

Rol de Terapia Ocupacional en la Unidad de Cuidado Intensivo en Colombia

Role of Occupational Therapy in Intensive Care Unit in Colombia

Papel da Terapia Ocupacional na Unidade de Cuidado Intensivo na Colômbia

Jaime Moreno-Chaparro, TO;^{1*}

Cristian Cubillos-Mesa, TO;¹

Silvia Cristina Duarte-Torres, TO, Mg.²

Recibido: 20 de noviembre de 2017 - **Aceptado:** 1.º de octubre de 2018

Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7614>

Para citar este artículo: Moreno-Chaparro J, Cubillos-Mesa C, Duarte-Torres SC. Rol de Terapia Ocupacional en la Unidad de Cuidado Intensivo en Colombia. Rev Cienc Salud. 2019;17(1):70-84. doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7614>

Resumen

Introducción: la Terapia Ocupacional impacta positivamente en la salud y el bienestar al realizar, por medio de la ocupación, acciones específicas en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) en las que se abordan la rehabilitación y recuperación de habilidades. **Materiales y métodos:** estudio aplicado a terapeutas ocupacionales con mínimo de 2 años de experiencia clínica y 1 año en Unidad de Cuidado Intensivo Adulto en Colombia, en el periodo de diciembre de 2016 a marzo de 2017. Se analizaron categorías específicas encaminadas al conocimiento basado en participación, experiencia, evaluación, intervención y retos. **Resultados:** participaron 20 terapeutas experimentados en diferentes categorías: (a) Participación: como ejecutores, el 70 %, y el 55 % hace parte de intervención temprana en rehabilitación. (b) Experiencia: se evidencia atención de entidades clínicas más referenciadas, se hace uso de modelos y marcos teórico-prácticos reconocidos y difundidos. (c) Evaluación: se realiza en áreas cognitiva y Actividades de la Vida diaria, usando instrumentos como historia ocupacional y observación. (d) Intervención: énfasis en modalidades y medios de intervención encaminados a las Actividades de la Vida diaria, Cognitivo, Sensorial y Trabajo con Familias. (e) Retos: dividido en fortalezas y dificultades donde se expresaron beneficios, problemáticas y otros. **Conclusión:** se identifican y analizan acciones del terapeuta ocupacional colombiano en las UCI, correlacionándose con los reportes a nivel internacional.

¹ Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina, Departamento de la Ocupación Humana.

² Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina, Departamento de la Ocupación Humana. Hospital Universitario Nacional de Colombia. Bogotá D.C., Colombia.

* Autor para correspondencia: jaamorenoch@unal.edu.co.

Se resalta la participación en los equipos de intervención temprana, sus acciones con las familias y sus acciones centradas en la ocupación.

Palabras clave: terapia ocupacional, rehabilitación, cuidado crítico.

Abstract

Introduction: Occupational Therapy positively impacts on health and well-being by performing, through occupation, specific actions in the Intensive Care Unit (ICU) in which rehabilitation and recovery of skills are addressed. *Materials and methods:* study applied to occupational therapists with a minimum of 2 years of clinical experience and 1 year in the Adult Intensive Care Unit in Colombia, from December 2016 to March 2017. Specific categories aimed at knowledge based on participation, experience, evaluation, intervention and challenges. *Results:* 20 experienced therapists participated in different categories: (a) Participation: as executors, 70%, and 55% are part of early intervention in rehabilitation. (b) Experience: evidence of more referenced clinical entities is evidenced, models and recognized theoretical and practical frameworks are used and disseminated. (c) Evaluation is done in cognitive areas and Activities of Daily Life, using instruments such as occupational history and observation. (d) Intervention: emphasis on modalities and means of intervention aimed at Activities of Daily, Cognitive, Sensory and Work with Families. (e) Challenges: divided into strengths and difficulties where benefits, problems and others were expressed. *Conclusion:* actions of the Colombian occupational therapist are identified and analyzed in the ICU, correlating with the reports at the international level. The participation in the early intervention teams, their actions with the families and their actions focused on the occupation are highlighted.

Keywords: Occupational Therapy, Rehabilitation, Critical Care.

Resumo

Introdução: a terapia Ocupacional impacta positivamente na saúde e o bem-estar através da ocupação realizando ações específicas na Unidade de Cuidado Intensivo abordando a reabilitação e recuperação de habilidades, enquadradas em processos de atenção ainda sem desenvolvimento. Analisar as ações que realiza uma terapeuta ocupacional em uma Unidade de Cuidado Intensivo Adulto na Colômbia. *Materiais e métodos:* estudo misto aplicado a Terapeutas ocupacionais, com mínimo 2 anos de experiência clínica e 1 ano em Unidade de Cuidado Intensivo adulto na Colômbia; no período dezembro 2016 – março 2017. Analisaram-se categorias específicas encaminhadas ao conhecimento baseado em: participação, experiência, avaliação, intervenção e desafios. *Resultados:* participaram 20 terapeutas experimentados. Respeito às categorias: (a) Participação: como executores de 70% e o 55% faz parte de intervenção precoce de reabilitação. (b) Experiência: tempo mínimo de 1 ano na unidade; se evidencia atenção de entidades clínicas mais referenciadas; se faz uso de modelos e marcos teórico-práticos reconhecidos e difundidos. (c) Avaliação: se realizam em áreas cognitivas e Atividade da vida diária, usando instrumentos como História ocupacional e Observação. (d) Intervenção: ênfase, modalidade e meios de intervenção encaminhados às atividades da vida diária, Cognitivo, Sensorial e Trabalho com famílias. (e) Desafios: dividido em fortalezas e dificuldades onde se expressaram benefícios, problemáticas e outros. *Conclusão:* se identificam e ratificam ações do terapeuta ocupacional colombiano nas UCI, correlacionando-se com os reportes a nível internacional. Ressalta-se a participação nas equipes de intervenção precoce, suas ações com as famílias e suas ações centradas na ocupação. Esta pesquisa aporta e fortalece o conhecimento nesta área específica e convida à construção de novas propostas na intervenção clínica.

Palavras-chave: terapia ocupacional, reabilitação, cuidado crítico.

Introducción

Los profesionales de Terapia Ocupacional tienen dentro de sus conocimientos el poder impactar en la salud y el bienestar, por medio de la ocupación como referente de intervención (1). Es en pro de estos aspectos, que los terapeutas ocupacionales realizan acciones específicas al abordar las necesidades de las personas con lesiones, enfermedades o déficits en el desempeño ocupacional desde el inicio del tratamiento clínico y en todas las áreas intrahospitalarias (2). Dentro de sus conocimientos y aplicación clínica, se resaltan aquellos enfocados a la promoción, prevención, rehabilitación y recuperación, a partir de la aplicación de habilidades sensoriomotoras, cognitivas y socioemocionales, cuando se identifican disfunciones físicas, mentales, corporales, funcionales, entre otros (3, 4).

Son estos mismos conocimientos y dominios en su práctica, lo que ha permitido que la Terapia Ocupacional a nivel internacional se encuentre contemplada como un miembro vital dentro del denominado grupo de intervención temprana en rehabilitación en una Unidad de Cuidado Intensivo (UCI). Este inicia inmediatamente después de la estabilización de la persona, con su aplicación se busca beneficiar las habilidades residuales, promover la funcionalidad y la reducción en tiempos de estancia, entre otros (5-8).

La revisión de la literatura y el análisis de estudios de intervención por Terapia Ocupacional a nivel internacional propone una visión y camino que permite develar no solo los beneficios de la intervención por rehabilitación, sino las modalidades, técnicas y especificidades de atención que podrían ser aplicables en el marco de un programa de intervención temprana por rehabilitación y en el conocimiento en salud que se le podría brindar a las personas que necesiten de este (9-11).

Es necesario entonces, poder reconocer y analizar ¿cuál es la intervención por Terapia Ocupacional en la Unidad de Cuidado Intensivo en Colombia? con el fin de brindar información actual, detallada y relevante que permita impactar positivamente en la salud, el bienestar y en la calidad de vida de la población que ingresa a una UCI. Este documento se desarrolló con el fin de construir conocimiento y fundamentación clínica para responder a necesidades específicas de atención, a propósito de la celebración de los cincuenta años de la profesión en Colombia y de las transformaciones y luchas que han tenido estos profesionales en cada una de las áreas de su ejercicio en ese tiempo (12).

Materiales y métodos

Investigación de tipo exploratorio y explicativo, donde se aplica un cuestionario semiestructurado con componentes (a) cuantitativos, relacionados con datos estructurados como datos generales, participación, experiencia y sus subtemas, y (b) cualitativos, enfocados

en datos de respuesta abierta como retos y desafíos (13). Este cuestionario fue aplicado a 20 terapeutas ocupacionales en Colombia que contaran con una experiencia mínima de 2 años en el área clínica y de por lo menos 1 año de trabajo en una Unidad de Cuidado Intensivo para adultos.

Se realizó una prueba piloto (aplicación previa) y revisión múltiple (verificación de contenidos, diseño de preguntas y enfoque) del cuestionario en el que se abordaron dos componentes (cuantitativo y cualitativo) a terapeutas ocupacionales docentes pertenecientes a la Universidad Nacional de Colombia, quienes efectuaron comentarios sobre la redacción, el orden y la pertinencia de las preguntas inicialmente planteadas. Con base en los resultados, se efectuaron ajustes y mejoras específicas al cuestionario, entre las cuales se incluyeron la reformulación de la presentación y el orden del cuestionario, la invitación de participación y el diseño de un consentimiento informado de acuerdo con las normatividades internacionales y nacionales. Por ello, la presente investigación recibe aval N.º 020-246-16 del 10 de noviembre de 2016 por parte del Comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia para su ejecución.

La recolección de datos se llevó a cabo entre los meses de diciembre de 2016 a marzo de 2017, difundiendo el cuestionario por parte de los medios oficiales como el Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional (CCTO), la Asociación Colombiana de Facultades de Terapia Ocupacional (ACOLFACTO) y las bases de datos de egresados de las Universidades asociadas con esas organizaciones.

Las categorías de análisis correspondientes para el cuestionario estructurado y para los resultados fueron: participación, experiencia, evaluación, intervención y retos. Para el análisis de los datos, se usaron dos programas específicos: a nivel cuantitativo se usó el análisis de Epi Info 7 y a nivel cualitativo, el software NVivo 11.

Resultados

En total fueron diligenciadas 20 encuestas por parte de los terapeutas ocupacionales en Colombia, durante el periodo de estudio y de extensión en todo el territorio nacional.

En cuanto a la presentación de resultados, se iniciará con las características esenciales para el diligenciamiento de la encuesta con el fin de introducir los datos específicos por las categorías de análisis.

Datos Generales

De las 20 encuestas completadas, el 100% de los participantes respondió afirmativo a la vinculación y continuación del proyecto de investigación por medio del consentimiento

informado. En cuanto a la localización geográfica, el 80 % estuvo localizado en la ciudad capital, Bogotá D.C. y el restante 20% estaba distribuido en dos de las ciudades más importantes de Colombia con el 15 % en Cali y 5 % en Medellín.

Participación

Para esta categoría de análisis, se tuvieron en cuenta ítems de pregunta/respuesta como: (a) Tipo de participación, (b) Si pertenecía a la categoría de Profesional exclusivo y (c) Si pertenecía al grupo denominado Intervención temprana en rehabilitación, contextualizado a una Unidad de Cuidado Intensivo para Adultos en Colombia. Como se puede ver en la tabla 1, para el primer ítem se evidenció que los profesionales en Terapia Ocupacional intervienen en su mayoría como Profesionales ejecutores y participación de carácter doble y triple denotado como: Docente Universitario, Coordinador y Docente Universitario con Asesoría.

Tabla 1. Tipo de participación de los terapeutas ocupacionales en una UCI

Tipo de participación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Cum.	Exact 95 % LCL	Exact 95 % LCL
Coordinador, Profesional ejecutor	1	5.00 %	5.00 %	0.13 %	24.87 %
Profesional ejecutor	14	70.00 %	75.00 %	45.72 %	88.11 %
Profesional ejecutor, Asesor, Docente Universitario	1	5.00 %	80.00 %	0.13 %	24.87 %
Profesional ejecutor, Docente Universitario	4	20.00 %	100.00 %	5.73 %	43.66 %
Total	20	100.00 %	100.00 %		

En cuanto al segundo ítem, el 85 % de los profesionales respondió que no tenía alguna exclusividad de intervención, mientras que el restante (15 %) sí tenía algún vínculo específico con la unidad. En cuanto al tercer y último ítem de esta categoría, el 55 % de los encuestados refirió pertenecer a un grupo de atención temprana en rehabilitación, con la claridad de rotación en varios espacios intrahospitalarios, incluyendo la UCI.

Experiencia

Es importante iniciar esta categoría de análisis haciendo referencia a las instituciones asociadas con las experiencias. Según los datos recolectados, el 85 % de los encuestados pertenece o trabajó en instituciones cuyo nivel de complejidad médica es III o IV, siendo este último nivel el de mayor especialización en Colombia. En cuanto a experiencia, se preguntó acerca de (a) tiempo total de experiencia tanto en el área clínica, (b) tiempo to-

tal de experiencia en la Unidad de Cuidado Intensivo, (c) las entidades clínicas de mayor atención, (d) los modelos y (e) marcos teórico-prácticos que rigen la intervención.

Para el primer ítem de pregunta, el tiempo total de experiencia en el área clínica estuvo medido de la siguiente manera: el tiempo mínimo fue de 2 años, la mediana (50%) sobre 9 años de experiencia y el máximo tiempo registrado en el área fue de 25 años. Posteriormente, y con el fin de profundizar en el entendimiento de la experiencia de los terapeutas ocupacionales, se cuestionó acerca del tiempo total de experiencia en una Unidad de Cuidado Intensivo para Adultos en el país. Como se ve en la tabla 2, el tiempo mínimo fue de 1 año, acorde a las exigencias de la presente investigación, y el máximo reportado fue de 10 años.

Tabla 2. Tiempo de experiencia en UCI para Adultos

Obs.	Total	Medias	Var.	Desviación estándar	Min.	25 %	Mediana	75 %	Max.	Modo
20	83	4.1500	5.6079	2.3681	1.0000	2.0000	4.0000	5.0000	10.0000	2.0000

En cuanto a las entidades clínicas de mayor atención, según refieren los terapeutas ocupacionales encuestados (figura 1), se detallan algunas como las más comunes: el evento cerebrovascular, el trauma craneoencefálico, las postquirúrgicas, cardiovasculares, autoinmunes, respiratorias, entre otras.

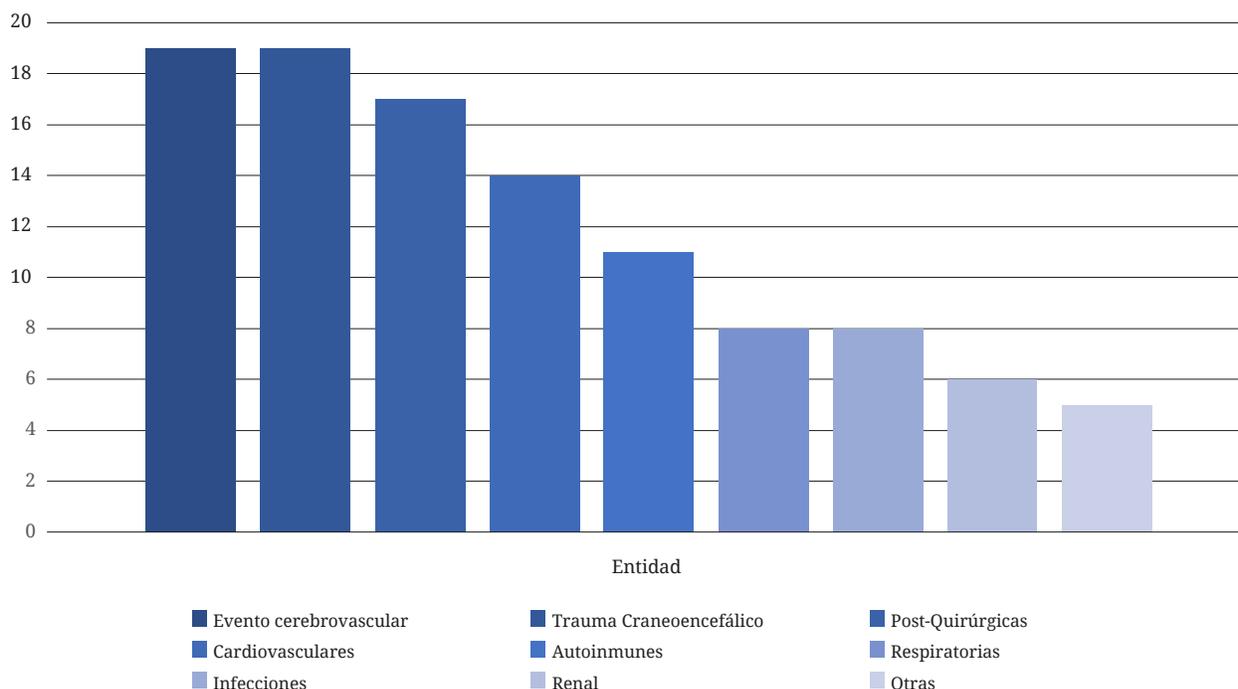


Figura 1. Entidades clínicas de mayor referencia y atención en una uci por parte de terapeutas ocupacionales

Finalmente, en esta categoría se cuestionó acerca de los modelos y marcos teórico-prácticos que guían la intervención en la Unidad de Cuidado Intensivo por parte del servicio que prestan como terapeutas ocupacionales. Para esta, el Modelo de Ocupación Humana resalta, con una aplicación del 90 %, seguido del Modelo de Discapacidad Cognitiva, con el 50 % de aplicación; siendo estos los más relevantes y referidos en la investigación. En cuanto a Marcos de intervención, los más referidos se encuentran en su orden: Marco de Neurodesarrollo, con el 90 %, y el más utilizado, Marco de Rehabilitación con el 85 % y el Marco de Integración Sensorial con el 80 %, entre otros.

Evaluación

Este aspecto como eje inicial en la intervención de Terapia Ocupacional en cualquier espacio o situación hospitalaria es indagado por medio del cuestionamiento de dos ítems. El primero relacionado con ¿cuáles áreas en la persona evalúa? y el segundo con ¿cuáles son los instrumentos de evaluación más utilizados? En cuanto a las áreas de evaluación, se evidencian las más referidas por los terapeutas ocupacionales en la figura 2, indicando su mayor enfoque, y en orden en niveles cognitivo, de la vida diaria, rangos de movimiento, sensorial, entre otros.

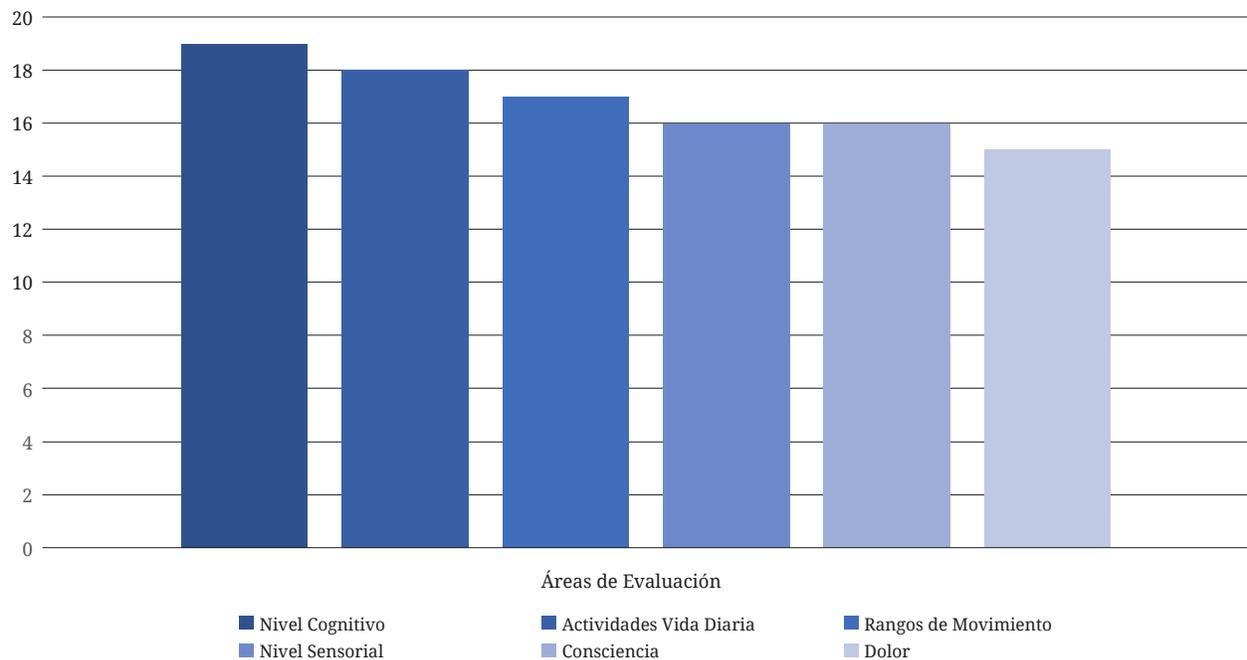


Figura 2. Áreas de evaluación más referidas por terapeutas ocupacionales en su proceso de atención en una UCI

A partir de estas respuestas, se cuestiona sobre el uso o no de instrumentos específicos para la evaluación. Los resultados demuestran que aquellos que se encuentran a la

disposición y son de conocimiento básico del terapeuta son los más usados, entre ellos: la Historia Ocupacional 90 %, la observación 85 %, el Índice de Barthel 70 %, la Escala Análoga del Dolor y Mini Mental con 65 %, los relacionados con Fuerza Muscular con el 55 % y, por último, la Medida de Independencia Funcional (FIM) con 50 %.

Intervención

En cuanto al siguiente paso de la atención por Terapia Ocupacional para la persona en Unidad de Cuidado Intensivo, se cuestionó sobre los siguientes ítems: (a) relacionado con el énfasis de las intervenciones, (b) las modalidades y (c) los medios usados; para finalmente preguntar sobre los tiempos que se tienen en el proceso de atención con una persona en la unidad.

Para el primer ítem de análisis, se denota que, de los énfasis que se llevan a cabo desde las intervenciones de Terapia Ocupacional con la persona en la Unidad, se privilegian los que están relacionados con el desempeño en Actividades de la Vida Diaria 90 %, los enfocados a la Estimulación Sensorial y desempeño cognitivo con 85 %, movilización, ya sea pasiva o activa, con el 75 %, las habilidades sociales y comunicativas 55 %, y, finalmente, las sesiones con énfasis en la familia con, el 50 %. Es importante aclarar que los ítems de movilización y, habilidades sociales y comunicativas, son vistos y referenciados por los marcos de trabajo de Terapia Ocupacional como aquellos enfocados a la funcionalidad y la ocupación humana.

En relación con el segundo y tercer ítem, las modalidades y medios, es necesario detallar su referencia y uso. En específico para las modalidades, las experiencias refirieron que la estimulación de orden sensorial, las técnicas de neurodesarrollo, el uso de actividades cognitivas y de educación son consideradas como las principales durante la intervención.

En relación con los medios de intervención que se usan en el marco de una sesión por Terapia Ocupacional, los más referidos dan cuenta del dominio y práctica de la profesión por medio de las actividades, la experticia en la fabricación y adaptaciones de aditamentos o ayudas técnicas, entre otros.

Por último, en cuanto al tiempo categorizado en unidades de medida y en frecuencias referidas por la experiencia de terapeutas ocupacionales (tabla 3), fue observado en un gran porcentaje hacia la atención diaria en un 50 %, seguido con un 15 % a las sesiones de día de por medio y con 10 % con frecuencias entre 2 días y una vez por semana. En cuanto a este mismo cuestionamiento, se develó que las intervenciones con la persona están mediadas por características personales y que el tiempo neto de sesión varía. En referencia a esto último, los terapeutas refirieron que este tiempo neto depende de la tolerancia de la persona con un 55 %, menor a 30 minutos con un 50 % y menor a 15 minutos con un 40 %.

Tabla 3. Frecuencia de atención medida en tiempo referida por terapeutas ocupacionales encuestados en una UCI

¿Con qué frecuencia atendió a una persona en la uci?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Cum.	Exact. 95 % LCL	Exact. 95 % LCL
Cada 2 días	2	10.00 %	10.00 %	1.23 %	31.70 %
Cada 2 días, Una vez semana	1	5.00 %	15.00 %	0.13 %	24.87 %
Día de por medio	3	15.00 %	30.00 %	3.21 %	37.89 %
Diaria	10	50.00 %	80.00 %	27.20 %	72.80 %
Necesidad	1	5.00 %	85.00 %	0.13 %	24.87 %
una vez por trimestre	1	5.00 %	90.00 %	0.13 %	24.87 %
Una vez semana	2	10.00 %	100.00 %	1.23 %	31.70 %
Total	20	100.00 %	100.00 %		

Retos

Para identificar los retos a trabajar, se indagó por la percepción de las fortalezas y debilidades que tiene la Terapia Ocupacional en la intervención con las personas en la Unidad de Cuidado Intensivo. Respecto a las fortalezas, fue posible identificar que las percepciones se orientan hacia cuatro temáticas en específico.

La primera relacionada con la recuperación del estado de salud de una persona correspondiente al 36.3 % con enfoque en la mejoría a nivel cognitivo y motor, incremento en los periodos de consciencia, la promoción de la funcionalidad, la movilización activa y las respuestas acorde a diversos estímulos sensoriales. La segunda relacionada con el reconocimiento de la profesión y su rol dentro de la unidad por parte del equipo interdisciplinar con un 32.6 %, mencionando que, además de ello, se promueve la participación en juntas médicas y la diferenciación de la intervención por parte de fisioterapia. La tercera relacionada con la prevención de signos asociados con un 9.36 %, refiriéndose a una intervención enfocada en la disminución del des acondicionamiento ocupacional, el delirio, entre otros. Por último, las intervenciones que desde Terapia Ocupacional se brindan enfocadas en la educación personal y al familiar en un 4 %, haciendo especial énfasis 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.

De igual forma, se preguntó por las debilidades de la intervención, enfocándose en aquellos retos y nuevos desafíos que aún quedan por develar en el proceso de atención, accesibilidad y desarrollo que desde la Terapia Ocupacional se deben enfocar. Se reconocieron tres temáticas principales en torno a los retos.

El primer reto se refiere hacia los diversos obstáculos que afectan la intervención del terapeuta ocupacional en la UCI, referenciado en un 46.2 %, incluyendo dificultades

relacionadas con la continuidad del tratamiento, las limitaciones en el uso de material terapéutico y la remisión general para la intervención. El segundo, enfocado en el poco conocimiento del actuar profesional por parte de otros profesionales con un 31.16 %, en el que se identificó la necesidad de mejorar habilidades comunicativas con el equipo de rehabilitación, lo que permite reconocer los roles y acciones que el terapeuta puede realizar. Para finalizar, como tercer reto, se expresa la falta de conocimiento investigativo en torno al ejercer profesional de la Terapia Ocupacional dentro de la unidad con un 14 %, haciendo hincapié en el poco sustento teórico o reporte de experiencias que permita construir y dar reconocimiento a la labor de la profesión en torno al cuidado crítico y la rehabilitación temprana.

Discusión

La presente investigación permitió evidenciar que, en diferentes vías, la rehabilitación temprana por parte de Terapia Ocupacional en Unidad de Cuidado Intensivo se encuentra en un proceso inicial de desarrollo con respecto a la realidad del manejo crítico en Colombia. Es importante, entonces, poder poner en tensión la cifra de reportes a nivel del país, la falta de documentos, literatura y demás avances en el área; lo cual pone en discusión el sistema de atención y rehabilitación, el cubrimiento esperado, entre otras dificultades enmarcadas en el desarrollo del cuidado intensivo en Colombia (14). En cuanto al impacto de las intervenciones de la profesión, se develan resultados favorables enmarcados en la intervención terapéutica en Latinoamérica, tomando como primer referente a Brasil, donde actualmente se encuentra reglamentada la intervención obligatoria de un terapeuta ocupacional como parte del equipo de rehabilitación en la Unidad de Cuidado Intensivo (15).

Los programas de rehabilitación temprana con énfasis en la Unidad de Cuidado Intensivo han sido descritos en diferentes textos y estudios en los cuales se plantean premisas relevantes en torno a los medios, modalidades y resultados de la intervención como: la reducción de los tiempos de estancia y ventilación mecánica, la promoción de la participación en Actividades de la Vida Diaria (AVD) y el mantenimiento de la funcionalidad, la atención enfocada a la tolerancia de la persona en aspectos funcionales, intervención educativa con familia, la inclusión de férulas y apoyos tecnológicos de baja complejidad (5, 6, 9-11).

La Terapia Ocupacional en Iberoamérica, y en especial en Colombia, no se aparta de tendencias innovadoras en esta área. En la revisión detallada de los resultados de la investigación se evidenció que, en cuanto a la categoría de Evaluación, los terapeutas

colombianos en una Unidad de Cuidado Intensivo enfatizaron el área cognitiva y de la vida diaria por encima de otros ítems. Adicionalmente, se enfocaron en instrumentos de valoración subjetivos y propios de la disciplina, escalas conocidas como el Índice de Barthel, Escala Análoga del Dolor y Mini Mental. Es en esta misma línea que trabajan países como Brasil y Chile, los cuales han documentado la intervención del terapeuta ocupacional en diferentes espacios intrahospitalarios, estableciendo el uso de escalas de evaluación como Escala de Katz, la versión en español del Cuestionario de Actividad Funcional (FAQ, siglas en inglés), el Cuestionario de información acerca del deterioro cognitivo en personas mayores (IQCODE en inglés) y en Estados Unidos la Evaluación de habilidades para la vida diaria en hospitalización (8, 9, 15).

Por otro lado, se comprobó que, bajo la categoría Intervención por Terapia Ocupacional en la Unidad de Cuidado intensivo se enfatizan las sesiones hacia las mismas áreas de evaluación anteriormente mencionadas, junto con un nuevo ítem conocido como estimulación sensorial. En cuanto a las intervenciones en actividades de la vida diaria, estas tenían como fin mejorar, restaurar o potenciar el desempeño y la funcionalidad, promoviendo la independencia en actividades básicas y modificadas en higiene, alimentación y disfagia junto con Fonoaudiología, en patrones integrales y funcionales (6, 8, 9 15-17). Dentro de las intervenciones de la vida diaria, se agruparon técnicas de posicionamiento relacionadas según las referencias y la literatura en la prevención de úlceras por presión, el control y seguimiento de edema, sobre todo en miembros superiores y la protección articular (6, 9).

El segundo ítem relevante, innovador y de alta aplicación en las Unidades de Cuidado Intensivo hace referencia a la estimulación Sensorial, donde, según referencia de los terapeutas y la literatura, 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 (9, 17, 18). Por ejemplo, en España, los terapeutas ocupacionales refieren el uso de la estimulación sensorial basada en desarrollo neuro-rehabilitativo de la persona, diferenciando los diferentes tipos de estado crítico, estímulos a proporcionar y respuesta (19).

La estimulación sensorial y sus beneficios se interrelacionan con el tercer ítem, el cual se desarrolla a partir de la relevancia que actualmente tiene el manejo posterior de los niveles cognitivo-perceptual y de delirio en una Unidad de Cuidado Intensivo. En cuanto a estos niveles y los resultados aquí analizados, se evidenció que la línea de trabajo en este ámbito se encuentra enfocada desde modelos de discapacidad cognitiva, pasando por marcos de trabajo como los de neurodesarrollo y rehabilitación cognitiva, junto con la aplicación de técnicas y estimulación enmarcadas en modalidades cuyo objetivo 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; aplicando metodologías como el uso de ejercicios cognitivos guiados, juegos con cartas, la planeación de actividades, el uso de técnicas de escritura, lectura y de interacción social, entre otros (8, 9, 17, 18, 20, 21).

Por otro lado, dentro del tratamiento del delirio, el terapeuta ocupacional juega un factor relevante que parte de la estimulación sensorial y cognitiva anteriormente descritas y reflejadas en este estudio, donde además se reflejan técnicas como la organización de rutinas, la estimulación perceptual, la movilización y orientación para la detección, control y disminución del delirio, entre otros (11, 19). Es en esta línea que diferentes revisiones internacionales han llamado a los profesionales a construir conocimiento enmarcado en la evaluación y disminución del delirio asociado con la condición de salud en la UCI, y el terapeuta ocupacional brinda estrategias que apoyan su tratamiento por medio de estrategias no farmacológicas (22).

Es importante resaltar la aplicabilidad, necesidad y validez del ítem de Trabajo con familia, ya que es esta una de las modalidades educativas y psicosociales que el terapeuta ocupacional usa con más frecuencia en la Unidad de Cuidado Intensivo. Esta técnica de intervención terapéutica se ha referido en diferentes estudios y en este documento, ya que se constituye en un puente entre las concepciones del equipo de salud en la Unidad y el sentir de la familia. Además permite 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 (9, 10, 15, 21).

Las acciones y conocimiento por parte de Terapia Ocupacional en la Unidad de Cuidado Intensivo aún necesitan ser desarrollados, reconocidos y reflexionados a profundidad por parte de otros estudios. Esta investigación tuvo como objetivo reconocer dichas acciones en Colombia, impactando así en las percepciones de otros profesionales, de la comunidad entorno al Cuidado Crítico y en pro del fortalecimiento del conocimiento profesional. Los retos, nuevas investigaciones y estudios deberían enfocarse en la publicación de experiencias e intervenciones específicas en el área clínica, en la construcción de guías, protocolos y documentos que permitan el fortalecimiento del conocimiento en la práctica de la rehabilitación crítica y, finalmente, en la valoración de la efectividad de programas de atención, rehabilitación y de las acciones de Terapia Ocupacional en la Unidad de Cuidado Intensivo.

Contribución de los autores

Los autores declaran que cada uno se ha encargado de la concepción investigativa, diseño, adquisición de datos, análisis e interpretación, planeación, revisión y aprobación de la investigación detallada en el presente artículo.

Descargos de responsabilidad

Ninguno a nivel de financiación u otras fuentes declarado por los autores.

Referencias

1. World Federation of Occupational Therapist. Definition of Occupational Therapy [internet]. 2016 [citado 2017 abr 16]. Disponible en: <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>
2. American Occupational Therapy Association. Rehabilitation & Disability [internet]. 2017 [citado 2017 abr 16]. Available from: <http://www.aota.org/Practice/Rehabilitation-Disability.aspx>
3. Trujillo-Rojas MA, Torres-Carvajal ML, Méndez-Montano JA, Carrizosa Ferrer L del S. Terapia ocupacional: conocimiento y compromiso social. En: Trujillo Rojas MA, editor. Terapia ocupacional: conocimiento y compromiso social. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2011. 109 p.
4. Congreso de la República de Colombia. Ley 949 por la cual se dictan normas para el ejercicio de la profesión de terapia ocupacional en Colombia, y se establece el Código de Ética Profesional y el Régimen Disciplinario correspondiente. 2005 mar 17. p. 9.
5. Parker A, Sricharoenchai T, Needham DM. Early Rehabilitation in the Intensive Care Unit: Preventing Physical and Mental Health Impairments. *Curr Phys Med Rehabil reports*. 2013;1(4):307-14. Doi: [10.1016/j.biotechadv.2011.08.021](https://doi.org/10.1016/j.biotechadv.2011.08.021). *Secreted*
6. Olkowski BF, Devine MA, Slotnick LE, Veznedaroglu E, Liebman KM, Arcaro ML, et al. Safety and feasibility of an early mobilization program for patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Phys Ther*.; 2013;93(2):208-15. Doi: [10.2522/ptj.20110334](https://doi.org/10.2522/ptj.20110334)
7. Arnold SM, Dinkins M, Mooney LH, Freeman WD, Rawal B, Heckman MG, et al. Very Early Mobilization in Stroke Patients Treated with Intravenous Recombinant Tissue Plasminogen Activator. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2015;24(6):1168-73. Doi: [10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.01.007](https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.01.007)

8. Biffl WL, Biffl SE. Rehabilitation of the Geriatric Surgical Patient: Predicting Needs and Optimizing Outcomes. *Surg Clin North Am.* 2015;95(1):173-90. Doi: [10.1016/j.suc.2014.09.004](https://doi.org/10.1016/j.suc.2014.09.004)
9. Álvarez EA, Garrido MA, Tobar EA, Prieto SA, Vergara SO, Briceño CD, et al. Occupational therapy for delirium management in elderly patients without mechanical ventilation in an intensive care unit: A pilot randomized clinical trial *J Crit Care.* 2017;37:85-90. Doi: [10.1016/j.jcrc.2016.09.002](https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.09.002)
10. Noreika DM, Coyne PJ. Implementing Palliative Care Interdisciplinary Teams: Consultative Versus Integrative Models. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2015;27(3):297-306. Doi: [10.1016/j.cnc.2015.05.006](https://doi.org/10.1016/j.cnc.2015.05.006)
11. Eakin MN, Ugbah L, Arnautovic T, Parker AM, Needham DM. Implementing and sustaining an early rehabilitation program in a medical intensive care unit: A qualitative analysis. *J Crit Care.* 2015;30(4):698-704. Doi: [10.1016/j.jcrc.2015.03.019](https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.03.019)
12. Moreno-Chaparro J, Cubillos-Mesa C, Duarte-Torres SC. Terapia ocupacional en unidad de cuidados intensivos. *Rev Fac Med.* 2017;65(2):291-6. Doi: [10.15446/revfacmed.v65n2.59342](https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59342)
13. Creswell JW, Clark VLP. *Designing and conducting mixed methods research.* Wiley Online Library; 2007.
14. Celis-Rodríguez E, Rubiano S. Critical Care in Latin America: Current Situation. *Crit Care Clin.* 2006;22(3):439-46. Doi: [10.1016/j.ccc.2006.03.014](https://doi.org/10.1016/j.ccc.2006.03.014)
15. Bombardaa TB, Lanzab AL, Santosa CAV, Torkomian-Joaquima RHV. The Occupational Therapy in adult Intensive Care (UCI) and team perceptions. *Cad Ter Ocup.* 2016;4(4):827-35. Doi: [10.4322/0104-4931.ctoRE0861](https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoRE0861)
16. Dinglas VD, Colantuoni E, Ciesla N, Mendez-Tellez P, Shanholtz C, Needham DM. Occupational therapy for patients with acute lung injury: factors associated with time to first intervention in the intensive care unit. *Am J Occup Ther.* 2013;67(3):355-62. Doi: [10.5014/ajot.2013.007807](https://doi.org/10.5014/ajot.2013.007807)
17. Ares Senra L, Díaz-Mor Prieto C, Huerta Mareca R. Terapia Ocupacional en pacientes ingresados en UCI con Daño Neurológico y en Estados de Mínima Conciencia. *TOG* [internet]. 2014 [citado 2017 abr 16];11:1-24. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num19/pdfs/original2.pdf>
18. Fenech AM. A Study of Engagement in Active and Passive Roles in Casual Leisure Occupations. *Open J Occup Ther.* 2015;3(2):1-16. Doi: [10.15453/2168-6408.1134](https://doi.org/10.15453/2168-6408.1134)
19. Denehy L, Lanphere J, Needham DM. Ten reasons why ICU patients should be mobilized early. *Intensive Care Med.* 2017;43(1):86-90. Doi: [10.1007/s00134-016-4513-2](https://doi.org/10.1007/s00134-016-4513-2)
20. Jackson JC, Ely EW, Morey MC, Anderson VM, Denne LB, Clune J, et al. Cognitive and physical rehabilitation of intensive care unit survivors: Results of the RETURN randomized controlled pilot investigation. *Crit Care Med.* 2012;40(4):1088-97. Doi: [10.1097/CCM.0b013e3182373115](https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182373115)

21. Moreno-Chaparro J, Jaramillo Corredor C, Faustino Y. Breaking paradigms, new breast cancer rehabilitation methods from occupational therapy: case report. *Case Reports*. 2018;4(2):78-90. Doi: [10.15446/cr.v4n2.69693](https://doi.org/10.15446/cr.v4n2.69693)
22. Ceraso DH, Dueñas-Castel C, Raimondi N, Celis E, Carrillo R, Ugarte Ubierno S, et al. Encuesta iberoamericana sobre delirium en pacientes críticos. *Med Intensiva*. 2010;34(8):495-505. Doi: [10.1016/j.medin.2010.04.003](https://doi.org/10.1016/j.medin.2010.04.003)