

TESINA

Presentada para acceder al título de grado de la carrera de
LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

Título:

**“Intervenciones de terapia ocupacional en pacientes adultos con daño
neurológico en la unidad de cuidados intensivos”**

Autora:

Kleiber, María Sol - 40.647.460

Directora:

Mg. Sánchez, Candela

Lugar:

Venado Tuerto, Santa Fe, Argentina

Fecha de presentación:

04/05/2023

Firma autora:



Resumen

En los últimos años, el aumento de la expectativa de vida y la evolución de la atención sanitaria intensivista, han incrementado el número de pacientes que sobreviven a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). No obstante, los pacientes neurocríticos sufren múltiples complicaciones motoras, sensoriales, cognitivas y funcionales que impactan en su calidad de vida, su bienestar integral y su reinserción laboral. La terapia ocupacional (TO) puede aportar numerosas herramientas y estrategias para el tratamiento de pacientes en esta área, promoviendo una recuperación funcional más rápida y efectiva.

Objetivo: Describir las intervenciones de terapia ocupacional en la Unidad de Cuidados Intensivos en pacientes adultos con daño neurológico.

Metodología: Se elaboró un cuestionario implementado a través de entrevistas a cuatro profesionales de TO que se desempeñan en la UCI. Se volcaron los datos de relevancia en dos matrices para organizar la información obtenida y posibilitar su siguiente descripción de forma narrativa.

Resultados: Las principales intervenciones en este ámbito clínico desde el área de TO son: el posicionamiento, el ferulaje y equipamiento, las movilizaciones, el entrenamiento de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), la estimulación multisensorial, la estimulación cognitiva, el acompañamiento y orientación del paciente, las estrategias de comunicación alternativa, la regulación ambiental y las pautas de educación a la familia.

Discusión y conclusión: Las intervenciones de TO en la UCI con pacientes neurocríticos son variables. Esto se debe a que se trata de un área clínica en la que el paciente permanece durante la etapa aguda de la enfermedad y conlleva un proceso de salud-enfermedad-atención dinámico y fluctuante. Las personas entrevistadas mostraron gran concordancia en sus acciones como terapistas ocupacionales en la UCI, lo que lleva a concluir en que existen lineamientos comunes de intervención en esta área.

Palabras claves:

Unidad de Cuidados Intensivos – Terapia Ocupacional – Paciente neurocrítico – Adultos – Intervenciones

ÍNDICE

I.	Introducción.....	1
II.	Objetivos.....	5
III.	Marco teórico.....	6
	a) Unidad de Cuidados Intensivos.....	6
	b) Patologías principales de ingreso a la UCI.....	9
	c) Paciente crítico.....	10
	d) Paciente neurocrítico.....	10
	e) Complicaciones y consecuencias de la estadía en la UCI.....	11
	f) Terapia Ocupacional.....	14
	g) Terapia Ocupacional en la UCI.....	16
IV.	Justificación.....	18
V.	Metodología.....	19
VI.	Resultados.....	21
VII.	Discusión.....	29
VIII.	Conclusión.....	31
IX.	Referencias bibliográficas.....	33
X.	Anexos.....	36

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación pretende describir cuales son las intervenciones de terapia ocupacional (TO) en pacientes adultos con daño neurológico (también definidos como pacientes neurocríticos) en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), ya que en la actualidad, cada vez son más quienes sobreviven a esta instancia clínica. Este incremento de la sobrevivencia genera mayores secuelas físicas, psíquicas y neurocognitivas, que generan un impacto en la calidad de vida (Das Neves, 2015, p.1445).

La Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) es el organismo de referencia a nivel nacional para el ámbito intensivista y afirmó que durante la última década, la consideración de las secuelas 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 UCI. Como consecuencia de esta situación, se plantea un nuevo desafío más allá de la sobrevivencia del paciente: el seguimiento interdisciplinario y el manejo de las consecuencias de la enfermedad crítica (2023).

La SATI determina que la UCI es:

Una 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 del tratamiento del paciente (Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, 2023).

Como refieren Vázquez y Veronesi (2013) la rehabilitación en UCI es una intervención sanitaria compleja que comprende a diversos profesionales de la salud trabajando en conjunto para beneficio del paciente. Los problemas de salud complejos que llevan a una UCI, son atravesados por múltiples variables. Por ello, resolverlos por la intervención de un solo componente puede modificarlo pero no por completo. El éxito de la intervención se da cuando el trabajo es de forma conjunta, abarcativa y simultánea (pp.154-155).

En lo que respecta al presente trabajo de investigación, se hará hincapié en pacientes adultos entre los 18 y 60 años, ya que en Argentina se considera a una persona mayor de edad al cumplir 18 años; y, tomando en consideración la Ley N° 27.360, que avala la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2017), la persona se considera adulta mayor a partir de los 60 años, por lo tanto la franja etaria de adultez media va de los 18 a los 60 años. Además, dichos pacientes se encuentran en estado crítico por un compromiso

neurológico, por lo que se los denomina “pacientes neurológicos críticos” o “pacientes neurocríticos”, ya que por algún daño en su sistema nervioso, por un mecanismo traumático, infeccioso o de otro tipo, se encuentran con inestabilidad neurológica y están en riesgo sus vidas, requiriendo cuidados intensivos. (Nieto Ramirez, 2019). Ejemplo de esto son los accidentes cerebrovasculares, los traumatismos encéfalo craneanos y las lesiones medulares.

En la UCI, los pacientes se encuentran en cama, con diversos estados de conciencia que abarcan desde el coma hasta la vigilia con conciencia preservada. El cuerpo del paciente se encuentra desnudo para facilitar intervenciones rápidas y procedimientos invasivos cuando se requiera; también son medicados por vías periféricas o centrales para obtener efectos inmediatos. Se encuentran monitoreados constantemente para observar sus signos vitales como la presión arterial, el pulso, la frecuencia cardíaca y respiratoria, la presión intracraneana, y la saturación de oxígeno, entre otros (Roldán, 2019, p.4).

La UCI posee una rutina dinámica, intensa y llena de procedimientos invasivos donde no está permitida la constante presencia de acompañantes ni el uso de objetos personales. La mayoría de las veces, no es respetada la privacidad ni la singularidad del paciente, lo que sumado a la cultura de una UCI que incentiva el reposo en cama, lleva a una despersonalización y un no-dominio sobre el propio cuerpo. Otros factores estresantes que desorganizan al paciente en este contexto son: falta de orientación en tiempo y espacio, ambiente con muchos ruidos, iluminación artificial, cambios en la rutina diaria, alteración del sueño, privación de la interacción social y dolor u otras molestias (Okuma et al., 2017). Todo ello conlleva a una deprivación ocupacional, la cual se entiende como una alteración en el patrón cotidiano de una persona para realizar sus ocupaciones, que se produce debido a una irrupción por diversos eventos, entre ellos una enfermedad o lesión (Roldán, 2019).

Por lo tanto, Okuma et al., manifiestan que la intervención de la TO en la UCI es necesaria para ampliar las miradas hacia los pacientes críticos buscando promover su calidad de vida durante y luego de la internación (2017).

La Terapia Ocupacional es una profesión cuyo objeto de intervención es la ocupación humana. [...] Sus profesionales brindan servicios a personas de diferentes grupos etarios cuyas ocupaciones se vean afectadas por situaciones de estrés, enfermedad, discapacidad u otro motivo afectando el desempeño ocupacional, su calidad de vida, y por consiguiente su salud integral. Las personas, grupos o comunidades afectadas en el desempeño cotidiano de sus actividades, requieren de la intervención y atención especializada de profesionales de Terapia Ocupacional a fin de desarrollar destrezas, habilidades y capacidades que les posibiliten superar las barreras que impiden su desempeño en actividades de la vida cotidiana. (AATO, 2023).

Tomando en consideración la definición de TO según la AATO, el objetivo de la profesión radica en promover la salud y el bienestar en personas que ven afectado su desempeño ocupacional por alguna contingencia. Cabe señalar que esta asociación, describe dentro de las especialidades para el ejercicio profesional la Terapia Ocupacional en Clínica de Agudos. Asimismo, la intervención de TO en la UCI se encuentra avalada por la Ley Nacional de Ejercicio Profesional de Terapistas Ocupacionales N° 27.051 (2014), dentro de sus alcances e incumbencias en el artículo 8.

Se entiende que la TO ofrece una amplia gama de intervenciones de distintos tipos. “El proceso de intervención consiste en facilitar la participación en la ocupación relacionada con la salud a través de las medidas adoptadas por los profesionales de terapia ocupacional en colaboración con el cliente” (AOTA, 2008). La manera en la cual los terapeutas ocupacionales proporcionan sus servicios se denomina proceso de intervención e incluye la elaboración del plan, la implementación del mismo y la revisión de los resultados (Polonio López, 2016, pp. 63-90). Dicho proceso inicia con la evaluación de la persona y el ambiente, para luego establecer objetivos a corto, mediano y largo plazo, que tendrán como finalidad la recuperación de la competencia ocupacional para un desempeño independiente. Una vez establecidos los objetivos, el terapeuta ocupacional debe definir cuáles serán las estrategias a utilizar para alcanzarlos y de esta manera poder elaborar y ejecutar el plan de intervención. Para finalizar el proceso se debe reevaluar el plan de intervención y revisar los resultados obtenidos para conocer si se han alcanzado los objetivos propuestos y así determinar la efectividad y la calidad del tratamiento, y en el caso de que los mismos no hayan sido alcanzados, confeccionar un nuevo plan (Polonio López, 2016, pp. 77-81).

Según la AOTA (2008) en el “Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional”, los terapeutas ocupacionales pueden intervenir sobre la persona y/o sobre el entorno. En cuanto a la persona, se trabajan las destrezas de ejecución, que son las habilidades que demuestran en las acciones que llevan a cabo. Estas destrezas se agrupan en 5 categorías: motoras y praxis, sensoriales-perceptuales, de regulación emocional, cognitivas y de comunicación y sociales.

Al trabajar con personas, los terapeutas ocupacionales consideran las ocupaciones en las cuales ellas se involucran. Estas actividades u ocupaciones son llamadas áreas de ocupación y comprenden: actividades de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social (AOTA, 2008, pp.8-9). Estas, están enmarcadas dentro de un entorno físico y social.

Por lo tanto, considerando: que los terapeutas ocupacionales son parte del equipo máximo de las UCI; que los pacientes neurológicos críticos ven interrumpido su desempeño ocupacional; y que la TO en la UCI se encuentra avalada por la Ley Nacional de Ejercicio Profesional de Terapeutas Ocupacionales N° 27.051; se pretende responder a la siguiente pregunta problema ¿cuáles son y qué características tienen las intervenciones de TO en pacientes adultos con daño neurológico en las unidades de cuidados intensivos?

II. OBJETIVOS

II. a. Objetivo general

- Describir las intervenciones de terapia ocupacional en pacientes adultos con daño neurológico en la unidad de cuidados intensivos.

II. b. Objetivos específicos

- Identificar las intervenciones de terapia ocupacional en pacientes adultos con daño neurológico en la unidad de cuidados intensivos.
- Caracterizar las intervenciones de terapia ocupacional en pacientes adultos con daño neurológico en la unidad de cuidados intensivos.

III. MARCO TEÓRICO

En los últimos años la atención en salud ha sido revolucionada debido a los beneficios que demostraron el trabajo interdisciplinario y rehabilitador temprano. La TO como disciplina lleva más de un siglo interviniendo en la promoción de la salud de manera holística, contemplando dimensiones cognitivas, emocionales, fisiológicas y ocupacionales de las personas. Recientemente, la TO ha logrado insertarse en ambientes hospitalarios de alta complejidad, demostrando la importancia del comienzo temprano del tratamiento en el proceso de recuperación funcional del paciente crítico (Roldán, 2019, pp.2-3).

En la actualidad, existe una multiplicidad de intervenciones propias de TO que pueden aplicarse en pacientes neurocríticos dentro de la UCI, aunque dichas intervenciones se referencian de manera escasa en la producción científica. Los terapeutas ocupacionales poseen una mirada integral sobre el paciente y su familia; y al considerar la interacción persona-ambiente-ocupación, logran brindar estrategias funcionales, otorgando seguridad y promoviendo una futura recuperación (Roldán, 2019, p.1).

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, se presentarán a continuación los conceptos centrales que darán lugar a la investigación.

III. a. Unidad de Cuidados Intensivos

Definición e historia

La Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) es el organismo de referencia a nivel nacional para el ámbito intensivista; y determina que la UCI es:

Una 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 del tratamiento del paciente (Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, 2023).

Como afirman Téllez y Granillo (2015), aún en la actualidad persiste el debate en torno a cuándo y dónde fue el inicio de la medicina intensiva. A rasgos generales, se cree que el origen puede remontarse a 1850, durante la Guerra de Crimea, al crearse salas especiales para atender a soldados gravemente heridos cerca de las centrales de enfermería, para que pudieran recibir atención intensiva. Esto fue impulsado por Florence Nightingale, enfermera profesional (p.157).

En 1923, el Doctor Walter Dandy organizó una unidad postquirúrgica neurológica en el hospital de Baltimore. Las enfermeras se volvieron especialistas al

pie de cama bajo la dirección de los médicos. Esta forma de cuidado se volvió un modelo para toda Europa, replicándose para proveer manejo intensivo postquirúrgico durante la Segunda Guerra Mundial. Posteriormente, se desarrollaron unidades para el manejo de cirugías cardíacas y oncológicas (Téllez y Granillo, 2015, p.157).

En lo referente a la tecnología de soporte vital, su inicio se remonta a la epidemia de poliomielitis de 1940 y 1950, durante la que fue necesario el uso de ventilación mecánica para los enfermos, para lo que se usaban pulmones de acero (pulmotor). En otras partes del mundo se utilizaron bolsas tipo mascarilla manejadas manualmente. Con el paso del tiempo, y como respuesta a las demandas en salud, se incorporaron nuevos métodos hemodinámicos, respiratorios y de otras variables de monitoreo en aspectos de ventilación, circulación y metabolismo (Téllez y Granillo, 2015, p.157).

El término de medicina crítica propiamente dicho, se introdujo a finales de 1950 en la Universidad del Sur de California. Desde entonces, el progreso del manejo del paciente crítico avanzó a grandes pasos, tanto en tecnología como en conocimiento médico y formación de otros profesionales (Téllez y Granillo, 2015, p.156).

Aproximadamente en el año 1958, la terapia intensiva pasó de ser una locación a un servicio clínico definido, y luego, a una especialidad clínica. En 1967, se creó en Los Ángeles la Sociedad de Medicina Crítica. Años más tarde, se publicó la revista *Critical Care Medicine*, bajo la dirección del Dr. Shoemaker. En la actualidad, dicha sociedad cuenta con profesionales de más de 80 países (Téllez y Granillo, 2015, p.158).

En lo que respecta a Argentina, las UCI organizadas como hoy se las conoce, empezaron a desarrollarse en la década de 1950 a raíz de la epidemia de poliomielitis (Gallesio, 2015, p.1501).

Misión

La misión general de los servicios de cuidados intensivos fue definida por la Bioetic Task Force de la American Thoracic Society (1997), y se resumen de la siguiente manera: el primer objetivo es preservar la vida del paciente, sosteniendo las funciones vitales cuando estén en riesgo; el segundo objetivo es promover la rehabilitación temprana cuando el paciente se encuentre ya fuera de peligro, aunque permanezca el soporte a la función de órganos vitales; y el tercer objetivo es brindar cuidados paliativos a pacientes que ya no tengan posibilidad de recuperación (p.1283).

Características de la UCI

El diseño de la UCI debe adaptarse de acuerdo a sus funciones. La SATI en sus normas de categorización (aprobadas por el Estado nacional) divide a las UCI en tres niveles:

-Unidad de reanimación: área en la que se realiza reanimación inmediata de un paciente en riesgo, para luego ser trasladado a una UCI nivel 1 o 2.

-Unidad de cuidados intensivos de 2° nivel: área para pacientes críticos de cualquier tipo presente en instituciones de mediana complejidad. Estas no alcanzan a tratar patologías demasiado especializadas o complejas.

-Unidad de cuidados intensivos de 1° nivel: servicio que puede admitir y tratar patologías de cualquier tipo en instituciones de alta complejidad, con una estructura que permite realizar prácticas asistenciales complejas.

-Unidad docente: UCI de nivel 1 o 2 que cuenta con programas de formación profesional tanto para los recursos humanos de la unidad como para nuevos profesionales.

(Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, 2023).

La SATI, en sus normas de categorización de las UCI, describe los requisitos para el funcionamiento de las mismas. Entre ellos, se incluye la obligación de contar con los servicios de cirugía, anestesiología, hemoterapia, internación, radiología y laboratorio dentro de la institución. Por otra parte, la planta física debe estar ubicada en una zona de circulación semi-restringida y la superficie no puede ser menor de 9 m² por cama. En cuanto a las áreas de apoyo, se requiere: office de enfermería y mucamas, depósito de equipos, depósito de ropa y material de uso diario limpio, botiquín de material descartable y medicamentos, depósito de ropa y material de desecho, área de lavado y esterilización, área de recepción para familiares, área de reunión de médicos de planta, entre otras. Asimismo, la UCI debe contar con un sistema de alarmas, electricidad, ductos para gases y aire acondicionado específico (Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, 2023).

En lo que respecta a los profesionales, se dividen en dos categorías: equipo mínimo y máximo. El primero lo conforman los médicos, kinesiólogos y enfermeros. Dentro del personal máximo se incluye a: psicólogos, cardiólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales y camilleros. (Das Neves, 2015, p.1453).

El trabajo en equipo en la UCI debería estar orientado hacia una misma meta en común para la preservación, seguridad y calidad de vida del paciente. Valverde et al. (2010) mencionan que el trabajo en equipo 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. Las formas de trabajo que se pueden dar dentro de la UCI son: multidisciplinaria (cuando varios profesionales trabajan en un mismo caso pero sin cooperación entre ellos); interdisciplinaria (cuando varios individuos trabajan juntos unificando criterios y bajo un coordinador); y transdisciplinaria (como un concepto superador de la interdisciplina, en la que se construye un conocimiento más allá de cada disciplina y hay un verdadero trabajo en equipo estando todos en la misma jerarquía) (pp.154-155).

Criterios de ingreso a la UCI

Para ingresar un paciente a la UCI, los profesionales deciden su admisión según un modelo de prioridades que se divide en cuatro:

-Pacientes con prioridad 1: Pacientes críticos inestables; necesitan monitorización y tratamiento intensivo que no puede brindarse fuera de la Unidad. No hay límites en el tratamiento que reciben. Ej.: disfunción respiratoria aguda que precisa soporte ventilatorio, soporte hemodinámico o fármacos vasoactivos.

-Pacientes con prioridad 2: Precisan monitorización intensiva y pueden necesitar intervenciones inmediatas. Generalmente no hay límites terapéuticos. Ejemplo: pacientes con patologías crónicas complicadas con una enfermedad médica o quirúrgica grave.

-Pacientes con prioridad 3: Pacientes inestables y críticos pero con pocas posibilidades de recuperarse. Pueden recibir tratamiento intensivo para aliviar su enfermedad aguda, pero también establecerse límites terapéuticos, como no intubar y/o no intentar reanimación cardiopulmonar. Ej.: pacientes con metástasis que se complican con infección.

-Pacientes con prioridad 4: Pacientes cuyo ingreso no está generalmente indicado: Beneficio mínimo o improbable por enfermedad de bajo riesgo. Pacientes cuya enfermedad terminal e irreversible hace inminente la muerte (Robertson y Al-Haddad, 2013).

III. b. Patologías principales de ingreso a la UCI

Los principales tipos de patologías que presentan los pacientes en la UCI según Fernández (2019) en la Revista Científica de Investigación Actualización del Mundo de las Ciencias (RECIAMUC), son patologías originadas por accidentes de tránsitos, caídas de altura, cuadros cardiovasculares y enfermedades cerebrovasculares, las cuales representan la principales causas de muerte en el mundo.

Dentro de estas patologías, Ares Senra et al., (2014) sostienen que las principales son: accidentes cerebrovasculares (ACV), traumatismos encéfalo craneanos (TEC), síndrome de Guillain Barré, complicaciones postquirúrgicas, esclerosis múltiple y otras enfermedades neurológicas degenerativas e infecciosas.

III. c. Paciente crítico

La medicina intensiva considera al paciente crítico como aquel que “presenta alteraciones fisiopatológicas que han alcanzado un nivel de severidad tal que representan una amenaza actual o potencial para su vida y al mismo tiempo son susceptibles de recuperación” (Olmos Kutscherauer, 2019). Otra posible definición es “aquel que sufre un proceso multisistémico que, en ausencia de una intervención y un tratamiento médico, puede amenazar su vida, y puede llevar a morbilidad significativa o mortalidad” (Robertson y Al-Haddad, 2013). Estos pacientes presentan cuatro características: presentan una condición grave; esta condición es potencialmente reversible; necesitan asistencia inmediata y cuidados intensivos; y estos cuidados solo pueden brindarse en un área especializada con un equipamiento específico como la UCI (Robertson y Al-Haddad, 2013).

Dentro de la UCI los pacientes se encuentran en cama, con diversos estados de conciencia que abarcan desde el coma hasta la vigilia con conciencia preservada. El cuerpo del paciente se encuentra desnudo para facilitar intervenciones rápidas y procedimientos invasivos cuando se requiera. Estos pacientes son medicados por vías periféricas o centrales para obtener efectos inmediatos. Se encuentran monitoreados constantemente para observar sus signos vitales como la presión arterial, el pulso, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la presión intracraneana, y la saturación de oxígeno, entre otros (Roldán, 2019, p.4).

Como menciona Olmos Kutscherauer (2019) citando a *Intensive Care Society* (2009), existen 3 niveles de clasificación del paciente crítico de acuerdo a su complejidad: el primer nivel corresponde a la monitorización, es decir, aquellos pacientes en riesgo de deterioro los días iniciales de alta de la UCI, cuyas necesidades pueden ser cubiertas en internación convencional. El segundo nivel, abarca a pacientes que requieren observación y atención por presentar fallo orgánico único, o cuidados postoperatorios. Y por último, el tercer nivel, es para aquellos pacientes que requieren soporte respiratorio junto con soporte de al menos dos sistemas por presentar fracaso multiorgánico (pp.1-2).

III. d. Paciente neurocrítico

El paciente crítico neurológico o neurocrítico, es aquel que presenta un compromiso en cualquier nivel de su sistema nervioso, ya sea por un mecanismo

infeccioso, traumático o por una enfermedad aguda, y que al estar en riesgo su vida y funciones vitales, requiere de cuidados críticos (Nieto Ramirez, 2019, pp. 1-2).

Otro aspecto importante a considerar en relación a los pacientes neurocríticos son los conceptos de lesión o injuria primaria y secundaria. La lesión primaria es aquella que se produce en el tejido neuronal justo cuando ocurre el mecanismo lesional, por ejemplo: por una isquemia, una lesión traumática, hemorrágica o un proceso inflamatorio (Nieto Ramirez, 2019, p.2). En la injuria primaria no se puede realizar ninguna acción más que la prevención, especialmente de las causas cardiovasculares, siniestros viales, accidentes laborales, etc. Sin embargo, una adecuada atención hospitalaria de las variables afectadas por la lesión primaria, previene la aparición de lesiones secundarias (Previgliano y Hlavnicka, 2015, p.621).

La injuria secundaria es el daño posterior a la lesión primaria, generando mecanismos sistémicos y locales, que evolucionan en el tiempo y pueden empeorar el pronóstico del paciente, por ejemplo: edema cerebral, hipoxia, trastornos metabólicos, etc. (Nieto Ramirez, 2019, p.2).

III. e. Complicaciones y consecuencias de la estadía en la UCI

Según Okuma et al., (2017) las complicaciones de la estadía en la UCI 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 período crítico. Se describen, entre otros: deterioros de la función cardíaca, pulmonar y renal que no son rutinariamente evaluados; trastornos físicos y funcionales como neuropatías, miopatías, atrofas por desuso y debilidad muscular; osificaciones que resultan en incapacidad para movilizarse; parestesias y trastornos sensoriales; desnutrición y pérdida de peso; dolor; disfagia y problemas “cosméticos” como cicatrices y alopecia.

El equipo rehabilitador va a intervenir en diferentes aspectos del cuidado del paciente hospitalizado en UCI. Ares Senra 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.
- Delirium.

III. e. a. El delirium

El Manual de Diagnóstico y Estadística de los Desórdenes Mentales (DSM) (2014) 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” (p.357). 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 estados distintos de conciencia en los pacientes hospitalizados en la UCI según López Ayuso (2010):

-Estado de 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.

-Estado vegetativo: 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.

-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. (López Ayuso, 2010, pp. 47-48).

La SATI (2023) sostiene que la población de pacientes tratados en la UCI presentan varios factores de vulnerabilidad y precipitantes para el desarrollo de delirium. Datos actuales sugieren que aproximadamente un tercio de los pacientes sobrevivientes de la UCI desarrollan o persisten con deterioro cognitivo después del alta.

III. e. b. Síndrome post UCI

En los últimos años, el aumento en la expectativa de vida y la evolución de la atención sanitaria intensivista, han incrementado el número de pacientes que sobreviven a la UCI. Esto se debe a los nuevos avances de información y tecnología. Sin embargo, los pacientes neurocríticos sufren múltiples secuelas físicas, psíquicas, neurocognitivas y funcionales que impactan en su calidad de vida, su bienestar integral y su reinserción laboral. A este conjunto de secuelas se lo denominó “síndrome post

terapia intensiva” o “síndrome post UCI” y no sólo afecta al paciente sino también a su familia (Busico et.al, 2019, p. 245).

Violi y Vázquez (2015) mencionan que el síndrome post UCI está conformado por tres dimensiones que se ven afectadas: salud mental (ansiedad, depresión), cognitiva (memoria, atención, funciones ejecutivas) y física (componentes respiratorio, cardíaco y neuromuscular) (pp.1451-1452).

Referido a las secuelas psicológicas, las más frecuentes son: la depresión, el síndrome de estrés postraumático (SEPT) y los trastornos de ansiedad. Los síntomas de depresión afectan al 28% de los pacientes, la ansiedad al 24% y el SEPT al 22% de los sobrevivientes de UCI. La evolución de estas secuelas es diversa: los síntomas depresivos suelen desaparecer durante el primer año, los de ansiedad pueden persistir más tiempo y el SEPT parecería mantenerse estable con el paso del tiempo. También hay pacientes que cursan con alteraciones en el sueño. (Das Neves, 2015, p.1449).

Respecto a las secuelas neurocognitivas, diversos estudios demostraron que están presentes entre el 20% y 80% de los sobrevivientes de la UCI. El patrón observado a los 6 meses del alta equivale a una demencia leve, que luego revierte entre los 6 y los 12 meses. Sin embargo, muchos pacientes presentan un deterioro neurocognitivo crónico hasta 6 años luego de su paso por la UCI. Las funciones más afectadas dependen de la presencia de hipoxemia, fármacos sedoanalgésicos, hipotensión y delirium; y no de la edad o gravedad de la enfermedad del paciente. Se ha demostrado que memoria, atención y función ejecutiva son las áreas más afectadas. La disfunción cognitiva genera pérdida de las funciones, imposibilitando planes de alta y la reinserción laboral del paciente. Generalmente se produce una alteración en la capacidad de resolución de problemas, del juicio, confusión en su identidad y pérdida de memoria a corto y largo plazo. (Das Neves, 2015, p. 1450).

En lo referente a las secuelas físicas, las más evidenciadas son: debilidad adquirida (DA) por atrofia muscular, rigidez articular, osificaciones y contracturas, úlceras por presión, alopecias transitorias y cicatrices, entre otras. La debilidad adquirida es una respuesta inflamatoria multifactorial y es la complicación más común en la UCI, presentándose entre el 45% y el 100% de los pacientes. Se produce a causa de la inmovilización, ya que con sólo una semana de reposo absoluto el paciente pierde el 20% de su masa muscular. La DA genera dificultad para el destete de la Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM), un aumento de la estadía en la UCI, mayor morbilidad como infecciones, trombosis venosas, etc. y un deterioro de la calidad de vida post UCI (Busico et al., 2019, p. 251).

La gran incidencia del síndrome post terapia intensiva, genera un impacto altamente negativo en quienes la padecen, afectando su calidad de vida y reinserción

ocupacional o laboral. Los profesionales que trabajan en la UCI deben conocerlo para lograr una rápida evaluación y la implementación de un tratamiento temprano dirigido a reducir la morbilidad luego de la UCI (Das Neves, 2015, p.1450).

III. f. Terapia ocupacional

Las definiciones de Terapia Ocupacional son aún hoy en día variadas, pero tomando la definición de la AATO, se entiende que es una profesión sociosanitaria que tiene como objeto de intervención la ocupación humana. La TO interviene en diversos ámbitos (sanitarios, educativos, laborales, judiciales y socio-comunitarios). Los terapeutas ocupacionales trabajan con personas, grupos o comunidades cuyo desempeño ocupacional se encuentra afectado por situaciones de enfermedad, discapacidad u otra contingencia de vida, afectando su calidad de vida y salud integral. La TO se encarga de intervenir para desarrollar destrezas, habilidades y capacidades en la persona que les permita superar las barreras que impiden el desempeño de sus ocupaciones diarias (AATO, 2023).

Los profesionales de TO consideran las ocupaciones en las cuales sus pacientes se involucran, estas son todas aquellas actividades diarias que tienen amplitud y significado para cada persona, que son fundamentales en su identidad y están determinadas por la cultura.

El compromiso con la ocupación como el foco de la intervención de la terapia ocupacional incluye el aspecto tanto subjetivo (emocional y psicológica) y objetivo (físicamente observable) de los aspectos del desempeño. Los profesionales de la terapia ocupacional comprenden el compromiso de esta dual y holística perspectiva y dirigen o manejan todos los aspectos del desempeño cuando brindan la intervención (AOTA, 2008, p.6).

Las ocupaciones están organizadas en categorías llamadas "áreas de ocupación" y son: actividades de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social (AOTA, 2008, pp.8-9). Entre los servicios que brindan los terapeutas ocupacionales, se encuentran intervenciones vinculadas a habilitar o rehabilitar destrezas y patrones de ejecución, modificar demandas de la actividad, e intervenir sobre características del cliente, contextos y entornos, entre otros. Es decir, que los terapeutas ocupacionales pueden intervenir sobre la persona y/o sobre el entorno (AOTA, 2008, pp. 23-24).

En cuanto a la persona, se trabajan las destrezas de ejecución, que son las habilidades que demuestran en las acciones que llevan a cabo. Estas destrezas se agrupan en 5 categorías: motoras y praxis, sensoriales-perceptuales, de regulación emocional, cognitivas y de comunicación y sociales. Los terapeutas ocupacionales

evalúan y analizan las destrezas de ejecución con el objetivo de identificar factores subyacentes que favorecen o limitan la participación en las ocupaciones y el desempeño ocupacional (AOTA, 2008, pp. 23-24).

El término entorno se refiere a los ambientes físico y social que rodean al cliente y en los cuales tienen lugar las ocupaciones de la vida diaria. El entorno físico se refiere al ambiente natural y construido no humano y los objetos dentro de éste. El entorno social está formado por la presencia, relaciones y expectativas de las personas, grupos y organizaciones con quienes el cliente tiene contacto (AOTA, 2008, p.32).

Asimismo, los terapeutas ocupacionales tienen en cuenta los patrones de ejecución, que son “patrones de comportamiento relacionados a las actividades de la vida diaria de un individuo u otras personas significativas a él que son habituales o rutinarias” (AOTA, 2008, p.28). Estos, se conforman por hábitos, rutinas, rituales y roles. Los hábitos son comportamientos automáticos que realiza la persona diariamente. Las rutinas, son comportamientos generalmente regulares y repetidos que organizan y dan estructura a la vida diaria, siendo promovedoras o perjudiciales. Los rituales son acciones con significado cultural o social, que construyen la identidad de la persona de acuerdo a sus valores y creencias. Por último, los roles, son aquellos comportamientos esperados por la sociedad y determinados por la cultura acerca de la función que debe desempeñar la persona dentro de la estructura social (AOTA, 2008, p. 28).

La AOTA, en el Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional, describe el proceso de TO en tres etapas: la evaluación, la intervención y los resultados. Al iniciar, se debe realizar el perfil ocupacional de la persona para conocer sus patrones de vida, intereses, posibilidades y necesidades. De esta forma se identifica, en una lista de prioridades, los problemas que posee para desempeñar sus ocupaciones y sus actividades de la vida diaria. Luego, se analiza el desempeño ocupacional en su entorno real, teniendo en cuenta qué factores lo facilitan y limitan, las destrezas y debilidades de la persona, las demandas de la actividad y los patrones de ejecución. La segunda etapa se divide en dos: primero, se confecciona el plan de intervención, seleccionando teorías y marcos de referencia. Luego se pone en marcha la aplicación de la intervención, con las acciones y estrategias que se consideren necesarias para dirigirse hacia los resultados esperados. De forma paralela se debe revisar la intervención y el progreso del paciente. Finalmente, se determinan los resultados obtenidos para revisar si es necesario cambiar las estrategias o para planificar acciones futuras con el paciente (AOTA, 2008, p.34).

Asimismo, se menciona que este proceso es descrito en pasos a fines de una mejor organización, pero que no siempre se da de forma lineal, sino que suele ser

cambiante y dinámico. Esto lleva a que los profesionales deban adaptarse constantemente e ir modificando sus intervenciones en base a lo evaluado y observado, para operar con un enfoque progresivo hacia los resultados (AOTA, 2008, pp. 34–36).

III. g. Terapia ocupacional en la UCI

Como fue mencionado anteriormente, en las últimas décadas la TO logró insertarse en ámbitos hospitalarios de alta complejidad para la atención de pacientes en estado crítico. En muchas ocasiones, este estado de salud crítico resulta en una privación ocupacional, entendida como una irrupción en el patrón normal de desempeño ocupacional por alguna contingencia de vida o cambios ambientales. La TO está comprometida tanto con las ocupaciones de los pacientes como con los patrones de ejecución previos que hacen a esa ocupación. (Roldán, 2019, p.3).

En las fases del proceso de rehabilitación funcional en la UCI es necesario, en primer lugar, valorar la situación de salud del paciente, ver sus posibilidades y limitaciones. Luego, establecer objetivos precisos y reales, para implementar un plan coherente y adaptado a las necesidades del paciente. Es fundamental vigilar la evolución del paciente permanentemente y re-evaluar los resultados para realizar los ajustes que se requieran. En la UCI, los tratamientos varían constantemente debido a que el estado de salud del paciente es muy fluctuante (Wilches et.al., s.f., p.120).

La intervención de TO en UCI es variada ya que las propuestas terapéuticas cambiarán de acuerdo al nivel de conciencia del paciente, el nivel de estímulos que tolere y el ambiente en el que se encuentre (habitación individual, sala con varias camas, entre otras). Dentro del proceso de intervención en UCI es importante considerar la evaluación inicial, la lista de jerarquía y la intervención en sí. La evaluación debe recabar datos relevantes, por eso es importante pensar previamente qué se debe evaluar para disminuir el riesgo de equivocaciones y poder ser cuidadoso ante el paciente que se encuentra en estado crítico. Los datos importantes a tener en cuenta son: la edad, el diagnóstico, los antecedentes, el estado de conciencia, la postura, los signos vitales, los valores de fuerza, el tono muscular, el rango de movimiento, la sensibilidad, las praxias, el nivel de desempeño ocupacional previo y actual, las actividades de interés y el contexto (Roldán, 2019, p.6).

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 TO 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, pp.576-577).

Una vez recabada la información, se ordenarán los problemas encontrados de acuerdo al orden de importancia y se definirán ejes de abordaje. Generalmente, los ejes en la UCI son:

- Regulación ambiental de estímulos
- Estructuras y funciones corporales
- Control motor en pacientes con trastornos neurológicos
- Componente cognitivo
- Actividades de la vida diaria (Roldán, 2019, p. 6).

Luego, se buscan diferentes estrategias de intervención, estas suelen dividirse en métodos preparatorios y uso de actividades con propósito (Roldán, 2019, pp. 6-7).

Barbosa y Reis, (2015) sostiene la importancia del papel de la TO en la UCI, especialmente como parte del equipo multidisciplinario de rehabilitación temprana. La TO puede incluir en sus objetivos terapéuticos los componentes: motor, sensorial, cognitivo, emocional y de comunicación de acuerdo a las necesidades del paciente, favoreciendo la reducción del tiempo de recuperación y las secuelas durante la estancia en la UCI.

La TO, basada en su integralidad y concepción holística del paciente, no solo responde a exigencias del medio en salud, sino que lleva su intervención a las necesidades y objetivos de cada paciente, lo cual refleja las posibilidades de atención en la UCI, según el tipo de patología presentada, el medio que lo rodea, las necesidades específicas, la atención de la familia, entre otros (Moreno Chaparro et al., 2019, p.75).

IV. JUSTIFICACIÓN

La investigación tiene relevancia social debido a que los resultados podrían beneficiar a pacientes que se encuentren en la UCI, sus familias y otros profesionales, ya que aportaría conceptualmente información sólida para el ejercicio de TO en este ámbito con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes internados en UCI.

La falta de conocimiento del papel de la terapia ocupacional se ha citado como un reto a la hora de implementar nuevos servicios de cuidados críticos de adultos (Ridgway, 2018). La participación de TO en este espacio requiere ser definida con más precisión, ya que se ha señalado la necesidad de realizar investigaciones futuras para aclarar el papel de los terapeutas ocupacionales en la UCI, de ahí el aporte teórico de la investigación.

En Argentina no se tienen referencias o estadísticas sobre cuántos terapeutas ocupacionales intervienen en el área o cómo lo hacen (Weinreich et al., 2017). Esto conlleva a la necesidad de generar conocimiento nuevo y sólido que permita comprender la pertinencia de la intervención y fundamentar la necesidad de atención ocupacional en esta área clínica. Esto representa la relevancia práctica del trabajo de investigación: el mismo, podría describir las intervenciones de TO dentro de la UCI y así ampliar el campo de trabajo en este sector en todo el país.

V. METODOLOGÍA

Tipo de diseño

Teniendo en consideración la pregunta problema y los objetivos planteados, el diseño de la investigación fue de tipo cualitativo-descriptivo. Según Sampieri (2004) el enfoque cualitativo modela un proceso inductivo contextualizado en un ambiente natural, ya que en la recolección de datos se establece una estrecha relación entre los participantes de la investigación sustrayendo sus experiencias en contraposición a un instrumento de medición determinado.

Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos se elaboró un cuestionario semiestructurado (anexo 1), que fue implementado a través de entrevistas. Según Sabino (1992) la entrevista es una forma de recolectar datos que implica una interacción social. El investigador entrevista a alguien capaz de aportar datos de interés para la investigación, mediante un diálogo asimétrico, donde una de las partes busca recabar información y la otra es la fuente de información. La principal ventaja de la entrevista es que son los mismos actores sociales quienes otorgan los datos necesarios para la investigación (p.122).

Descripción de la muestra

La muestra fue de carácter intencional, seleccionando 4 personas que reunían los criterios de inclusión y accedieron a firmar el Consentimiento Informado Libre y Voluntario (anexo 2), de acuerdo a las “Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en seres humanos” (Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, 2016).

Criterios de inclusión

- Terapistas ocupacionales que ejerzan en una UCI de adultos con daño neurológico con una antigüedad mayor a 1 año (considerando que esto será un punto clave para dar cuenta de la experiencia).
- En territorio nacional.
- Que hayan firmado el Consentimiento Informado Libre y Voluntario.

Procedimiento

El contacto con las personas se realizó a partir de una base de datos brindada por la Universidad Católica de Córdoba que durante el año 2022 ofreció una diplomatura de “Terapia Ocupacional en el ámbito de la internación”, en la cuál expusieron profesionales que se dedican al área. Una vez obtenidos los datos de contacto, la comunicación fue vía mail o Whatsapp, presentando el trabajo de investigación y sus objetivos. Posteriormente, se envió la hoja de información y la hoja

de firmas del Consentimiento Informado Libre y Voluntario vía mail. En el consentimiento, se explicó el objetivo y la metodología de la entrevista. Las entrevistas fueron realizadas de forma individual y virtual por medio de la plataforma Google Meet, previamente pactando un día y horario con cada una de las profesionales. El tiempo de duración fue de aproximadamente 60 minutos. Las videollamadas fueron grabadas mediante audio para luego poder desgrabar y analizar los datos con más profundidad.

La información obtenida en las entrevistas se volcó en 2 matrices (anexo 3). La elección de realizar 2 matrices diferentes corresponde a organizar mejor la información, y poder caracterizar por un lado las intervenciones y por el otro, datos generales acerca de cada entrevistada, para poder contextualizar su práctica clínica. Por lo tanto, la matriz N° 1 contiene datos generales de cada entrevistada: provincia de ejercicio profesional, tipo de sistema en el que ejerce, tiempo ejerciendo en este área, principales patologías neurológicas observadas, objetivo general de la intervención de TO en el área y forma de trabajo con otras disciplinas. Esa información colaboró a enmarcar las intervenciones mencionadas por las entrevistadas dentro de su contexto. La matriz N° 2 es para las intervenciones propiamente dichas. Las intervenciones en la persona se dividieron según las 5 categorías de destrezas mencionadas en el marco teórico: motoras y praxis, sensoriales-perceptuales, cognitivas, de regulación emocional y de comunicación y sociales. También contempla la frecuencia y las áreas de ocupación en las que se trabajan. Las intervenciones de ambiente se dividieron en entorno físico y social. A su vez, cada matriz está subdividida por cada entrevistada.

Luego, respondiendo a los objetivos, se expusieron los resultados de forma narrativa-descriptiva, describiendo las intervenciones nombradas y sus características. Se realizó una síntesis cualitativa de las entrevistas, extrayendo ideas y comentarios claves. La discusión y las conclusiones se plasmaron mediante una reflexión acerca de la interpretación de los resultados contrastando con la teoría planteada previamente.

VI. RESULTADOS

En relación a los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas, se describen a continuación las intervenciones mencionadas de TO en la UCI con pacientes adultos con daño neurológico.

Fueron entrevistadas cuatro (4) profesionales de TO, todas ellas mujeres, que ejercen en la UCI actualmente. Las personas entrevistadas han sido designadas por motivos de confidencialidad de la siguiente forma: E1, E2, E3 y E4.

En cuanto a su **provincia de ejercicio profesional** dos (2) de ellas se desempeñan en Córdoba, y las dos (2) restantes trabajan en la provincia de Buenos Aires. Referido al **tipo de sistema en el que ejercen**, tres (3) de las entrevistadas se desempeñan en el ámbito privado y una (1) en el ámbito público.

Cumpliendo con los criterios de inclusión sobre el **tiempo de ejercicio profesional en el área**, las cuatro (4) entrevistadas se desempeñan en la UCI hace más de un año: 8 años la E1, 2 años la E2, 13 años la E3 y 16 años la E4, respectivamente.

Referido a las **principales patologías neurológicas abordadas desde TO en UCI**, las entrevistadas coincidieron en su totalidad que los accidentes cerebro vasculares (ACV) son la enfermedad neurológica más frecuente. Tres (3) de ellas mencionaron los traumatismos encéfalo craneanos (TEC). La E1 añadió las lesiones medulares y los post quirúrgicos de tumores cerebrales. La E4 nombró las polineuropatías, las meningitis y el síndrome de Guillain Barré como otras patologías frecuentes.

Resulta pertinente destacar que ante la pregunta sobre un **objetivo general de la intervención de TO con pacientes neurocríticos**, las respuestas fueron variadas, por lo que se citan a continuación:

“...incrementar el nivel de alerta y de conciencia de sí mismo y del entorno para promover la participación en actividades desde el período agudo” (E1).

“...prevenir o disminuir el delirium al despertar de la sedoanalgesia, aumentando el nivel de conciencia” (E2).

“...proyectar desde una perspectiva centrada en el paciente, cómo es el sujeto ocupacional, cómo está hoy y qué necesita a futuro” (E3).

“...asegurar el cuidado postural para el posterior desempeño de las AVD” (E4).

Cabe destacar que dos (2) de las entrevistadas propusieron como objetivo principal priorizar el componente cognitivo, mejorando el nivel de alerta del paciente evitando el delirium, que es una complicación muy común en los pacientes neurocríticos. Es decir, que pensaron en un objetivo a corto plazo, dentro de la UCI. En contraposición, la E4 hizo hincapié en el componente físico, considerando que el

cuidado postural es clave para evitar secuelas (retracciones miotendinosas, posturas viciosas, úlceras) que dificulten el posterior desempeño de las AVD. Por lo tanto, la E3 y la E4 plantearon sus objetivos a largo plazo, pensando en el desempeño ocupacional del paciente a futuro.

Por lo que se refiere a las intervenciones de TO en UCI, se las dividió para mejor organización y comprensión en: **intervenciones en la persona** y en el entorno. Las primeras, fueron divididas en las 5 destrezas mencionadas en el Marco de Trabajo (2008):

Destrezas motoras y praxis

-Posicionamiento: las cuatro (4) entrevistadas coincidieron en que el posicionamiento es clave para realizar cualquier intervención posterior: *“...sin un correcto posicionamiento en cama no hay posibilidad de intervenir en otras cosas”* (E.1). La E4 mencionó que corregir el posicionamiento del paciente debe ser diariamente, como también realizar cambios de decúbito (dependiendo de su patología) al menos 3 veces al día.

La E2 afirmó que es importante proteger las zonas de apoyo y los puntos de presión, estos son: occipital, escápulas, codos, sacro y talones en decúbito supino. Orejas, hombros, costillas, trocánter y rodilla en decúbito lateral. Y nariz, pómulos, acromion, costillas, esternón, crestas iliacas, rodillas y dedos en decúbito prono. La E3 mencionó que se debe buscar la correcta alineación de cabeza, tronco y pelvis, como así también del resto de las articulaciones, para evitar posturas viciosas que generen deformaciones o retracciones miotendinosas. La E4 destacó como consideración general, que en aquellos pacientes que presentan hemiplejía, el apoyo no debe ser sobre el hemicuerpo afectado. Dos (2) de las entrevistadas, mencionaron el uso de equipamiento blando o rígido y ferulaje para lograr un correcto posicionamiento del paciente. El equipamiento puede ser: colchones antiescaras, cuñas, almohadones, abductores, planchas de gel polímero, entre otros.

-Movilización temprana: tres (3) de las profesionales nombraron la movilización temprana como una intervención fundamental en la UCI para evitar la debilidad adquirida y otras secuelas. Coincidieron en que las movilizaciones deben ser pasivas en un primer momento, luego ejercicios asistidos, activos y resistidos. Esto va a depender del nivel de conciencia del paciente. Se deben movilizar todas las articulaciones (salvo contraindicación médica) de proximal a distal, en todos los planos. Las E1, E2 y E4 aseguraron que es fundamental para mantener el rango óptimo de movimiento de las articulaciones y prevenir complicaciones como úlceras, acortamientos, trastornos circulatorios, pérdida de tono muscular y deformidades.

-Entrenamiento en sedestación y bipedestación: dos (2) de las entrevistadas hicieron alusión a que se debe entrenar al paciente para alcanzar la bipedestación, siempre que su estado hemodinámico lo permita. Los pasos a seguir serían: sedestación en cama, sedestación al borde de la cama, bipedestación, marcha en un mismo punto y deambulación de ser posible.

-Ejercicios preparatorios para la actividad: las E1, E2 Y E4 comentaron que realizan ejercicios que implican entrenar la fuerza muscular, la coordinación, los alcances, los ajustes posturales, las reacciones de equilibrio, las prensiones y secuencias funcionales de movimiento. El objetivo radica en preparar al paciente para el desempeño de una función, generalmente una AVD.

-Entrenamiento de las AVD: en este punto se observó gran concordancia entre las cuatro (4) profesionales, ya que todas afirmaron que es importante comenzar a trabajar las AVD desde la etapa aguda, ya que el foco de intervención de TO es la ocupación, y participar en ellas suele influir positivamente en el aspecto psicológico, emocional y físico del paciente. *“...hay que arrancar por actividades básicas, por ejemplo lavarse la cara o las manos, peinarse o colocarse crema en las manos. Después podemos ir a algo más complejo como el cepillado de dientes o la alimentación” (E1).* La E1 planteó que en su práctica, comienza entrenando los gestos motores de la actividad y luego finaliza con el uso funcional del objeto.

Destrezas sensoriales - perceptuales

-Estimulación sensorial: en cuanto a este punto, también se evidenció unanimidad en las respuestas, ya que todas mencionaron que realizan estimulación multisensorial en pacientes neurocríticos. La E1 menciona que *“...la estimulación sensorial es un conjunto de intervenciones que tiene por objetivo promover el estado de alerta y respuestas conductuales a través de la aplicación de estímulos ambientales”.* Esta, se realiza por los distintos canales sensoriales, uno a la vez. Los más repetidos fueron: sistema táctil, visual, olfativo y auditivo. La E2 agregó además el sistema propioceptivo. Todas coincidieron en que los estímulos deben ser significativos y autobiográficos con contenido emocional, ya que esto genera mayor conexión con el entorno y promueve la integración a través del procesamiento cognitivo-afectivo, por eso es importante conocer la historia ocupacional e intereses del paciente. La E1 explicó que los estímulos simples y unimodales no influyen en el procesamiento de funciones cerebrales superiores, por eso se requiere una estimulación más compleja que incluya estímulos significativos, no repetitivos y variados, para evitar la habituación. En la misma línea, sugirió que la intensidad debe ser moderada, ocasionalmente intercalada con estimulación de alta intensidad, ya que la atención se desencadena por estímulos fuertes de energía y aparición brusca.

-Estimulación basal: únicamente la E2 nombró la estimulación basal como una intervención previa a la sensorial. *“...la estimulación basal es para mejorar el nivel de alerta. Se proporcionan estímulos más primitivos como la presión, vibración, cambios de decúbito, masajes profundos. La estimulación basal sirve para pacientes que están en estados de conciencia alterada, en la cual hay dificultad en la comunicación, la percepción o el movimiento. Lo que busca es que la persona recupere la percepción corporal y la interacción con su entorno” (E2).*

Destrezas cognitivas

-Estimulación cognitiva: las cuatro (4) entrevistadas plantearon que la estimulación cognitiva es una intervención fundamental en la UCI. Tres (3) de ellas destacaron que la función más importante a trabajar es la orientación temporo espacial, ya que suele estar afectada. Dos (2) profesionales utilizan estrategias como colocar un calendario y/o reloj en la habitación del paciente para colaborar con el objetivo mencionado previamente. Las demás funciones cerebrales que se nombraron son: atención, memoria y funciones ejecutivas. Tres (3) de las entrevistadas comentaron que en ocasiones la estimulación cognitiva se realiza con una actividad específica como escritura, juegos de mesa, sopas de letras, o crucigramas. Otras veces, la estimulación está integrada en una actividad funcional, por ejemplo, el cepillado de dientes. De esta forma se entrenan las praxias, las funciones ejecutivas, la memoria de trabajo, etcétera.

Destrezas de regulación emocional

-Acompañamiento: referido al componente emocional, se observó gran coincidencia en los relatos de las entrevistadas. Todas plantearon que la UCI es un ambiente que genera miedo e incertidumbre, en el que el paciente suele experimentar una irrupción de su vida cotidiana y despierta en un lugar completamente distinto, con un cuerpo que muchas veces no responde como antes y sin saber qué fue lo que le sucedió. Por ello, las cuatro (4) profesionales resaltaron que la intervención en este aspecto es tratar de humanizar la UCI, de brindar acompañamiento, escucha y contención al paciente y también a su familia.

-Orientación: tres (3) de las entrevistadas comentaron que una intervención básica y que colabora a disminuir la ansiedad es orientar al paciente a diario, es decir, comentarle qué día es, en qué lugar está y el motivo por el que está ahí. También, es importante presentarse y anticipar cualquier intervención, explicando cuál es el procedimiento a realizar.

-Diarios de internación: la E1 comentó que en la UCI donde trabaja, se implementaron los diarios de internación. *“...se invita al paciente (o en caso de estar sedado, a su familia) a que escriban día a día cómo se sienten y qué hicieron. Esto,*

además de favorecer funciones cognitivas como la orientación y la memoria, colabora a organizar las experiencias y los relatos para disminuir los niveles de ansiedad y angustia que genera la internación” (E1).

Destrezas de comunicación y sociales

-Comunicadores o tableros de comunicación: en referencia a este punto, también se evidenciaron respuestas similares, ya que todas las personas nombraron el uso de tableros de comunicación o comunicadores. Estos, son tablas con pictogramas o palabras que se confeccionan de manera particular para cada paciente, con palabras claves e imágenes como “sí” o “no”, “sed”, “hambre”, “dolor”, “día”, “noche”, “sueño”, entre otros. Los tableros suelen empezar siendo simples y a medida que el estado del paciente lo permite, se agregan más pictogramas, imágenes o palabras. La E3 planteó que esta intervención, en su práctica, se realiza en conjunto con fonoaudiología, ya que se trata de un sistema de Comunicación Aumentativa y Alternativa (CAA). Cabe mencionar que las entrevistadas mencionaron esta intervención con distinta terminología: tablas comunicadoras, tableros de comunicación o comunicadores, pero al consultar, referían a lo mismo, es por eso que se las agrupó.

Asimismo, la E3 sugirió lo siguiente: *“... en caso de que la situación del paciente no le permita hablar, por ejemplo estando conectado a la ventilación mecánica, lo que se busca es alguna vía de comunicación, ya sean gestos faciales, muecas, vocalizaciones, gestos motores, entre otros” (E3).*

Acercas de las **intervenciones en el entorno**, se dividieron en 2: físico y social. El primero hace referencia al lugar donde se encuentra el paciente, en este caso la UCI. El segundo alude a la familia del paciente, los médicos, enfermeros y demás profesionales con los que está en contacto.

Las intervenciones en el **entorno físico** parecieron ser similares en todas las UCI: las entrevistadas coincidieron en su totalidad que la regulación ambiental es clave para lograr un ambiente seguro y minimizar la sobreestimulación para reducir la fatiga de los pacientes. Esto puede darse de diferentes formas: regular las fuentes de luz tanto artificial como natural para mantener un ciclo de sueño-vigilia; colocar calendarios o relojes a la vista del paciente; modificar la orientación de las camas para evitar o favorecer algún estímulo; colocar un pizarrón con recordatorios; organizar los elementos de forma funcional para el paciente y etiquetarlos; educar al personal para regular los ruidos ya sean voces, música, radios, etcétera.

Con respecto al **entorno social**, las entrevistadas aseguraron que la intervención con la familia es fundamental para la recuperación del paciente. Esto implica: la entrevista y las pautas de educación. La entrevista con un referente familiar sirve para recabar datos del paciente, su historia ocupacional e intereses. Además, las

cuatro (4) profesionales mencionaron como intervención las pautas de educación a la familia, por ejemplo: explicar las características de la UCI, comentarles acerca de las técnicas y procedimientos que se le realizan al paciente, instruirlos para organizar la rutina diaria, e introducir conceptos como sobre estimulación y regulación del ambiente para enseñarles a cómo ofrecer los estímulos de forma que sea favorable. También, una vez que el paciente se encuentre en estado vigil, se puede incluir a la familia para que colaboren en ciertas actividades como la alimentación o la higiene. Esta participación hace que se sientan productivos y presentes en el tratamiento de su familiar. *“...también, la contención al familiar es de gran importancia ya que están pasando por un momento de mucha angustia, miedo e incertidumbre, debido a un evento que interrumpió su vida cotidiana y los lleva a experimentar una reorganización de la rutina y gran estrés” (E1).*

Como se dijo anteriormente, el entorno social también incluye a los profesionales que atienden al paciente. Si bien cada uno reconoce su rol y las tareas que le corresponden, desde TO se puede instruir en algunas nociones como la regulación ambiental, el posicionamiento y la estimulación sensorial. La E2 agrega que desde TO se intenta “humanizar” la UCI, por ello muchas veces se interviene para que los profesionales puedan ver al paciente de forma holística y contemplen todas las dimensiones que lo atraviesan. *“...en ocasiones es necesario recordarle a los médicos y enfermeros que se presenten, que puedan explicarle al paciente qué le pasó, qué procedimiento le van a realizar, dónde está, porque aunque no parezca, a veces se olvidan” (E2).*

Por otra parte, se indagó acerca de la **frecuencia y duración de las intervenciones**, obteniendo respuestas diversas de las entrevistadas. En cuanto a la **frecuencia**, una (1) de ellas interviene de lunes a viernes, es decir, 5 días a la semana. Otra, lo hace todos los días de la semana incluyendo sábados y domingos. Mientras que de las dos (2) restantes, una (1) lo hace de 3 a 5 veces a la semana y la otra de 2 a 5 veces a la semana. Resulta importante destacar que se refiere a la cantidad de veces que asisten a la UCI por semana, aunque no siempre intervengan con todos los pacientes, sino que depende de la demanda y necesidad de cada uno.

En relación a la **duración** de las sesiones, dos (2) de cuatro (4) dijeron que el mínimo son 10 minutos, mientras que las otras dos (2) entrevistadas dijeron que son 20 minutos. El promedio del mínimo de una sesión serían 15 minutos. En cuanto a la duración máxima, hubo mayor coincidencia, ya que tres (3) mencionaron que es de 40 minutos, mientras que la restante expresó que hay sesiones que pueden llegar a 90 minutos. Cabe destacar que todas coincidieron en que en ocasiones, el paciente se

encuentra inestable hemodinámicamente por lo tanto solo se lo puede posicionar y la sesión no lleva más de 10 minutos.

Es pertinente destacar que las cuatro (4) profesionales, en sus relatos, comentaron que la frecuencia y duración de las intervenciones en UCI son variables, según factores como el estado hemodinámico del paciente o la evolución de su cuadro clínico y la demanda de TO según la cantidad de pacientes internados.

Sobre las **áreas de desempeño en las que se enmarcan las intervenciones**, se observó que la primera y principal nombrada por todas las entrevistadas son las Actividades de la Vida Diaria, especialmente las básicas: alimentación, higiene y vestido. La E1 y la E2 nombraron también el ocio y tiempo libre, área fundamental en aquellos pacientes con internaciones prolongadas. A su vez, la E2 agregó el descanso y sueño como otra área de desempeño en la que enmarca sus intervenciones, ya que la considera clave para el bienestar del paciente en la UCI. La E1 aclara que en muy pocas ocasiones llegan a intervenir en el trabajo del paciente, y cuenta un caso: *“...tuvimos un caso particular de un paciente con internaciones recurrentes, tenía cuestiones cognitivas como problemas de atención y memoria, y también conductuales. En el trabajo le dijeron que no le daban más licencia, que haga home office o mande algunas tareas, entonces trabajábamos en la internación ciertas cuestiones o habilidades para que no se quede sin trabajo, porque eso implicaba que se quedara sin obra social y sin cobertura [...] lo que si hacemos a veces es seguir el tratamiento en consultorio externo, se trabaja desde la UCI hasta que retoma el trabajo...”* (E1).

Referente a la **forma de trabajo con otras disciplinas**, las cuatro (4) personas entrevistadas acuerdan que es interdisciplinaria. La forma de comunicarse se da por canales informales, es decir, mediante charlas en la UCI o grupos de Whatsapp. En el caso de ser necesario, se plantean reuniones para abordar un tema puntual de algún paciente. Todas refieren que la comunicación con médicos, enfermeros y otros profesionales es constante y necesaria. Tres (3) de ellas destacan las ventajas de las co-terapias con kinesiología y/o fonoaudiología. Sostienen que los resultados son más favorables y rápidos, ya que cada área aporta su conocimiento para un objetivo común. *“... por ejemplo, a veces hacemos co-terapia entre kine, fono y TO. El kine trabaja el tronco y la alineación postural, mientras que la TO entrena el gesto de llevarse el tenedor a la boca y la fono facilita la deglución”* (E3).

Para concluir, la última pregunta de la entrevista apuntó a indagar el **aporte de TO en la recuperación de pacientes neurocríticos**. Ante este interrogante, las entrevistadas dijeron:

“...previene el desarrollo de secuelas e incrementa el nivel de independencia, y con eso, el nivel de satisfacción y calidad de vida de la persona” (E1).

“...aporta una mirada más humanizada de la UTI, el proceso salud-enfermedad, y la persona que está atravesándolo. Es loco pensar en humanizar algo que ya es humano, pero es así” (E2).

“...en principio, la contención familiar que brindamos con todo el conocimiento que tenemos. Somos los que tenemos una visión un poco más real del paciente habiendo hecho una evaluación del desempeño previo y el actual, entonces, sin generar falsas expectativas ni disminuirlas, somos los que cuidadosamente podemos ir orientando y acompañando a la familia en este proceso de adaptación del nuevo ser ocupacional. Si nosotros logramos articular esto, va a tener muchos beneficios para el paciente” (E3).

“...si tuviera que hacer un balance de lo que yo he sembrado como terapeuta ocupacional en mis compañeros, es esto de pensar quién es el paciente, ver quién es, averigüemos quién es, en su inmensidad. ¿Es padre? ¿es hijo? ¿qué familia lo visita? ¿qué le gustaba hacer? ¿qué música escuchaba? Esos detalles son los que aporta nuestra mirada como TO” (E4)

VII. DISCUSIÓN

Al analizar los resultados, se observó gran concordancia en las respuestas de las entrevistas. Esto sugiere que las intervenciones de TO son similares en algunas UCI del país, más allá del tipo de institución (pública o privada) y la provincia en la que se encuentran. Sin embargo, la muestra fue escasa, por lo tanto los resultados no se pueden generalizar, sino que se debería contemplar realizar una investigación con una muestra mayor.

En cuanto a cuestiones generales del abordaje en UCI, se observó cierta divergencia en las respuestas. La frecuencia y duración de las intervenciones fueron variadas, esto puede deberse a la disponibilidad de terapeutas ocupacionales de la UCI, la demanda de pacientes, los días y horarios pautados, y las políticas del lugar. También, los objetivos generales mostraron contraste entre ellos. Los puntos en los que hubo mayor coincidencia fueron: áreas de ocupación en las que se enmarcan las intervenciones, patologías más frecuentes en UCI y forma de trabajo con otras disciplinas.

Las intervenciones en la persona denotaron gran similitud entre sí. Si bien las entrevistadas le otorgaron diferentes definiciones, al indagar acerca de qué se trataba cada una de ellas, la intervención en contenido era la misma. Ejemplo de esto: estimulación sensorial/multisensorial, o tablas comunicadoras/tableros de comunicación/comunicadores. En los cinco grupos de destrezas se observó coincidencia en los resultados, siendo intervenciones nombradas por la totalidad o tres de las cuatro entrevistadas. Hubo algunas intervenciones puntuales que fueron nombradas solo por una o dos de ellas. Respecto a las intervenciones en el entorno, mostraron unanimidad en los resultados. La regulación ambiental (entorno físico) y las pautas de educación de la familia (entorno social) fueron mencionadas por la totalidad de las entrevistadas.

Una cuestión importante a destacar es que todas las entrevistadas destacaron reiteradamente que el tratamiento en la UCI es variable. Esto se debe a que es un área clínica en la que el paciente permanece durante la etapa aguda de su enfermedad, es por eso que el plan de tratamiento y las estrategias de intervención no pueden ser planificadas con demasiada anticipación, sino que obliga al profesional a adaptarse permanentemente al cuadro clínico del paciente.

Otro aspecto a tener en cuenta es el concepto de "humanización" de la UCI. Todas las terapeutas ocupacionales que fueron parte de la muestra, mencionaron en algún momento de la entrevista, que la TO aporta una mirada más humana del paciente. Esto puede relacionarse con la concepción integral del paciente que se

inculca a los profesionales desde la formación universitaria, contemplando siempre todas las dimensiones que atraviesan al ser ocupacional, ya sea física, psíquica, emocional o espiritual.

En relación con la muestra, al buscar personas que cumplan los criterios de inclusión para ser entrevistadas, se evidenció que hay terapeutas ocupacionales ejerciendo en la UCI en Argentina desde hace muchos años (el caso de las entrevistadas 1, 3 y 4). Esto lleva a pensar por qué entonces hay escasa bibliografía nacional si existen personas con muchos años de experiencia en el área. Cabe destacar que la inclusión de TO en el sector intensivo es más frecuente en grandes ciudades. Por eso, se considera relevante poder apropiarse de estos conocimientos y lograr aplicarlos en esta área específica de trabajo, ya que, como se pudo observar, la TO tiene incumbencias en el proceso de rehabilitación de pacientes neurocríticos a través de las acciones que realiza, ya que promueve su atención integral.

VIII. CONCLUSIÓN

La TO en los últimos años se ha involucrado en ambientes hospitalarios de alta complejidad, sin embargo su rol y sus intervenciones no se han descrito teóricamente en profundidad. El desconocimiento del rol de la TO en la UCI y sus intervenciones con pacientes neurocríticos adultos, fueron los conceptos que dieron comienzo a esta investigación. La misma buscó dar respuesta a la pregunta problema: ¿cuáles son y qué características tienen las intervenciones de TO en pacientes adultos con daño neurológico en las unidades de cuidados intensivos?

. El método utilizado fue un cuestionario implementado a través de entrevistas a profesionales de TO argentinas que ejercen actualmente en la UCI, para poder construir una investigación situada en tiempo y espacio. Los ejes claves de la entrevista fueron: datos generales acerca de su ejercicio profesional, intervenciones en la persona e intervenciones en el entorno. Los resultados fueron organizados en una matriz para identificar las intervenciones mencionadas y luego, descriptos de manera narrativa en los resultados. Se considera que los objetivos de esta tesina fueron cumplidos y se pudo responder a la pregunta problema.

En cuanto a las intervenciones en la persona se puede concluir que en las destrezas motoras y praxis las más importantes son: el posicionamiento (incluyendo equipamiento y ferulaje), las movilizaciones, el entrenamiento en sedestación y bipedestación y el entrenamiento de las AVD. Referido a las destrezas sensoriales-perceptuales se identificó en primer lugar, que la estimulación sensorial es la intervención central, propia de TO y que se realiza en todos los pacientes neurocríticos. En segundo lugar, está la estimulación basal. Con respecto a las destrezas cognitivas, se destacó la estimulación cognitiva. Por otra parte, las destrezas de regulación emocional son trabajadas mediante el acompañamiento y la orientación del paciente, como así también el uso de diarios de internación. Referido a las destrezas de comunicación y sociales, se trabajan mediante sistemas de Comunicación Aumentativa y Alternativa como el uso de tableros de comunicación o comunicadores.

Las intervenciones en el entorno físico corresponden a la regulación ambiental de la UCI, para evitar la sobreestimulación y reducir la fatiga del paciente. Y en referencia al entorno social, las intervenciones claves son la entrevista y las pautas de educación a la familia.

Estas intervenciones de TO en UCI se caracterizan por ser variables en forma, duración y frecuencia. Es decir, que no se llevan a cabo siempre de la misma manera, sino que dependen del estado hemodinámico del paciente y las condiciones de la UCI.

La mayoría de ellas comienzan a implementarse en la etapa aguda y más temprana de la enfermedad, ya que se evidenciaron mejores resultados funcionales a largo plazo. Algunas de ellas son propias de los terapeutas ocupacionales mientras que otras se realizan interdisciplinariamente con otras áreas (fonoaudiología y kinesiología principalmente). No se realizan de forma aislada sino que suelen darse de manera simultánea, por ejemplo: se puede realizar estimulación cognitiva y sensorial al mismo tiempo, integradas en una misma función o actividad.

Con la información obtenida se espera haber generado una herramienta que pueda servir como punto de partida para dar a conocer las intervenciones de TO en la UCI con estos pacientes, que puedan ser ampliadas, modificadas o simplemente ser una parte del trabajo de TO.

Teniendo en cuenta los límites de este trabajo, se invita a futuros investigadores a explorar las intervenciones de la disciplina en el área intensiva e indagar con mayor profundidad acerca de las mismas, ya que se considera que esto podría aportar a la expansión del conocimiento de las prácticas de TO en este territorio. Algunos interrogantes que surgen a partir de este trabajo y que podrían ser disparadores de investigaciones a futuro son:

- ¿Existe demanda del profesional de Terapia Ocupacional en las Unidades de Cuidados Intensivos en Argentina?
- ¿Cómo se percibe al terapeuta ocupacional dentro del equipo en la Unidad de Cuidados Intensivos?
- ¿Qué beneficios a largo plazo trae la intervención temprana de Terapia Ocupacional en pacientes neurocríticos?
- ¿Existen otras poblaciones que podrían beneficiarse de la intervención de Terapia Ocupacional en la Unidad de Cuidados Intensivos?

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AATO (2023). *Terapia Ocupacional*. Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales.

<http://www.terapia-ocupacional.org.ar/terapia-ocupacional/>

Asociación Americana de Terapia Ocupacional (2008). *Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso*. (2a ed). Revista Americana de Terapia Ocupacional.

American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. 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>

Barbosa, F. D. y 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. <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto4753o>

Bioethics Task Force (1997). *Fair Allocation of Intensive Care Unit Resources*. American Thoracic Society.

Busico, M., Das Neves, A., Carini, F. (2019). *Programa de seguimiento al alta de la unidad de cuidados intensivos*. Medicina Intensiva, 43. (4) 243-254.
<https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.12.005>

Das Neves, A. (2015). *Secuelas globales y físicas luego de la internación en terapia intensiva: Impacto en la calidad de vida*. En E. Estenssoro & Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (Eds.), *Terapia Intensiva* (5a ed., pp. 1445-1453). Médica Panamericana.

- Fernández, C.M. (2019). *Generalidades de la medicina crítica o intensivista*. Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias. 3 (2). 376-394. DOI: [https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.\(2\).abril.2019.376-394](https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.(2).abril.2019.376-394)
- Gallesio, A. (2015). *Gestión en Cuidados Intensivos*. En E. Estenssoro & Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (Eds.), *Terapia Intensiva* (5a ed., p. 1501). Médica Panamericana.
- Lopez, B. P. y Ayuso, D. M. (2010). *Terapia ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido*. Médica Panamericana.
- 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>
- Nieto Ramírez, S. (2019). *Situaciones especiales: Pacientes neurocríticos: Primera parte: Generalidades*. SATI. <https://campusnew.sati.org.ar/course/index.php?categoryid=8>
- 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*. Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional, 1(5), 574-588. <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto831>
- Olmos Kutscherauer, D. (2019). *Nociones generales del paciente crítico*. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. <https://campusnew.sati.org.ar/course/index.php?categoryid=8>
- Previgliano, A. y Hlavnicka, B. (2015). En E. Estenssoro & Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (Eds.), *Terapia Intensiva* (5a ed., p. 621). Médica Panamericana.
- Robertson, L.C. y Al-Haddad, M. (2013). *Recognizing the critically ill patient*. Anaesthesia & Intensive Care Medicine, 14. <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2012.11.010>

- Roldán, A. L. (2019). *Fundamentos de Terapia Ocupacional en la UCI: conceptos*. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. <https://campusnew.sati.org.ar/course/index.php?categoryid=8>
- Sabino, C. A. (1992). *La recolección de los datos*. En El proceso de Investigación. Caracas: Panapo.
- 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>
- Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. (2023). *Normas de categorización de Unidades de Cuidados Intensivos*. SATI - Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. <https://sati.org.ar/>
- Téllez, B.R. y Granillo, J.F. (2015). *Historia de la medicina crítica*. Medicina Crítica Centro Médico ABC, 60 (2). <https://www.mediagraphic.com/pdfs/abc/bc-2015/bc152n.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>
- Vázquez, B. y Veronesi, M. (2013). *Importancia de la rehabilitación interdisciplinaria post-UCI*. Syllabus, Vol.30 (N° 3), 154-155.
- Violi, D. y Vázquez, B. (2015). En E. Estenssoro & Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (Eds.), *Terapia Intensiva* (5a ed., pp. 1451-1452). Médica Panamericana.
- Wilches, E. C., López, M.E. y Arango, G.P. (s.f.). *Rehabilitación funcional del paciente neurológico en la UCI*. Acta Neurológica Colombiana.

X. ANEXOS

Anexo 1: Modelo de entrevista

Entrevista a Licenciado/a en Terapia Ocupacional que se desempeña en una Unidad de Cuidados Críticos con pacientes adultos neurocríticos

En el marco de la tesina de grado titulada “Intervenciones de terapia ocupacional en pacientes adultos con daño neurológico en la unidad de cuidados intensivos” de la estudiante de la Lic. en Terapia Ocupacional María Sol Kleiber.

1. ¿En qué provincia desempeñas tu profesión? ¿El lugar donde ejerces la profesión es un sistema público o privado?
2. ¿Hace cuánto tiempo ejerces en el área?
3. ¿Cuáles son las principales patologías neurológicas que son abordadas desde TO en el área?
4. Si tuvieras que mencionar un objetivo general de las intervenciones de TO con pacientes neurocríticos, ¿cuál sería?
5. Teniendo en cuenta el Marco de Trabajo, ¿qué tipo de intervenciones realizás sobre la persona respecto a...
 - a. destrezas motoras y praxis
 - b. destrezas sensoriales-perceptuales
 - c. destrezas cognitivas
 - d. destrezas de regulación emocional
 - e. destrezas de comunicación y sociales

6. Teniendo en cuenta el Marco de Trabajo, ¿qué tipo de intervenciones realizás sobre el entorno...
 - a. Físico
 - b. social
7. Estas intervenciones mencionadas, ¿tienen una duración y frecuencia establecidas?
8. Estas intervenciones mencionadas, ¿dentro de qué área de desempeño las enmarcas?
9. ¿Cómo es la forma de trabajo con otras disciplinas? ¿Comparten objetivos?
10. A través de estas intervenciones, ¿qué es lo que la TO aporta fundamentalmente en la recuperación de estos pacientes?

CONSENTIMIENTO INFORMADO, LIBRE Y VOLUNTARIO

HOJA DE INFORMACIÓN

Quien suscribe, Kleiber María Sol, realizará un trabajo de investigación con formato de tesina para completar sus estudios de la carrera de grado de la Lic. en Terapia Ocupacional según las normativas de la Universidad del Gran Rosario.

El objetivo de la misma es analizar las intervenciones de terapia ocupacional en pacientes adultos con daño neurológico en la unidad de cuidados intensivos. Para obtener dicha información es necesario llevar a cabo entrevistas a profesionales que se vean implicados en la temática.

Si acepta participar deberá responder las preguntas de la entrevista, sin obligación de contestarlas todas, pudiendo negarse en aquellas que usted considere. La misma se realizará de forma virtual por la plataforma Google Meet y tendrá una duración de 60 minutos aproximadamente. Será grabada para luego poder analizarla en profundidad. Si esto le incomoda, puede negarse, informando antes de comenzar el proceso.

Toda la información que se haya obtenido durante la entrevista es estrictamente confidencial, se especificará sólo el tipo de sistema en el que ejerce y su cargo/ocupación, utilizándose sólo a fines de la presente investigación. Dicha entrevista no conlleva ningún riesgo y/o beneficio para los participantes.

Si presenta algún interrogante acerca del estudio y las condiciones, no dude en consultar. Desde ya, agradezco su predisposición.

CONSENTIMIENTO INFORMADO, LIBRE Y VOLUNTARIO
HOJA DE FIRMAS

Por medio de este documento acepto participar en el trabajo de investigación titulado: “Intervenciones de terapia ocupacional en pacientes adultos con daño neurológico en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)” realizado por Kleiber María Sol, estudiante de la Lic. en Terapia Ocupacional de la Universidad del Gran Rosario. He sido informado/a sobre el propósito y objetivos de este estudio y se me han aclarado las dudas acerca del mismo.

También se me informó que las entrevistas y su contenido son estrictamente confidenciales y que la información obtenida se utilizará sólo con fines académicos. Comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente.

Firma del participante:

Firma del investigador:

Aclaración:

Aclaración:

Fecha:

Fecha:

Anexo 3: Matrices

Matriz N°1

	Provincia de ejercicio profesional	Tipo de sistema en el que ejerce	Tiempo ejerciendo en este área	Principales patologías neurológicas	Objetivo general de la intervención de TO en el área	Forma de trabajo con otras disciplinas
Entrevistada 1	Córdoba	Privado	8 años	-Accidentes cerebro vasculares -Tumores cerebrales -Post quirúrgicos de tumores cerebrales -Lesiones medulares	Incrementar el nivel de alerta y de conciencia de sí mismo y del entorno para promover la participación en actividades desde el período agudo	Interdisciplinaria.
Entrevistada 2	Buenos Aires	Público	2 años	-Traumatismos craneoencefálicos -Accidentes cerebro vasculares hemorrágicos post quirúrgicos de neurocirugías	Prevenir y/o tratar el delirium	Interdisciplinaria
Entrevistada 3	Buenos Aires	Privado	13 años	-Accidentes cerebro vasculares -Traumatismos craneoencefálicos	Proyectar, desde una perspectiva centrada en el paciente, cómo es el sujeto ocupacional, cómo está hoy, y qué necesita a futuro.	Interdisciplinaria
Entrevistada 4	Córdoba	Privado	16 años	-Accidentes cerebro vasculares -Traumatismos craneoencefálicos -Meningitis -Polineuropatías -Síndrome de Guillain Barré	Asegurar el cuidado postural para el posterior desempeño de las AVD	Interdisciplinaria

Matriz N°2

Intervenciones en la persona	Destrezas motoras y praxis	Destrezas sensoriales-perceptuales	Destrezas cognitivas	Destrezas de regulación emocional	Destrezas de comunicación y sociales	Frecuencia y duración de las sesiones	Áreas de ocupación en las que se trabaja
Entrevistada 1	-Movilización temprana -Posicionamiento -Ejercicios preparatorios para la actividad -Entrenamiento en sedestación y bipedestación -Entrenamiento de las AVD	-Estimulación sensorial	-Estimulación cognitiva	-Diarios de internación (pacientes y familias) -Acompañamiento	-Tablero de comunicación	-Frecuencia variable, generalmente diaria de lunes a viernes -Duración variable, entre 20 minutos y 90 minutos	-Actividades de la Vida Diaria (AVD) -Ocio y tiempo libre -Trabajo
Entrevistada 2	-Movilización temprana -Posicionamiento -Ejercicios preparatorios para la actividad -Entrenamiento de las AVD -Entrenamiento en sedestación y bipedestación	-Estimulación basal -Estimulación sensorial	-Estimulación cognitiva	-Acompañamiento -Orientación	-Tablero de comunicación	-Frecuencia variable según estado del paciente, generalmente de 3 a 5 veces a la semana -Duración variable, entre 10 minutos y 40 minutos	-Actividades de la Vida Diaria (AVD) -Ocio y tiempo libre -Descanso y sueño
Entrevistada 3	-Posicionamiento -Ferulaje -Equipamiento blando y rígido	-Estimulación sensorial	-Estimulación cognitiva	-Acompañamiento -Orientación	-Tablero de comunicación -Vías de comunicación	-Frecuencia variable según estado del paciente, generalmente de 2	-Actividades de la Vida Diaria (AVD)

	-Entrenamiento de las AVD				(gestos, muecas, etc.)	a 5 veces a la semana -Duración variable, entre 10 minutos y 40 minutos	
Entrevistada 4	-Posicionamiento -Movilización temprana -Ejercicios preparatorios para la actividad -Entrenamiento de las AVD	-Estimulación sensorial	-Estimulación cognitiva	-Acompañamiento -Orientación	-Tablero de comunicación	-Frecuencia todos los días de la semana, incluyendo fines de semana, según estado del paciente -Duración variable entre 20 minutos y 40 minutos	-Actividades de la Vida Diaria (AVD)
Intervenciones en el entorno		Físico			Social		
Entrevistada 1	-Regulación ambiental		-Entrevista con la familia -Pautas de educación a la familia -Organizar rutina diaria del paciente				
Entrevistada 2	-Regulación ambiental		-Pautas de educación a la familia				
Entrevistada 3	-Regulación ambiental		-Pautas de educación a la familia y enfermería				
Entrevistada 4	-Regulación ambiental -Reorganización del espacio y sus elementos		-Pautas de educación a la familia				