID 19, que avasalló por sobre todas las patologías a partir del año 2020. Se han encontrado textos nuevos sobre patologías respiratorias a partir del año 2021 que no fueron incluidos en este trabajo, que dan cuenta de la intervención de Terapia Ocupacional en Unidad de Cuidados Intensivos.

Según Sabino (1992), que el investigador realice una investigación bibliográfica “permite incluir una gama amplia de fenómenos, debido a que, no solamente debe basarse en los hechos de acceso fácil y directo, sino que puede extenderse para englobar una experiencia inmensamente mayor” (p.69).

Es por ello que, para el segundo supuesto ***“Las áreas ocupacionales que abordan los terapeutas ocupacionales en los pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos son las actividades básicas de la vida diaria y participación social, éstas se miden bajo diferentes evaluaciones como el FIM y la Escala de Lawton y Brody”*** hemos realizado una categorización de las

evaluaciones encontradas para pesquisar los datos más relevantes.

En cuanto a las áreas ocupacionales abordadas por los Terapistas Ocupacionales en Unidad de Cuidados Intensivos, encabeza la evaluación y el abordaje en las actividades de la vida diaria. En cuanto a la información bibliográfica, se pudo observar que más del 60% pertenece al área de ocupación: AVD; actividades como bañarse, uso del baño, peinarse, lavarse las manos, comer, vestirse, entre otros con el fin de mejorar, restaurar o potenciar el desempeño y funcionalidad. Asimismo, otra de las áreas encontradas fue la participación social. Ésta se intervino a través de tecnologías asistenciales, el uso de tarjetas o tablas de comunicación alternativas y recursos alternativos como adaptación para escritura y signos corporales o faciales permitiendo que la comunicación sea realizada por personas que son incapaces de llevar a cabo acciones verbales o escritura. Sin embargo, estas áreas no fueron las únicas que se destacaron en los textos. También se encontraron en gran medida intervenciones tales como descanso y sueño, y actividades instrumentales de la vida diaria. En cuanto a las AVDI (actividades instrumentales de la vida diaria), descanso y sueño, se encontró un porcentaje del 7,7% cada uno.

Como hemos visto en los resultados, el total de la muestra menciona utilizar evaluaciones estandarizadas administradas por terapistas ocupacionales en contexto de unidad de cuidados intensivos. Si bien hemos recolectado información sobre todo tipo de evaluaciones, hemos visto que dentro de las estandarizadas, las más utilizadas fueron el FIM, la cual evalúa 6 categorías tales como autocuidado, control de esfínteres, movilidad, locomoción, comunicación e interacción social. Además, también encontramos que se utiliza en gran porcentaje la Escala de Lawton y Brody, el cual es uno de los instrumentos de medición de AIVD. Por otro lado, también se señalan otras evaluaciones que abordan estas áreas de ocupación como Índice de Barthel, Cuestionario de Actividades Funcionales, Cuestionario de Actividad Funcional y Escala de Pfeffer.

Continuando con el supuesto N° 3 ***“Las principales intervenciones de terapistas ocupacionales en unidad de cuidados intensivos son el posicionamiento, la***

estimulación cognitiva, la estimulación sensorial, la comunicación y el entrenamiento de las actividades de la vida diaria” pudimos dar cuenta de la importancia del rol de Terapia Ocupacional mediante las intervenciones realizadas en pacientes internados en unidad de cuidados intensivos.

Si bien no todas las Unidades de Cuidados Intensivos cuentan con un servicio de Terapia Ocupacional, aquellas que sí, se enfocan en la prevención de desacondicionamiento del paciente, cuidados posturales, de estructuras y funciones corporales, la conexión con el entorno, la comunicación, y en entrenamiento en actividades de la vida diaria, entre otros. Estos aspectos son englobados en ocho diferentes intervenciones que podemos categorizar en: posicionamiento, ejercicios terapéuticos, entrenamiento en AVD, estimulación sensorial y cognitiva, humanización del ambiente, comunicación y acompañamiento familiar.

Cabe destacar que no todos los pacientes reciben todas las intervenciones, exceptuando el *posicionamiento*, que es la intervención que se lleva el primer puesto de los terapeutas ocupacionales, siendo éste fundamental tanto en la cama como en sedestación, cuidando la piel del paciente para prevenir lesiones como úlceras por presión, deformidades en los miembros superiores, inferiores y/o columna, prevención de dolor entre otras.

Retomando el supuesto mencionado, afirmamos que las intervenciones de los terapeutas ocupacionales en pacientes internados en unidad de cuidados intensivos presentan total relación con el posicionamiento, la estimulación cognitiva, la estimulación sensorial, la comunicación y el entrenamiento de las actividades de la vida diaria. Sin embargo, estos no son los únicos tipos que se llevan a cabo siendo también relevante la humanización del ambiente, acompañamiento familiar, y uso de ayudas técnicas.

En relación al supuesto N° 4 “**Encontraremos mayor producción de conocimiento de Terapia Ocupacional en Unidad de Cuidados Intensivos de origen brasilero, entre los años 2010 y 2020**”, se pudo concluir que si bien en

Argentina hay Unidad de Cuidados Intensivos, pocas de ellas cuentan con equipo de Terapia Ocupacional.

En cuanto a los resultados mencionados anteriormente, se pudo observar que la mayor parte de la producción de conocimiento es originaria de Brasil, con un 30% de los textos, mayoritariamente provenientes de revistas como la *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*. Por otro lado, también se pudo observar gran parte del conocimiento de origen chileno, proveniente de fuentes tales como la Revista Chilena de Terapia Ocupacional con otro 30%. Le sigue Colombia abarcando un 20% de la producción de conocimiento restante proveniente de *Revista de la Facultad de Medicina de Colombia*. Para finalizar, la producción de conocimiento más escasa proviene de Colombia, Argentina y Costa Rica, Colombia abarca un 20% de la producción de conocimiento restante. Luego y en menor medida, un 10% tiene origen Argentino proveniente de la *Sociedad Argentina de Terapia Intensiva* y otro 10% procede de Costa Rica.

Con respecto a los años, en los resultados se puede observar que el 70% de la muestra corresponde a textos publicados entre los años 2015 y 2020, mientras que el 30% restante pertenece a publicaciones realizadas entre los años 2010 y 2014. Por lo tanto, se afirma que la mayor cantidad de muestra bibliográfica estuvo constituida por textos regionales latinoamericanos y experiencias de terapeutas ocupacionales que evidenciaban alguna participación en el área específica y objeto de la investigación durante el 2010 y 2020.

Por último, en cuanto al supuesto N°5 **“Las sesiones de Terapia Ocupacional en Unidad de Cuidados Intensivos no superan la media hora de duración y su forma de organización de trabajo es interdisciplinario”**, encontramos que hubo concordancia, ya que notamos que las sesiones de Terapia Ocupacional en Unidad de Cuidados Intensivos tienen una duración aproximada de media hora, generalmente repartidas en dos sesiones al día y dependiendo la tolerancia y estado del paciente, dado que las condiciones críticas pueden variar día a día. Si

bien es importante la intervención, se trata de evitar fatiga y sobreesfuerzo del paciente internado.

Por otro lado, en cuanto a la forma de organización, el trabajo multidisciplinario encabezó los resultados. Este tipo de trabajo refiere a un conjunto de personas, con diferentes formaciones académicas y experiencias profesionales, que operan en conjunto, durante un tiempo determinado, abocados a resolver un problema complejo, es decir tienen un objetivo común. En segundo lugar, sigue el trabajo interdisciplinario, que es aquello que involucra a varias disciplinas. El término suele aplicarse a actividades, investigaciones y estudios donde cooperan expertos en distintas temáticas.

REFLEXIONES FINALES

Analizando nuestra formación universitaria, este trabajo final integrador nos benefició en cuanto a conocimiento, entendimiento y pensar acerca de nuestra profesión, ya que nos invitó a examinar en profundidad investigaciones, experiencias, análisis y artículos vinculados con la intervención de Terapia Ocupacional en la Unidad de Cuidados Intensivos.

En relación con esta experiencia, es que pudimos evidenciar la escasa intervención por parte del terapeuta ocupacional en la UCI a nivel nacional a diferencia de otros países donde ésta se ha implementado y desarrollado a través de diversos tipos de intervenciones en pacientes críticos tales como Colombia, Chile y Brasil durante los últimos diez años. Consideramos relevante entonces poder apropiarse de estos conocimientos y lograr aplicarlos en esta área específica de trabajo en nuestro país ya que, cómo pudimos ver, la Terapia Ocupacional tiene grandes beneficios como proceso de rehabilitación en usuarios en estado crítico, a través de las acciones que realiza, ya que promueve la atención integral del individuo y el más apto desempeño de este en todas las esferas de la ocupación humana.

El desafío principal de este trabajo comenzó con la evidencia de falta de producción epistemológica regional latinoamericano sobre la intervención de terapia

ocupacional en la unidad de cuidados intensivos. Si bien nos encontramos con la barrera de escasez bibliográfica en cuanto a la evidencia de intervención de Terapia Ocupacional en Unidad de Cuidados Intensivos, nuestro gran alcance fueron las entrevistas realizadas a los profesionales, ambos Licenciados en Terapia Ocupacional en Unidad de Cuidados Intensivos, de las cuales pudimos recabar gran parte de la información utilizada en este trabajo final.

Teniendo en cuenta los límites de este trabajo, invitamos a futuros/as investigadores/as a explorar la intervención de la disciplina en unidades de cuidados intensivos en el país e indagar con mayor profundidad acerca de las mismas, ya que consideramos que esto podría aportar a la expansión del conocimiento de las prácticas de terapia ocupacional en nuestro territorio. Conocer las incumbencias y beneficios de Terapia Ocupacional en Argentina permite saber quiénes somos como profesionales y a partir de eso es y será posible reinventarnos, valorarnos y re-posicionarnos en un mundo que invita a esta profesión a mejorar la calidad de vida de las personas.

BIBLIOGRAFIA

- AATO (2013). *Terapia Ocupacional*. Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales.
<http://www.terapia-ocupacional.org.ar/terapia-ocupacional/>
- Álvarez, E., Garrido, M., González, F., Guzmán, E., Donoso, T., Gallegos, S., Vergara, S., Aranda, R., Prieto, S., Briceño, C., Tobar, E., Alzamora, C., Bolvarán, C., Concha, C., Valencia, F., & Villalobos, F. (2011). *Terapia ocupacional precoz e intensiva en la prevención del delirium en adultos mayores ingresados a unidades de paciente crítico. ensayo clínico randomizado: resultados preliminares*. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 12(1), 44-59.
<https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/22051/23368>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- Ares Senra Lucia, Díaz Mor Prieto Carmen, Huerta Mareca.R, (2014). *Terapia Ocupacional en pacientes ingresados en uci con daño neurológico y estados de mínima conciencia*. *Revista de Terapia Ocupacional de Galicia*, 11(19), 1-24.
<http://www.revistatog.com/num19/pdfs/original2.pdf>
- Bain, B. (2005). *Tecnología de asistencia en terapia ocupacional*. Editorial Médica Panamericana.
- Bottinelli, M. (2007). La producción de conocimientos y las publicaciones científicas en la práctica profesional. Reflexiones metodológicas sobre la producción de artículos científicos. Cuadernos de Trabajo del Centro de Investigaciones en Teorías y Prácticas Científicas. N°6. Departamento de Humanidades y Artes. (p.62-91) Lanús. Editorial: EDUNLa.

- Busico, M., das Neves, A., Carini, F., Pedace, M., Villalba, D., Foster, C., García Urrutia, J., Garbarini, M., Jereb, S., Sacha, V., & Estenssoro, E. (2019). *Follow-up program after intensive care unit discharge. Programa de seguimiento al alta de la unidad de cuidados intensivos. Medicina intensiva*, 43(4), 243–254.

<https://www.medintensiva.org/es-pdf-S0210569119300336>

- Celis D, Gálvez G, Moretti A, Navarrete, Rovegno E & Torrent M. (2014) *Terapia Ocupacional y paciente crítico. Revista chilena de Terapia Ocupacional*, (14), 101-110.

<https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/32395/34188>

- Doiron, K. A., Hoffmann, T. C. & Beller, E. M. (27 de Marzo de 2018). Early intervention (mobilization or active exercise) for critically ill adults in the intensive care unit. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6494211/>

- Dorca J, Gonzalez J & Del Campo M. (2001). *De las ayudas técnicas a la tecnología asistiva*. [Archivo PDF].

<https://diversidad.murciaeduca.es/tecnoneet/docs/2004/2-12004.pdf>

- Fisher A. (2013). *Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: same, same or different. Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(3), 162-73.

<https://doi.org/10.3109/11038128.2012.754492>

- Kielhofner G. (2004). *Fundamentos conceptuales de terapia ocupacional*. Editorial Médica Panamericana.
- Lanas, O. (2013). *Tecnología asistiva: Propuesta de terapia ocupacional para aumentar el desempeño ocupacional de un usuario con parálisis cerebral*. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 13(2), 33-43.

<https://revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/30213/31987>

- Marina, Busico; Gustavo, Plotnikow. (2013). *Rehabilitación precoz durante la estadía en terapia intensiva en relación a objetivos funcionales*. *Revista Argentina de Terapia Intensiva*, 30(3) 161-163.

<http://www.danielapalaislibros.com.ar/sati1.org.ar/images/files/seguimiento/06-Rehabilitacionprecoz.pdf>

- Martín Rodríguez, Agustín; Pérez San Gregorio, María Ángeles (2007). *Influencia de la Unidad de Cuidados Intensivos en los familiares de pacientes con mala calidad de vida*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 71-82.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770105>

- Martínez Leiva J.; Segura Esquivel J.; Parra Montañez G. (2020) *Acciones y beneficios que proporciona la intervención del terapeuta ocupacional en la unidad de cuidados intensivos de adultos*. *Revista Terapéutica Ciencia, Tecnología y Arte*. 14(1):11-23.

<https://revistaterapeutica.net/index.php/RT/article/view/94>

- Moreno Chaparro J.; Cubillos Mesa C; Duarte Torres SC. (2017). *Terapia ocupacional en unidad de cuidados intensivos. Revista de la Facultad de Medicina.* 65, 291-6.

<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59342>

- Moreno Chaparro, J.; Cubillos Mesa, C.; & Duarte-Torres, S. C. (2019). *Rol de Terapia Ocupacional en la Unidad de Cuidado Intensivo en Colombia. Revista Ciencias De La Salud.* 17(1), 70-84.

<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7614>

- Okuma, S. M.; De Paula, A. F. M.; Do Carmo, G. P.; Pandolfi, M. M. (2017). *Caracterização dos pacientes atendidos pela terapia ocupacional em uma unidade de terapia intensiva adulto / Characterization of patients assisted by occupational therapy in adult intensive care unit. Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional,* 1(5), 574-588.

<https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto831>

- Pawlowicz, M y Bottinelli, M. (2003). *Introducción a los métodos cualitativos.* (p. 77-130).
- Resolución N° 748 de 2014. Unidad de Cuidados Intensivos, directrices. 29 de Mayo 2014. Boletín Nacional, Ministerio de Salud.
- Samaja, J. (2002) “Epistemología y Metodología: Elementos para una Teoría de la Investigación Científica. Parte IV, Conclusiones del Análisis de Ejemplo: A. La Muestra en los Diseños Exploratorios” Edición 3. Editorial Universitaria de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

- Sampieri Hernández, R; Fernández Collado, C & Lucio Baptista, P (2004). Metodología de la investigación. 4ta edición. Editorial Mc Graw Hill.
- SATI. (2019). Tratamiento no farmacológico del delirium. Aspectos cognitivos de la rehabilitación en UCI. [Curso de Actualización].
- SATI. (2019). Fundamentos de Terapia Ocupacional en la UCI. [Curso de Actualización].
- Silva, T. B.; Xavier, A. M. H. & Carmo, G. P. (2019). *Terapia Ocupacional na Unidade de Terapia Intensiva: o uso de instrumentos de funcionalidade em pacientes críticos/Occupational therapy in the intensive care unit: the use of functional measurement tools in critically ill patients. Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional, 3(4), 478-493.*

<https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto23420>

- Silva Barbosa, F. D. & Da Silva Reis, M. C. (2015). *O papel da Terapia Ocupacional nas unidades de terapia intensiva , uma revisão da literatura/ The role of occupational therapy in intensive care units. A literature review. Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional, 1(2), 221-239.*
- Tobar, Eduardo; Álvarez, Evelyn; Garrido Maricel (2017). *Estimulação cognitiva e terapia ocupacional para prevenção de delirium. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 29(2), 248-252.*

<https://www.scielo.br/j/rbti/a/NBRnLLKDSNDphJzXPT5BV9q/?lang=pt&format=pdf>

- Valverde, et al., (2010). *El trabajo en equipo y su operatividad.* [Archivo PDF].
<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000381.pdf>

- Ynoub, Roxana (2014). *El diseño de investigación, una cuestión de estrategia. Inédito.*

ANEXOS

ANEXO 1: ASPECTOS ETICOS

Solicitamos por medio de la presente su autorización para realizar la entrevista acerca de Terapia ocupacional en unidad de cuidados intensivos. Este instrumento será administrado por las alumnas Bayá Casal Mercedes, Bustinza Maite y Díaz Micaela, con el fin de realizar el trabajo final de la Licenciatura de Terapia Ocupacional en la Universidad de San Martín.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria .La información que se recoja será confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de la investigación.

Sus respuestas podrán retirarse o pedir el retiro del proyecto en cualquier momento que desee.

El tiempo estimado de la realización de la entrevista será de 30 minutos aproximadamente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____ **DNI:** _____

Manifiesto que he sido debidamente informado del ejercicio académico que las estudiantes Bayá Casal Mercedes, Bustinza Maite y Díaz Micaela me han invitado a participar y decido formar parte de este estudio de forma voluntaria.

Firma:

Aclaración:

.....

.....

ANEXO 2: INSTRUMENTOS

1- CUESTIONARIO DE ENTREVISTA

Nombre:

1. P: ¿En dónde desempeña su profesión?

R:

2. P: ¿En qué consiste su intervención? ¿Qué tipos de intervenciones realiza?

R:

3. P: ¿Qué tipos de evaluaciones realizas? ¿Cómo las llevas a cabo?

R:

4. P: ¿Qué objetivos tiene con pacientes críticos?

R:

5. P: ¿Cuáles son las principales patologías que son abordadas desde tu profesión?

R:

6. P: ¿Cómo es la forma de trabajo de otras disciplinas del área? ¿Te relacionas con otras áreas? ¿Comparten objetivos en común?

R:

7. P: ¿Cuánto tiempo dura la sesión de TO? ¿Con qué frecuencia realiza la sesión?

R:

8. P: ¿Por qué considera importante la intervención de Terapia Ocupacional en esta área específica?

R:

2- PLANILLA DE CARACTERIZACIÓN

N° / NOMBRE :

EJES DE ANÁLISIS	
EJ 1. A. TIPO DE INTERVENCIÓN	
EJ 1. B. ¿COMO LA REALIZA?	
EJ 2. A. TIPO DE EVALUACIÓN	
EJ 2. B. ¿COMO LA REALIZA?	
EJ 3. A. ÁREA OCUPACIONAL QUÉ ABORDA	
EJ 3. B. ¿EN CUALES ACTIVIDADES DE ESA ÁREA INTERVIENE?	

3- GRILLA DE OBSERVACIÓN

N° / NOMBRE :

VARIABLES	
V1. PATOLOGÍAS QUÉ ABORDA	
V2. FORMA DE TRABAJO	
V3. DURACIÓN	
V4. FRECUENCIA	
V5. LUGAR	
V6. TIPO	
V7. AÑO	

ANEXO 3: TABLA DE FRECUENCIAS

Tipos de intervención de TO en UCI en textos latinoamericanos entre los años 2000 y 2020. (N=10)

TIPO DE INTERVENCIÓN	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
ESTIMULACIÓN MULTISENSORIAL	8	80%
COMUNICACIÓN	3	30%
ESTIMULACIÓN COGNITIVA	6	60%
POSICIONAMIENTO	10	100%
ENTRENAMIENTO EN AVD	9	90%
EJERCICIOS TERAPEUTICOS	9	90%
ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR	6	60%
HUMANIZACIÓN DEL AMBIENTE	4	40%
USO DE AYUDAS TÉCNICAS	3	30%

CONSENTIMIENTO

INFORMADO

Yo: Sabrina De Marco DNI: 35499943

Manifiesto que he sido debidamente informado del ejercicio académico que las estudiantes Bayá Casal Mercedes, Bustinza Maite y Díaz Micaela me han invitado a participar y decido formar parte de este estudio de forma voluntaria.

Firma: 

Aclaración: Sabrina De Marco.

Yo: Sebastián Gallegos DNI: 16323095-K

Manifiesto que he sido debidamente informado del ejercicio académico que las estudiantes Bayá Casal Mercedes, Bustinza Maite y Díaz Micaela me han invitado a participar y decido formar parte de este estudio de forma voluntaria.

Firma: 

Aclaración: Sebastián Gallegos.