TERAPIA OCUPACIONAL Y HUMANIZACIÓN DE LA UCI: REVISIÓN EXPLORATORIA DESDE EL MODELO HU-CI

Sebastian Gallegos-Berrios[1], Matias Ramos[2], Victor Sala-Roa[3], Josefa Araya[4], Damaris Jimenez-Cartes[5]

1. Universidad de Chile
2. The University of Queensland
3. Hospital Intercultural de Nueva Imperial.
4. UDD
5. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena

La humanización del cuidado en unidades de cuidados intensivos (UCI) es una prioridad clínica y ética que busca contrarrestar la despersonalización, el sufrimiento evitable y las secuelas post-UCI en pacientes, familias y equipos. El modelo HU-CI propone ejes como comunicación efectiva, participación familiar, bienestar profesional, entornos terapéuticos, prevención/seguimiento del síndrome post-UCI y cuidados al final de la vida (1, 4). La terapia ocupacional (TO), por su foco en ocupación, función y participación significativa, podría aportar de forma estratégica a estos ejes (3); sin embargo, su contribución específica no está suficientemente mapeada en la literatura. Esta revisión aborda esa brecha y orienta práctica, formación y políticas. Revisión de alcance según JBI y PRISMA-ScR (3). Se buscaron estudios (2014–2024, sin restricción de idioma) en PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, SciELO y Embase, incluyendo intervenciones/roles de TO en UCI (adulto y pediátrica) vinculados con dominios HU-CI. Doble cribado independiente, extracción estandarizada y síntesis descriptivo-temática por dominios HU-CI. Protocolo y estrategia de búsqueda registrados/explicitados previamente. Al tratarse de datos secundarios publicados, no se requirió aprobación ética adicional. La búsqueda inicial identificó un cuerpo sustancial y heterogéneo de evidencia, con reportes que sitúan a la TO en intervenciones de estimulación/rehabilitación temprana, facilitación de la comunicación, participación familiar estructurada, planificación del alta y continuidad de cuidados, así como contribuciones al bienestar del equipo y a entornos más humanizados. Emergieron vacíos relativos en cuidados al final de la vida y arquitectura humanizada con participación explícita de TO, y una dispersión conceptual que dificulta la comparación entre estudios. De forma preliminar, los hallazgos sugieren que las prácticas de TO se alinean con varios dominios HU-CI, pero carecen de estandarización de resultados y marcos de reporte comunes. La TO muestra un potencial integrador para operacionalizar la humanización en UCI, articulando recuperación funcional con comunicación, sentido y participación familiar.

SE RECOMIENDA:
(1) consensuar indicadores y resultados centrados en la persona para intervenciones de TO en UCI; (2) fortalecer la documentación del rol en dominios HU-CI subrepresentados (fin de vida, diseño de entorno); (3) promover formación interprofesional y políticas que incorporen estructuralmente a TO en equipos críticos; y (4) orientar futuras investigaciones a diseños robustos, sensibles a resultados funcionales/ocupacionales y experiencias de pacientes/familias. Esta propuesta es original al mapear la contribución de TO específicamente desde HU-CI, aportando un marco transferible para práctica, formación y gestión.