

## Revista Ocupación Humana

Vol. 17 • Número 2 • julio-diciembre • 2017

La Revista Ocupación Humana es el órgano oficial del Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, orientada a difundir resultados de investigaciones y experiencias profesionales por medio de la publicación de artículos originales que aporten al cuerpo de conocimientos y la práctica profesional de la Terapia Ocupacional. La Revista está dirigida a los terapeutas ocupacionales profesionales y en formación dentro y fuera de Colombia, así como a profesionales afines a los campos de la Terapia Ocupacional y la Ciencia de la Ocupación.

[www.revistaocupacionhumana.org](http://www.revistaocupacionhumana.org)  
[editorial@tocolombia.org](mailto:editorial@tocolombia.org)

ISSN-e: 2590-7816 • ISSN soporte en papel (1984-2016): 0122-0942

### Editora

Clara Duarte Cuervo. T.O. Esp. Mg.

### Comité Editorial

Pamela Talero Cabrejo. T.O. OTD, OTR/L. Thomas Jefferson University, School of Health Professions, Estados Unidos.

Jaqueline Cruz Perdomo. T.O. Esp. Teorías y Métodos Sociológicos. Mg. Filosofía. Universidad del Valle, Colombia.

Diana Rocío Vargas Pineda. T.O., Mg. Salud Pública. Escuela Colombiana de Rehabilitación, Colombia.

Representante del Consejo Directivo del CCTO: Aida Navas. T.O., Colombia.

### Comité Científico

Liliana Álvarez Jaramillo. T.O. Mg. PhD. University of Western Ontario, Canadá.

Aleida Fernández Moreno. T.O. Mg. PhD. Universidad Nacional de Colombia.

Alejandro Guajardo Córdova. T.O. Esp. Mg. Universidad de Santiago de Chile, Chile.

Lida Pérez Acevedo. T.O. Mg. PhD. Universidad Nacional de Colombia.

Liliana Tenorio. T.O., Mg. Universidad del Valle, Colombia.

### Colaboradoras

Revisión de estilo textos en inglés: Johanna Useche Rodríguez.

Revisión de estilo textos en portugués: Gustavo Monzeli.

Revisión estadística: Sandra Milena Orobio Belalcázar.

Imagen de portada: Pamela Talero Cabrejo.

### Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional

El Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional –CCTO– es una organización profesional con carácter democrático, civil y privado, con personería jurídica, sin ánimo de lucro; con plena capacidad legal para el cumplimiento de sus objetivos y la posibilidad de recibir funciones públicas que le sean delegadas de acuerdo con lo que establezca la Constitución Política de Colombia, las leyes y reglamentaciones vigentes.

Cra. 94g No 86B - 15  
Bogotá D.C., Colombia  
[www.tocolombia.org](http://www.tocolombia.org)  
[info@tocolombia.org](mailto:info@tocolombia.org)  
Tel: (57)(1) 4606559

### Consejo Directivo Nacional Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional

Presidenta: Solángel García Ruiz

Vicepresidenta: Francisca Elena Rocha Santos

Secretaria: Olga Marcela Alejo Fonseca

Tesorera: Yurani Vecino Martínez

Suplente de Tesorería: Oscar Javier Larrota Veloza

Fiscal: Clemencia Martínez Londoño

*Regional Occidente:*

Presidenta: María Claudia Montoya Mejía

Vicepresidenta: Yasneidy Herrera Mora

Secretaria: Johana Ruiz Zúñiga

*Regional sur:*

Presidenta: Claudia Marcela Trujillo Colonia

Secretaria: Juliana Guevara Ramírez

Tesorera: Diana Ximena Martínez Arce

Fiscal: Jaqueline Cruz Perdomo

Diagramación:  
Oscar Pachón Fonca  
Bogotá D. C.

Las opiniones expresadas en los artículos son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la Revista Ocupación Humana ni del Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional.



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons  
Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

# Contenido

---

|                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| EDITORIAL                                                                                                                                                                                                                                                              |    |
| <b>EL ARTE DE ESCRIBIR SOBRE LO COTIDIANO</b><br><i>Solángel García Ruiz</i> .....                                                                                                                                                                                     | 3  |
| INVESTIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                          |    |
| <b>TREINO COGNITIVO PARA IDOSOS:<br/>UMA ESTRATÉGIA INTERVENTIVA UTILIZADA PELA TERAPIA OCUPACIONAL</b><br><i>Taiuani Marquine Raymundo, Bruna Boligon, Elisa Baraldi Canales, Mayara Xavier<br/>Correia Nascimento, Lilian Dias Bernardo</i> .....                    | 5  |
| <b>O USO DE ESTRATÉGIAS DE COPING DE PACIENTES ADULTOS SUBMETIDOS<br/>AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS</b><br><i>Danielle de Fatima Kichileski Santos, Maria José Gugelmin de Camargo, Dayane<br/>Regina dos Santos, Graciano Alcides Lolatto</i> ..... | 20 |
| REFLEXIÓN                                                                                                                                                                                                                                                              |    |
| <b>TERAPIA OCUPACIONAL, DISCAPACIDAD Y GÉNERO: LA<br/>INTERSECCIONALIDAD COMO APERTURA HACIA REFLEXIONES PENDIENTES</b><br><i>Débora Ester Grandón Valenzuela</i> .....                                                                                                | 34 |
| DOCUMENTO HISTÓRICO                                                                                                                                                                                                                                                    |    |
| <b>PALABRAS DE LA PRESIDENTA DEL COLEGIO COLOMBIANO DE TERAPIA<br/>OCUPACIONAL EN EL 6º ENCUENTRO COLOMBIANO DE ESTUDIANTES DE<br/>TERAPIA OCUPACIONAL</b><br><i>Solángel García Ruiz</i> .....                                                                        | 46 |

## El arte de escribir sobre lo cotidiano

En las prácticas de las terapias ocupacionales, en las interacciones permanentes entre los sujetos que en ellas participan, suceden intercambios de saberes y conocimientos sobre el hacer en la vida cotidiana que las van construyendo y deconstruyendo.

En general, esos saberes y conocimientos se configuran en una tradición oral de las terapias ocupacionales que se va mezclando con la vida de los sujetos, con los lugares y los países, con los asuntos culturales y políticos, con la danza, la poesía, la música; de esta manera esa tradición entra también a hacer parte de sus historias.

En los mundos de la sociedad del conocimiento y de la gestión del conocimiento, esos saberes, prácticas y conocimientos, como los que hacen parte de nuestra tradición oral, constituyen uno de los principales acumulados de una organización, en nuestro caso de las terapias ocupacionales colombianas y latinoamericanas, que es necesario compartir con el mundo.

Propongo, entonces, avanzar en el arte de la escritura sobre lo cotidiano. Cantamos, bailamos y contamos historias, ahora también es tiempo de escribirlas, de navegar por las vidas de las personas, incluso por nuestras vidas, de dar a las palabras y las letras la posibilidad de tomarse las hojas en blanco, de dejar fluir las historias y las reflexiones que hacen parte de nuestro trasegar. García Márquez decía que “si tuviera que dar un consejo a un joven escritor le diría que escriba sobre algo que le haya sucedido” (Stone, 1981). De eso se trata, de dejar salir los escritos desde las emociones, desde las reflexiones; de dejar salir la voz, nuestra voz, la voz de las personas con quienes interactuamos, de ponerlas a conversar con otras voces, las de otros colegas u otras profesiones que nos permitan enriquecer nuestra palabra y nuestro quehacer.

Tenemos una deuda social con este país y este continente, tenemos una deuda con las terapias ocupacionales, tenemos potencial en los saberes y los conocimientos no compartidos. Es necesario rescatar aquello que construimos desde las prácticas y lo cotidiano de la vidas, como diría García Márquez: “la vida misma es la mayor fuente de inspiración y los sueños son solo una pequeña parte de ese torrente que es la vida” (Stone, 1981). Esa es la invitación, así, sencilla, para dejar fluir la inspiración, para compartir las reflexiones, los saberes y los conocimientos contruidos.

**Solángel García Ruiz**

*Presidenta Consejo Directivo Nacional 2016 - 2018  
Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional*

## **Referencia**

Stone, P.H. (1981, invierno). Gabriel García Márquez, The Art of Fiction No. 69. *The Paris Review*. Recuperado de <https://www.theparisreview.org/interviews/3196/gabriel-garcia-marquez-the-art-of-fiction-no-69-gabriel-garcia-marquez>

# Treino cognitivo para idosos: uma estratégia interventiva utilizada pela Terapia Ocupacional

Entrenamiento cognitivo para adultos mayores:  
una estrategia de intervención utilizada por Terapia Ocupacional

Cognitive training for the elderly:  
an intervention strategy used by Occupational Therapy

*Taiuani Marquine Raymundo<sup>1</sup>*

*Bruna Boligon<sup>2</sup>*

*Elisa Baraldi Canales<sup>3</sup>*

*Mayara Xavier Correia Nascimento<sup>4</sup>*

*Lilian Dias Bernardo<sup>5</sup>*

Recibido: 13 de agosto 2017 – Enviado para modificación: 21 de noviembre 2017 – Aceptado: 1 de diciembre 2017

Raymundo, T.M., Boligon, B., Canales, E.B., Nascimento, M.X.C. & Bernardo, L.D. (2017). Treino cognitivo para idosos: uma estratégia interventiva utilizada pela Terapia Ocupacional. *Revista Ocupación Humana*, 17 (2), 5-19

## RESUMO

O déficit cognitivo é uma das principais preocupações dos idosos, o desenvolvimento de intervenções preventivas que ajudem a manter sua independência é relevante. O efeito da realização de treinamento cognitivo em idosos sem déficits cognitivos foi analisado por meio de um estudo descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa. Participaram 12 pessoas com uma idade média de 67 anos. Para coletar os dados, foram utilizados: um questionário socioeconômico, a escala de atividades instrumentais de Lawton e Brody, um questionário pré e pós-intervenção e diários de campo. A intervenção foi de doze sessões de 90 minutos cada. Para a análise, foi utilizada a estatística descritiva e a técnica de análise de conteúdo. Como resultados, antes da intervenção, os participantes mostraram maior facilidade para executar atividades que envolviam memória, atenção e linguagem e dificul-

<sup>1</sup> Terapeuta ocupacional. Magíster en Ciencias, área Bioingeniería. Doctora en Ciencias, área Bioingeniería. Docente Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Brasil. [taiuanimarquine@gmail.com](mailto:taiuanimarquine@gmail.com)

<sup>2</sup> Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Brasil. [bru.boligon@gmail.com](mailto:bru.boligon@gmail.com)

<sup>3</sup> Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Brasil. [e.lisabcanales@gmail.com](mailto:e.lisabcanales@gmail.com)

<sup>4</sup> Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Brasil. [maay.xavier@gmail.com](mailto:maay.xavier@gmail.com)

<sup>5</sup> Terapeuta ocupacional. Magíster en Salud Pública - área: Salud y Trabajo. Doctora en Salud Colectiva, área Políticas, Planeación y Administración en Salud. Docente Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro, en ejercicio en la Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Brasil. [lilian.dias@gmail.com](mailto:lilian.dias@gmail.com)

dade em realizar atividades de dupla tarefa direcionada à tomada de decisões, resolução de problemas e orientação espacial. Após a intervenção, o esquecimento para realizar os compromissos foi reduzido e 90,9% dos participantes notaram melhorias na memória e atenção. O treinamento contribuiu para a estimulação de diferentes domínios cognitivos e facilitou a aprendizagem de novas estratégias para lembrar e armazenar informações, influenciando o desempenho das atividades rotineiras.

## **PALAVRAS CHAVE**

Idoso, cognição, memória, envelhecimento cognitivo, terapia ocupacional

## **RESUMEN**

El deterioro cognitivo es una de las principales preocupaciones de los adultos mayores, el desarrollo de intervenciones preventivas que ayuden a mantener su independencia resulta relevante. Se analizó el efecto de realizar un entrenamiento cognitivo en adultos mayores sin déficits cognitivos, mediante un estudio descriptivo de enfoque cuanti-cualitativo. Participaron 12 personas con promedio de edad de 67 años. Para recolectar datos se utilizaron: un cuestionario socioeconómico, la escala de actividades instrumentales de Lawton y Brody, un cuestionario pre y post intervención, y diarios de campo. La intervención fue de doce sesiones de 90 minutos cada una. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva y la técnica de análisis de contenido. Como resultados, antes de la intervención los participantes mostraron mayor facilidad para ejecutar actividades que implicaban memoria, atención y lenguaje, y dificultad para realizar actividades de doble tarea dirigidas a toma de decisiones, resolución de problemas y orientación espacial. Después de la intervención, se redujeron los olvidos para realizar los compromisos y el 90,9% percibió mejoras en memoria y atención. El entrenamiento contribuyó al estímulo de diversos dominios cognitivos y facilitó el aprendizaje de nuevas estrategias para recordar y almacenar información, influyendo en la realización de actividades rutinarias.

## **PALABRAS CLAVE**

Adulto mayor, cognición, memoria, envejecimiento cognitivo, terapia ocupacional

## **ABSTRACT**

Cognitive impairment is one of the main concerns of elderly people. The development of preventive interventions that help maintain their independence is relevant. The effect of performing cognitive training in elderly people without cognitive impairment was analyzed through a descriptive study with quantitative and qualitative approach. Participants included 12 people with an average age of 67 years. For data collection, a socio-economic questionnaire, the Lawton and Brody scale of instrumental activities, a pre and post intervention questionnaire, and field diaries were used. The intervention consisted of twelve sessions of 90 minutes each. The analysis was done using descriptive statistics and the content analysis technique. Results showed that, before the intervention, participants showed greater ease in performing activities that involved memory, attention and language, and difficulties to perform dual tasks focused on decision making, problem solving and spatial orientation. After the intervention, forgetfulness to perform the assignments was reduced, and 90.9% of the participants noticed an improvement in memory and attention. The training contributed to the stimulation of different cognitive domains and facilitated

the learning of new strategies to retain and store information, impacting the execution of routine activities.

## KEY WORDS

Aged, cognition, memory, cognitive aging, occupational therapy

---

## Introdução

Uma das maiores preocupações da população idosa está relacionada aos nomeados “problemas de memória”, representados por esquecimentos: de nomes de pessoas conhecidas, compromissos importantes, do local em que deixaram os objetos pessoais, dos horários que precisam tomar o medicamento, do preparo do alimento no forno, do ferro de passar roupa ligado, entre outras atividades do cotidiano (Souza & Chaves, 2005).

Essas queixas podem estar atreladas a declínios não só na memória, como em outros inúmeros domínios cognitivos: atenção, orientação, percepção, linguagem e/ou função executiva. Pelo envelhecimento fisiológico, é esperada uma diminuição das habilidades cognitivas, mas sem interferência no funcionamento diário do idoso (Levy, 2014). Por outro lado, algumas condições de saúde levam a limitações para a realização das atividades do cotidiano e podem ser indicativos de declínios na cognição. Neste cenário, Guerreiro, Veras, Motta, Schmidt e Veronesi (2006) destacam que estas queixas “de memória” são vistas como barreiras para engajar-se em ocupações e participar de atividades na sociedade, levando muitos idosos ao isolamento social e familiar, além da perda de autoestima.

Diversos são os fatores que podem contribuir para a manutenção/melhoria da capacidade cognitiva. Destacam-se o uso de medicamentos, estimulação de habilidades mentais (dentre elas, o treino cognitivo), prática regular de atividades físicas, escolaridade, tipo de trabalho desempenhado na fase adulta e participação em atividades sociais e de lazer (Diniz, 2013).

De acordo com o modelo do processamento de informações, a redução em sua velocidade é uma das teorias que explica o envelhecimento da cognição. Nesse processo, destacam-se alterações do funcionamento cognitivo, principalmente nos aspectos relacionados à atenção, à memória e às funções executivas (Mattos & Paixão Júnior, 2010). Nesse sentido, torna-se imprescindível estimular as diferentes funções cognitivas visando melhoria e/ou manutenção destes domínios.

No escopo das atuações não farmacológicas direcionadas à cognição, o terapeuta ocupacional é um dos integrantes da equipe de cuidados à saúde do idoso. No processo interventivo, este profissional planeja suas ações de forma a melhorar ou manter o desempenho das inúmeras funções cognitivas que, consequentemente, facilitam o engajamento em ocupações (Pimouguet, Le Goff, Wittwer, Dartigues & Helmer, 2017).

Neste estudo, a abordagem utilizada com os idosos pela Terapia Ocupacional foi a oficina de treino cognitivo. Esse método é guiado por atividades padronizadas, com objetivos pré-definidos e busca manter ou até mesmo melhorar o funcionamento dos domínios cognitivos (Bahar-Fuchs, Clare & Woods, 2013; Cosenza & Malloy-Diniz, 2013). Os treinos podem assumir característica unimodal (trabalha-se com apenas uma função cognitiva) ou multimodal (treino de várias funções) (Bahar-Fuchs, Clare, & Woods, 2013). Ocorrem frequentemente em pequenos grupos, porém, podem ser aplicados de maneira individual (Belleville, 2008).

Ao considerar seu objetivo central, acredita-se que os espaços destinados ao treino cognitivo possam contribuir para a promoção da saúde dessas pessoas e a melhoria na qualidade de vida (Almeida, Beger & Watanabe, 2007). Apesar de a memória ser um dos domínios mais trabalhados nas oficinas, seus efeitos não se restringem a essa função mental específica, uma vez que nas atividades são compartilhadas informações e conhecimentos sobre as diferentes funções cognitivas (Silva, Silva, Brum & Yassuda, 2013).

No Brasil, as diferentes intervenções cognitivas para idosos sem ou com discreto déficit cognitivo têm crescido nos últimos anos, mas ainda são necessários estudos mais aprofundados e com melhor evidência científica para estabelecer as relações entre o treino e o melhor desempenho cognitivo (Silva et al., 2013). No campo da Terapia Ocupacional, as produções relacionadas ao treino cognitivo são ainda escassas. De forma a contribuir para o melhor conhecimento sobre o tema, o

objetivo deste estudo foi compreender e analisar o efeito da realização da oficina de treino cognitivo nos idosos sem déficits cognitivos.

## Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e longitudinal, com abordagem quanti-qualitativa, realizado com idosos participantes de uma oficina de treino cognitivo.

A equipe da oficina foi composta por duas docentes do departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Paraná e quatro acadêmicas desse mesmo curso, das quais, duas desempenharam o papel de mediadoras das atividades, durante todos os encontros da oficina, e duas trabalharam no apoio técnico (organização de materiais e tabulação de dados).

Os critérios de inclusão utilizados na seleção dos participantes foram: pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, residentes do município de Curitiba e região metropolitana, estado do Paraná, Brasil, que não apresentavam indicativo de déficit cognitivo pelo Mini-Exame do Estado Mental (Bertolucci, Brucki, Campacci & Juliano, 1994) e/ou suspeita de depressão pela Escala de Depressão Geriátrica (Almeida, & Almeida, 1999) e, ter interesse e disponibilidade de horário para participar da oficina de treino cognitivo no período de duração da mesma. Ainda, era exigida frequência mínima de 80% nas oficinas, ou seja, os participantes poderiam faltar em no máximo dois encontros.

Houve 15 idosos interessados em participar da pesquisa. Um deles não deu continuidade devido à incompati-

bilidade de horário com a oficina e dois foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão (um dos interessados foi excluído pois apresentou déficit cognitivo pelo MEEM e o outro por incompatibilidade de horário). O grupo de participantes foi composto por 12 indivíduos, que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná, sob parecer de nº 1880661.

O instrumento utilizado para caracterização do grupo foi um questionário socioeconômico, com dados sobre idade, escolaridade, renda mensal e situação conjugal.

Para identificar uma possível influência de declínio cognitivo que pudesse interferir no desempenho de atividades do cotidiano e que não fosse identificado na seleção, utilizou-se a versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) de Lawton e Brody (Santos, & Virtuoso Júnior, 2008). A escolha pela aplicação desse instrumento padronizado deve-se ao fato de que esta avaliação se propõe a investigar a capacidade de realização das atividades rotineiras mais complexas de serem executadas, se comparadas às atividades de vida diária (cuidado do próprio corpo e mobilidade funcional). A execução das atividades instrumentais determina a possibilidade de a pessoa morar sozinha ou não (Assis, Assis, & Cardoso, 2013). Dessa forma, é imperativo que diversas habilidades estejam preservadas, dentre elas, as cognitivas

Além disso, utilizou-se um questionário semiestruturado, composto por

seis questões relacionadas à autopercepção de algumas funções cognitivas (memória, atenção e funções executivas) e suas influências na realização de atividades diárias.

Em seguida, foi realizada a oficina de treino cognitivo, elaborada com base no protocolo desenvolvido por Tamai (2003), composto por 12 sessões, as quais ocorreram semanalmente, com duração de 90 minutos cada. A oficina, proposta por esta terapeuta ocupacional, é baseada em um modelo de estimulação de diferentes domínios cognitivos que se alternam a cada encontro. Acredita-se que esse programa consiga identificar as habilidades mentais que estão em desuso ou prejudicadas e, com isso, é possível estimular e reabilitar tais capacidades. Isso contribui para capacitar o idoso para o desempenho das atividades cotidianas por meio da adoção de novas estratégias (Tamai, 2003). Nos estudos realizados com idosos saudáveis, a oficina de memória apresentou melhoria e/ou manutenção das funções cognitivas especialmente no que se refere à memória (Almeida, Beger, & Watanabe, 2007; Tamai & Abreu, 2011).

Dois encontros foram destinados à coleta de informações e os demais à aplicação da oficina. Memória, atenção, percepção, raciocínio, linguagem e funções executivas foram os temas abordados nos encontros, com o uso de estratégias mantenedoras ou compensatórias (Mowszowski, Batchelor, & Naismith, 2010).

Os questionários utilizados na coleta dos dados e os objetivos de cada encontro da oficina estão descritos na tabela 1.

**Tabela 1.** Questionários e objetivos das atividades desenvolvidas na Oficina de treino cognitivo

| Sessão                                                                                                                                 | Objetivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01 – Aplicação de questionários                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Coletar os dados socioeconômicos dos participantes.</li> <li>b) Investigar a autopercepção sobre a memória, atenção, funções executivas e sua influência na realização de atividades cotidianas.</li> </ul>                                                                                         |
| 02 – Funcionamento cerebral e tipos de memória                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Realizar breve explicação sobre o funcionamento cerebral e áreas que estão associadas às funções cognitivas.</li> <li>b) Realizar exercícios de memória operacional, de curto e longo prazo, e apresentar suas diferenças.</li> </ul>                                                               |
| 03 – A sessão foi dividida em:<br>1º tempo: relações entre funções psíquicas e cognitivas<br>2º tempo: percepção e orientação espacial | <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Dialogar sobre a relação entre a alteração de humor e sua influência na memória e na atenção sustentada.</li> <li>b) Verificar a capacidade de percepção de direções, sentidos e distância entre duas ou mais referências, além da habilidade para realizar uma representação do espaço.</li> </ul> |
| 04 – Percepção e evocação                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Por meio da estimulação sensorial, favorecer a percepção e o reconhecimento de elementos olfativos, táteis, auditivos e gustativos.</li> <li>b) Estimular a memória semântica e o resgate da memória episódica.</li> </ul>                                                                          |
| 05 – Memória semântica e linguagem                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Estimular a evocação de informações a partir de figuras.</li> <li>b) Verificar a capacidade de formação de novas palavras por meio de um mosaico de sufixos e prefixos.</li> </ul>                                                                                                                  |
| 06 – Evocação                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Por meio da música, reconhecer e evocar os gêneros musicais, compositores, cantores e histórias de vida associadas.</li> </ul>                                                                                                                                                                      |
| 07 – Percepção visual e atenção sustentada                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Verificar a percepção visual e a capacidade de sustentar a atenção na identificação e seleção de objetos específicos distribuídos no espaço.</li> </ul>                                                                                                                                             |
| 08 – Funções executivas                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Identificar as estratégias utilizadas para resolução de problemas em casos fictícios e tomada decisões frente à desafios.</li> </ul>                                                                                                                                                                |
| 09 – Atenção dividida, memória de curto prazo, raciocínio, linguagem e funções executivas                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Estimular a criatividade, linguagem e raciocínio por meio da criação de histórias compartilhadas pelos membros do grupo.</li> <li>b) Identificar a capacidade de armazenar as informações cognitivas sobre uma tarefa e executá-la com habilidades motoras, em meio à distratores.</li> </ul>       |
| 10 – Tipos de memória                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Estimular a identificação de pessoas, lugares e objetos por meio de um conjunto de pistas.</li> </ul>                                                                                                                                                                                               |
| 11 – Percepção, atenção, linguagem e funções executivas.                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Verificar a capacidade de atenção e percepção para identificar diferenças e semelhanças entre duas imagens.</li> <li>b) Com o uso de uma cena, explorar o vocabulário dos participantes.</li> <li>c) Identificar a tomada de decisão para a resolução de um problema fictício.</li> </ul>           |

**Fonte:** Elaboração própria

Após cada encontro, era elaborado, pelas mediadoras da oficina, um diário de campo com relatos dos participantes que surgiam espontaneamente durante as reflexões das atividades propostas. Como medida de resultado, além dos diários, foi aplicado com os participantes um questionário semiestruturado composto por oito questões relacionadas à percepção dos benefícios do treino cognitivo e suas influências no cotidiano dos participantes.

Os dados dos instrumentos de avaliação foram organizados em planilhas do Microsoft Excel®. A análise dos dados quantitativos foi realizada por meio de estatística descritiva. Por sua vez, os dados qualitativos foram analisados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011) e categorizados pelas seguintes temáticas: estratégias de aprendizagem e percepção dos efeitos da oficina nas atividades do cotidiano.

## **Resultados e Discussão**

### **Caracterização dos participantes**

Os 12 participantes frequentaram acima de 80% das sessões e, por isso, não foram excluídos da pesquisa. Destes, 66,7% eram do sexo feminino. A idade dos participantes variou entre 62 e 82 anos e a média de idade foi de 67,2 anos (DP: 5,1). A maioria dos participantes declarou ser casado (58,4%), residir com cônjuge (33,3%) e ter renda média acima de cinco salários mínimos (50,0%). Em relação à escolaridade, 33,3% possuíam ensino médio completo e 25,0%, ensino superior completo. Em relação às atividades produtivas, 75,0% dos idosos não estavam reali-

zando nenhuma atividade remunerada durante a realização da oficina (tabela 2)

### **Desempenho de atividades do cotidiano - pré-oficina**

Ao investigar sobre possíveis dificuldades para a realização de atividades cotidianas, observou-se que todos os participantes apresentaram pontuação máxima para a Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody (Santos, & Virtuoso Júnior, 2008), o que representa independência para uso de telefone, fazer compra, lavar roupa, preparo de refeições, mobilidade na comunidade, gerenciamento do lar, da saúde e do financeiro.

Na análise do questionário pré-oficina, os idosos apresentaram uma autopercepção positiva de suas funções cognitivas, sendo que 91,7% relataram ter boa memória e 66,6% boa atenção e concentração para a realização de atividades do cotidiano, tais como ler jornal ou preparar refeições. A maioria não relatou episódios de desorientação espacial (83,3%) e declararam raro esquecimento de compromissos pré-agendados (75,0%).

### **Realização da oficina de treinamento cognitivo**

As sessões de treino cognitivo (ver tabela 1) foram realizadas por meio de jogos, exercícios, músicas, produção de textos, duplas tarefas e dinâmicas, foram trabalhados os diversos domínios cognitivos, sempre associando a atividade proposta com o conhecimento científico da estrutura e funcionamento do cérebro. Apesar de ser adotado o quantitativo de 10 encontros para a aplicação do protocolo previamente

**Tabela 2.** Características socioeconômicas e sociodemográficas dos participantes

| <b>Variáveis</b>                                          | <b>Distribuição</b> |          |
|-----------------------------------------------------------|---------------------|----------|
| <b>Idade Média</b> (Desvio Padrão: em anos)               | 67,2 (5,1)          |          |
| <b>Sexo</b>                                               | <b>n</b>            | <b>%</b> |
| Feminino                                                  | 8                   | 66,7%    |
| Masculino                                                 | 4                   | 33,3%    |
| <b>Estado Civil</b>                                       | <b>n</b>            | <b>%</b> |
| Solteiro(a)                                               | 1                   | 8,3%     |
| Casado(a)                                                 | 7                   | 58,4%    |
| Viúvo(a)                                                  | 1                   | 8,3%     |
| Separado (a)/ divorciado(a)/ desquitado(a)                | 2                   | 16,7%    |
| Companheiro(a)                                            | 1                   | 8,3%     |
| <b>Reside</b>                                             | <b>n</b>            | <b>%</b> |
| Sozinho (a)                                               | 3                   | 25,0%    |
| Com cônjuge                                               | 4                   | 33,3%    |
| Com cônjuge, filho (a), neto (a)                          | 3                   | 25,0%    |
| Com filho (a)                                             | 2                   | 16,7%    |
| <b>Quantas pessoas moram em sua casa</b> (incluindo você) | <b>n</b>            | <b>%</b> |
| Sozinho (a)                                               | 3                   | 25,0%    |
| Duas pessoas                                              | 6                   | 50,0%    |
| Três pessoas                                              | 1                   | 8,3%     |
| Quatro pessoas                                            | 2                   | 16,7%    |
| <b>Nível de instrução</b> (escolaridade)                  | <b>n</b>            | <b>%</b> |
| Ensino fundamental completo                               | 1                   | 8,3%     |
| Ensino médio incompleto                                   | 1                   | 8,3%     |
| Ensino médio completo                                     | 4                   | 33,3%    |
| Ensino superior incompleto                                | 2                   | 16,8%    |
| Ensino superior completo                                  | 3                   | 25,0%    |
| Pós-graduação                                             | 1                   | 8,3%     |
| <b>Renda Familiar</b>                                     | <b>n</b>            | <b>%</b> |
| Entre 1 e 3 salários mínimos                              | 1                   | 8,3%     |
| Entre 3 e 5 salários mínimos                              | 5                   | 41,7%    |
| Acima de 5 salários mínimos                               | 6                   | 50,0%    |
| <b>Vínculo empregatício</b> (Atividade Remunerada)        | <b>n</b>            | <b>%</b> |
| Não                                                       | 9                   | 75,0%    |
| Emprego autônomo                                          | 3                   | 25,0%    |

**Fonte:** Elaboração própria

te programado, não há na literatura um consenso sobre o número mínimo apropriado que vá produzir efeitos benéficos em idosos sem déficits cognitivos (Mowszowski, Lampit, Walton & Naismith, 2016; Kallio, Ohman, Kau-tiainen, Hietanen & Pitkal, 2017).

Nos encontros, como estratégias de ensino, os conteúdos eram discutidos de forma dialogada, por meio de tempestade de ideias ou por problematização de situações cotidianas. Nesse espaço, os participantes trocavam informações, compartilhavam dificuldades semelhantes, o que contribuía para a resolução de problemas que frequentemente surgiam durante as sessões. A escolha pela abordagem grupal é apontada como uma modalidade interventiva que facilita a aquisição de aprendizagem e interação social (Seyun, 2015), além de ser benéfica para o desempenho cognitivo se comparado aos atendimentos individuais (Zunzunegui, Alvarado, Del Ser & Otero, 2003; Fratiglioni, Paillard-Borg, & Winblad, 2004; Kelly et al., 2014).

Neste cenário, observa-se que as estratégias de aprendizagem adotadas pelos idosos foram: tentativa e erro para executar as tarefas, repetição até completa memorização, observação de outros participantes na realização das tarefas, uso do raciocínio lógico e insights. Uma das participantes compartilha que a estratégia adotada que mais facilita a memorização é: “... criar uma historinha com as figuras apresentadas no exercício e assim, vou guardando (memorizando) as figuras que estão aqui presentes” (Participante 8, 63 anos).

Na análise dos diários de campo, os relatos apontam maior facilidade para a

execução das atividades que estimulam prioritariamente a memória, atenção e linguagem, exemplificados pelo jogo do “qual é a música?”, lince adaptado (identificação de uma figura em meio a centenas de outras) e criação de histórias fictícias, respectivamente.

No entanto, ao realizar atividades de dupla tarefa (atividades que requerem simultaneamente habilidades motoras e cognitivas) com distratores, 40,0% dos participantes apresentaram dificuldades em encaminhar-se a um setor do prédio em que acontecia a oficina e dar o recado que receberam no início da atividade, pois, no trajeto estipulado haviam monitoras para distraí-los. Corroborando com o achado, a literatura aponta que a realização de tais tarefas, por sua complexidade, é especialmente difícil de ser desempenhada por idosos ou pessoas com desordens neurodegenerativas (Lauenroth, Loannidis, & Teichmann, 2016).

Ademais, as atividades direcionadas à tomada de decisão para a resolução de um problema fictício, bem como as tarefas de orientação espacial, foram consideradas muito difíceis pelos participantes. Em cada uma dessas sessões, apenas dois sujeitos conseguiram executá-las. Especificamente na atividade de orientação espacial, a dificuldade para realizá-la, parecia estar diretamente associada à sustentação da atenção e à memória operacional (manutenção de uma informação por segundos ou poucos minutos), as quais eram necessárias para a plena realização da tarefa. Durante esta, os participantes deveriam memorizar um mapa com determinados estabelecimentos (escola, farmácia, delegacia de polícia, entre outros) e, após cinco minutos, apresen-

tar a posição correta de tais locais em um mapa em branco. Em consonância com tais resultados, para Coluccia (2008); Nori, Grandicelli & Giusberti (2009); Pazzaglia, Gyselinck, Cornoldi & De Beni (2012); Labate, Pazzaglia & Hegarty (2014), e Mitolo et al. (2015), a memória de trabalho é fundamental e indispensável para a realização de atividades que envolvam componentes visuais e espaciais, como a construção e representação de mapas. Para Devlin (2001), no entanto, o déficit em atividades que envolvam habilidades espaciais é mais evidente em tarefas laboratoriais e abstratas do que em atividades do mundo real, como locomover-se na comunidade.

Ressalta-se que já era esperado um nível maior de dificuldade para a realização das atividades que estimulam as funções executivas (no caso, resolução de problemas e memória de trabalho), pois são tarefas com uma complexidade maior (León, Rodrigues, Seabra & Dias, 2013). No entanto, destaca-se a importância de sempre estimular esse tipo de atividade, pois o prejuízo nas funções executivas compromete a manutenção dos cuidados físicos, a adequação de comportamentos frente às situações do cotidiano, e, por conseguinte, influenciam a qualidade de vida desses idosos (Beckert, Irigaray, & Trentini, 2012).

## Resultados pós-oficina

Após o encerramento da oficina de treino cognitivo, foi possível notar, nas respostas ao questionário de percepção dos benefícios do treino cognitivo, redução em 29,5% nos relatos de raros esquecimentos para realizar os compromissos, o que indica uma melhor recordação para a realização das

atividades pré-agendadas. Em contrapartida, um quantitativo menor de participantes (n=6), relatou nunca ter se desorientado espacialmente. Anterior à oficina, como já dito e aqui retoma-se, nove afirmaram nunca ter acontecido episódios de se perder na rua ou não se lembrar para onde precisa ir.

Por sua vez, observam-se relatos de percepção de melhoria na memória e atenção em 90,9% dos participantes, seja durante a execução de atividades cognitivas ou em situações do cotidiano, representados nas falas:

*“Agora já me programo pela manhã. Antes eu não fazia planejamento nenhum.” (Participante 5, 64 anos).*

*“Influencia muito, porque me alertou que não posso me acomodar e cada vez procurar algo para me exercitar.” (Participante 6, 66 anos).*

*“Tudo que aprendi influenciou-me na realização das atividades, por isso procuro sempre aprender, aprimorar para que eu possa evoluir.” (Participante 10, 67 anos).*

À semelhança dos achados neste estudo, as revisões sistemáticas de Reijnders, Haeugten e Boxtel (2013); Kelly et al. (2014) e Mowszowski et al. (2016) destacam que o treino cognitivo tem influência positiva sobre a memória e funções executivas. O estudo brasileiro de Yassuda (2002) também aponta para benefícios duradouros nas habilidades cognitivas ao se adotar técnicas de memorização, relaxamento e atividades de atenção. Ademais, Golino e Flores-Mendoza (2016) relatam que essa estratégia de intervenção possibilita a transferência do aprendizado adquiri-

do nas sessões para outros contextos da vida. No entanto, os autores das revisões sistemáticas afirmam limitadas evidências científicas no que se refere à generalização destes efeitos para a realização das atividades do cotidiano (Reijnders, Haeugten, & Boxtel, 2013; Kelly et al., 2014; Mowszowski et al., 2016).

## **Conquistas e limitações do estudo**

Em síntese, a oficina de treino cognitivo – como uma modalidade interventiva adotada pela Terapia Ocupacional – contribuiu para o estímulo de diversos domínios cognitivos e facilitou a aprendizagem de novas estratégias para recordação e armazenamento de informações. Os relatos subjetivos dos participantes apontam para efeitos positivos na memória e atenção e, ainda afirmam, que o aprendizado e as trocas vivenciadas nos encontros, facilitam a organização e a realização das atividades rotineiras.

Mesmo apresentando efeitos positivos, é necessária cautela na análise dos resultados desta pesquisa, pois eles apontam os benefícios logo após o término da intervenção. Há necessidade de estudos com acompanhamento (follow-up) para avaliar o tempo em que os ganhos permanecem nestes participantes. Tal recomendação também é sugerida no estudo de Ciro (2013) e na revisão sistemática de Papp, Walsh e Snyder (2009).

Outra limitação encontrada nesta pesquisa se refere à ausência de comparação desta técnica com outras existentes. Além disso, as autoras sugerem cautela na generalização dos dados devido ao tamanho amostral e

ausência de consenso sobre tempo e duração mínimos para a execução das atividades que sejam suficientes para captar os efeitos do treino cognitivo. A revisão sistemática realizada por Clare e Woods (2008) apoia esta necessária precaução, uma vez que, ao analisar nove ensaios clínicos randomizados de treino e/ou reabilitação cognitiva em idosos com Demência de Alzheimer em estágio inicial e Demência Vascular, identificou uma variação nos formatos e tempos de duração das intervenções. A maioria dos estudos utilizava atendimentos individuais, uma ou duas vezes por semana, com duração de uma hora (variação de 30 minutos a uma hora), por seis semanas (variação de seis a 24 semanas).

No entanto, Ginarte (2002) destaca que essa variação é esperada pois, a frequência das sessões e o tempo de duração da intervenção, podem ser modificadas de acordo com os objetivos propostos pelos pesquisadores. Dessa forma, aprofundar pesquisas relacionadas a esse tema, em idosos sem déficits neurológicos, contribuirá para a consolidação do corpo de conhecimentos e para a busca de melhores evidências científicas sobre o treino cognitivo.

## **Conclusão**

Em consonância com as políticas públicas direcionadas ao envelhecimento, o terapeuta ocupacional propõe e implementa ações, com metas a obter uma vida longa, ativa e saudável. No escopo das estratégias interventivas, as oficinas de treino cognitivo se constituem como uma opção utilizada para melhorar e até mesmo manter o desempenho cognitivo de pessoas de todas as idades.

A adoção de variados formatos de ensino utilizados na oficina visou respeitar as diferenças de aprendizagem que são comumente apresentadas entre os indivíduos. Foi possível observar que os participantes, cada um ao seu modo, utilizam de diferentes estratégias para garantir o aprendizado e manter/melhorar o desempenho cognitivo durante as atividades diárias.

A adoção da modalidade em grupo, com característica multimodal, favoreceu o estímulo de diversos domínios cognitivos, assim como, possibilitou a interação social e trocas de experiências entre os participantes e destes com as mediadoras da oficina. Neste estudo, a experiência apresentou relatos subjetivos de melhora na memória, atenção e sua influência na realização de atividades. Tais dados, direta ou indiretamente, podem contribuir para a melhoria na qualidade de vida desses idosos.

## Referências

- Almeida, M.H.M., Beger, M.L.M., & Watanabe, H.A.W. (2007). Oficina de memória para idosos: a idosos: estratégias para promoção da saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(22), 271-280.
- Almeida, O.P., & Almeida, S. A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 57(2), 421- 426.
- Assis, M.G., Assis, L.O., & Cardoso, A.P. (2013). Reabilitação das atividades diárias. In L.F. Malloy-Diniz, D. Fuentes, & R.M. Cosenza (Orgs.), *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional* (pp. 360-377). Porto Alegre: Artmed.
- Bahar-Fuchs, A., Clare, L., & Woods, B. (2013). Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. DOI: 10.1002/14651858.CD003260.pub2.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Beckert, M., Irigaray, T.Q., & Trentini, C.M. (2012). Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. *Estudos de Psicologia*, 29(2), 155-162.
- Belleville, S. (2008). Cognitive training for persons with mild cognitive impairment. *International Psychogeriatrics*, 20(1), 57-66.
- Bertolucci, P.H., Brucki, S.M., Campacci, S.R., & Juliano, Y. (1994). The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 52(1), 1-7.
- Ciro, C. (2013). Second nature: Improving occupational performance in people with dementia through role-based, task-specific training. *OT Practice*, 18(3), 9-12.
- Clare, L., & Woods, B. (2008). Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1-39.

- Coluccia, E. (2008). Learning from maps: the role of visuo-spatial working memory. *Applied Cognitive Psychology*, 22, 217–233.
- Cosenza, R.M., & Malloy-Diniz, L.F. (2013). Declínio cognitivo, plasticidade cerebral e o papel da estimulação cognitiva na maturidade. In L.F. Malloy-Diniz, D. Fuentes & R.M. Cosenza, *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional*, (pp. 337-347). Porto Alegre: Artmed.
- Devlin, A. S. (2001). *Mind and maze: spatial cognition and environmental behavior*. Westport: Praeger.
- Diniz, B.S.O. (2013). Envelhecimento cognitivo. In F.S. Santos, T.B.L. Silva, E.B. Almeida, & E.M. Oliveira, *Estimulação cognitiva para idosos: ênfase em memória*, (pp. 15-20). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Fratiglioni, L., Paillard-Borg, S., & Winblad, B. (2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *The Lancet Neurology*, 3(6), 343–353.
- Ginarte, Y. (2002). Rehabilitación cognitiva. Aspectos teóricos y metodológicos. *Revista de Neurología*, 35(9), 870-876.
- Golino, M. T.S, & Flores-Mendoza, C.E. (2016). Desenvolvimento de um programa de treino cognitivo para idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(5), 769-785.
- Guerreiro, T.C., Veras, R., Motta, L.B., Schmidt, S., & Veronesi, A.S. (2006). Queixa de memória e disfunção objetiva de memória em idosos que ingressam na Oficina da Memória na UnATI/ UERJ. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 9(1), 7-20.
- Kallio, E.L., Ohman, H., Kautiainen, H., Hietanen, M., & Pitkal, K. (2017). Cognitive Training Interventions for Patients with Alzheimer's Disease: A Systematic Review. *Journal of Alzheimer's Disease*, 56(4), 1349–1372.
- Kelly, M.E., Loughrey, D., Lawlor, B.A., Robertson, I.H., Walsh, C., & Brennan, S. (2014). The impact of cognitive training and mental stimulation on cognitive and everyday functioning of healthy older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 15, 28–43.
- Labate, E., Pazzaglia, F., & Hegarty, M. (2014). What working memory subcomponents are needed in the acquisition of survey knowledge? Evidence from direction estimation and shortcut tasks. *Journal of Environmental Psychology*, 37, 73–79.
- Lauenroth, A., Loannidis, A.E., & Teichmann, B. (2016). Influence of combined physical and cognitive training on cognition: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 16, 141-155.
- León, C.B.R., Rodrigues, C.C., Seabra, A.G., & Dias, N.M. (2013). Funções executivas e desempenho escolar em crianças de 6 a 9 anos de idade. *Revista Psicopedagogia*, 30(92), 113-120.
- Levy, L.L. (2014). Envelhecimento cognitivo. In N. Katz. *Neurociências, reabilitação cognitiva e modelos de intervenção em Terapia Ocupacional* (pp. 109-131). São Paulo: Editora Santos.

- Mattos, P., & Paixão Júnior, C.M. (2010). Avaliação cognitiva de idosos: envelhecimento e comprometimento cognitivo. In L.F. Malloy-Diniz, D. Fuentes, P. Mattos, N. Abreu. (Orgs.), *Avaliação neuropsicológica* (pp. 247-253). Porto Alegre: Artmed.
- Mitolo, M., Gardini, S., Caffarra, P., Ronconi, L., Venneri, A., & Pazzaglia, F. (2015). Relationship between spatial ability, visuospatial working memory and self-assessed spatial orientation ability: a study in older adults. *Cognitive Processing*, 16(2), 165-176.
- Mowszowski, L., Batchelor, J., & Naismith, S. L. (2010). Early intervention for cognitive decline: can cognitive training be used as a selective prevention technique? *International Psychogeriatrics*, 22(4), 537-548.
- Mowszowski, L., Lampit, A., Walton, C.C., & Naismith, S.L. (2016). Strategy-based cognitive training for improving executive functions in older adults: a systematic review. *Neuropsychol Review*, 26(3), 252-270.
- Nori, R., Grandicelli, S., & Giusberti, F. (2009). Individual differences in visuo-spatial working memory and real-world wayfinding. *Swiss Journal of Psychology*, 68, 7-16.
- Papp, K.V., Walsh, S.J., & Snyder, P.J. (2009). Immediate and delayed effects of cognitive interventions in healthy elderly: a review of current literature and future directions. *Alzheimer's & Dementia*, 5(1), 50-60.
- Pazzaglia, F., Gyselinck, V., Cornoldi, C., & De Beni, R. (2012). Individual differences in spatial text processing. In V. Gyselinck, & F. Pazzaglia (Orgs.), *From mental imagery to spatial cognition and language* (pp 127-161). London: Psychology Press.
- Pimouguet, C., Le Goff, M., Wittwer, J., Dartigues, J.F., & Helmer, C. (2017). Benefits of occupational therapy in dementia patients: findings from a real-world observational study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 56(2), 509-517.
- Reijnders, J., Heugtena, C.V., & Boxtel, M.V. (2013). Cognitive interventions in healthy older adults and people with mild cognitive impairment: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 263-275.
- Santos, R.L., & Virtuoso Júnior, J.S. (2008). Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. *Revista Brasileira em Promoção em Saúde*, 21(4), 290-296.
- Seyun, K. (2015). Cognitive rehabilitation for elderly people with early-stage Alzheimer's disease. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(2), 543-546.
- Silva, T.B.L., Silva, H.S., Brum, P.S., & Yassuda, M.S. (2013). Estudos de treino cognitivo realizados no Brasil. In F. S. Santos, T.B.L. Silva, E.B. Almeida, & E.M. Oliveira, *Estimulação cognitiva para idosos: ênfase em memória* (pp. 103-112). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Souza, J. N., & Chaves, E. C. (2005). O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 39(1), 13-19.
- Tamai, S.A.B. (2003). Atividade de Terapia Ocupacional. In W. Jacob Filho, *Práti-*

- ca a caminho da senecultura* (pp. 102-113). São Paulo: Atheneu.
- Tamai, S.A.B., & Abreu, V.P.S. (2011). Reabilitação cognitiva em gerontologia. In E.V. Freitas, L. Py, F.A.X. Cançado, J. Doll, M. Gorzoni (Orgs.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 914-920). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Yassuda, M.S. (2002). Memória e envelhecimento saudável. In E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. X. Cançado, M. Gorzoni, S. M. Rocha (Orgs.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1363-1371). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Zunzunegui, M. V., Alvarado, B. E., Del Ser, T., & Otero, A. (2003). Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults. *The Journals of Gerontology Series B*, 58(2), 93–100.

# O uso de estratégias de *coping* de pacientes adultos submetidos ao transplante de células tronco hematopoéticas

Estrategias de *coping* de los pacientes adultos sometidos a trasplante de células madre hematopoyéticas

Use of *coping* strategies of adult patients who have undergone hematopoietic stem cell transplantation

Danielle de Fatima Kichileski Santos<sup>1</sup>

Maria José Gugelmin de Camargo<sup>2</sup>

Dayane Regina dos Santos<sup>3</sup>

Graciano Alcides Lolatto<sup>4</sup>

Recibido: 28 de febrero 2017 – Enviado para modificación: 6 de mayo 2017 – Aceptado: 20 de noviembre 2017

Santos, D.F.K., Camargo, M.J.G., Santos, D.R., & Lolatto, G.A. (2017). O uso de estratégias de coping de pacientes adultos submetidos ao transplante de células tronco hematopoéticas. *Revista Ocupación Humana*, 17 (2), 20-33

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar as estratégias de *coping* e as situações estressantes de pacientes adultos submetidos ao transplante de células tronco hematopoéticas. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de abordagem quantitativa, realizada no Serviço de Transplante de Medula Óssea de um hospital universitário da região sul do Brasil, no período de maio a novembro de 2016. A amostra foi composta por 18 participantes, com idades entre 20 e 55 anos, sendo 66,4% do sexo masculino e 33,6% do sexo feminino. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário sociodemográfico e do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus, este aplicado nos períodos pré e pós transplante. Verificou-se que o suporte social, a resolução de problemas e a reavaliação positiva foram

<sup>1</sup>Terapeuta ocupacional. Residente Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar em Oncologia e Hematologia, Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Brasil. [dani\\_leski@hotmail.com](mailto:dani_leski@hotmail.com)

<sup>2</sup>Terapeuta ocupacional. Magíster en Educación. Docente Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal do Paraná. Tutora Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar em Saúde da Mulher do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Brasil. [zgugelmin@gmail.com](mailto:zgugelmin@gmail.com)

<sup>3</sup>Terapeuta Ocupacional. Magíster en Enfermería. Docente Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal do Paraná. Tutora Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar em Oncologia e Hematologia, Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Brasil. [dayterapeuta@gmail.com](mailto:dayterapeuta@gmail.com)

<sup>4</sup>Matemático. Especialista em Estatística Instrumental. Estudante de Estatística na Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Brasil. [tiano@unochapeco.edu.br](mailto:tiano@unochapeco.edu.br)

os fatores de *coping* mais utilizados pelos participantes, sendo nomeada a hospitalização prolongada, os efeitos adversos do tratamento e a mucosite como situações estressoras. Conclui-se que o conhecimento das situações estressoras e das estratégias de coping utilizadas pelos pacientes são importantes para que o terapeuta ocupacional contribua para o planejamento e implementação de ações interdisciplinares que promovam melhora da qualidade de vida e bem-estar durante o processo de transplante.

## **PALAVRAS CHAVE**

Adaptação psicológica, transplante de medula óssea, terapia ocupacional

## **RESUMEN**

Este estudio tuvo como objetivo identificar las estrategias de *coping* y las situaciones estresantes en pacientes adultos sometidos a transplante de células madre hematopoyéticas. Se trata de una investigación descriptiva, exploratoria, de enfoque cuantitativo, realizada en el período de mayo a noviembre 2016, en el Servicio de Trasplante de Médula Ósea de un hospital universitario de la región sur de Brasil. La muestra estuvo compuesta por 18 participantes con edades entre 20 y 55 años, siendo 66,4% del sexo masculino y 33,6% del sexo femenino. Los datos fueron recolectados por medio de un cuestionario sociodemográfico y del Inventario de Estrategias de *Coping* de Folkman y Lazarus, aplicado en los períodos pre y post trasplante. Se verificó que el soporte social, la resolución de problemas y la revalorización positiva fueron los factores de *coping* más utilizados por los participantes; se nombraron la hospitalización prolongada, los efectos adversos del tratamiento y la mucositis como situaciones estresantes. Se concluye que el conocimiento de las situaciones estresantes y de las estrategias de *coping* utilizadas por los pacientes es importante para que el terapeuta ocupacional contribuya a la planificación e implementación de acciones interdisciplinares que promuevan mejora de la calidad de vida y del bienestar durante el proceso de transplante.

## **PALABRAS CLAVE**

Adaptación psicológica, trasplante de médula ósea, terapia ocupacional

## **ABSTRACT**

The aim of the study was to identify the *coping* strategies and stressful situations of adult patients who have undergone hematopoietic stem cell transplantation. It was an exploratory, descriptive study, with quantitative approach, which took place at the Bone Marrow Transplant Unit of a University Hospital in the South of Brazil, from May to November 2016. The sample was composed of 18 participants, aged between 20 and 55. Of those, 66.4% were male, and 33.6% female patients. Data was collected using a socio-demographic questionnaire, and the Folkman and Lazarus *Coping* Strategies Inventory, applied during pre and post-transplant periods. Social support, problem resolution and positive reappraisal were identified as the most common coping factors used by participants. Prolonged hospital stay, treatment side effects and oral mucositis were referred to as stressing situations. It was concluded that the knowledge of the stressing situations and the *coping* strategies used by patients is important so that the occupational therapist can contribute to the planning and implementing of interdisciplinary actions which promote an enhancement in the quality of life and the well-being during the transplantation process.

## KEY WORDS

Psychological adaptation, bone marrow transplantation, occupational therapy

---

## Introdução

O conceito de *coping* refere-se ao conjunto de estratégias utilizadas pelos indivíduos para adaptarem-se a situações estressantes. Essas estratégias são entendidas como esforços cognitivos e comportamentais utilizados para atender às demandas internas e externas do indivíduo, ocasionadas por situações adversas, podendo sobrecarregar ou exceder seus recursos pessoais (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998).

O *coping* pode se classificar, de acordo com Folkman e Lazarus (Rodrigues & Chavez, 2008), em duas categorias: enfrentamento focalizado no problema e enfrentamento focalizado na emoção. O *coping* focalizado no problema refere-se à definição do problema pela pessoa e à procura de soluções e escolhas para sua resolução; quando o *coping* é focado na emoção, há uma busca por meios de defesa para evitar a situação estressante.

As estratégias de *coping* são escolhidas pelos indivíduos a partir de seus recursos internos e externos, assim, são consideradas as crenças, saúde, responsabilidade, suporte, habilidades sociais e recursos materiais (Rodrigues & Chavez, 2008). Os oito fatores de *coping* descritos por Folkman e Lazarus são confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação da responsabilidade, fuga-esquiva, resolução do problema e reavaliação positiva (Rodrigues & Chavez, 2008).

Ao submeter-se ao Transplante de Células Tronco Hematopoéticas (TCTH), o paciente e sua família enfrentam uma série de mudanças em seu cotidiano. Devido à grande complexidade do procedimento e de suas complicações, o paciente está sujeito a inúmeras restrições. Além da necessidade de internação em condição de isolamento, o tempo de hospitalização é longo, pois contempla o regime de condicionamento de aproximadamente sete dias, o dia do TCTH e, após a infusão das células progenitoras da medula óssea, o paciente passa pela fase de aplasia medular, que dura aproximadamente três semanas, assim ele não pode receber alta, pois está sujeito a infecções em decorrência da imunodepressão (Zavadi, Mantovani & Cruz, 2012).

O TCTH é um tratamento que se caracteriza pela infusão das células tronco provenientes da medula óssea, sangue periférico ou cordão umbilical de um doador compatível, com o objetivo de reparar os danos na medula óssea do receptor. É uma alternativa terapêutica que tem sido aplicada para o tratamento de doenças hematológicas, imunodeficiências, erros inatos de metabolismo e tumores sólidos. Possui um elevado risco de morte, pois envolve uma terapêutica com variados efeitos adversos, induzindo o paciente à imunossupressão (Zago, Falcão & Pasquini, 2004).

O TCTH pode ser autólogo, singênico ou alogênico. No primeiro, as células são provenientes do próprio pacien-

te (receptor). Já o singênico, é realizado entre irmãos gêmeos. Para o alogênico são utilizadas células de um doador aparentado ou não aparentado que seja compatível (Ortega, Lima, Veran, Kojo & Neves, 2004; Okane & Machado, 2009). Para alguns pacientes, devido à urgência para a realização do TCTH e à dificuldade em encontrar um doador totalmente compatível, o transplante haploidêntico passa a ser uma alternativa importante. Nesses casos, o doador familiar é parcialmente (50%) compatível com o receptor (Saboya, Dulley, Ferreira & Simões, 2010).

Antes de o paciente ser submetido à infusão de células-tronco hematopoéticas, ele passa pelo regime de condicionamento, durante o qual recebe elevadas doses de quimioterapia. Agentes quimioterápicos são combinados de acordo com os protocolos específicos para cada doença, podendo associar-se à irradiação corporal parcial ou total. Esse procedimento tem como objetivo eliminar as células doentes e promover a imunossupressão (Zago, Falcão & Pasquini, 2004; Hoffbrand, 2008).

Alguns dos efeitos adversos do regime do condicionamento são neutropenia e aplasia medular, mucosite e infecções por vírus, fungos ou bactérias. Para minimizar essas complicações, os pacientes submetidos ao TCTH são internados em regime de isolamento, em quartos individuais, em condições rígidas de higienização e desinfecção, o que torna restritas as atividades e as relações sociais do paciente (Garnica et al, 2010).

A hospitalização é um processo complexo que envolve o paciente em diversas situações de vulnerabilidade,

permeadas pelas condições clínicas, histórias de vida, cultura, crenças, valores éticos e religiosos, relacionadas diretamente com a questão da vida e da morte. O indivíduo tem sua vida ocupacional comprometida, é privado do convívio sociofamiliar e do exercício profissional, sentindo que sua vida está fugindo ao seu controle, o que pode fazer com que surjam sentimentos de medo, tristeza, impotência e incapacidade (Bigatão, Mastropietro & De Carlo, 2009).

Dessa forma, o TCTH configura-se como um tratamento que envolve diversas questões difíceis para o paciente e sua família, como o longo período de internação, reinternações, ruptura da rotina e a alta taxa de mortalidade após o procedimento (Guimarães, 2010). Esse processo de adoecimento e tratamento prolongados levam a alterações significativas nos papéis ocupacionais e no desempenho ocupacional (Barrozo, Ricz & De Carlo, 2014). No entanto, Dias, Mastropietro, Cardoso & De Carlo (2012) constataram que, após a fase aguda do TCTH, os pacientes transplantados vivenciaram um processo adaptativo ou de ajustamento psicossocial, reconstruindo sua rotina ou retomando seus papéis significativos. Portanto, se terapeutas ocupacionais forem capazes de identificar estratégias de *coping* adotadas pelos pacientes, ainda no período de hospitalização, poderão auxiliá-los na retomada mais precoce e produtiva de suas atividades cotidianas mais significativas.

O estudo teve como objetivo identificar as estratégias de *coping* e as situações estressantes de pacientes adultos submetidos ao transplante de células tronco hematopoéticas.

## Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa, realizado em um serviço de transplante de medula óssea de um hospital universitário da região sul do Brasil.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário sociodemográfico contendo as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, procedência e naturalidade, ocupação, estado civil, religião, renda, diagnóstico, tipo de transplante, bem como a identificação das situações estressoras vivenciadas pelo participante. Em seguida, aplicou-se o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus, validado para a população brasileira por Savóia, Santana e Mejias (1996), e composto pelos 8 fatores de *coping*, distribuídos em 66 itens que englobam pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico. Este instrumento foi aplicado em dois momentos distintos: no pré-TCTH e no pós-TCTH.

A análise e interpretação dos dados referentes ao Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus foram realizadas por métodos estatísticos. Para avaliar a consistência interna foi utilizado o coeficiente Alfa de Cronbach, onde alfas superiores à 0,70 indicam escores aceitáveis para comparações entre fatores.

Na análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva simples para caracterizar os achados e comparar resultados entre fatores e momentos. Escores brutos e escalonados de 0 a 100 por fatores foram analisados e interpretados.

Para verificar as correlações entre os testes aplicados nas duas etapas da pesquisa, utilizou-se o índice de correlação de Pearson. Para valores próximos de 1 ou -1, implicará em forte grau de correlação positiva ou negativa, respectivamente. Todavia, para correlações mais próximas de 0 (zero), mais fraco será o grau de correlação. Considerando a existência de correlação forte para valores inferiores a -0,60 e superiores a 0,60.

A verificação da diferença de enfrentamento em momentos distintos (pré e pós transplante) se deu através do teste não paramétrico de Wilcoxon pareado para pequenas amostras, em que a hipótese nula é a não existência de diferenças.

Todas as análises estatísticas adotaram níveis de significância de 5% e foram elaboradas no software SAS University Edition.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, pelo número CAAE 52283316.2.0000.0096 e os participantes que aceitaram participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados

A amostra foi composta por 18 participantes, com idades entre 20 e 55 anos. Constatou-se que a maioria dos participantes (66,4%, n=12) era do sexo masculino, com média de idade 36 anos. A média de idade para o sexo feminino foi de 33 anos. Metade dos participantes (50%) declarou ser casado e 61,1%

(n=11) são seguidores da religião católica. A caracterização sociodemográfica detalhada está apresentada na tabela 1.

**Tabela 1.** Caracterização da Amostra

|                                 | <b>N</b> | <b>%</b> |
|---------------------------------|----------|----------|
| <b>Sexo</b>                     |          |          |
| Feminino                        | 6        | 33,6%    |
| Masculino                       | 12       | 66,4%    |
| <b>Faixa etária (anos)</b>      |          |          |
| 20 – 29                         | 7        | 38,9%    |
| 30 – 39                         | 5        | 27,8%    |
| 40 ou mais                      | 6        | 33,3%    |
| <b>Estado civil</b>             |          |          |
| Casado                          | 9        | 50,0%    |
| Solteiro (companheiro fixo)     | 5        | 27,8%    |
| Solteiro (sem companheiro fixo) | 3        | 16,7%    |
| Separado/Divorciado             | 1        | 5,6%     |
| <b>Religião</b>                 |          |          |
| Católico                        | 11       | 61,1%    |
| Evangélico                      | 4        | 22,2%    |
| Outras/Não determinada          | 3        | 16,7%    |
| <b>Procedência (UF)</b>         |          |          |
| Paraná                          | 10       | 55,6%    |
| Outros                          | 8        | 44,4%    |
| <b>Escolaridade (máxima)</b>    |          |          |
| Ensino fundamental              | 2        | 11,1%    |
| Ensino médio                    | 10       | 55,6%    |
| Ensino superior                 | 6        | 33,3%    |
| <b>Renda familiar</b>           |          |          |
| Até 1 salário mínimo            | 8        | 44,4%    |
| De 2 a 5 salários mínimos       | 10       | 55,6%    |

**Fonte:** Elaboração própria

A tabela 2 apresenta os dados clínicos dos participantes. Observou-se as leucemias como diagnóstico prevalente (61,1%, n=11) e a predominância do transplante de células-tronco hematopoéticas não aparentado (44,4%, n=8).

**Tabela 2.** Dados clínicos dos participantes

|                                                    | N | %     |
|----------------------------------------------------|---|-------|
| <b>Diagnóstico do paciente</b>                     |   |       |
| Anemia de Fanconi                                  | 2 | 11,1% |
| Anemia aplásica severa                             | 2 | 11,1% |
| Leucemia mieloide crônica                          | 2 | 11,1% |
| Leucemia mieloide aguda                            | 6 | 33,3% |
| Leucemia linfóide aguda                            | 3 | 16,7% |
| Síndrome mielodisplásicas                          | 1 | 5,6%  |
| Outros                                             | 2 | 11,1% |
| <b>Tipo de TCTH</b>                                |   |       |
| Não aparentado                                     | 8 | 44,4% |
| Alogênico                                          | 7 | 38,9% |
| Autólogo                                           | 2 | 11,1% |
| Haploidêntico                                      | 1 | 5,6%  |
| <b>Tempo entre internação e transplante (dias)</b> |   |       |
| Até 9                                              | 9 | 50,0% |
| De 10 a 19                                         | 7 | 38,9% |
| 20 ou mais                                         | 2 | 11,1% |

**Fonte:** Elaboração própria

As situações estressoras mais citadas pelos entrevistados foram: alterações do cotidiano (10), longo período de hospitalização (10), efeitos adversos do tratamento (7), dor relacionada à mucosite (6), relação com a equipe (5), e comprovação do diagnóstico (4).

Após a aplicação do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus nos períodos pré e pós TCTH, obteve-se os resultados descritos a seguir.

A consistência interna do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus foi confirmada por meio do coeficiente de Cronbach, cujos alfas para todos os fatores mantiveram-se acima do mínimo necessário para aceitação

(0,70), evidenciando a confiabilidade do instrumento selecionado.

Os escores brutos obtidos através da estatística descritiva revelam, conforme descrito na tabela 3, os fatores de *coping* com maiores médias para a etapa de pré-transplante. As três estratégias de adaptação psicológica mais citadas pelos entrevistados foram reavaliação positiva, suporte social e resolução de problemas, e a menos citada foi a aceitação de responsabilidade. Para cada fator, a tabela 3 apresenta a pontuação máxima possível, sendo zero o mínimo comum para todos os fatores. A etapa pós-transplante apresentou os fatores escores médios muito semelhantes aos observados na etapa pré-transplante.

**Tabela 3.** Estatísticas descritivas dos escores brutos dos fatores

| Fatores                       | N  | Pontuação Máxima | Etapa Pré Transplante |               |       |       | Etapa Pós Transplante |               |       |       |
|-------------------------------|----|------------------|-----------------------|---------------|-------|-------|-----------------------|---------------|-------|-------|
|                               |    |                  | Média                 | Desvio Padrão | Menor | Maior | Média                 | Desvio Padrão | Menor | Maior |
| Confronto                     | 18 | 18               | 7,83                  | 3,24          | 2     | 13    | 7,22                  | 3,28          | 0     | 12    |
| Afastamento                   | 18 | 18               | 9,78                  | 3,59          | 4     | 15    | 9,39                  | 4,20          | 4     | 15    |
| Autocontrole                  | 18 | 21               | 9,94                  | 3,84          | 3     | 19    | 9,00                  | 3,74          | 4     | 16    |
| Suporte social                | 18 | 18               | 14,00                 | 3,11          | 6     | 18    | 13,94                 | 2,94          | 10    | 18    |
| Aceitação de responsabilidade | 18 | 12               | 5,50                  | 3,29          | 0     | 11    | 4,67                  | 3,40          | 0     | 11    |
| Fuga-esquiva                  | 18 | 24               | 10,72                 | 3,56          | 4     | 19    | 10,44                 | 3,75          | 4     | 19    |
| Resolução de problemas        | 18 | 18               | 11,50                 | 2,94          | 5     | 17    | 10,78                 | 3,04          | 5     | 17    |
| Reavaliação positiva          | 18 | 21               | 15,00                 | 2,61          | 10    | 19    | 15,33                 | 1,85          | 13    | 18    |

**Fonte:** Elaboração própria

As estatísticas descritivas para os escores dos fatores de *coping* com pontuações escalonadas entre 0 e 100 estão expressos na tabela 4. Assim como na análise dos escores brutos, observa-se que na etapa pré-transplante os fatores suporte social, reavaliação positiva e resolução de problemas foram os que apresentaram maiores médias. O fator confronto foi o que apresentou menor média. Constatou-se que para o período pós-transplante as três maiores médias foram para os mesmos fatores da etapa pré-transplante. Já a menor média no pós-transplante ficou para o fator aceitação de responsabilidade, entretanto é importante ressaltar que esse fator apresentou desvio padrão de 28,30 que define alta variabilidade em comparação com os demais desvios padrões.

**Tabela 4.** Estatísticas descritivas padronizadas dos fatores

| Fatores                       | N  | Etapa Pré Transplante |               |        |        | Etapa Pós Transplante |               |        |        |
|-------------------------------|----|-----------------------|---------------|--------|--------|-----------------------|---------------|--------|--------|
|                               |    | Média                 | Desvio Padrão | Mínimo | Máximo | Média                 | Desvio Padrão | Mínimo | Máximo |
| Confronto                     | 18 | 43,52                 | 18,00         | 11,1   | 72,2   | 40,12                 | 18,23         | 0,0    | 66,7   |
| Afastamento                   | 18 | 54,32                 | 19,95         | 22,2   | 83,3   | 52,16                 | 23,35         | 22,2   | 83,3   |
| Autocontrole                  | 18 | 47,35                 | 18,30         | 14,3   | 90,5   | 42,86                 | 17,82         | 19,0   | 76,2   |
| Suporte social                | 18 | 77,78                 | 17,26         | 33,3   | 100,0  | 77,47                 | 16,33         | 55,6   | 100,0  |
| Aceitação de responsabilidade | 18 | 45,83                 | 27,45         | 0,0    | 91,7   | 38,89                 | 28,30         | 0,0    | 91,7   |
| Fuga-esquiva                  | 18 | 44,68                 | 14,84         | 16,7   | 79,2   | 43,52                 | 15,60         | 16,7   | 79,2   |
| Resolução de problemas        | 18 | 63,89                 | 16,31         | 27,8   | 94,4   | 59,88                 | 16,89         | 27,8   | 94,4   |
| Reavaliação positiva          | 18 | 71,43                 | 12,44         | 47,6   | 90,5   | 73,02                 | 8,80          | 61,9   | 85,7   |

**Fonte:** Elaboração própria

A tabela 5 apresenta o resultado do teste não paramétrico de Wilcoxon para amostras pareadas para cada fator, aplicado para avaliar se houve diferença entre os fatores de *coping* dos participantes nas etapas pré e pós-transplante. Com os resultados dos p-valores obtidos no teste, verificou-se que, a um nível de significância de 5%, não houve diferença estatisticamente significativa entre as etapas para nenhum fator.

**Tabela 5.** . P-valores do teste não paramétrico de Wilcoxon para os fatores

| Fatores                       | p-valor |
|-------------------------------|---------|
| Confronto                     | 0,225   |
| Afastamento                   | 0,838   |
| Autocontrole                  | 0,362   |
| Suporte social                | 0,838   |
| Aceitação de responsabilidade | 0,325   |
| Fuga-esquiva                  | 0,832   |
| Resolução de problemas        | 0,108   |
| Reavaliação positiva          | 0,594   |

**Fonte:** *Elaboração própria*

## Discussão

Para Botega (2006), o processo de adoecimento e hospitalização são vividos como quebra da linha de continuidade da vida, das funções desempenhadas no dia a dia e, de certa previsibilidade que guardamos sobre o dia de amanhã, há uma interrupção da continuidade existencial e da referência temporal. Os achados desse estudo corroboram com a afirmação acima, uma vez que a maioria dos participantes identificou o longo período de hospitalização e as alterações do cotidiano como situações estressoras.

Na unidade de TCTH, essas vivências são intensificadas devido às complicações inerentes ao processo: o paciente está sujeito a inúmeras restrições, como é o caso da internação

em condição de isolamento. Segundo Campos, Bach & Alvares (2003) e Andrade, Castro, Soares & Santos (2012) o isolamento protetor é um fator que impacta significativamente no cotidiano do paciente, permanecendo restrito do seu meio social com o objetivo de evitar possíveis infecções no período de neutropenia.

Somado a isso, outras situações estressoras encontradas neste estudo foram os efeitos adversos do tratamento e o quadro de mucosite. Em decorrência do regime de condicionamento com altas doses de quimioterapia e radioterapia, os efeitos adversos do TCTH estão presentes durante o tratamento, como a aplasia medular, náuseas, vômitos, diarreia e a mucosite (Ferreira, Gamba, Saconato & Gutiérrez, 2011).

A partir das situações elencadas pelos participantes como estressoras, a aplicação do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus identificou que os fatores de *coping* mais utilizados foram o suporte social, a resolução de problemas e a reavaliação positiva.

O suporte social refere-se ao contato e comunicação do indivíduo com seus familiares, amigos e equipe, a que o indivíduo recorre para auxiliar na resolução de problemas (Rodrigues & Chaves, 2008). Nesse sentido, Henderson (1990) afirma que há associação entre a redução da mortalidade e uma rede de apoio social adequada, que pode, de fato, repercutir organicamente na redução do stress e em consequência dos agravos à saúde.

Barros e Lopes (2007) defendem que o suporte familiar quando há um adoecimento na família é extremamente importante para auxiliar as estratégias de enfrentamento do paciente, proporcionando um cuidado mais efetivo, com conforto e segurança para o paciente.

Quanto à resolução de problemas, segunda estratégia de *coping* mais citada pelos participantes dessa pesquisa, ocorre quando o indivíduo elabora um plano de ação para resolver a situação problema, criando estratégias e aprendendo novas habilidades. Dessa forma, para Lazarus (citado em Botega, 2006), as pessoas podem ser divididas em duas categorias em relação à maneira como enfrentam as doenças (*coping*), orientadas para o problema e orientadas para a emoção. As primeiras tenderão a buscar informações, trocar ideias com médicos, amigos e grupo de autoajuda, afim de alterarem suas concepções, hábitos e características do

ambiente em que vivem, com a finalidade de reassumir o controle de suas vidas, tornando as consequências da doença mais toleráveis.

A terceira estratégia mais citada pelos participantes, a reavaliação positiva, refere-se ao reconhecimento de pontos positivos retirados da vivência da situação estressora (Rodrigues & Chaves, 2008). Para tal, é necessário que o indivíduo seja resiliente, pois resiliência implica em ações de confronto e superação, e pode ser definida como a capacidade de superar e ressignificar positivamente situações adversas, manejando a doença e o tratamento ao longo do tempo. Conhecer a capacidade de enfrentamento e resiliência dos pacientes possibilita o desenvolvimento de ações que envolvem educação em saúde, podendo interferir positivamente no nível de adesão ao tratamento. O trabalho de desenvolvimento da resiliência representa um dos caminhos para os profissionais atuarem, enfatizando as potencialidades dos pacientes e de suas famílias, criando condições para que esses possam responder, de forma positiva, às adversidades advindas do processo de doença e seu tratamento (Rodrigues & Polidori, 2012).

Fatores de *coping* dependem dos mecanismos internos do paciente, mas também de fatores externos ao paciente, como o ambiente, a equipe, a família, os recursos e estímulos oferecidos, entre outros. Sendo assim, o tratamento humanizado, realizado por toda a equipe multiprofissional, é uma opção para favorecer o enfrentamento de situações estressoras vivenciadas por pacientes, por meio da ressignificação do ambiente e das relações com a equipe (Giuliano, Silva & Orozimbo, 2009).

Assim, ainda que o hospital tenha intenções fundamentalmente curativas, na perspectiva de atenção à saúde integral, as intervenções dos terapeutas ocupacionais devem contemplar tanto o desempenho funcional/ocupacional do sujeito, como também as relações intra e intersubjetivas que se constroem nas interações sociais cotidianas e as envolvidas no processo de adoecimento e hospitalização, como dor e ruptura do cotidiano, temores sobre a possibilidade da morte eminente, as expectativas do paciente, dos familiares e da equipe, além dos problemas inerentes ao afastamento do trabalho, dificuldades do retorno ao ambiente doméstico, entre outros, buscando alcançar o máximo possível de bem-estar e qualidade de vida do paciente e seus familiares, mesmo que fora das possibilidades de cura. Os objetivos são a reconstrução das histórias ocupacionais, a melhoria do desempenho ocupacional dos indivíduos e a facilitação do manejo clínico, ampliando o campo relacional, seja do paciente com seu familiar e/ou cuidador, seja com a equipe ou com ele próprio (Tedesco, Ceccato, Noroi & Citero, 2002).

Nesse sentido, é necessário auxiliar o paciente que passa por uma experiência tão complexa como transplante de medula óssea a construir um lugar singular a partir de seus próprios recursos, tempo e ritmo, tendo em vista a reconstrução do cotidiano (Mastropietro, Santos & Oliveira, 2006).

Desta forma, o terapeuta ocupacional poderá utilizar as estratégias de *coping* desenvolvidas pelo paciente a seu próprio favor ou promover situações e senso de competência para o desenvol-

vimento de estratégias positivas de enfrentamento.

## Conclusão

As situações estressoras estão presentes no cotidiano de todas as pessoas, levando-as a adaptarem-se ao momento difícil para seguirem em frente. O caminho para essa adaptação depende de estratégias de enfrentamento ou *coping*, que os indivíduos utilizam conforme fatores externos e internos que lhe são presentes.

A hospitalização prolongada é um fator estressante para a maioria dos pacientes, agravando-se com os efeitos adversos do tratamento. Com as restrições impostas pelo processo de TCTH, os pacientes sofrem com a ruptura do cotidiano, colocando a mudança da rotina e hábitos como uma situação de desequilíbrio e estresse. Para enfrentar essas situações desagradáveis, verificou-se que a reavaliação positiva é um dos fatores de *coping* mais utilizados pelos pacientes, sendo capazes de ressignificar a situação estressora, utilizando os pontos positivos a fim de adaptar-se à nova condição. O suporte social foi um fator importante quando os pacientes podem recorrer à família e aos amigos para auxiliar na resolução de problemas. E, por fim, o planejamento de ações e atitudes e o engajamento em atividades demonstraram auxiliar como fator de enfrentamento, permitindo, aos pacientes, se reconhecerem em meio a uma situação problema e criarem estratégias para vivenciá-las de forma positiva.

O estudo teve como limitação a amostra pequena e a realização em um

único centro de saúde, impossibilitando generalizações, no entanto, aponta para aspectos importantes do processo de enfrentamento das condições adversas relacionadas à hospitalização prolongada e ao processo de TCTH.

O entendimento dessas estratégias pelos profissionais envolvidos no tratamento dessa população deve ser pensando de forma interdisciplinar. Assim, podemos auxiliar enquanto recursos externos ao paciente facilitando seu processo de adaptação às situações que lhe incomodam, garantindo mais conforto e aderência ao tratamento.

A Terapia Ocupacional, por sua vez, propõe-se, como afirma Takatori (2001), a oferecer a esses pacientes espaços de saúde, nos quais o fazer particular do sujeito possa acontecer, a princípio durante os atendimentos, na relação terapeuta-paciente-atividade, ampliando-se a outras relações e, quando possível, contribuir com a inclusão social do sujeito, que acontece num *continuum* que constitui e onde se dá o cotidiano.

## Referências

- Andrade, A. M. , Castro, E. A. B., Soares, T. C. & Santos, K. B. (2012). Vivências de adultos submetidos ao transplante de medula óssea autólogo. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(2), 267-274. Recuperado de <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Cienc-CuidSaude/article/viewFile/15180/pdf>
- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglia, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>
- Barros, D. O. & Lopes, R. L. M. (2007). Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. *Revista Brasileira de Enfermagem* 60(3), 295-298. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000300009>
- Barrozo, B. M., Ricz, H. M. A. & De Carlo, M. M. R. P. (2014). Os papéis ocupacionais de pessoas com câncer de cabeça e pescoço. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 25(3), 255-263. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i3p255-263>
- Bigatão, M. R., Mastropietro, A. P. & De Carlo, M. M. R. P. (2009) Terapia Ocupacional em oncologia: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. In: M. B. Othero (Org.), *Terapia Ocupacional: práticas em oncologia*. São Paulo, SP: Editora Roca.
- Botega, N.J. (2006). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência* (2a. ed.). Porto Alegre, RS. Curitiba, PR: ArtMed.
- Campos, E. M. P., Bach, C. & Alvares, M. (2003). Estados emocionais do paciente candidato a transplante de medula óssea. *Psicologia: teoria e prática*, 5(2), 23-36. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-6872003000200003&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-6872003000200003&lng=pt&tlng=pt)
- Dias, V. N., Mastropietro, A. P., Cardoso, E. A. O. & De Carlo, M. M. R. P. (2012). Transplante de células-tronco hematopoéticas – um estudo controlado sobre papéis ocupacionais. *Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade de São Carlos*, 20(2), 165-171. doi: <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2012.016>

- Ferreira, P., Gamba, M. A., Saconato, H. & Gutiérrez, M. G. R. (2011). Tratamento da mucosite em pacientes submetidos a transplante de medula óssea: uma revisão sistemática. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(4), 563-570. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000400018>
- Garnica, M., Machado, C., Cappellano, P., Carvalho, V. V. H., Nicolato, A., Cunha, C. A. & Nucci, M. (2010). Recomendações no manejo das complicações infecciosas no transplante de células-tronco hematopoéticas. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, 32(Suppl.1), 140-162. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-84842010005000026>
- Giuliano, R. C., Silva, L. M. S. & Orozimbo, N. M. (2009). Reflexões sobre o “brincar” no trabalho terapêutico com pacientes oncológicos adultos. *Psicologia: ciência e profissão*, 29(4), 868-879. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932009000400016>
- Guimarães, W. (2010). Terapia Ocupacional em Onco-hematologia – Relato de Experiência no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. In M. B. Othero (Org.), *Terapia Ocupacional: práticas em oncologia* (pp. 323-363). São Paulo, SP: Roca.
- Henderson, A. C. (1990). An introduction to social psychiatry. Oxford: Medical Publications.
- Hoffbrand, A. V. (2008). *Fundamentos em hematologia* (5a. ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Mastropietro, A. P., Santos, M. A. & Oliveira, E. A. (2006). Sobreviventes do transplante de medula óssea: construção do cotidiano. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 17(2), 64-71. Recuperado de <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13986>
- Okane, H. E. S. & Machado, L. N. (2009). Histórico. In Machado L. N., Camandoni, V. O., Leal, K. P. H. & Moscatello, E. L. M. (Orgs.). *Transplante de medula óssea: abordagem multidisciplinar* (pp. 23-29). São Paulo, SP: Lemar.
- Ortega, E. T. T., Lima, D. H., Veran, M. P., Kojo, T. K. & Neves, M. I. (2004). *Compêndio de enfermagem em transplante de células-tronco hematopoéticas: rotinas e procedimentos em cuidados essenciais e em complicações*. Curitiba, PR: Editora Maio.
- Rodrigues, A. B. & Chaves, E. C. (2008). Fatores estressantes e estratégias de coping dos enfermeiros atuantes em oncologia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000100004>
- Rodrigues, F. S. S. & Polidori, M. M. (2012). Enfrentamento e resiliência de pacientes em tratamento quimioterápico e seus familiares. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 58(4), 619-627. Recuperado de [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_58/v04/pdf/07-artigo-enfrentamento-resiliencia-pacientes-tratamento-quimioterapia-familiares.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v04/pdf/07-artigo-enfrentamento-resiliencia-pacientes-tratamento-quimioterapia-familiares.pdf)
- Saboya, R., Dulle, F. L., Ferreira, E. & Simões, B. (2010). Transplante de medula óssea com doador familiar parcialmente compatível. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, 32(Suppl. 1), 13-15. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-84842010005000026>

- Savóia, M. G., Santana, P. R. & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP*, 7(1/2), 183-201. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-51771996000100009>
- Takatori, M. (2001) A terapia ocupacional no processo de reabilitação: construção do cotidiano. *Mundo da Saúde*, 25(4), 371-383.
- Tedesco, S., Ceccato, T. L., Noroi, A. N., & Citero, V. A. (2002). A terapia ocupacional para o doente clínico: ampliação do cuidado com a saúde mental. In M. A. De Marco (Org), *A Face Humana da Medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*, (pp.151-156). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Zago, M. A., Falcão, R. P., & Pasquini, R. (Orgs.). (2004). *Hematologia: fundamentos e prática* (2a. ed.). São Paulo, SP: Atheneu.
- Zavadil, E. T. C., Mantovani, M. F., & Cruz, E. D. A. (2012). Representação do enfermeiro sobre infecções em pacientes submetidos a transplante de células-tronco hematopoiéticas. *Escola Anna Nery* 16(3), 583-587. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000300022>

# Terapia Ocupacional, discapacidad y género: la interseccionalidad como apertura hacia reflexiones pendientes

Occupational therapy, disability and gender:  
intersectionality as an opening to pending reflections

*Débora Ester Grandón Valenzuela<sup>1</sup>*

Recibido: 16 de agosto 2017 – Enviado para modificación: 10 de noviembre 2017 – Aceptado: 8 de diciembre 2017

Grandón, D.E. (2017). Terapia Ocupacional, discapacidad y género: la interseccionalidad como apertura hacia reflexiones pendientes. *Revista Ocupación Humana*, 17(2), 34-45.

## RESUMEN

De forma tácita, la interrogante que guía el presente trabajo reflexivo es la pregunta por las ausencias dentro de la producción del conocimiento en Terapia Ocupacional. Particularmente, el cuestionamiento por la ausencia de las perspectivas de género y feministas en la comprensión de la discapacidad conduce hacia un análisis desde la interseccionalidad, tensionando al Modelo Social de Discapacidad como último modelo teórico, de manera que nos permita una mayor complejidad para comprender dicho fenómeno social. El examen que aquí se realiza busca apelar al permanente ejercicio reflexivo del gremio, considerando que lo que seguimos transmitiendo académicamente representa hegemonías del saber que debemos cuestionar, para así dar paso a nuevos saberes, a la emergencia de reflexiones que surjan desde la vida cotidiana y, de esta manera, constituirnos en actores políticos con un posicionamiento que vaya de la reflexión a la acción, y hacia la reflexión otra vez.

## PALABRAS CLAVE

Terapia ocupacional, género, persona con discapacidad, formación profesional, derechos humanos

## ABSTRACT

The interrogation that tacitly leads this reflexive work is the question about the absences in the production of knowledge from occupational therapy. Specifically, the questioning for the absence of gender and feminist perspectives on the comprehension of disability leads to an analysis from intersectionality, putting a pressure on the social model of disability as the ultimate theoretical model that allows for a larger complexity to understand the social phenomenon of disability. The analysis herein seeks to appeal to a permanent reflexive exercise of occupational therapists, considering that what we are transmitting in the academia

<sup>1</sup>Terapeuta Ocupacional. Maestranda en Estudios de Género y Cultura, Mención Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Docente adjunta, Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad Autónoma de Chile. Docente adjunta, Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad Andrés Bello. Santiago de Chile. [dlunagrandon@gmail.com](mailto:dlunagrandon@gmail.com)

represents predominant knowledge that we must question, so we can open up to knowledge, to the emergence of critical thoughts derived from everyday life, so we can become political actors, with a position that goes from reflection to action, and back again to reflection.

## KEY WORDS

Occupational therapy, gender, disabled persons, professional training, human rights

---

## Introducción

*“Que mucho de lo que no existe en nuestra sociedad es producido activamente como no existente, y por eso la trampa mayor para nosotros es reducir la realidad a lo que existe”*  
(De Sousa Santos, 2006, p. 23).

Tendemos a pensar, quizá por la forma en que nos han enseñado a pensar el mundo, que solo aquello evidente, eso que compone las historias oficiales en los distintos saberes, compone lo verdadero. Sin embargo, obviamos el hecho de que aquello comprendido como verdad –o presencia-, ha sido *puesto* en ese lugar y repetido incesablemente por generaciones, hasta *ocupar* el estatus de verdad. Pero ¿cuál es el lugar de todas esas cosas que no logran posicionarse como presencias dentro de los relatos y saberes? ¿Qué tienen que decir todos esos saberes, que más que olvidados, pareciesen estar negados? ¿Qué tienen que decir esas ausencias, que aunque invisibles, existen en su condición de inexistentes?

Pareciera ser que la discapacidad constituye una de esas ausencias históricas que a través de distintos movimientos, apariciones políticas y sensibilizaciones busca constantemente salir del espacio de lo ausente para hacerse una

presencia. Y efectivamente, en muchos campos lo ha logrado. Solo a modo de referencia histórica, he de mencionar la Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), que al abrir su suscripción en 2007 fue firmada por 88 países y 44 incurrieron como signatarios en su protocolo facultativo (Naciones Unidas, Enable, s.f.). Sin duda este hecho constituye un hito y un amparo legal para las personas en situación de discapacidad, pese a que podamos vislumbrar discordancias entre las políticas y praxis de los países signatarios.

Desde la formación académica en Terapia Ocupacional, al contrario de la sociedad civil general, la discapacidad constituye una temática abordada y discutida de forma permanente, por lo que muchas veces, desde los dispositivos de salud especialmente, se considera a las y los terapeutas ocupacionales como “expertos en discapacidad”. Sin embargo, las reflexiones sobre el tema suelen terminar con el Modelo Social, considerando este como el último y más complejo punto de discusión, y por tanto, de transmisión académica.

Desde el Modelo Social se ha entendido la discapacidad, no como un atributo individual, sino como un conjunto de condiciones que, al darse juntas,

producen exclusión social para algunas/os sujetos al no garantizar su accesibilidad física o ciudadana. Si bien el modelo ha constituido un cambio paradigmático fundamental en la academia -desplazando perspectivas biomédicas en las que se consideraba la discapacidad como una enfermedad individual, o rehabilitadoras, que en la misma lógica buscaban normalizar a sujetos “enfermos” para su integración a la sociedad-, la visión de la discapacidad como un todo homogéneo, como un fenómeno uniforme, esconde exclusiones que necesitan ser visibilizadas para poder reflexionar sobre particularidades que hoy precisan nuevas miradas.

En este sentido, pensar y reflexionar la vivencia social de la discapacidad desde un enfoque de género puede favorecer la emergencia de problemáticas que han quedado ocultas tras el relato unificador del Modelo Social. Sin la intención de desechar este modelo, me propongo más bien enriquecerlo desde el análisis de la relación de poder que más tempranamente introyectamos: el género.

## **Sobre el Modelo Social de Discapacidad**

Como ya se adelantó, el Modelo Social de Discapacidad ha constituido un hito a nivel paradigmático, complejizando el entendimiento que se había dado a la discapacidad. Agustina Palacios (2008) señala que este modelo surgió a fines de los años sesenta, principalmente en Europa y Estados Unidos. En este último país se dio paralelamente o apoyado por otras demandas, como aquellas en contra de opresiones por raza y clase; sin embargo, la discapacidad permaneció

como un fenómeno ligado a lo individual y médico. Pese a la dificultad por posicionar sus denuncias y demandas en la palestra política, personas en situación de discapacidad constituyeron el Movimiento de Vida Independiente, el cual logró, por ejemplo, la desmedicalización y desinstitucionalización de sus condiciones de vida.

Un hito importante para la constitución de dicho movimiento fue el ingreso de Ed Roberts a la Universidad de California en Estados Unidos; quien según señala Palacios (2008), pese a haber sido considerado en su momento como “*discapacitado severo*”, logró ingresar a estudiar Ciencias Políticas desafiando el entorno no accesible del establecimiento universitario. Otras personas en situación de discapacidad tomaron su ejemplo y comenzaron a ocupar ese espacio que históricamente se les había negado, generando discusiones políticas sobre las estructuras de la universidad. En sus tiempos de estudiante, Roberts se dedicó a estudiar el feminismo, pues consideraba que existían muchas analogías entre las situaciones vividas por las mujeres y las de las personas que se enfrentaban a la discapacidad, realizando un re-lectura de la consigna feminista: “la anatomía no es destino”. Así, Roberts comparó que tanto las mujeres como las personas en situación de discapacidad buscaban tener control sobre sus propios cuerpos y decisiones, cuestionando, en su caso, la medicalización de su vivir.

Es interesante señalar que ya para los años sesenta Roberts advertía ese paralelismo entre feminismo y discapacidad, notando una evidente relación entre ambos; sin embargo, esta *interseccionalidad* continúa siendo es-

casamente abordada por los estudios de género y por los que realiza Terapia Ocupacional sobre discapacidad.

Sin profundizar más en los hitos que fueron consolidando la comprensión social y política de la discapacidad, que dio paso al Modelo Social de la Discapacidad, diré que tal modelo dejó de explicar este fenómeno como un atributo de las personas, para comprenderlo como el resultado de barreras diversas que coartan el acceso y la participación para algunas personas. Desde este modelo se comprende que “las personas con discapacidad son discapacitadas como consecuencia de la negación por parte de la sociedad de acomodar las necesidades individuales y colectivas dentro de la actividad general que supone la vida económica, social y cultural” (Palacios, 2008, p.121). Así, el énfasis al abordar la discapacidad pasa de lo médico individual, y por tanto de la necesidad de “rehabilitar”, hacia su visibilización como una consecuencia de la opresión ejercida por sociedades construidas de formas que no consideran la diversidad ni la accesibilidad universal.

Este modelo logró posicionarse como paradigma contemporáneo para interpretar la discapacidad, y desde él se sustenta la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), situándola ya no como un tema atinente a los sectores de salud, sino como un asunto social y de derechos humanos. Esto cambia radicalmente la forma de analizar y concebir la discapacidad: el terreno de lo social permite situar el debate no en sujetos individuales con un padecimiento, sino en cómo existen determinadas formas de construir esce-

narios sociales en donde la divergencia y la diferencia humana son negadas; no todas las personas pueden acceder a un pleno ejercicio de derechos y ocupaciones, por barreras que van desde lo arquitectónico, lo comunicacional, lo social y lo actitudinal hasta lo legislativo, por mencionar algunas.

Otro interesante aporte de la Convención (ONU, 2006) es que releva la importancia de incluir la perspectiva de género al momento de fomentar el ejercicio pleno de los derechos de las personas en situación de discapacidad, reconociendo que a partir del género pueden darse formas particulares de abuso, violencia y explotación. Sin embargo, ¿hemos sido capaces de profundizar la compleja relación que se teje entre el género y la discapacidad desde nuestros saberes académicos y profesionales? ¿Hemos logrado profundizar en esta primaria relación de poder, que es el género, y en cómo permea las relaciones sociales y las ocupaciones? El género, como lente analítico para observar la realidad, nos mostrará situaciones que han sido históricamente producidas como ausencias, desde la construcción hegemónica y masculina de las ciencias y saberes, y que hoy es necesario hacer visibles.

### **Interseccionalidad entre género y discapacidad**

Desde que somos infantes, una de las cosas que más rápido se nos enseña es *qué* somos: niño o niña, hombre o mujer, considerando que esta distinción binaria es fundamental y *necesaria* para la construcción de identidad. Se nos viste de colores que afirmen dicha identidad, se nos enseñan labores,

juegos y juguetes *apropiados*, se nos ensalzan habilidades o actitudes consideradas deseables para el género que socialmente se nos asigna. Desde nuestra más primaria constitución como seres sociales se nos enseña a representar roles y funciones propias para el género que, en base a nuestro sexo biológico, se nos *enseña* a ser.

Esta construcción social y simbólica de los géneros binarios hombre/mujer lleva en sí desigualdades que actúan como una relación de poder. Joan Scott (1990) introduce a los estudios de género la comprensión de la categoría género como una forma primaria de relaciones de poder, señalando que es un elemento que *constituye* las relaciones sociales a partir de las diferencias que existen entre los sexos. Así, la categorización del género con base en la diferencia sexual de los cuerpos se traduce en relaciones sociales desiguales, en donde la mujer ha quedado sometida y subordinada; mecanismo de poder en *camuflaje*, pues al basarse en algo “natural”, como la diferencia de los cuerpos biológicos, hace que la desigualdad construida como resultado de esta también sea concebida como natural y, por tanto, sea *naturalizada* e invisibilizada.

La construcción del género femenino, entendida entonces como el polo subyugado dentro de una relación de poder, se ha expresado en diversas formas que no han sido ejercidas solamente desde los hombres o las instituciones hacia las mujeres, sino que *además* han sido introyectadas por las mismas mujeres en su proceso de subjetivación, complejizando el panorama. Marcela Lagarde (2005) señala que existen estereotipos de construcción de lo femenino instaurados como *cautiverios*, en

los cuales lo común ha sido constituirse como un ser-de-los-otros y un ser-para-otros. Es interesante visibilizar que la estrategia del cautiverio no reside fuera de las mujeres, sino en ellas mismas, en sus afectos y en su conciencia, tal y como señala Lagarde (2005) al decir que:

el principal carcelero de las mujeres son sus necesidades y su conciencia, es decir, su subjetividad formada, apoyada y reproducida por el conjunto de relaciones e instituciones económicas, sociales, jurídicas, religiosas, eróticas y políticas, que hacen a las mujeres cumplir un orden social convertido en orden vital cósmico. (p.165)

¿Cuál es el orden vital cósmico del que habla Lagarde? ¿Se instituye este por igual en toda mujer? ¿Puede siquiera hablarse de “la” mujer como un universal? Todo el proceso de socialización para convertir a las mujeres en mujeres, siguiendo a De Beauvoir (2013) al entender que ser mujer es haber sido devenida como tal, es un proceso multidimensional complejo que abarca, desde las instituciones como la familia, la escuela y el Estado, hasta las relaciones sociales más cotidianas, en donde se reproduce constantemente el lugar, rol y estereotipo que la mujer ocupa en la cultura patriarcal, particularmente como *madresposas*. Este proceso, esta forma de ser socializadas, se va introyectando psíquicamente en las mujeres hasta formar parte de su conciencia y de lo más íntimo de su ser. Así se sostiene el cautiverio de las mujeres, presas y oprimidas desde el mismo proceso de subjetivación, hecho que explica la complejidad de la deconstrucción de los estereotipos patriarcales que ellas y las estructuras sociales

reproducen día a día. Lagarde (2005) señala también que el hecho de que las mujeres estén cautivas radica en que han sido privadas de su autonomía, de su independencia, del propio gobierno sobre sí mismas, de la posibilidad de escoger y de tomar decisiones sobre los hechos más fundamentales de sus vidas y del mundo.

Es indispensable considerar que el género no existe de manera aislada, siempre se da en relación, y que más que una categoría analítica es una *relación encarnada* desde diversos lugares sociales y condiciones socio-históricas que impiden que sea, en sí misma, una estructura homogénea y universal. Desde el feminismo se ha comprendido que el género coexiste con otras estructuras que lo atraviesan, complejizan y diferencian. Así, se ha concebido la *interseccionalidad* en referencia a esos múltiples entrecruzamientos que el género sostiene desde la vida cotidiana con otras “categorías”, lo que inmediatamente tensiona la noción de “la” mujer como un universal y permite ver la multiplicidad de identidades fragmentadas que componen la vivencia de la feminidad. Así, “las mujeres comparten como género la misma condición genérica, pero difieren en cuanto a sus situaciones de vida y en los grados y niveles de opresión” (Lagarde, 2005, p.79). La interseccionalidad nos permite visibilizar que no es lo mismo ser una mujer blanca, profesional, heterosexual, que vive en una metrópoli, que una mujer indígena que vive en una zona rural y encarna alguna discapacidad.

Debe tenerse en cuenta que la interseccionalidad no implica la mera adición de variables cual operación aritmética, sino que permite pensar

“contextos de dominación contruidos históricamente” (Viveros, 2016, p.8). Ello permite deconstruir la imagen de la mujer como un universal y, por tanto, sujeta siempre a las mismas vivencias y problemáticas ligadas solo al género. Podría decirse que la interseccionalidad es una herramienta analítica que permite visibilizar la diferenciación de lugares sociales que se crean a partir de las relaciones de poder que cruzan las estructuras sociales. Así, es fundamental visibilizar cómo existe un tejido entre las relaciones de género y otras relaciones sociales, el cual crea *mujeres distintas*.

Para el caso del presente análisis, pensar el entrecruce entre género y discapacidad permite visibilizar posiciones y vivencias particulares. Por una parte, las mujeres en situación de discapacidad no siempre son concebidas y reconocidas como *mujeres*, de hecho, su particularidad ha estado históricamente ausente en los mismos movimientos feministas, los cuales sí han incorporado luchas diferenciales como las de las feministas indígenas o las feministas negras (black feminism). Por otra parte, las mujeres en situación de discapacidad tampoco cumplen el estándar estético y funcional impuesto por los cánones de *normalidad*, siendo marginadas y discriminadas de diversos espacios sociales. Esto nos muestra la existencia de, al menos, dos luchas para las mujeres en situación de discapacidad: una, por la inclusión social y ciudadana, y otra, contra las opresiones propias que las relaciones de género tienen sobre sí, en una expresión diferencial. Es importante reconocer que no debemos asumir a priori que una mujer en situación de discapacidad estará oprimida solo por encarnar estas

categorías y, por tanto, verla desde un enfoque *victimista*, sino desde uno de derechos humanos que permita visibilizar sus resistencias y formas políticas.

Más allá de limitarse a pensar que las mujeres en situación de discapacidad viven una doble opresión (por género y discapacidad), la interseccionalidad nos permite pensar cómo la clase social o la *raza*<sup>2</sup> también configuran otras formas de encarnar sujetos sociales. Me he enfocado en el cruce del género con la construcción social de la discapacidad para enfatizar cómo el modelo que más seguimos transmitiendo académicamente en Terapia Ocupacional no nos permite visibilizar, de manera suficiente, estas identidades fragmentadas que el lente analítico interseccional nos revela.

El entretejido diferencial entre estas posiciones mujer/ discapacidad ha sido motivo de reflexiones más bien recientes, que poco a poco han permitido que esta histórica ausencia, tanto en los feminismos como en los estudios específicos sobre discapacidad, y en la misma Terapia Ocupacional, emerja como presencia. En este sentido, resulta interesante señalar que han surgido a lo largo del mundo feministas en situación de discapacidad que tienen puntos de reivindicación comunes con el feminismo tradicional, como el ejercicio de la sexualidad, la maternidad y las decisiones acerca de su propio cuerpo (Serra, 2014). Sin embargo, la manera de abordar estas demandas “comunes” es radicalmente distinta.

A diferencia de las luchas feministas tradicionales, las feministas en situación de discapacidad han reclamado su derecho a ejercer los roles tradicionales que el imaginario social del ser-mujer conlleva, como el de ser madres, puesto que ellas “han visto vulnerados sus derechos sexuales y reproductivos a través de abortos y esterilizaciones forzadas, de la privación del acceso a una maternidad informada o de la negación de su sexualidad e intimidad” (Pérez de la Merced, 2017, p.155). Mientras que feminismos mayoritarios luchan por el derecho al aborto y a una maternidad libre, no impuesta, las mujeres en situación de discapacidad buscan el derecho de ejercer la maternidad. Son varias las investigaciones (Cruz, 2004; Serra, 2014; Pérez de la Merced, 2017) que hacen hincapié en que las mujeres en situación de discapacidad experimentan mayores “limitaciones en el acceso a información, en la asistencia sanitaria y, por ende, en dificultades para decidir cuestiones relacionadas con el cuidado de su cuerpo: su salud, el ejercicio de su sexualidad y la decisión de tener o no hijos” (Cruz, 2004, p.226), lo que evidencia la potente restricción social que tienen en la vida cotidiana, particularmente en lo relativo a su sexualidad.

Retomando las líneas que propone María Laura Serra sobre las demandas específicas de mujeres feministas en situación de discapacidad (ejercicio de la sexualidad, la decisión acerca de su propio cuerpo y el ejercicio de la maternidad), luego de lo investigado y en mi consideración personal, esbozo algunas

---

<sup>2</sup> Utilizo el concepto de raza en forma crítica, reivindicativa, puesto que en ningún caso considero que efectivamente existan razas de personas. La utilización del concepto es en sí una estrategia para visibilizar que existe una estructura social creada para distinguir y discriminar, que ha sido la raza.

de las exclusiones específicas que ellas viven, especialmente en lo que se refiere a sus derechos sexuales y reproductivos.

## El cuerpo asexuado

El cuerpo de las mujeres en situación de discapacidad se considera *es-téticamente anormal*, puesto que no cumple con los elevados y exigentes estándares de los estereotipos del cuerpo femenino. Los cuerpos de las mujeres con discapacidad se conciben como lo *indeseable*, lo *anómalo*, y al no cumplir el patrón socialmente transmitido –tremendamente cosificante y patriarcal-, se consideran asexuados en doble vía, en tanto carentes de deseo sexual, por una parte, y ausentes de encarnar cuerpos que resulten deseables, por otra. Así, mujeres que viven situaciones de discapacidad son simbólica y fácticamente apartadas del escenario sexual, constituyendo al ejercicio de la sexualidad como un fuerte tabú.

De todos modos, no deben obviarse las cifras que señalan que las mujeres en situación de discapacidad –especialmente intelectual-, son más vulnerables a abusos sexuales por parte de sus familiares o, incluso, de asistentes y profesionales de la salud. Lo anterior tensiona que, pese a ser un cuerpo socialmente visto como *asexuado*, puede utilizarse como medio para la satisfacción sexual de otro, que violentamente abusa de su posición y poder (IMSERSO, Universidad Autónoma de Barcelona - Associació Dones No Estàndars, 2002).

## Maternidad negada

A las mujeres consideradas discapacitadas se les aleja del rol de madre, no meramente como un acto pasivo,

puesto que incluso se les somete a la esterilización involuntaria y forzada; como ocurre a algunas mujeres con síndrome de Down. Desde el imaginario, la reproductividad de una mujer *no estándar* debe limitarse, coartarse, por lo que la maternidad, que a las mujeres no discapacitadas se transmite como un destino vital cósmico, les es negada a aquellas en situación de discapacidad a través de distintos tipos de barreras. A estas mujeres se les excluye, en primer lugar, de la decisión, y luego, de la posibilidad de participar en el rol de ser madres; lo que da cuenta de que, entre líneas, ser madre no es para todas las mujeres por igual, solo para aquellas que encarnan la *normalidad femenina*.

## Desinformación sobre sexualidad

Considerando el amplio espectro que puede abarcar la noción de discapacidad, muchas veces la información sobre sexualidad, relaciones sexuales y métodos anticonceptivos no es puesta en términos que resulten accesibles para todas las mujeres. Esta accesibilidad no abarca solo lo sensorial o lo cognitivo, sino incluso lo actitudinal; si un profesional de salud, desde su propia construcción simbólica del mundo, sus prejuicios y valores, no concibe a una mujer en situación de discapacidad como ser sexuado, probablemente omitirá orientarla en torno al tema, pues considera innecesario que maneje esa información, asumiendo tácitamente que no es partícipe de la vida y el goce sexual.

## Discusión

La desinformación sobre la propia sexualidad, la negación de la maternidad y la visión de las mujeres en situación

de discapacidad como seres asexuados nos brindan ejemplos concretos de exclusiones que se gestan desde el cruce entre género y discapacidad, y que permanecen tremendamente invisibilizadas, aún desde el Modelo Social de Discapacidad. Desde la lectura de la discapacidad como homogeneidad, en donde se concibe que hombres y mujeres tienen demandas iguales por la inclusión educativa, laboral o social, las especificidades derivadas de la construcción socio-simbólica del género permanecerán como una ausencia.

El análisis interseccional entre discapacidad y género permite visibilizar exclusiones específicas a las que se enfrentan un grupo de mujeres. En primer lugar, son excluidas de la construcción socio-simbólica del ser mujer, siendo consideradas como “menos mujeres” o incluso como “niñas”, lo que les impide participar de aquellos espacios construidos como lo *femenino*. Es fundamental señalar que, pese a que dicha construcción es en sí misma patriarcal y opresiva, al excluir a las mujeres en situación de discapacidad de estos espacios se les priva de la *identificación* social como mujeres. En segundo lugar, son excluidas en términos de su accesibilidad al mundo social, laboral y político, espacios que cuando logran penetrar, les son “reconocidos” bajo el asistencialismo, la caridad y, muchas veces, sujetas a diversas inequidades.

En este sentido, la interseccionalidad permite develar ordenamientos políticos y culturales que se inscriben en la base de la manera en que organizamos el mundo, por lo que debe comprenderse no solo como una herramienta analítica, sino como una episte-

mología de resistencia que ayuda a

...comprender el orden socio-cultural del poder, a develar la forma como el poder construye subjetividades a través de la (re)composición por sexo/género, etnicidad/raza, heterosexualidad/homosexualidad, o capacidad/discapacidad, y a pensar en la producción de subjetividades alienadas para acentuar los procesos de interacción entre subjetividades y cuerpos. (Múnevar, 2012, p.58).

Así, la interseccionalidad visibiliza, mediante lo que Dora Múnevar (2012) reconoce como *marcadores de diferencia*, subjetividades emergentes, subjetividades *otras* que encarnan vivencias múltiples e interconectadas entre sí, las cuales se expresan en la cotidianidad. Los cuerpos, como producto social, inscriben en sí lo político, encarnando las distintas estructuras y construcciones socio-culturales que producen el poder, el privilegio y la marginación (Múnevar, 2012), por lo que iluminar los marcadores de diferencia, en sus múltiples entrecruzamientos, permite la emergencia de vivencias que han quedado borradas por la supremacía de las ciencias.

Lo anterior nos lleva a re-pensar nuestro rol en la transmisión académica, puesto que incluir el pensamiento interseccional y las perspectivas feministas en nuestro ejercicio teórico, más que una “actualización técnica”, constituye un ejercicio político, al considerar que:

La academia sería entonces una de las instituciones encargadas de gestionar la opresión derivada del dominio estructural mediante la cual se valida socialmente la opresión. Esto

sucedería a partir de la generación de un conocimiento particular que silencia y pone acentos sobre determinados discursos. La academia, como dominio hegemónico, contribuiría a reproducir las estructuras de poder en la intersubjetividad individual y colectiva... (Cubillos, 2015, p.128)

Las presentes reflexiones no son cómodas, pues conllevan una responsabilidad ética y política que nos mueve a sacudir el polvo de aquello que hemos *producido* como inexistente (De Sousa, 2006), buscando allí saberes que han quedado silenciados por las estructuras hegemónicas del poder.

## Conclusiones

El Modelo Social, sin duda, ha contribuido a un fuerte cambio paradigmático, desplazando la comprensión biomédica, reduccionista e individual de la discapacidad hacia un entendimiento de esta como interrelación de factores sociales que incluyen los de tipo económico, cultural, actitudinal, arquitectónicos, de acceso, políticos, etc. Así, discapacidad es el resultado de condiciones sociales que impiden el libre y autónomo ejercicio ocupacional de algunos/as sujetos.

Sin embargo, desde la academia se ha tendido a considerar este nivel de análisis como el último, deteniendo, en alguna medida, nuevas comprensiones emergentes sobre el complejo fenómeno social de discapacidad. Se hace necesario, en primer lugar, *des-homogeneizarla*, para poder entrever en ella particularidades y fragmentaciones que hasta ahora han permanecido

ausentes, como el entrecruce género - discapacidad.

Esta interseccionalidad, como clave analítica y ejercicio epistemológico, permite visibilizar y pensar desde las particularidades que se gestan como producto de dos categorías encarnadas, o marcadores de diferencia, considerando que cada uno de ellos, por sí mismo, ha implicado discriminación y exclusión. Por tanto, la interseccionalidad da cuenta de las particularidades de subjetividades emergentes que no pueden estandarizarse bajo el alero de la discapacidad como un totalizante.

Este artículo pretende instar hacia un ejercicio reflexivo de los y las terapeutas ocupacionales, quienes considerándonos como actores sociales y políticos, poseemos una responsabilidad ética de estar permanentemente examinando la realidad social contemporánea, para así ser capaces de promover cambios estructurales que permitan el ejercicio libre de ocupaciones dignas, significativas y *realizantes* para todos y todas.

Por todo lo anterior, este artículo busca llamarnos al no-conformismo, a no dar nuestras reflexiones por acabadas, a cuestionarnos aquello que concebimos como saber. Nos insta a desarrollar epistemologías críticas y de resistencia a aquello que sostenemos como conocimiento, buscando no solo en lo evidente, en lo existente, sino examinando también aquellas cosas que han sido producidas como ausencias en la historia.

Abrirnos hacia un enfoque de género, no solo de la discapacidad sino del mismo ejercicio profesional y de las

ocupaciones, nos permite acercarnos cada vez más a reflexiones desde la diferencia, a la construcción de una multiplicidad de terapias ocupacionales<sup>3</sup> que no extingan su saber, sino que, sujetas a la participación política de lo cotidiano, reconozcan las múltiples formas de opresión que vivimos y permitan gestar, desde lo micropolítico, transformaciones sociales profundas que alegren y emancipen nuestro vivir.

## Referencias

- Cubillos, J. (2015). La importancia de la interseccionalidad para la investigación feminista. *Oxímora Revista Internacional de Ética y Política*, (7), 119-137.
- Cruz, M.P. (2004). Mujeres con discapacidad y su derecho a la sexualidad. *Política y Cultura*, 22, 147-160.
- De Beauvoir, S. (2013) *El segundo sexo*. Buenos Aires: Debolsillo.
- De Sousa Santos, B. (2006). *Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social (encuentros en Buenos Aires)*. Buenos Aires: CLACSO.. Disponible en <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/coediciones/20100825032342/critica.pdf>
- Iglesias, M. (2003). Mujeres y Discapacidad: la doble discriminación. *Revista Emakunde*, (50), 6-11. Disponible en [http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/sen\\_revista/es\\_emakunde/adjuntos/revista.emakunde.50.pdf](http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/sen_revista/es_emakunde/adjuntos/revista.emakunde.50.pdf)
- IMERSO, Universidad Autónoma de Barcelona - Associació Dones No Estàndars. (2002). *Indicadores de exclusión social de mujer y discapacidad*. Disponible en [http://www.guiaviolencia-degenero.com/pdf/indicadores\\_exclusion\\_mujer\\_discap.pdf](http://www.guiaviolencia-degenero.com/pdf/indicadores_exclusion_mujer_discap.pdf)
- Lagarde, M. (2005). *Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Múnevar, D. (2012) Interseccionalidad y otras nociones. En M. Zapata, S.García, J. Chan de Avila (eds.) *La interseccionalidad en debate* (pp.56-65). Berlín: Instituto de Estudios Latinoamericanos de la Freie Universität Berlin.
- Naciones Unidas, Enable. (s.f.). Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. New York: ONU. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>
- ONU. (2006). *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Disponible en <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
- Palacios, A. (2008). *El Modelo Social de Discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Grupo Editorial CINCA.
- Pérez de la Merced, H. (2017). Ciudadanas en la encrucijada: interseccionalidad y ciudadanía íntima de las mujeres con diversidad funcional. *Investigaciones Feministas*, 8(1), 151-163.

---

<sup>3</sup>Retomo esta acertada noción que mi querido profesor Alejandro Guajardo Córdoba ha utilizado en diversos escritos de su autoría.

- Scott, J. (1990). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En J. Amelang y M. Nash (eds.), *Historia y Género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea* (pp.23-56). Valencia: Alfons el Magnanim.
- Serra, M. (2014). Feminismo y Discapacidad. *Derechos y Libertades*, época II (31), 251-272. Disponible en <https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/22527/DyL-2014-31-serra.pdf?sequence=1>
- Viveros, M. (2016). La interseccionalidad: Una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52 (octubre), 1-17. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188947816300603>

# Palabras de la presidenta del Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional en el 6º Encuentro Colombiano de Estudiantes de Terapia Ocupacional<sup>1</sup>

*Solángel García Ruiz<sup>2</sup>*

Buenos días a todas y todos.

Quiero agradecer a la Red de Estudiantes de Terapia Ocupacional de Colombia por la invitación que nos hace, como Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, para abrir este evento hoy y compartir algunas reflexiones.

Quiero decirles que ha sido muy difícil escribir estas palabras y buscar la inspiración, no porque no tenga que decir, sino porque no se qué decir. Es como si mi cuerpo, mi ser y mis palabras hubiesen quedado en el vacío, en ese vacío en el que quedamos como país, el mismo que no sentía desde aquellas semanas de 1985, cuando un día el Palacio de Justicia dejó de existir con toda su gente adentro, y Armero, con toda su gente adentro, desapareció del mapa; esos trágicos días en los que, seguramente, muchos de ustedes no habían nacido.

Esta semana que pasó tuve la misma sensación. Esta vez fue luego de un NO a la paz y de un Premio Nóbel de Paz, de sentir la incertidumbre de país: de ese país que está fuera de las fronteras de las ciudades; de ese país que llora y ríe, que reclama por el perdón, la reconciliación y la paz; de ese país donde todo puede pasar; de ese país que al parecer perdía su rumbo; de ese país que un día García Márquez describió como Macondo.

Entonces, mis reflexiones transitan al lugar de los estudiantes, incluso a mi lugar como estudiante, al papel de ellos y de sus movimientos sociales en la historia política de este país.

Los estudiantes, en cualquier lugar del mundo, buscan sociedades más democráticas. Como en Francia, en el 68, durante las protestas por la crisis económica; o en Estados Unidos, con el

<sup>1</sup>El 6º Encuentro Colombiano de Estudiantes de Terapia Ocupacional, Viviendo la TO desde Adentro, se realizó en Bogotá los días 13, 14 y 15 de octubre de 2016. Estas palabras se pronunciaron durante la apertura de este evento, la cual se llevó a cabo en la Quinta de Mutis, Escuela de Ciencias de la Salud, de la Universidad del Rosario.

<sup>2</sup>Terapeuta Ocupacional. Magíster en Desarrollo Social y Educativo. Presidenta del Consejo Directivo Nacional, Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional. Bogotá, Colombia. [solecita\\_co@yahoo.com](mailto:solecita_co@yahoo.com)

lema de amor y paz; o en Berlín, repudiando la guerra en Vietnam, la moral sexual y la herencia nazi; o en Chile, con el movimiento de los pingüinos por el alza de las matrículas (Santamaría Sanabria, s.f.), y así, muchos más.

Cuenta el profesor Mauricio Archila (2012), que en casi sesenta años los estudiantes universitarios han sido parte de la historia política colombiana. Los movimientos estudiantiles han pasado de luchar por las reformas universitarias, a mediados del siglo pasado, a querer cambiar el país con sentido más incluyente, democrático y nacionalista; también señala que el Estado y los sectores dominantes, a finales del siglo pasado y comienzos de este, quisieron criminalizar a los estudiantes con el fin de apagar su protesta. Sin embargo, en esta segunda década de los dos mil, parece que las cenizas toman fuerza y es cuando aparecen nuevos movimientos estudiantiles en Colombia, como la Mesa Amplia Nacional Estudiantil – MANE, que frenó la privatización de la educación superior y la reforma de la Ley 30 en el 2011.

Hace una semana vimos y vivimos la tercera marcha del silencio de los estudiantes colombianos. El periódico El Tiempo del 4 de octubre nos recordaba que la primera sucedió en 1948, liderada por Jorge Eliécer Gaitán para protestar contra el Gobierno por la violencia que se ejercía hacia el partido liberal y sus integrantes, y que en 1989 sucedió la segunda, cuando unos 25.000 estudiantes universitarios salieron a las calles a marchar en silencio, cansados de la violencia (Polo, 2016). La de esta semana fue para decirle Sí, con mayúsculas, a la PAZ, con mayúsculas. En estas marchas, en tres momentos distintos del

país, en encuentros sin palabras donde el blanco predomina y el silencio quiere llenar el vacío, los estudiantes han reclamado la paz en nuestro país.

Los movimientos de los estudiantes son esa fuerza que desde adentro, como se llama este encuentro, buscan y reclaman por las transformaciones grandes y pequeñas. Los movimientos sociales, diría Tourine (2006), buscan las utopías, las transformaciones culturales, la liberación de los sujetos a través de una lucha ideológica contra el adversario.

No sé si podamos hablar de movimientos sociales de estudiantes de Terapia Ocupacional en Colombia; hemos tenido una Terapia Ocupacional apolítica en un mundo de contradicciones políticas y en un país marcado por la violencia política. Las historias de las terapias ocupacionales colombianas nos cuentan que son varios los intentos de organizarnos como estudiantes, que nuestras luchas han sido por la profesionalización en los setenta; por la liberación del modelo médico en los ochenta; por la búsqueda de la autonomía, el reconocimiento profesional y el cambio hacia modelos propios desde los noventa; por la apertura y la diversidad de pensamiento en este siglo XXI

Creo que es hora, y que es nuestra hora, no solo de hacer luchas hacia dentro sino desde adentro, con una proyección social justa, crítica y constructiva, es decir, con la proyección y transformación que el pueblo colombiano necesita de nosotros.

Quizás sea hora de echar mano de las ocupaciones, las nuestras, las que salen de la panza, las que vienen con el ancestro, las que cuentan las historias

del pasado y también las que construimos para contar nuestro presente, ese que nos duele. Ocupaciones como la danza, cuando cuenta las historias de las luchas o las discriminaciones; o la de interpretar canciones que nos relatan las historias de los lugares, o poemas que sueñan con mejores futuros; las de leer o escribir novelas que nos recuerdan las historias y nos describen en ellas; todas aquellas que, como ocupaciones colectivas, contribuyen con el perdón, la paz y la reconciliación. Para tejer con puntadas finas, como lo hicieron esta semana en la Plaza de Bolívar, los buenos recuerdos, curar las heridas, conversar el ancestro y ayudar a construir un mejor lugar para nosotros y para los otros.

Quizás sea hora de promover los movimientos estudiantiles desde la Terapia Ocupacional, quizás sea hora de contribuir con otras transformaciones, y quizás sea el momento de unirnos como estudiantes, pero también como colombianos que soñamos, queremos y estamos dispuestos a tejer en un país donde es posible la paz.

Así que bienvenidos a este encuentro desde adentro, desde la madre tierra, desde la pasión que nos mueve, desde la vida que nos espera.

Mucha suerte y muchas gracias.

## Referencias

- Archila, M. (2012). El movimiento estudiantil en Colombia. Una mirada histórica. *Revista del Observatorio Social de América Latina*, (31), 71- 101.
- Polo, M. (2016, 4 de octubre). Universitarios harán marcha del silencio para exigir acuerdo de paz. *El Tiempo*. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/politica/proceso-de-paz/marcha-universitaria-en-silencio-por-la-paz/16717850>
- Santamaría Sanabria, R. (S.F.). *La importancia del movimiento estudiantil en las transformaciones sociales y constitucionales*. Universidad del Rosario. Recuperado de [http://www.urosario.edu.co/.../Ponencia\\_movimientos-estudiantiles-Richard-Santama.docx](http://www.urosario.edu.co/.../Ponencia_movimientos-estudiantiles-Richard-Santama.docx)
- Tourine, A. (2006). *Podremos vivir juntos*. México: Fondo Cultura Económica.

## Guía abreviada para autores

Antes de enviar un artículo a la Revista Ocupación Humana, los autores deben asegurarse de haber leído la “Guía de Autores” completa, disponible en la página web **[www.revistaocupacionhumana.org](http://www.revistaocupacionhumana.org)**. Los documentos, incluyendo la carta de remisión, certificación de responsabilidad, cesión de derechos de publicación y declaración de conflictos de interés, debidamente diligenciada y firmada por todos los autores, deben enviarse a través de la misma página o al correo **[editorial@tocolombia.org](mailto:editorial@tocolombia.org)**, siguiendo las indicaciones disponibles en la sección “Autores”. Una vez recibido el artículo, la editora hace su presentación ante los comités Editorial y Científico, quienes evalúan el cumplimiento de los requisitos formales, su pertinencia y mérito científico; posteriormente el artículo será sometido a evaluación por pares.

La Revista considera la publicación de documentos de los siguientes tipos: Artículos de Investigación, de reflexión, de revisión, reportes de caso, revisiones temática, cartas al editor, reseñas bibliográficas, artículos cortos y traducciones.

Los textos presentados reunirán las siguientes características: elaboración en tamaño carta, letra Arial tamaño 12 pts., interlineado 1.15 y referencias bibliográficas en letra tamaño 10. La extensión máxima será de 15 páginas, las cuales deben ir numeradas. Debe incluirse un resumen en español e inglés, entre 150 y 200 palabras, con sus respectivas palabras clave (máximo cinco) de acuerdo al índice de Tesauro de la Unesco, los Descriptores en Ciencias de la Salud DeCS y MeSH. El título del artículo también debe presentarse en español e inglés; en el caso de textos escritos en portugués, se deben contemplar los tres idiomas para el título, el resumen y las palabras clave. Es responsabilidad de los autores asegurar la calidad de las traducciones presentadas.

Las tablas y figuras deben estar referenciados en el texto y contener numeración y título; si ya han sido publicadas, se debe mencionar la fuente. Si el artículo cuenta con fotografías, estas deben ser de alta resolución y calidad; si se trata de imágenes de usuarios o pacientes, se debe anexar el respectivo consentimiento para su publicación.

Las figuras y tablas serán incluidas en el texto; deben ser legibles, presentadas en blanco y negro o en escala de grises. Se deben seguir las normas de la *American Psychological Association* (APA), en su última versión publicada.

Las referencias bibliográficas, como lo indica la norma APA 6ª edición, se organizarán en orden alfabético, según el primer apellido del autor, y se ubicarán en una hoja aparte al final del artículo, con la estructura que se presenta a continuación (ejemplo para libros):

Trujillo, A. (2002). *Terapia ocupacional: conocimiento y práctica en Colombia*. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia.

Otro tipo de citación (revistas, artículos electrónicos, entre otros) será consultada por los autores en la norma APA.



De conformidad con las dinámicas actuales de circulación de la información, y ante la importancia de ampliar el acceso y la difusión del conocimiento profesional, desde 2017 la Revista **Ocupación Humana** es una publicación electrónica de acceso abierto.

Esto implica que a partir del Vol. 17 N°1 la Revista deja de ser publicada en papel; en su lugar, seguirá lanzando sus números semestrales a través del sitio web [www.revistaocupacionhumana.org](http://www.revistaocupacionhumana.org) donde cualquier persona interesada puede consultar, sin restricciones, los artículos publicados.

Los números anteriores están siendo puestos a disposición de los lectores de manera paulatina. Este proyecto del CCTO requiere una inversión económica importante, para la cual requiere de los aportes y donaciones de colegiados, profesionales, estudiantes, organizaciones y otras personas que quieran apoyarlo.

---

Para hacer sus aportes comuníquese al correo electrónico **[tesoreria@tocolombia.org](mailto:tesoreria@tocolombia.org)** o **[editorial@tocolombia.org](mailto:editorial@tocolombia.org)**

## **Pares evaluadores externos**

La Revista Ocupación Humana agradece a las siguientes personas su especial colaboración como pares evaluadores externos:

### **Volumen 17 de 2017 (números 1 y 2)**

Angélica Monsalve Robayo, Colombia.

Claudia Reinoso Araújo de Carvalho -Universidad Federal de Rio de Janeiro, Brasil.

Claudia Talero Gutiérrez - Universidad del Rosario, Colombia.

Dora Munévar Munévar – Universidad Nacional de Colombia, Colombia.

Gustavo Artur Monzeli - Universidad Federal de Espírito Santo, Brasil.

Leyla Sanabria Camacho - Universidad Nacional de Colombia, Colombia.

Margarita González Martínez – Delegada alterna del CCTO ante la WFOT, Reino Unido.

María Alfonsina Angelino – Universidad Nacional de Entre Rios, Argentina.

Melania Satizabal Reyes – Universidad del Valle, Colombia.

Oscar Larrota Veloza – Fundación Batuta/ Universidad del Rosario, Colombia.

Pamela Cristina Bianchi – Universidad Federal de Sao Carlos, Brasil.

Solángel García Ruiz – Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Colombia.

Stephen B. Kern – Thomas Jefferson University, Estados Unidos.

### **Volumen 16 de 2016 (números 1 y 2)**

Aida del Pilar Becerra Becerra – Galileo Mobile, Colombia.

Arley González Saavedra – Institución Educativa Cárdenas Centro, Colombia.

Camila Rodríguez Guevara – Clínica las Américas, Colombia.

Claudia Patricia Rojas Castillo - Universidad Nacional de Colombia, Colombia.

Cristian Valderrama Núñez - Universidad Andrés Bello, Chile.

Diana Marcela Ortiz Quiroga - Universidad del Valle, Colombia

Diana Milena Ramírez Osorio – Universidad Manuela Beltrán, Colombia.

Eliana Rocío Peñaloza Suárez – Universidad del Norte, Colombia.

Francia Elena Rocha Santos – Corporación Transiciones Crecer, Colombia.

Francene Rodríguez Díaz, Colombia.

Gladys Galvis López - Universidad Nacional de Colombia, Colombia.

Jeannette Amanda Méndez Montaña - Universidad Nacional de Colombia, Colombia.

Leyla Sanabria Camacho - Universidad Nacional de Colombia, Colombia.

María Helena Rubio Grillo - Universidad del Valle, Colombia.

María Victoria Urrea Uyabán – Universidad Nacional de Colombia, Colombia.

Maribel Moreno Sosa – Universidad de Barcelona, España.

Melania Satizabal Reyes - Universidad del Valle, Colombia.

Nohra Stella Díaz Cubillos – Universidad Nacional de Colombia, Colombia.

Paola Ximena Dávila Vásquez – Universidad del Valle, Colombia.

Sandra Patricia Castro Munévar - Centro Día para Desarrollo de la Memoria y la Cognición  
Trasmnesis, Colombia.

Sara Ximena Rubio Vizcaya - Independiente, Colombia.

Solángel García Ruiz - Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Colombia.

Yeni Carolina Leyton, Colombia.

### **Volumen 15 de 2015 (números 1 y 2)**

Claudia Patricia Rojas Castillo - Universidad Nacional de Colombia, Colombia.  
Elvis Siprián Castro Alzate - Universidad del Valle, Colombia.  
Franci Smith Aroca - Centro Día para Desarrollo de la Memoria y la Cognición Trasmnesis, Colombia.  
Israel Cruz Velandia - Universidad del Rosario, Colombia.  
Karol Andrea Guerrero Alvarado - Escuela Colombiana de Rehabilitación, Colombia.  
Luz Ángela Cortina Roa - Universidad del Valle, Colombia.  
Martha Morais Minatel - Universidad Federal de Sergipe, Brasil.  
Yinzú Bernardeth Nairouz Mora - Universitat Autònoma de Barcelona, España.

### **Volumen 14 de 2014 (números 1 y 2)**

Ayola Cuesta Palacios - Siete Sentidos, Colombia  
Diana María Garavito Escobar – Universidad Nacional de Colombia, Colombia.  
Ericka Donado Espinosa - Universidad del Valle, Colombia  
Karol Andrea Guerrero Alvarado - Escuela Colombiana de Rehabilitación, Colombia.  
Laura Rueda Castro – Universidad de Chile, Chile.  
Lucy Carrizosa Ferrer – Universidad Nacional de Colombia, Colombia.  
Luz Ángela Cortina - Universidad del Valle, Colombia.  
Luz Nubia Segura, Clínica Nuestra Señora de la Paz, Colombia.  
María Fernanda Sánchez - Universidad del Valle, Colombia.  
Maribel Moreno Sosa – Universidad de Barcelona, España.  
Martha Lucía Santacruz González, Universidad del Rosario, Colombia.  
Melania Satizabal Reyes - Universidad del Valle, Colombia.  
Patricia Murillo Guerra - Universidad del Valle, Colombia  
Salvador Simó Algado -Universidad de Vic, España  
Solángel García Ruiz - Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Colombia.

### **Volumen 13 de 2013 (números 1 y 2):**

Angélica María Monsalve Robayo – Universidad del Rosario, Colombia.  
Claudia Patricia Rojas Castillo – Universidad Nacional de Colombia, Colombia.  
Diego Fernando Guerrero López – Universidad del Valle, Colombia  
Elvis Siprian Castro Alzate - Universidad del Rosario, Colombia.  
Esperanza Rodríguez Ferro – Universidad del Rosario, Colombia.  
Jeannette Amanda Méndez - Universidad Nacional de Colombia, Colombia.  
Lilian Caicedo Obando - Universidad Pedagógica Nacional, Colombia.  
María Fernanda Lara Díaz - Universidad Nacional de Colombia, Colombia.  
Martha Lucía Santacruz González, Universidad del Rosario, Colombia.  
Martha Torres Carvajal, Universidad Nacional de Colombia, Colombia.  
Olga Beatriz Guzmán Suarez – Universidad Nacional de Colombia, Colombia.  
Olga Luz Peñas Felizzola - Universidad Nacional de Colombia, Colombia.  
Paola Balanta Cobo, Universidad del Rosario, Colombia  
Sandra Patricia Santoyo Prada – Universidad del Rosario, Colombia.  
Vicky Parraguez Correa – Universidad Andrés Bello, Chile.

## Índices de Aceptación y Rechazo de Artículos

En el gráfico se muestra la distribución de artículos aceptados y no aceptados para publicación en la Revista Ocupación Humana desde el Volumen 13 N° 2 de 2013 hasta el actual, Volumen 17 N°2 de 2017. Para el cálculo se tienen en cuenta todos los textos postulados que se someten al proceso de arbitraje de la Revista, no se contemplan editoriales, documentos históricos, documentos del Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional o presentaciones de libros.



