

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

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

Terapia ocupacional en unidad de cuidados intensivos

Occupational Therapy in the Intensive Care Unit

Recibido: 28/07/2016. Aceptado: 11/10/2016.

Jaime Moreno-Chaparro¹ • Cristian Cubillos-Mesa¹ • Sylvia Cristina Duarte-Torres¹¹ Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá - Facultad de Medicina - Departamento de la Ocupación Humana - Bogotá D.C. - Colombia.

Correspondencia: Jaime Moreno-Chaparro. Departamento de la Ocupación Humana, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Carrera 30 No. 45-03. Tel. +57 3165000 Ext. 15092. Bogotá D.C. Colombia. Correo electrónico: jaamorenoch@unal.edu.co.

| Resumen |

Introducción. Desde su inicio, la terapia ocupacional ha actuado en ambientes intrahospitalarios. En la actualidad, una de las metas para la consolidación de campos de conocimiento, atención y prospectiva es profundizar en la intervención que realiza el respectivo profesional en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Objetivo. Mostrar la evidencia científica de la intervención de terapia ocupacional en una UCI de adulto a través de una revisión bibliográfica entre el 2010 y 2015, durante la cual se analizaron las categorías de evaluación, modalidades de intervención y resultados.

Materiales y métodos. Estudio de carácter investigativo mixto, el cual busca especificar las fuentes teóricas y prácticas que relacionan los términos de la investigación. Además, se realizó un proceso de análisis selectivo a partir de los intereses y la significancia.

Resultados. La terapia ocupacional hace una caracterización de las actividades basándose en la movilización, cambios posicionales, actividades de la vida diaria, estimulación, ferulaje, tecnología de asistencia, entre otras; además trae beneficios como reducción de estancia, complicaciones y costos.

Conclusión. Se evidencia la importancia del trabajo del terapeuta ocupacional en la UCI de adulto, pues beneficios como reducción de la estancia y mejora funcional de las personas, al momento del egreso, son claros en las investigaciones internacionales.

Palabras clave: Terapia ocupacional; Unidad de cuidados intensivos; atención; Intervención médica temprana (DeCS).

Moreno-Chaparro J, Cubillos-Mesa C, Duarte-Torres SC. Terapia ocupacional en unidad de cuidados intensivos. Rev. Fac. Med. 2017;65:291-6. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59342>.

| Abstract |

Introduction: Historically, occupational therapy has had an active role in the hospital environment. Today, one of its main goals for the consolidation of the fields of knowledge, care and future development is to strengthen the intervention of professionals in the intensive care unit (ICU).

Objective: To expose scientific evidence related to the role of occupational therapy in an adult ICU by conducting a literature review of publications made between 2010 and 2015, in order to analyze the assessment and intervention categories.

Materials and methods: Mixed research study, which seeks to specify the theoretical and practical sources related to the terms of the study. In addition, a selective analysis process was carried out based on interests and significance.

Results: Occupational therapy characterizes activities based on mobilization, positional changes, activities of daily living, stimulation, feruling, and assistive technology, among others. It also brings benefits such as the reduction of in-hospital stay, complications and costs.

Conclusion: The relevance of the work of occupational therapists in the adult ICU is evident since it brings benefits such as reduced stay and functional improvement of patients at discharge, which are clearly defined in different research works worldwide.

Keywords: Occupational Therapy; Intensive Care Units; Attention; Early Medical Intervention (MeSH).

Moreno-Chaparro J, Cubillos-Mesa C, Duarte-Torres SC. [Occupational Therapy in the Intensive Care Unit]. Rev. Fac. Med. 2017;65:291-6. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59342>.

Introducción

La unidad de cuidado intensivo (UCI) es un escenario intrahospitalario, intervenido por diferentes profesionales para recuperar o estabilizar el estado de salud de una persona. Allí se enfatiza su estado crítico, teniendo en cuenta el sistema cardiorrespiratorio, la recuperación de la integralidad de la persona, la estabilización de los sistemas vitales, el paso a programas específicos de intervención, entre otros (1). En ese sentido, la terapia ocupacional tiene cabida en el área clínica, ya que, según la Asociación Americana de Terapia Ocupacional, los terapeutas “ayudan a las personas a controlar y prevenir las enfermedades crónicas, lo que reduce las hospitalizaciones y otros costos del cuidado de la salud [...además de] garantizar que las personas que se están recuperando de una enfermedad o lesión, o con una discapacidad, puedan funcionar en todos sus ambientes con la

capacidad que tienen. Esto reduce los costos del cuidado de la salud mediante la promoción de la independencia y autocuidado” (2, p1).

Asimismo, la Federación Mundial de Terapia Ocupacional reconoce que esta profesión está centrada en el cliente, cuyo objetivo primario es la participación de las personas en las actividades de la vida diaria a través de la modificación del medio ambiente y ocupación (3), lo cual evidencia el compromiso de estos profesionales con mejorar la calidad de vida y bienestar de las personas en cualquier espacio, intrahospitalario o extrahospitalario.

Dichas definiciones del papel del terapeuta en la salud general dan los lineamientos de atención en diferentes áreas, las cuales se deben analizar en el espacio específico que propone esta investigación. Por tanto, se busca identificar la evidencia científica y analizar las intervenciones que se reportaron de terapia ocupacional en la UCI. Esta investigación encuentra su motivación en el contexto colombiano y su ámbito hospitalario, ya que las experiencias de terapeutas en cuidado crítico y en la UCI de adultos no se registran y están mediadas por los conocimientos formativos propios de los terapeutas. Esto conlleva a identificar la necesidad de generar conocimiento nuevo, sólido y válido en el área que permita comprender la pertinencia de la intervención y fundamentar la necesidad de atención ocupacional en esta etapa clínica.

El terapeuta ocupacional en el área de salud cumple con promover el bienestar, prevenir las deficiencias o discapacidades y brindar servicio a las personas que presentan problemas biológicos, psicológicos y de integración social (4). La primera y la segunda acción se refieren a la atención que el terapeuta brinda para prevenir alteraciones a nivel ocupacional en los primeros momentos de crisis de una persona o aparición de una patología. Según lo anterior, el terapeuta hará sus intervenciones y buscará influir de manera positiva en todas las personas que se encuentren en la UCI.

La Secretaría de Salud de Bogotá (5) ha considerado estos espacios de hospitalización para personas en un estado crítico, como aquellos que requieren de monitoreo continuo y utilización de equipos altamente especializados, lo cual se relaciona con los servicios de apoyo, diagnóstico y tratamiento. En esta misma línea, la terapia ocupacional es necesaria, pues estos servicios de atención, incluyendo la rehabilitación, se ven reflejados y definidos como “procesos destinados a permitir que las personas con discapacidad alcancen y mantengan un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y/o social” (6). A pesar de reconocer el tipo de atención que este profesional brinda, hoy en día, en Colombia no se tienen referencias o estadísticas sobre cuántos terapeutas intervienen en esta área o cómo lo hacen. Esto refleja la necesidad de tener fundamentos como la literatura internacional y las experiencias nacionales para el rol y desempeño diferencial que tiene esta disciplina en la UCI de adulto.

Materiales y métodos

Este fue un estudio documental de carácter mixto que identificó la información actual sobre la temática abordada a partir de artículos disponibles. La primera etapa consistió en la búsqueda y análisis preliminar de artículos con los términos MeSH y DeCS “Terapia ocupacional”, “Atención”, “Intervención” AND “Unidad de cuidado intensivo”, con excepción de los términos “Niños”, “Pediátrico”, “Neonatal” AND “Niñez”.

Se realizó la investigación con estos criterios, a fin de enfocar la información obtenida hacia la intervención profesional y al campo de la UCI de adulto. La revisión sistemática fue consultada en las bases de datos Directory of Open Access Journal, Science Direct, Scopus, Embase, SciELO, EBSCO Academic Search Complete y Springer Journal, cuya divulgación está entre 2010 y 2015.

La segunda etapa consistió en el proceso de selección, que inició con la revisión del total de artículos encontrados y la lectura analítica de los resúmenes. Para finalizar, se hizo un análisis de los artículos seleccionados, que partió de la lectura detallada e identificación de aspectos como: participación, características, técnicas y estrategias desarrolladas, particularidades y objetivos, entre otros, relacionados a las sesiones de intervención del terapeuta ocupacional.

Resultados

En esta investigación se muestran los aportes teóricos y prácticos, publicados entre 2010 y 2015 por autores que trabajan los efectos de la intervención en la UCI de adulto por parte de la terapia ocupacional. Se obtuvieron 506 artículos y revisiones en total, distribuidos según base electrónica de la siguiente manera: Directory of Open Access Journal 1, Science Direct 204, Scopus 60, Embase 61, SciELO 2, EBSCO Academic Search Complete 14 y Springer Journal 164.

El proceso de selección (Figura 1) dio como resultado una aceptación final de 21 artículos que evidenciaban alguna participación del terapeuta ocupacional en el área específica y el objeto de la investigación; además, se escogieron porque representaban un aporte significativo para el conocimiento.

Del total mencionado y aceptado, se evidenció que las zonas de donde provenían los artículos tienen la tradición clínica de la terapia ocupacional desde sus inicios; también cuentan con divulgación amplia del conocimiento producido. En la Figura 2 se correlacionan los hallazgos correspondientes con los documentos aportados, países o zonas geográficas de realización y tiempos de publicación.

Por ejemplo, EE. UU. contribuye en un 85.7% con la mayoría de producción científica en torno a este tema, a lo largo de cinco años, enfocados al tema específico de UCI, lo cual responde al enfoque clínico y a una relación estrecha con especialidades médicas (7). La zona geográfica de Europa compuesta por Reino Unido y Suiza, que también responde a un eje clínico tradicional, reportó una producción del 9.5%. Es necesario resaltar que, en el caso del Reino Unido, la intervención de terapia ocupacional está enmarcada por tendencias clínicas que datan desde los inicios de la profesión en la Segunda Guerra Mundial. Hoy en día, este país enfoca sus intervenciones en la recuperación de la enfermedad de salud mental, física o problemas de aprendizaje (8), lo cual denota una continuación en el área clínica.

De todo lo revisado, no solo se identificaron los países de procedencia, sino que se organizaron los reportes de los artículos por cronología. Es importante resaltar que en 2010 se reportó un artículo, mientras que en 2011 no se reportó ninguno. A partir de 2012, la producción y publicación de documentos fue entre tres y seis por año; de estos, se encontró que pocos de los artículos tenían como relación de autoría o coautoría a un terapeuta ocupacional y que los demás artículos, en su mayoría, fueron coescritos por otros profesionales de la salud. Esto plantea la pregunta sobre por qué el terapeuta ocupacional no reporta sus intervenciones en esta área.

En cuanto a la participación del terapeuta en la UCI de adulto, se encontraron 15 artículos que lo incluían como parte del grupo base (9-24), de los cuales se destacan: Jackson *et al.* (13), quienes resaltan el enfoque de intervención; Parker *et al.* (14), los cuales documentan la participación basada en un proyecto interdisciplinar del hospital John Hopkins, donde se contrató un terapeuta de tiempo completo; y, por último, Duclos *et al.* (24), quienes realizaron una revisión de estudios donde el terapeuta interviene en la UCI hospitalaria.

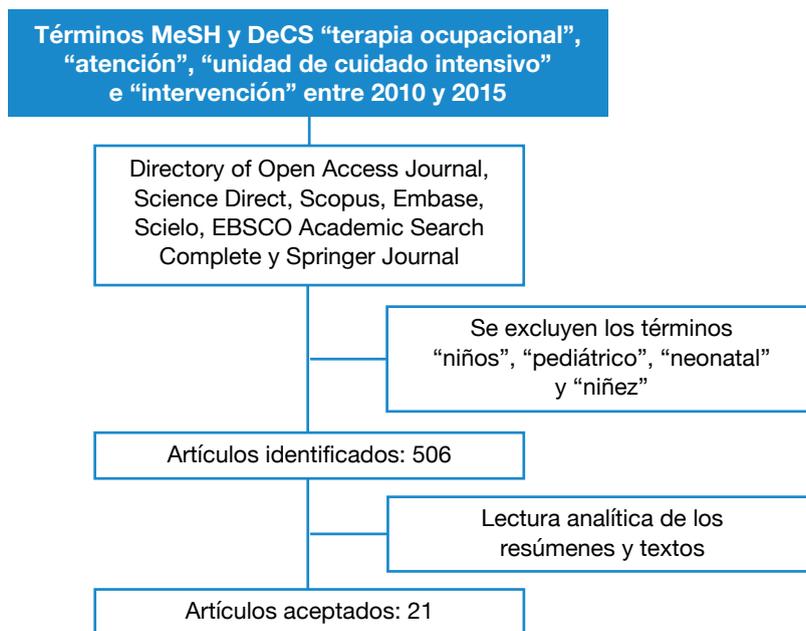


Figura 1. Proceso de selección. Fuente: Elaboración propia.

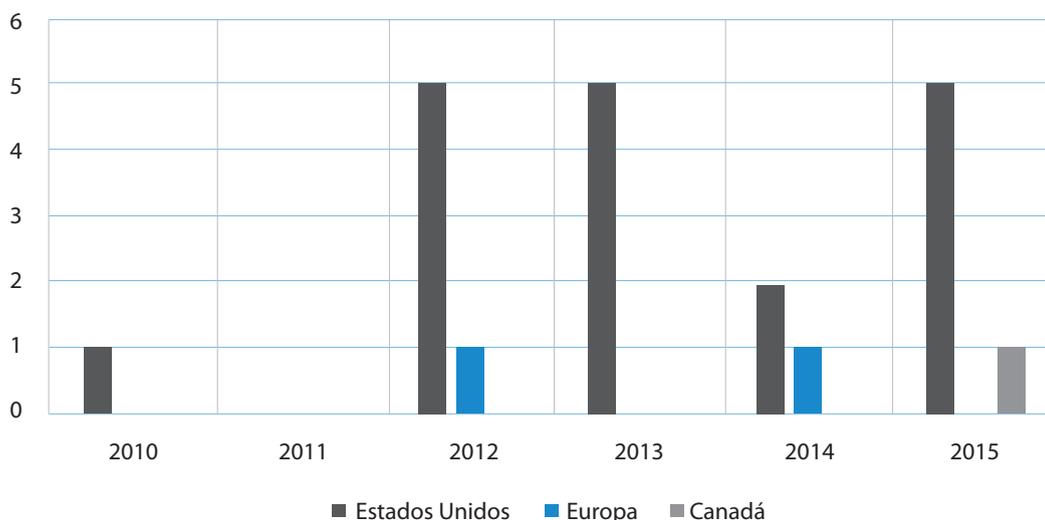


Figura 2. Resumen del número artículos, años y países. Fuente: Elaboración propia.

Es importante aclarar que algunos artículos hablan de la intervención temprana por parte del terapeuta ocupacional en la UCI (14,15,18,19,21,23,25-29), en donde desarrolla actividades como movilizaciones, de la vida diaria y trabajo con familias. Posterior a la identificación de la inclusión del terapeuta, se organizó y diagramó la información (Tabla 1, 2, 3 y 4), teniendo en cuenta las categorías de evaluación, modalidades de intervención y otros resultados. También se comparó con lo propuesto por el marco de trabajo de terapia ocupacional de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (30) para cada categoría.

De acuerdo al parámetro de "Evaluación", se encontró el nombramiento de algunas formas de valoración, entre ellas las asociadas al delirio en personas internadas (12,15). En específico, Cavallazzi *et al.* (12) hablan del *confusion assessment method for the intensive unit care*, que corresponde a una prueba que detecta la presencia del delirio en la persona. En cuanto a la valoración de actividades de la vida

diaria se encontraron cuatro artículos (13,17,19,22). De estos, solo dos mencionan pruebas específicas: Jackson *et al.* (13), cuya valoración habla desde la independencia, a través de la ejecución de actividades de la vida diaria (AVD), el uso de la Escala de Katz y el cuestionario de actividades funcionales; y Arnold *et al.* (19), quienes proponen el uso de la escala de Barthel para esta valoración.

Los demás artículos mencionan otras evaluaciones de manera no específica, que son necesarias en la intervención integral por parte del terapeuta. Entre ellos, los relacionados a la movilización y dolor (19), la valoración del déficit físico, cognitivo y conductual (24), evaluación a nivel medioambiental y contextual, y los de memoria, percepción y cognición (22). Respecto a lo mencionado por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (30) en el marco de trabajo, se encontró que el proceso de evaluación en la UCI se relaciona más con la identificación del estado de la persona, en relación con los limitantes en su salud y participación.

Tabla 1. Hallazgos según categorías. Evaluación.

Parámetro	Concepto	Marco de trabajo
Evaluación 33.3%	Delirium (9.5%)	Se propone un proceso evaluativo que halle lo que la persona quiere realizar, lo que es capaz de hacer y los limitantes o apoyo que pueda tener en su salud y su participación. El perfil y análisis de la ejecución ocupacional hace parte de la evaluación (30).
	Actividades de la vida diaria (19%)	
	Movilización (4.8%)	
	Dolor (4.8%)	
	Déficits físicos, cognitivos y conductuales (4.8%)	
	En el medio y en el hogar (4.8%)	
	Memoria, percepción y cognición (4.8%)	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Hallazgos según categorías. Modalidad.

Parámetro	Concepto	Marco de trabajo
Modalidad 76.2%	Movilización (52.4%)	El proceso de intervención, visto como la facilitación de la participación en la ocupación y relacionado con la salud, a través de acciones hechas por los terapeutas con la persona atendida (30).
	Actividades de la vida diaria (52.4%)	
	Posicionamiento (4.8%)	
	Estimulación multisensorial (4.8%)	
	Ayudas técnicas (19%)	Se identifican cinco tipos de intervención: uso terapéutico del yo, de la ocupación y la actividad; y proceso de asesoría, educación y autogestión.
	Entrenamiento cognitivo (28.6%)	
	Intervención con familias (9.5%)	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Hallazgos según categorías. Tiempo.

Parámetro	Concepto	Marco de trabajo
Tiempo 23.8%	300 minutos diarios (4.8%)	Respecto a los tiempos de intervención, no se menciona un límite específico; sin embargo, se aclara que cada proceso es distinto y que el tiempo variará en su abordaje, según las necesidades de la persona (30).
	30 a 60 minutos (9.5%)	
	A tolerancia de la persona (4.8%)	
	Acorde al gasto de energía (4.8%)	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Hallazgos según categorías. Resultados.

Parámetro	Concepto	Marco de trabajo
Resultados 33.3%	Disminución de tiempos de estancia (23.8%)	"el resultado general y global del proceso de intervención de terapia ocupacional es apoyar la salud y la participación en la vida mediante el compromiso con las ocupaciones" (30).
	Complicaciones asociadas (4.8%)	
	Mejoramiento integral funcional posterior (4.8%)	
	Prevención del deterioro (4.8%)	
	Disminución del delirio (19%)	
	Costos generales e inicio de programa de rehabilitación (4.8%)	

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la modalidad de intervención que realiza el terapeuta ocupacional se realizaron los siguientes hallazgos: la movilización es un concepto mencionado de manera repetida (10,11,14-16,18-20,23,25,27), del cual se deriva el carácter general de su acción,

entendido como el movimiento de la persona en diferentes planos. De forma específica, el concepto también se extendió a desplazamientos para adoptar posición sedente, trasladar a silla, ponerse de pie y deambular (10,11,19); y a los movimientos simples de miembros superiores, que incluyen amplitud de arcos de movimiento y movilidad funcional (15).

La intervención en AVD fue, al igual que la movilización, uno de los conceptos más referidos en los artículos (9,12,14-18,21,23,27,28). Es importante resaltar que Pawlik (10) es el único documento que menciona actividades específicas, como la realización de vestido e higiene personal con personas intubadas. También, Duclos *et al.* (24) evidencian la estrecha relación entre cotidianidad, hábitos y rutinas en actividades como el descanso y la necesidad de independencia en la realización de estos. Por otro lado, Jackson *et al.* (13) mencionan la relación entre las actividades de la cotidianidad y las tareas individuales que se ponen de objetivo al terapeuta correspondiente.

El concepto de entrenamiento cognitivo (12,15-17,23,28) fue descrito como una actividad de recuperación y mantenimiento de habilidades y capacidades propias de la persona. Carter *et al.* (17) mencionan la realización de actividades relacionadas a la memoria, la percepción y cognición general. Otro concepto en el que se nombra al terapeuta ocupacional hace referencia a las ayudas técnicas, entendidas para este documento como las relacionadas a ferulaje o técnica ortésica (22,25) y la tecnología de asistencia (15,23). En esta línea, los autores Markandaya *et al.* (25) encargan a los terapeutas el diseño de férulas y otros dispositivos para mantener la consistencia y estabilidad articular. Dinglas *et al.* (15) proponen la intervención enfocada al entablillado, y órtesis enfocada a la posición pasiva de los segmentos corporales superiores. Después, Biffi & Biffi (22) refuerzan esta tendencia, de modo que designan al terapeuta en la fabricación de férulas enfocadas a miembro superior y su movilidad.

Además de los conceptos ya mencionados, dentro de la intervención del terapeuta ocupacional es esencial el trabajo con familias (20,23), ya que son un factor importante para el bienestar de la persona en unidad y para el tratamiento integral que ofrece esta disciplina. Es importante resaltar que en el texto de Noreika & Coyne (20) se menciona la intervención con familias para poder alcanzar los objetivos terapéuticos; mientras que, Sixta (23) evidencia que el trabajo con familiares de la persona en UCI está encaminado a la educación para el cuidado y la recuperación. Otros conceptos también mencionados y vitales para el proceso de atención están relacionados a la estimulación sensorial, descrita por Hellweg (11), quien habla de la terapia de estimulación aplicada a personas con lesiones cerebrales y del posicionamiento (16).

Respecto a los tiempos de intervención, se evidencian hallazgos en el 23.8% de los artículos, los cuales se relacionan con los tiempos específicos de una actividad. Entre ellos, se destacan: Hellweg (11), quien pone un estándar de intervención en 300 minutos diarios; Olkowski *et al.* (16), con su propuesta de intervenciones que duran de 30 a 60 minutos o hasta cuando la persona lo tolere; Eakin *et al.* (21), con intervenciones de una variación entre 35 +/- 12 minutos; y Noreika & Coyne (20), quienes mencionan la necesidad de tener en cuenta el gasto de energía en una actividad.

Para finalizar, posterior a las conceptualizaciones de intervención en algunos documentos, se relaciona la atención recibida por parte de terapia ocupacional con resultados como: disminución de tiempos de estancia (9,19,20,27) y complicaciones asociadas (26), mejoramiento integral funcional posterior (27) y prevención del deterioro (23), disminución del delirio (9,12,27) y costos generales, e inicio de programa de rehabilitación (19). En este aspecto, se pueden correlacionar los resultados con la propuesta del marco de trabajo de terapia ocupacional (30), donde se afirma

que los resultados de las intervenciones buscan mejorar la salud y la participación, pues las mejoras funcionales de la persona al momento del egreso y la prevención del deterioro, permiten tener una buena relación con la ocupación y la vida diaria. Esto, a su vez, mejora la salud en general y la participación ocupacional.

Discusión

La intervención del terapeuta ocupacional en la UCI de adulto está, en su mayoría, mediada por la práctica en los procesos de atención del área clínica (11-15,21,23,26,27,29). Luego del análisis de los textos seleccionados, es importante resaltar que de 506 artículos, hallados a partir de las palabras clave, solo 21 fueron pertinentes para la investigación, pues aclaraban datos específicos sobre la intervención del terapeuta ocupacional y no se limitaban a mencionar la participación del profesional en la UCI (9-29). Esto cuestiona qué tanto se escribe y se detalla sobre el quehacer por parte de estos mismos profesionales, en vista de que una gruesa cantidad de artículos no tuvieron como autor un terapeuta ocupacional y que, si bien algunos terapeutas participaron, no eran los autores principales.

Además, es necesario decir que, de los datos analizados, se observa poca profundidad y detalle en los aspectos clave de la intervención del terapeuta, que servirían para sustentar la importancia y efectos de las acciones de este profesional sobre la población atendida. Los países que más experiencia documentan son EE. UU. y algunos de Europa, que tienen un enfoque clínico. Los adelantos fueron documentados entre 2010 a 2015, lo cual evidencia que a partir de 2012 se registró una mayor cantidad de artículos que incluían esta temática.

Es preciso aclarar que, de la literatura revisada, la mayoría incluye al terapeuta como parte de la atención primaria y de los grupos de rehabilitación en la UCI (14,15,18,19,21,23,25-29). Es importante poner en discusión que, en las bases de datos consultadas, durante los tiempos registrados y bajo los conceptos seleccionados, no se identificaron documentos o experiencias publicadas a nivel de Latinoamérica y Colombia. Sin embargo, cabe decir que existen documentos relacionados que se originan en estas zonas geográficas, pero que no se encuentran indexados o no se difunden de forma amplia en la literatura internacional, lo cual no significa que su información no sea válida.

Para este documento se consideraron las categorías de evaluación, modalidades, tiempos de intervención y resultados que se identificaron a lo largo del análisis de los artículos aceptados. En la categoría de evaluación, según lo encontrado, se definieron los conceptos donde se valora el delirium (12,15), las actividades de la vida diaria (13,17,19,22), la movilización de la persona y el dolor (19), el déficit cognitivo y conductual (24), el medio, el hogar, la memoria y la percepción (22). Entre lo más relevante, se encuentra el uso de instrumentos para evaluar en específico el delirio, la valoración Katz (13) y la Barthel (19), las actividades de la vida diaria, lo relacionado a los aspectos cognitivos y conductuales, y al medio ambiente (13,17,19,22,24).

La inclusión de la categoría analítica de evaluación permitió evidenciar que el terapeuta ocupacional realiza valoraciones como punto de partida. No obstante, la evaluación del terapeuta ocupacional también incluye la valoración de la conciencia, interacción con el medio, estados generales de salud, ambiente, habilidades, capacidades y desempeño ocupacional, entre otras, las cuales refuerzan y dan fundamento a las modalidades de intervención. Es importante destacar que ninguno de los textos relacionaba la valoración profesional con un modelo teórico en específico, sino que la hacía a partir de las necesidades de la persona y de la formación del profesional.

En cuanto a la categoría de modalidades, los conceptos que surgieron se situaron en las intervenciones que realiza el terapeuta, entre ellas las de movilización (10,11,14-16,18-20,23,25,27), actividades de la vida diaria (10,13,15-19,22,24,28,29), posicionamiento (10,11,19), estímulos sensoriales (11,16), ayudas técnicas (15,22,23,25), entrenamiento cognitivo (13,16-18,24,29) e intervención con familias (20,23). Es de resaltar que la movilización se refiere, en su mayoría, a los movimientos en cama y cambios de posición sedente o bípeda. Dentro de las AVD se nombran actividades específicas como vestido y baño, y el desarrollo y establecimiento de hábitos o rutinas, con un enfoque hacia la independencia y autonomía.

Respecto a entrenamiento cognitivo, los artículos hacen referencia a la recuperación y mantenimiento de habilidades como memoria, atención y percepción. Asimismo, las ayudas técnicas se asociaron 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. Como último concepto, el trabajo con familias se vinculó con el cumplimiento de objetivos terapéuticos y el cuidado de la persona en la UCI.

Las modalidades de intervención antes mencionadas reflejan un panorama específico que en parte guía al terapeuta en su atención y resalta lo realizado en el área; además, influyen de manera positiva en el afianzamiento que tiene la profesión dentro de este campo. Entonces, las reflexiones girarán en torno al establecimiento e innovación de estas y otras modalidades, técnicas y tecnologías efectivas que el terapeuta desarrolle, y, sin duda, a la extensión del conocimiento. También, se evidencia que se deben reconocer las actividades que el terapeuta ocupacional plantea para las personas en la UCI, como por ejemplo, las que pueden relacionarse con las ocupaciones básicas, regulares, relajantes, cognitivas y perceptuales, entre otras, ya que ninguno de los textos seleccionados para esta investigación describe alguna de dichas actividades.

Para finalizar, en cuanto a la categoría de tiempo, los conceptos se mantuvieron en dos ejes. El primero se enfocó a tiempos establecidos de 30 a 60 minutos o 300 minutos de intervención (11,16), y el segundo, relacionado a la persona y su condición, vinculó los tiempos con su tolerancia y gasto energético en el desarrollo de una actividad (20,21). Esto indica que, si bien el terapeuta ocupacional tiene en cuenta las características y el gasto energético del individuo en sus actividades, surge un cuestionamiento por en qué medida la condición o herramientas como la graduación de la actividad son aspectos a tener en cuenta en la actividad. Está claro que, a partir de este groso panorama, el terapeuta ocupacional y su intervención han ganado un espacio propio y determinado en la UCI de adulto.

Conclusiones

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.

La acción del terapeuta ocupacional está marcada por ciertas técnicas y fases específicas en su intervención, entre las cuales se encuentran las movilizaciones, actividades de la vida diaria, estimulación sensorial, entrenamiento cognitivo, asesoría con familias, etc.

Las investigaciones y documentos relacionados develaron resultados positivos registrados. Entre estos, los asociados a la reducción de tiempos de estancia, el mejoramiento integral, la disminución del delirio, los costos, entre otros. No obstante, es necesario hacer un seguimiento

para validar los resultados, a partir de las intervenciones que realiza el terapeuta ocupacional, lo cual se constituye en un supuesto y base para una nueva investigación.

También se ratifica la visión holística y futura de la intervención del terapeuta al influir en el estado de la persona, pensando en las acciones que puede desarrollar una vez salga de la unidad o continúe en un proceso de rehabilitación con terapia ocupacional y otras áreas afines.

Es necesario reconocer que el papel del profesional en este campo de actuación se reafirma y va tomando importancia en el presente. Se espera que este documento sea un insumo frente al proceso de caracterización investigativa de la intervención, que se debe desarrollar como parte de la fundamentación profesional en áreas específicas intrahospitalarias.

Así, se vuelve importante la continuidad de las investigaciones a profundidad en el ámbito clínico, la documentación y publicación de las experiencias de terapeutas, la escritura y divulgación de guías y documentos que fortalezcan la atención clínica específica, etc.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiación

Ninguna declarada por los autores.

Agradecimientos

Ninguno declarado por los autores.

Referencias

1. España. Ministerio de Sanidad y Política Social. UCI. Estándares y Recomendaciones. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [cited 2017 Jun 16]. Available from: <https://goo.gl/bgfYid>.
2. The American Occupational Therapy Association. Rehabilitation, Disability and Participation. AOTA; 2016 [cited 2017 Jun 16]. Available from: <https://goo.gl/9jYKfY>.
3. World Federation of Occupational Therapy. Definition of Occupational Therapy. WFOT; 2012 [cited 2017 Jun 16]. Available from: <https://goo.gl/61ykmG>.
4. Trujillo MA, Torres ML, Méndez JA, Carrizosa L, Peñas O, Fernández A. Terapia Ocupacional: Conocimiento y Compromiso social. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2011.
5. Colombia. Secretaría Distrital de Salud. Manual guía para el diseño arquitectónico de unidades de cuidados intensivos e intermedios. Secretaría Distrital de Salud. Bogotá; 2010 [cited 2017 Jun 16]. Available from: <https://goo.gl/DWWeWD>.
6. Organización Mundial de la salud. Atención médica y rehabilitación. OMS; 2016 [cited 2017 Jun 21]. Available from: <https://goo.gl/B7QJT4>.
7. West WL. Ten Milestone Issues in AOTA History. *Am J Occup Ther*. 1992;46(12):1066-74. Available from: <http://doi.org/b8t4>.
8. Royal College of Occupational Therapists. What is Occupational Therapy? Royal College of Occupational Therapists; 2011. Available from: <https://goo.gl/NZF7Yi>.
9. Needham DM, Korupolu R, Zanni JM, Pradhan P, Colantuoni E, Palmer JB, et al. Early Physical Medicine and Rehabilitation for Patients With Acute Respiratory Failure: A Quality Improvement Project. *Arch Phys Med Rehabil*. 2010;91(4):536-42. <http://doi.org/bf84b2>.
10. Pawlik AJ. Early Mobilization in the Management of Critical Illness. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2012;24(3):481-90. <http://doi.org/b8t5>.
11. Hellweg S. Effectiveness of physiotherapy and occupational therapy after traumatic brain injury in the intensive care unit. *Crit Care Res Pract*. 2012;2012:1-5. <http://doi.org/b8t6>.
12. Cavallazzi R, Saad M, Marik PE. Delirium in the ICU: an overview. *Ann Intensive Care*. 2012;2(1):49. <http://doi.org/f4hhhrn>.
13. 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. <http://doi.org/bgrjfc>.
14. Parker AM, Sricharoenchai T, Needham DM. Early Rehabilitation in the Intensive Care Unit: Preventing Physical and Mental Health Impairments. *Curr Phys Med Rehabil Reports*. 2013 [cited 2017 Jun 21];1(4):307-14. Available from: <https://goo.gl/H9mmuq>.
15. Dinglas VD, Colantuoni E, Ciesla N, Mendez-Tellez PA, 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.
16. 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. Available from: <http://doi.org/f4mqm3>.
17. Carter P, Ozieranski P, McNicol S, Power M, Dixon-Woods M. How collaborative are quality improvement collaboratives: a qualitative study in stroke care. *Implement Sci*. 2014;9(1):32. Available from: <http://doi.org/f6th5q>.
18. Abrams D, Javidfar J, Farrand E, Mongero LB, Agerstrand CL, Ryan P, et al. Early mobilization of patients receiving extracorporeal membrane oxygenation: a retrospective cohort study. *Critical Care*. 2014;18(1). <http://doi.org/f59xkw>.
19. Arnold SM, Dinkins M, Mooney LH, Freeman WD, Rawal B, Hekman 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. <http://doi.org/f3gstm>.
20. Noreika DM, Coyne PJ. Implementing Palliative Care Interdisciplinary Teams: Consultative Versus Integrative Models. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2015;27(3):297-306. <http://doi.org/f7pn6d>.
21. Eakin MN, Ugbeh 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. <http://doi.org/f7gpb8>.
22. Biffl WL, Biffl SE. Rehabilitation of the Geriatric Surgical Patient: Predicting Needs and Optimizing Outcomes. *Surg Clin North Am*. 2015;95(1):173-90. <http://doi.org/f6tjc6>.
23. Sixta M. Patient Management and Prioritization in the ICU: A Model for Consideration. Occupational Therapy café; 2015 [cited 2017 Jun 22]. Available from: <https://goo.gl/8pm48k>.
24. Duclos C, Beauregard MP, Bottari C, Ouellet MC, Gosselin N. The impact of poor sleep on cognition and activities of daily living after traumatic brain injury: A review. *Aust Occup Ther J*. 2015;62(1):2-12. <http://doi.org/b8ws>.
25. Markandaya M, Stein DM, Menaker J. Acute treatment options for spinal cord injury. *Curr Treat Options Neurol*. 2012;14(2):175-87. <http://doi.org/f3ztjk>.
26. Stevens JP, Howell MD. Preventing Harm and Improving Quality in the Intensive Care Unit. *Hosp Med Clin*. 2012;1(1):e12-35. <http://doi.org/fpwb9h>.
27. Schober AE, Thornton KC. Early Mobilization in the Intensive Care Unit. *Curr Anesthesiol Rep*. 2013;3(2):73-8. <http://doi.org/b8x3>.
28. Kress JP. Sedation and mobility: changing the paradigm. *Crit Care Clin*. 2013;29(1):67-75. <http://doi.org/b8x4>.
29. Brummel NE, Girard TD, Ely EW, Pandharipande PP, Morandi A, Hughes CG, et al. Feasibility and safety of early combined cognitive and physical therapy for critically ill medical and surgical patients: The Activity and Cognitive Therapy in ICU (ACT-ICU) trial. *Intensive Care Med*. 2014;40(3):370-9. <http://doi.org/b8x6>.
30. Ávila A., Martínez R, Matilla R., Máximo M, Méndez B, Talavera MA, et al. Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional: Dominio y Proceso. *TOG*. 2010;1-85.