

# Ocupación Humana

Vol. 20 • No.1



# Revista Ocupación Humana

Vol. 20 • Número 1 • enero - junio • 2020

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 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, Jefferson College of Rehabilitation Sciences, 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. Universidad Manuela Beltrán, Colombia.

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.

Solángel García Ruiz. T.O. Esp. Mg. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Colombia.

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

Rosibeth Palm. T.O. Mg. PhD. Universidad Federal do Paraná, Brasil.

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: Priscila dos Santos Ebling.

Asistente editorial: María Camila Vergara Olano.

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.

Bogotá D.C., Colombia

**Carrera 14b No. 150-43, casa 32**

[www.tocolombia.org](http://www.tocolombia.org) • [info@tocolombia.org](mailto:info@tocolombia.org)

## Consejo Directivo Nacional Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional

Presidenta: Flor Esperanza Rodríguez Ferro

Vicepresidenta: Nidya Alejandra Jiménez Moreno

Secretaria: Diana Milena Ramírez Osorio

Tesorera: Ruth Bibiana Niño Rocha

Fiscal: Martha Liliana Tunjo López

### Regional Occidente:

Presidenta: Daissy Castillo Sánchez

Secretario: Jeyson Chilatra Osorio

Tesorera: María Fernanda Vargas González

### Regional sur:

Presidenta: Claudia Marcela Trujillo Colonia

Secretaria: Juliana Guevara Ramírez

Tesorera: Diana Ximena Martínez Arce

Fiscal: Lenis Judith Salazar

### Diagramación:

Oscar Pachón Fonca

Bogotá D. C.

Las opiniones expresadas en los artículos son responsabilidad exclusiva de sus 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

### **RETOS Y COMPROMISOS GREMIALES EN EL MARCO DE LA PANDEMIA POR COVID-19**

*Flor Esperanza Rodríguez Ferro* ..... 4

## INVESTIGACIÓN

### **CONTRIBUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE EXTENSIÓN A LA FORMACIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL**

*Mirela de Oliveira Figueiredo, Izamara Pereira Pattera, Carla Regina Silva, Isadora Cardinalli* ..... 7

### **VALIDAÇÃO DA AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA OCUPACIONAL (ATO) PARA ADOLESCENTES E ADULTOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL POR PAINEL DE ESPECIALISTAS**

*Marissa Romano da Silva, Rita de Cássia Ietto Montilha* ..... 27

## REVISIÓN

### **APROXIMACIONES A LA PRÁCTICA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD PÚBLICA: UNA REVISIÓN TEMÁTICA**

*Lady Dayana Ramos Ramos, Danny Giseth Herrera Páez, Paula Alejandra Sánchez López, Claudia Patricia Rojas Castillo* ..... 49

## REFLEXIÓN

### **EQUIPO MULTIPROFESIONAL Y TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN CUIDADOS PALIATIVOS: REFLEXIONES SOBRE FACTORES CONTEXTUALES Y PROFESIONALES QUE AFECTAN LA PRÁCTICA DE TERAPIA OCUPACIONAL**

*Viviana Marcela León Perilla, Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim* ..... 64

### **LA OCUPACIÓN EN LA GERONTOLOGÍA: UNA PERSPECTIVA CRÍTICA DEL MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA**

*Deisy Krzemien, Claudia Miranda, Noelia Giselle Martín* ..... 82

### **EXPRESIÓN DE LA SEXUALIDAD DE UNA HABITANTE DE UNA RESIDENCIA TERAPÉUTICA COMO OCIO: ENCUENTROS ENTRE ELIAS Y DUNNING Y LA TERAPIA OCUPACIONAL**

*Adriana Gonçalves Queiroz, Ana Cláudia Porfírio Couto, Ludimila Canário Silva Barreto, Cristiane Miryam Drumond de Brito* ..... 106

TRADUCCIÓN

**TERAPIA OCUPACIONAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA: SEGURIDAD SOCIAL Y GARANTÍAS DE UN COTIDIANO POSIBLE PARA TODOS**

*Ana Paula Serrata Malfitano, Daniel Marinho Cezar da Cruz, Roseli Esquerdo Lopes* 118

DOCUMENTO CCTO / REVISIÓN

**LINEAMIENTOS DEL COLEGIO COLOMBIANO DE TERAPIA OCUPACIONAL PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA AGUDA Y SUBAGUDA DE PACIENTES CON COVID-19**

*Pamela Talero Cabrejo, Francly Guacaneme García, Ruth Montufar Dulce, María Helena Rubio Grillo, Viviana Marcela León Perilla, Laine Yolanda Beltrán, Sylvia Cristina Duarte Torres* ..... 124

**LINEAMIENTOS DEL COLEGIO COLOMBIANO DE TERAPIA OCUPACIONAL PARA LA REHABILITACIÓN HOSPITALARIA DE USUARIOS CON COVID-19**

*Erika Lorena Díaz Méndez, Pamela Talero Cabrejo, Magda Yuliana Faustino, Olga Beatriz Guzmán Suárez, Flor Esperanza Rodríguez Ferro* ..... 146

---

# Retos y compromisos gremiales en el marco de la pandemia por COVID-19

*Flor Esperanza Rodríguez Ferro*<sup>1</sup>

Rodríguez-Ferro, F.E. Retos y compromisos gremiales en el marco de la pandemia por COVID-19. *Revista Ocupación Humana*, 20 (1), 4-6. <https://doi.org/10.25214/25907816.945>

---

A través del tiempo, la Revista Ocupación Humana se ha ido constituyendo en un referente de la difusión del conocimiento de la Terapia Ocupacional colombiana y latinoamericana. Diferentes autores han buscado exaltar, a través de sus páginas, el valor de la ocupación y de nuestro desempeño profesional en diferentes contextos, mediante la publicación de artículos originales e inéditos que surten exigentes procesos editoriales. Así mismo, la Revista se ha ido posicionando en la comunidad profesional y estudiantil nacional e internacional, no solo como un medio de consulta, sino como un puente que posibilita la interacción con asuntos relevantes en el campo de la ocupación humana.

Una situación particular enmarca este número y también acompaña al nuevo Consejo Directivo Nacional del Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional: la pandemia por COVID-19. Al respecto, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan (provincia de Hubei, China) notificó en diciembre del 2019 de un conglomerado de casos de neumonía en la ciudad; posteriormente se determinaría que eran causados por un nuevo coronavirus. El 5 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud -OMS publicó su primer parte sobre brotes epidémicos del nuevo virus, una publicación técnica de referencia para la comunidad científica y de salud pública mundial, y para los medios de comunicación. Dicho informe contiene una evaluación del riesgo y una serie de recomendaciones, así como la información proporcionada por China a la Organización sobre la situación de las

<sup>1</sup> Terapeuta ocupacional. Magíster en Discapacidad e Inclusión Social. Magíster en Educación. Presidenta del Consejo Directivo Nacional 2020-2022, Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional. Bogotá, Colombia. [presidencia@tocolombia.org](mailto:presidencia@tocolombia.org)

 <https://orcid.org/0000-0002-2093-4164>

y los pacientes y la respuesta de salud pública ante los casos de Wuhan (OMS, 2020). Desde entonces, nuevos retos, dinámicas ocupacionales, modificaciones en los hábitos y rutinas han venido acompañando a la humanidad en su desempeño ocupacional.

En relación con lo anterior, los cambios generados han implicado que incluso las formas de administración y de empalme frente a diferentes actividades, como las desarrolladas por el Consejo Directivo saliente, se hayan visto impactadas. Esfuerzos valiosos y únicos marcan no solo una entrega, sino, aún más importante, los nuevos retos y compromisos gremiales que han implicado al nuevo Consejo generar acciones y respuestas inmediatas frente a la pandemia, a la comunidad profesional y a los diferentes escenarios laborales. Aun así, tales dinámicas se han convertido en una oportunidad para mostrar, con mayor fortaleza, nuestra razón de ser como terapeutas ocupacionales en una sociedad ávida de respuestas frente a esta situación desconocida que ha transformado la vida de todas las personas.

En este orden de ideas, es claro que las acciones profesionales de la Terapia Ocupacional no pueden seguir siendo las mismas en tiempos de pandemia y pospandemia, como nuevos momentos históricos. Al respecto, perspectivas enfocadas en el mayor uso de la virtualidad; en el trabajo y la rehabilitación en casa; en la telesalud y la telerrehabilitación, y en los diferentes apoyos generados según el curso de vida de las poblaciones, marcan nuevos derroteros para la profesión y para la evidencia que será necesario consolidar mediante la participación activa de la comunidad, que con sus investigaciones, experiencias y construcciones, posibilitará horizontes novedosos para nuestra Revista.

Como Consejo Directivo 2020-2022, la potencialización y el reconocimiento de estas nuevas experiencias será también, en adelante, un derrotero; más aún cuando implica y nos exige construir, escribir y generar sobre algo para lo que nadie estaba preparado. Nos invita a seguir proyectando espacios de encuentros y desencuentros, de aciertos y desaciertos donde no existe el saber absoluto y en los que el Plan de Acción 2016-2026 seguirá siendo nuestra guía, claro está, con reformulaciones, reflexiones y acciones pertinentes para el periodo de esta administración. De allí la importancia de monitorear y tener claridad sobre los impactos que la pandemia genere para nuestra profesión, para nuestro gremio y para el Colegio mismo; de tener presente que los procesos de calidad nos exigen apuntarle a consolidar durante este periodo el mayor número de procesos y procedimientos que nos posicionen como una organización con altos estándares en la gestión, y que la bioseguridad toma un rol protagónico en todos los escenarios del desempeño ocupacional.

Para esto, el trabajo conjunto con los equipos de trabajo, comités y delegaciones del Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional ante los diferentes espacios de representación, concertación y discusión nos seguirá llevando a escenarios que posibiliten un creciente reconocimiento profesional y gremial. Esto se acompaña de acciones proyectadas para lograr la mayor democratización posible del Colegio, con un claro posicionamiento regional en el que los cuerpos directivos tienen un camino importante en materia de consolidación gremial. Para el Consejo Directivo resulta claro que

lograr la sostenibilidad, aspecto crítico en gran parte de las instituciones y organizaciones del país, requiere de nuevas estrategias que impacten la toma de conciencia sobre la responsabilidad que implican nuestras acciones en el escenario de la prestación de servicios y se acompañen de nuestra fuerza y capacidad como gremio.

Para que todo esto sea posible son importantes las acciones en educación continuada, donde se buscará reconocer y rescatar esos diversos saberes y experiencias, muchas veces individuales y ocultos, que merecen hacer parte del conocimiento disciplinar. A esto se suman las exigencias que marcan el actuar de los colegios profesionales y la capacidad de respuesta frente a los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. De estas acciones surgirán nuevos escenarios de construcción y socialización de espacios formativos que, en estos momentos, nos retan a desarrollar competencias donde las tecnologías de la infomación y las telecomunicaciones, la virtualidad y las capacidades de investigación adquieren mayor relevancia.

Relacionado con lo anterior, difícilmente una organización puede hacer todo lo que sueña sin que sus comunicaciones impacten en las redes sociales y en las comunidades virtuales, aquellas que cada día surgen y se transforman en el contexto global. Así, partiendo de las acciones ya realizadas y motivada por el interés, la calidad y el amor de quienes nos antecedieron, expreso en nombre del Consejo Directivo Nacional nuestro agradecimiento. Lo hecho es motivo de impulso para seguir adelante y, ante todo, para responder a las dinámicas sociales, comunicativas, gremiales, políticas y de la prestación de servicios que tampoco seguirán siendo las mismas. Como precisan nuestras colegas argentinas:

El contexto actual exige la participación activa como agentes sociales, co-construyendo redes en la comunidad en pos de la defensa de los derechos de todas las personas a tener un trabajo digno, acceso a la salud, educación y vivienda. Al mismo tiempo, la tarea de registrar, sistematizar y reflexionar sobre las experiencias, los modos de intervenir y observar la forma en que las personas se relacionan entre sí, con las cosas y con la ocupación nos permitirá contribuir al desarrollo de conocimiento. Las investigaciones situadas y contextualizadas que respondan a las necesidades locales y visibilicen la práctica profesional harán valiosos aportes a la disciplina. (Albino et al., 2020, p.4)

## Referencias

- Albino, A.F., Acuña, C.Y., Carroli, B., Ciampa, M.A., Olarte, M.F. y Andrade, M. (2020). Desafíos en tiempos de pandemia. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 6(2), 3-5. <http://www.revista.terapia-ocupacional.org/RATO/2020jun-edit.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020, 27 de abril). *COVID-19: cronología de la actuación de la OMS*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

# Contribución de las actividades de extensión a la formación en Terapia Ocupacional

Contribution of the extension activities to Occupational Therapy formation

Contribuição das atividades de extensão para a formação em Terapia Ocupacional

Mirela de Oliveira Figueiredo<sup>1</sup>

Izamara Pereira Paterra<sup>2</sup>

Carla Regina Silva<sup>3</sup>

Isadora Cardinalli<sup>4</sup>

Recibido: 30 de mayo 2019 • Enviado para modificación: 19 de febrero 2020 • Aceptado: 15 de junio 2020

Figueiredo, M.O., Paterra, I.P., Silva, C.R. y Cardinalli, I. (2020). Contribución de las actividades de extensión a la formación en Terapia Ocupacional. *Revista Ocupación Humana*, 20 (1), 7-26. <https://doi.org/10.25214/25907816.946>

## RESUMEN

La extensión universitaria constituye una actividad académica indisoluble de la enseñanza y de la investigación. Considerando su importancia, este artículo presenta una investigación cuyo objetivo fue analizar y describir las actividades de extensión realizadas en la carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de San Carlos (São Paulo, Brasil) entre los años 2000 y 2017. Se realizó un estudio descriptivo de tipo exploratorio con enfoque cuantitativo. Los datos se recolectaron en el acervo digital ProExWeb, sistema de gestión de las actividades de extensión, utilizando el término terapia ocupacional y los nombres de docentes en el periodo estudiado. Se encontraron 425 actividades vinculadas a 39 coordinadores y con la participación de 1.380 estudiantes. 354 actividades fueron realizadas en o con comunidades, que alcanzaron a 73.264 personas de diferentes cursos de vida, en distintas áreas y campos. Las actividades abar-

<sup>1</sup> Terapeuta ocupacional. Magíster en Salud del Niño y del Adolescente. Doctora en Educación Especial. Profesora, Universidad Federal de São Carlos. San Carlos, Brasil. [mirelafigueiredo@gmail.com](mailto:mirelafigueiredo@gmail.com).  <https://orcid.org/0000-0003-0101-0115>

<sup>2</sup> Terapeuta ocupacional. Residente, Universidad de São Paulo. San Pablo, Brasil. [izamarapereirapaterra@gmail.com](mailto:izamarapereirapaterra@gmail.com).  <https://orcid.org/0000-0001-5320-2755>

<sup>3</sup> Terapeuta ocupacional. Magíster en Educación. Doctora en Educación. Profesora, Universidad Federal de São Carlos. San Carlos, Brasil. [carlars@ufscar.br](mailto:carlars@ufscar.br).  <https://orcid.org/0000-0002-7079-8340>

<sup>4</sup> Terapeuta ocupacional. Magíster y estudiante de Doctorado en Terapia Ocupacional. Universidad Federal de São Carlos. San Carlos, Brasil. [isadora.cardinalli@gmail.com](mailto:isadora.cardinalli@gmail.com).  <https://orcid.org/0000-0001-8918-3162>

can diversas propuestas, objetivos, públicos, con integración con otros departamentos, servicios y sectores públicos. Así, se cumple con la principal meta de la extensión universitaria, que es la relación con la comunidad y responder a sus demandas, articulándose con la enseñanza y con la investigación para favorecer la formación discente implicada, ética y responsable.

### **PALABRAS CLAVE**

extensión universitaria, cambio social, participación de la comunidad, servicio universitario

### **ABSTRACT**

University extension is an academic activity that cannot be separated from teaching and research. Considering its importance, this article presents an investigation aiming to analyze and describe the extension activities carried out by the Occupational Therapy course at the Federal University of São Carlos (São Paulo, Brazil) from 2000 to 2017. A descriptive exploratory study was carried out, with a quantitative approach. Data were collected in the ProExWeb digital archive, a management system for the university's extension activities, using the term "occupational therapy" and the names of lecturers in the period studied. Among the findings, 425 activities were linked to 39 coordinators, and with the participation of 1,380 students. 354 activities were carried out in or with the communities, reaching 73,264 people from different walks of life, in different areas and fields. The activities cover several proposals, objectives, audiences and integrate different departments, services, and the public sector. Thus, university extension's primary objective -its relationship with the community and the response to their demands- is fulfilled by assembling it with teaching and research to promote an engaged, ethical and responsible student formation.

### **KEY WORDS**

university extension, social change, community participation, university service

### **RESUMO**

A extensão universitária constitui uma atividade acadêmica inseparável do ensino e da pesquisa. Por considerar sua importância, este artigo apresenta uma investigação com o objetivo de analisar e descrever as atividades de extensão realizadas pelo curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (São Paulo, Brasil), entre 2000 e 2017. Foi realizado um estudo do tipo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados no acervo digital ProExWeb, um sistema de gerenciamento de atividades de extensão da universidade. Utilizou-se o termo "terapia ocupacional" e os nomes dos professores no período estudado. Foram encontradas 425 atividades relacionadas a 39 coordenadores e com a participação de 1.380 alunos. Realizaram-se 354 atividades nas ou com as comunidades, atingindo 73.264 pessoas de diferentes estilos de vida, em diferentes áreas e campos. As atividades abrangem várias propostas, objetivos, públicos, bem como integração com outros departamentos, serviços e setores públicos. Assim, foi cumprido o principal objetivo da extensão universitária, que é o relacionamento com a comunidade e a resposta às demandas – articuladas com o ensino e a pesquisa, o que promove uma formação discente engajada, ética e responsável.

### **PALAVRAS-CHAVE**

extensão universitária, mudança social, participação da comunidade, serviço universitário

---

## Introducción

La extensión universitaria tiene un papel estratégico en la articulación de la enseñanza con la investigación y en la preservación y difusión de la cultura. De esta forma, favorece la formación de individuos reflexivos y comprometidos con una sociedad menos injusta (Fresan, 2004) y posibilita el intercambio de conocimiento entre la universidad y la sociedad (Ortiz y Morales, 2011).

Hay distintas concepciones, prácticas y gestiones para lograr la extensión universitaria en Latinoamérica. En la región, la extensión estuvo presente desde 1918, a partir de la Reforma Universitaria impulsada por la Universidad Nacional de Córdoba, en Argentina, y generó repercusiones importantes en el escenario educativo. Estudiantes de clase media presionaban para lograr el acceso a la universidad, reivindicaban el cambio en la educación y en la administración, y estaban en contra de la interferencia y el control del clero y la oligarquía. De esta manera, la Reforma incluyó una serie de planteamientos políticos y sociales, entre los cuales aparece el fortalecimiento de la función social de la universidad, además de la proyección de la cultura universitaria y la preocupación por los problemas nacionales (Tünnermann, 2000; Farias, 2015).

En este contexto, algunas universidades latinoamericanas emprendieron reformas. Entre ellas se destaca el surgimiento de la *misión social* de los universitarios, que consistía en manifestar la obligación ineludible de compartir la cultura y los conocimientos con el “desposeído o ignorante”, promovien-

do la justicia social. Así fue conferida a la extensión la responsabilidad de promover y coordinar las acciones que, para ese fin, implementaban las universidades (Serna, 2007).

Otro marco histórico importante fue la Declaración de la Unesco resultante de la Conferencia Mundial sobre Educación Superior de 1998, donde se afirmó que esta debía reforzar sus funciones de servicio a la sociedad y que sus acciones debían estar relacionadas con “la erradicación de la pobreza, el hambre, el analfabetismo, la violencia, la intolerancia, el deterioro del medio ambiente, mediante esfuerzos interdisciplinarios para analizar los diferentes problemas” (Ortiz y Morales, 2011, p.352).

Desde la década de 1980, el modelo económico neoliberal presente en Latinoamérica penetró todas las instancias de las políticas públicas y sociales, incluyendo las educativas y de enseñanza superior (Harvey, 2014). Sin embargo, las universidades han vivido procesos de cambio, adaptación y resistencia frente a las implicaciones de este modelo, dentro de los cuales la extensión universitaria se ha presentado como una respuesta conveniente y efectiva.

Las universidades públicas, en especial las latinoamericanas, tienen actualmente un desafío extremadamente importante, la búsqueda de su autonomía y democratización; a la vez que están sometidas a las políticas propuestas por el sistema neoliberal, que define su calidad, eficacia y eficiencia a partir de modelos empresariales y del mercado que provocan un giro en su función social.

La extensión universitaria -o vinculación con el medio, como algunas veces es conocida- sufre las contradicciones intrínsecas a este contexto, pues posee las características para regular y promover la mercantilización de la universidad. A su vez, posibilita intercambios y amplía las posibilidades de formación ética, política y consciente en el contacto con grupos, comunidades y movimientos sociales dirigido a la construcción de conocimiento dialógico y liberador (Freire, 1987), y en la búsqueda constante de la transformación social, desde la función social de la universidad.

## **Las actividades de extensión en la universidad pública brasileña**

Actualmente, la extensión en la universidad pública brasileña constituye la práctica académica indisociable de las actividades de enseñanza e investigación; de la misma forma, está articulada con las demandas sociales, según su naturaleza intrínseca (Pedrazzi y Yamamoto, 2013).

Históricamente la extensión fue, de las tres acciones universitarias en Brasil, la última en ser creada; su implementación se renovó a través del tiempo, con las distintas interpretaciones y la autonomía de cada institución (Paula, 2013). Con frecuencia la extensión universitaria se ha mantenido al margen, en un segundo plano respecto a la investigación y la enseñanza (Llorens, 1992).

La propia creación de las universidades es tardía en Brasil, con acceso limitado y exclusivo para las élites. Los registros de acciones de extensión datan de 1911, realizadas bajo la in-

fluencia de vertientes y conceptos tanto europeos como norteamericanos (Nogueira, 2001). La experiencia latinoamericana también influyó este escenario y la extensión universitaria fue comprendida en relación con los movimientos sociales, desde el marco histórico del Movimiento de la Reforma de Córdoba (1918).

En el Estatuto de las Universidades Brasileñas (1931), la extensión es citada como aquella capaz de *elevantar* el nivel de la cultura del pueblo. Entre tanto, las actividades ofrecidas consistían en una suerte de “especialización” para exalumnos, beneficiando a aquellos que tenían poder político y socioeconómico (Nogueira, 2001). Así, una determinada cultura fue valorada y diseminada, y la extensión se realizó de forma vertical. Una “cosificación” del otro, como cuando uno de los actores impone sus creencias, acciones y opiniones para “domesticarlo”, hecho al parecer inocente o bienintencionado (Freire, 1985).

Fleuri (1989) refiere que en Brasil, hasta 1960, las experiencias surgidas en el ámbito de la extensión universitaria estaban relacionadas, esencialmente, con los intereses e ideologías de la clase dominante, ofreciendo servicios, información y actividades artísticas para satisfacer la curiosidad de las élites. En 1960, colectivos de estudiantes realizaron acciones de extensión sin vínculo con las universidades. La Unión Nacional de los Estudiantes realizó seminarios en 1960 y 1961, con la temática de la Reforma Universitaria y en defensa de la creación de universidades con acciones de extensión, dentro de las cuales la reflexión sobre la práctica y el compromiso con las clases populares eran ejes centrales del nuevo sistema de enseñanza (Nogueira, 2001).

Sin embargo, durante la Dictadura Militar (1964 – 1985) hubo una extinción de los órganos de representatividad, como la Unión Nacional de Estudiantes, y el Gobierno propuso la extensión de forma asistencialista para legitimar la dictadura y mantener a los estudiantes ocupados (Minto, 2011). La Ley Básica de Reforma Universitaria (1968) afirmaba la extensión universitaria como una estrategia para extender el conocimiento producido por la universidad a través de cursos y de la prestación de servicios de forma asistencialista (Nogueira, 2001).

Durante la década de los setenta, se reafirmó la extensión como el medio a través del cual la universidad, por un lado, atiende a otras instituciones y a la población y, por otro, se realimenta con la enseñanza y la investigación (Fleuri, 1989). Los cambios empezaron en los años ochenta, cuando el proceso de redemocratización y las luchas de los movimientos sociales fueron más fuertes, alegando que la formulación de políticas públicas debería garantizar la defensa de los derechos sociales, englobando a poblaciones históricamente excluidas, tales como niños, adolescentes, ancianos y grupos que sufrían discriminación étnica, racial y de género (Paula, 2013), entre otros.

La Constitución Federal de 1988 dispone que las universidades gozan de autonomía didáctico-científica, administrativa y de gestión financiera y patrimonial, y deben obedecer al principio de indisociabilidad entre enseñanza, investigación y extensión (Presidência da República, 1988).

Desde el 2003, los proyectos de extensión han sido apoyados y fomentados por varios ministerios, así como por el

Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico, que ofrece ediciones específicas con la temática de la extensión universitaria (Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras -Forproex, 2006). No obstante, la inestabilidad política y económica actual del país genera gran inseguridad y cortes en la financiación pública, al tiempo que expande las gestiones paudadas en los modelos neoliberales, que buscan apoyo en el sector privado para realizar innumerables actividades y encuentran en la extensión universitaria la puerta de entrada.

Sousa (2007) presenta dos niveles de mercantilización de la universidad pública en las últimas décadas. El primero consiste en inducir a la universidad a sobreponerse a la crisis financiera mediante la generación de ingresos propios, especialmente a través de alianzas con el capital, sobre todo industrial. El segundo nivel intenta eliminar la distinción entre universidad pública y privada, transformándola en una empresa, una entidad que produce como y para el mercado.

La crítica no está anclada en que esta forma no debiera existir en la universidad pública, pero es inaceptable creer que todas las actividades, en todos los ámbitos de la extensión universitaria, áreas y campos profesionales deban responder a esta misma lógica, sin considerar los problemas, demandas, exclusiones y desigualdades sociales generadas por ese sistema. Sobre todo, hay que rescatar y fortalecer la universidad como una herramienta importante para la transformación social.

La formación técnica en Terapia Ocupacional, desde su aparición en Brasil en 1950, requiere conocimientos

teóricos y prácticos e involucra a docentes, estudiantes, sujetos y comunidades, quienes son considerados prioritarios en la práctica. Así, la extensión se presenta como estrategia eficaz, coherente e integrada a las actividades de enseñanza e investigación.

En la década de 1960, las carreras se tornaron oficialmente de nivel superior, siendo ofrecidas por universidades. En los años setenta la profesión pasó por su primer momento de crecimiento, tanto de los programas de formación como de las vacantes universitarias públicas (Soares, 1991). Durante la Dictadura Militar hubo una fuerte interferencia en el perfil de la enseñanza superior pública y en la movilización de los sectores sociales (Fausto, 2009) con los cuales se involucraba la Terapia Ocupacional.

Al final del período de represión, diferentes movimientos por la redemocratización y por los derechos de las poblaciones marginadas contribuyeron a la defensa del papel técnico, ético y político de las y los terapeutas ocupacionales. Estos efectos se reflejaron directamente en la relación con la práctica profesional y en la formación universitaria desde los años ochenta (Galheigo, 2016).

De acuerdo con Apablaza (2015), los complejos procesos de cambio de concepciones y prácticas, que afectan a la Terapia Ocupacional, interfieren y exigen la adecuación constante de los programas, allí las experiencias prácticas son valoradas y consideradas componentes claves de la formación profesional.

Cardinalli (2017) afirma que, en las últimas décadas, las y los terapeutas

ocupacionales brasileños se han dedicado a estudiar, producir e implementar referencias teórico-metodológicas, entendiendo la necesidad de producir y nombrar términos, conceptos, razonamientos, perspectivas y modelos teórico-prácticos que expliquen la diversidad e, incluso, la transdisciplinariedad de las prácticas. En ese sentido, las producciones teóricas y prácticas deben ofrecer soporte y ampliar las reflexiones y las posibilidades de formación y actuación profesional. Por lo tanto, las experiencias académicas deberían garantizar la diversidad de prácticas; allí la extensión universitaria es una herramienta clave.

El curso de Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de São Carlos (UFSCar) fue fundado en 1978. Actualmente, su programa curricular ha sido reformulado y cuenta con una metodología que combina práctica y teoría. El campo de aprendizaje construido a partir de la práctica de extensión abarca no solo a docentes y discentes, sino a todas las personas involucradas (Coordenação do curso de bacharelado em Terapia Ocupacional, 2011; Junior, 2013; Silva et al., 2013). En esta universidad se comprende a la extensión como: publicaciones y difusión del conocimiento; eventos culturales, científicos, artísticos, deportivos y otros; producción de conocimiento con el objetivo de incrementar y mejorar la atención directa o indirecta a la sociedad; prestación de servicios, asesorías o consultorías; actividades de divulgación, difusión y transferencia de tecnologías; cursos de especialización, perfeccionamiento, actualización científica, cultural y artística; entre otros

(Conselho de Extensão da Universidade Federal de São Carlos, 2016).

Esta investigación tuvo como objetivo describir las actividades de extensión realizadas por docentes del Departamento de Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de São Carlos (São Paulo, Brasil) y analizar su relación con la formación frente el compromiso social de la universidad pública.

## Metodología

Se realizó un estudio exploratorio descriptivo, con enfoque cuantitativo para el tratamiento de los datos, utilizando análisis estadístico simple (frecuencias y medias) (Goodwin, 1995).

Los datos se recolectaron a través del acervo digital de la Pro-Rectoría de Extensión Universitaria UFSCar, en ProExWeb, un sistema para la gestión en línea de la extensión de la Universidad en el que se realiza la inserción continua de estas actividades, así como de los procedimientos y pruebas internas de las propuestas.

Para la búsqueda, realizada en abril de 2018, se utilizó la palabra clave *terapia ocupacional* y los nombres de las y los docentes activos, jubilados o transferidos del Departamento de Terapia Ocupacional entre los años 2000 y 2017. Este período está justificado porque el sistema de registro de actividades existe desde la década de 2000. Se llevaron a cabo cuatro procedimientos de colecta de datos:

- Búsqueda con la palabra clave *terapia ocupacional* en el campo *título* y el acrónimo *DTO* (Departamento de Terapia Ocupacional) en el campo *sector*.

- Búsqueda con la palabra clave *terapia ocupacional* en el campo *palabras clave* y uso del acrónimo *DTO* en el campo *sector*.

- Búsqueda con la palabra clave *terapia ocupacional* en el campo *resumen* y el acrónimo *DTO* en el campo *sector*.

- Búsqueda con la inserción del nombre de cada profesor(a) y exprofesor(a) del Departamento de Terapia Ocupacional, incluyendo aquellas personas jubiladas o transferidas del Departamento en el periodo establecido, en el campo *coordinación*.

Se elaboró un formulario para registrar los datos, que contempló las siguientes categorías de actividad: coordinador, título, programa, año de realización, público, lugar y miembros del equipo. Las actividades se ingresaron en una hoja de cálculo, eliminando repeticiones. Todos los datos fueron tabulados en hojas de cálculo del programa Excel®. Se realizaron cruces, análisis, gráficos y tablas para la presentación de los resultados.

## Resultados

### Actividades de extensión a lo largo de los años

Fueron encontradas 409 actividades de extensión vinculadas a docentes del Departamento de Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de São Carlos entre 2000 y 2017 (figura 1).

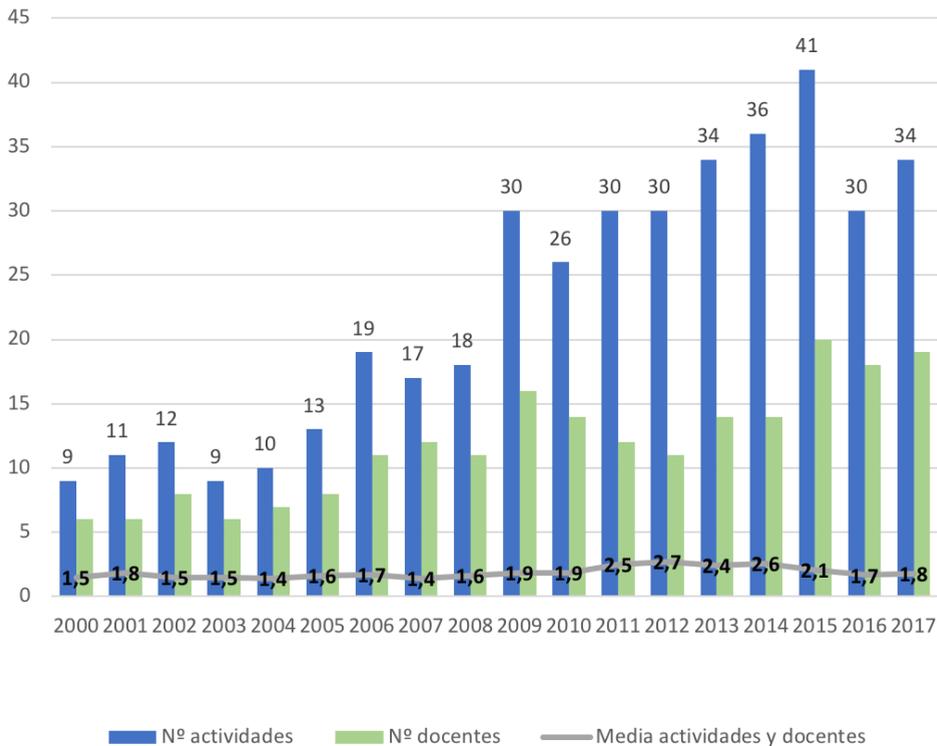
La mayoría de las actividades de extensión tuvieron una duración de al menos ocho meses, con acciones semanales en los campos de práctica, o sea, no se

trató de actividades puntuales. Además, del total, 70 actividades (16,47%) tuvieron, por lo menos, una segunda oferta. Esos datos demuestran la permanencia y continuidad de las acciones propuestas, por lo que es posible pensar que son pertinentes y se vinculan con las personas y las comunidades.

La figura 1 muestra una diferencia entre las décadas estudiadas, entre 2000 y 2009 hay una media de 12,8 activida-

des de extensión, mientras en la década posterior ese número aumenta a 31,9. Esto responde al aumento de docentes coordinadores, es decir, aumentan las propuestas porque hay más profesoras y profesores en el Departamento. Tal incremento es reflejo de las políticas educativas de ese período, que ampliaron el número de docentes en las universidades públicas y ofrecieron mayores posibilidades de inversión. No obstante, desde 2016 hay una baja en esos números, lo

**Figura 1.** Distribución de actividades de extensión por años y docentes a cargo.



**Fuente:** elaboración propia.

que coincide con los cambios de gestión política ocurridos en Brasil, los cuales significaron transformaciones estructurales, culturales e ideológicas, así como el retiro de inversiones.

Se verificó que 19 profesoras realizaron 322 actividades, una media de 16 proyectos por coordinación. Además, la totalidad de docentes realizó actividades de extensión universitaria, unos con mayor frecuencia que otros y algunos no durante todos los años analizados. Aun así, la extensión se revela como actividad intrínseca del docente de la carrera de Terapia Ocupacional de esta universidad pública.

### **Actividades incluidas en programas de extensión**

Las actividades están vinculadas a programas de extensión, que a menudo se vinculan con los seis laboratorios de enseñanza, investigación y extensión existentes en el Departamento de Terapia Ocupacional (tabla 1).

Se resalta que los programas fueron creados en periodos distintos y poseen un número diferenciado de docentes vinculados, lo que explica las variaciones en la cantidad de actividades y los años en que se ofrecieron.

Otros cuatro programas están actualmente inactivos (Atención a la Disfunción Física y la Salud, Actuación de

Terapia Ocupacional en Gerontología, Promoviendo y Recuperando a Salud del Trabajador en la Empresa, Educación Continua en Letras), por eso no se incluyen en la tabla 1. Sin embargo, entre 1999 y 2012 estuvieron activos en el campo de la gerontología, las disfunciones físicas, los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes, y la atención e investigación en salud, desarrollando 23 proyectos.

Además, se identificaron 24 actividades coordinadas por docentes del Departamento de Terapia Ocupacional entre 2003 y 2017, vinculadas a ocho programas pertenecientes a otros seis departamentos de la Universidad en las áreas de educación musical, formación continuada, cooperativas populares, servicios de salud, atención e investigación en salud, salud del trabajador y salud mental en el contexto de la reforma psiquiátrica.

### **Caracterización de las actividades desarrolladas**

En cuanto a los *tipos de actividades realizadas*, se verificó que 354 fueron proyectos dirigidos a la comunidad, 52 eventos académicos (semanas de estudios, seminarios, simposios, cursos y otros), siete actividades curriculares de integración enseñanza, investigación y extensión<sup>5</sup>, y cinco destinadas a la publicación de los Cuadernos Brasileños de Terapia Ocupacional<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Estas son actividades curriculares complementarias insertadas en los currículos de pregrado. Tienen una duración semestral de 60 horas; los estudiantes pueden escoger cuál quieren cursar. Esta modalidad de actividad de extensión regula la integración entre enseñanza, investigación y extensión y oficializa créditos curriculares a estudiantes y coordinadores.

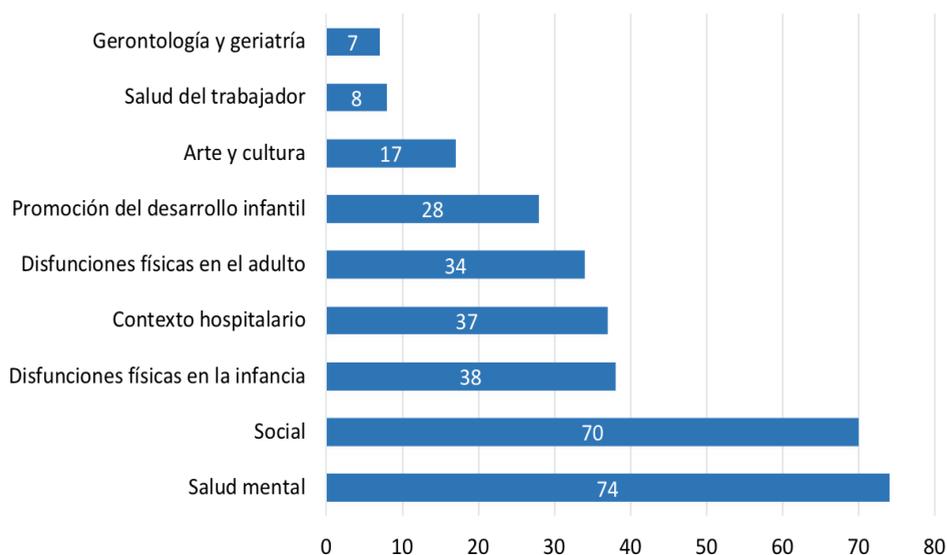
<sup>6</sup> Considerando su denominación anterior: Cuadernos de Terapia Ocupacional de la UFSCar.

**Tabla 1.** Programas con actividades de extensión activas.

<b>Programa</b>	<b>Público</b>	<b>Nº de actividades (año)</b>
Actividad Humana, Producción Artístico-cultural y Terapia Ocupacional	Niños, jóvenes, adultos y adultos mayores. Estudiantes y profesionales, especialmente terapeutas ocupacionales.	4 (2013), 6 (2014), 6 (2015), 5 (2016), 8 (2017).
Laboratorio de Actividades y Desarrollo	Niños y adolescentes con trastornos del desarrollo, familias, profesionales de salud y educación.	2 (2000), 1 (2001), 2 (2002), 3 (2003), 4 (2004), 4 (2005), 6 (2006), 4 (2007), 5 (2008), 7 (2009), 6 (2010), 9 (2011), 8 (2012), 10 (2013), 13 (2014), 2 (2015), 5 (2016), 6 (2017).
METUIA - Terapia Ocupacional en el Campo Social	Niños, adolescentes y adultos en proceso de ruptura de las redes de soporte social; estudiantes y profesionales de la salud, educación, cultura, especialmente de Terapia Ocupacional.	2 (2000), 1 (2001), 2 (2002), 2 (2003), 3 (2004), 5 (2005), 5 (2006), 2 (2007), 2 (2008), 6 (2009), 4 (2010), 3 (2011), 4 (2012), 4 (2013), 6 (2014), 8 (2015), 6 (2016), 5 (2017).
Programa de Acción e Investigación en Terapia Ocupacional en Disfunción Física del Adulto	Estudiantes; usuarios de la Unidad de Salud Universitaria; profesionales; personas con disturbios o disfunciones sensoriales o motoras, o en riesgo de malestares ocupacionales; profesionales de salud, especialmente terapeutas ocupacionales; empresas e instituciones de salud y educación.	6 (2009), 4 (2013), 5 (2010), 1 (2014), 6 (2011), 3 (2015), 5 (2012), 6 (2016), 3 (2017).
Calidad de Vida	Funcionarios, docentes y sus familiares.	1 (2007)
Terapia Ocupacional en Psiquiatría y Salud Mental	Usuarios de los servicios de psiquiatría y sus familiares, terapeutas ocupacionales, estudiantes de pregrado y posgrado.	1 (2000), 1 (2001), 1 (2002), 2 (2005), 2 (2007), 2 (2008), 1 (2009), 4 (2010), 7 (2011), 7 (2012), 8 (2013), 5 (2014), 6 (2015), 7 (2016), 9 (2017).

**Fuente:** elaboración propia.

**Figura 2.** Distribución de actividades según campos o áreas de prácticas.



**Fuente:** elaboración propia.

En relación con las actividades destinadas a la comunidad y las prácticas de Terapia Ocupacional, se evidenció que se concretaron en distintos campos o áreas (figura 2).

En la figura 2 puede observarse que los campos o áreas en los que menos actividades se han desarrollado están relacionados con que ha habido un o una única docente vinculada al Departamento de Terapia Ocupacional en la última década.

El *público prioritario* de las actividades es amplio y diverso, la extensión tiene gran alcance y logra involucrar a un número significativo de personas de la comunidad interna o externa a la Universidad. La suma total fue de 74.682 participaciones de personas en diferentes cursos de vida, perfiles y categoriza-

ciones (figura 3), considerando que es posible que una misma persona participe de diferentes actividades. Los registros revelan 24 actividades cuyo público objetivo fueron bebés; 39 en la que fueron niños y niñas; 36, adolescentes; 29, jóvenes; 248, personas adultas, y 14 dirigidas a personas mayores. Además, una misma actividad podía ser ofrecida para públicos distintos.

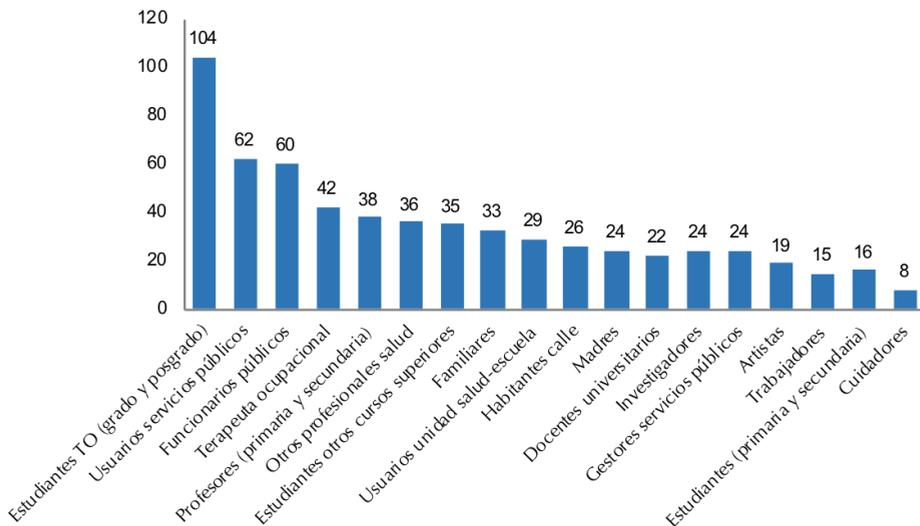
En 124 actividades se vincularon *personas externas* al Departamento de Terapia Ocupacional, en 55 de ellas se involucraron personas de la comunidad; se contó con 55 participantes de servicios u organizaciones externas (como asociaciones de profesionales, personas de colectivos de la comunidad, organizaciones civiles, entre otros) y con 37 docentes jubilados o voluntarios y funcionarios de la Universidad.

Las *actividades comunitarias* estuvieron muy presentes, 163 ocurrieron en la propia universidad, 150 dentro y fuera, 60 solo fuera, 50 en otras ciudades<sup>7</sup> y una actividad se realizó por enseñanza a distancia (en línea).

Las actividades externas ocurrieron en diferentes espacios, 198 fueron realizadas en *servicios públicos*, entre

ellos: 106 de asistencia social o de salud, como en centros de apoyo, protección y espacios culturales para la niñez y la juventud, centros de atención o servicios en salud o de asistencia social destinados a poblaciones específicas; 46 en instituciones de educación como guarderías y escuelas de diferentes niveles; 29 en hospitales, y otras 17 en universidades o facultades.

**Figura 3.** Perfil del público involucrado en las actividades de extensión.



**Fuente:** elaboración propia.

## Actividades de extensión y formación académica

Las y los estudiantes disfrutaron de la oportunidad de participar de las actividades de extensión a través de las prácticas y de estudios en cualquier mo-

mento de la formación de los cursos de pregrado y posgrado. De esta manera, adquieren experiencia y su formación se vuelve más rica y comprometida con la sociedad; adicionalmente, pueden obtener una beca.

<sup>7</sup> En siete actividades no se identificó el lugar en el que fueron realizadas.

Cada año la Universidad abre convocatorias para la selección de actividades de extensión. Las propuestas son evaluadas, a partir de criterios preestablecidos, para definir la distribución de ayudas financieras y de becas destinadas a estudiantes de pregrado.

Fueron mapeados 1.367 estudiantes que participaron de la ejecución de las actividades de extensión, entre ellos, 818 becarios<sup>8</sup>, 236 estudiantes de posgrado y 39 de otras instituciones de enseñanza superior.

La mayoría de las actividades de extensión (228) se realizaron únicamente con la o el docente coordinador, 190 contaron con la participación de otros docentes del mismo departamento, 31 con docentes de otros departamentos de la Universidad (figura 4) y 20 actividades fueron coordinadas por pares de otros departamentos y en ellas participaron docentes de Terapia Ocupacional. Además, hubo 54 docentes de otras instituciones de enseñanza superior que se involucraron en 13 actividades de extensión.

Otros 31 sectores de la Universidad también participaron en las actividades, se destaca que la Unidad de Salud Escolar, que es el servicio ambulatorio localizado y gestado por la Universidad, fue citada en 49 proyectos.

Además del apoyo de los sectores al interior de la comunidad universitaria, se identificaron algunos externos registrados: 131 actividades con organismos

públicos especificados y otros 12 no especificados; 17 órganos privados con especificación y uno sin ella; 14 alianzas con el tercer sector<sup>9</sup> y organizaciones no gubernamentales; 5 con movimientos sociales, y 20 con registros diversos, como empresas, programas, asociaciones, proyectos y sectores públicos. 212 actividades no reportaban alianzas externas.

## Discusión

Los resultados demuestran una gran cantidad de actividades de extensión realizadas por el Departamento de Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de São Carlos, abarcando diversas áreas, objetivos, públicos, espacios y asociaciones.

Ante las actividades de extensión analizadas en los últimos 20 años, se observa una amplia integración de la profesión con otras áreas del conocimiento y con la formación práctica propia. Así, se observan asociaciones con otros departamentos de la Universidad, con órganos y sectores públicos y de la sociedad civil. Con ello se cumplió la principal meta de las actividades de extensión, que es la relación con la comunidad, con los más diversos perfiles de poblaciones, ofreciendo inversiones, cambios y acciones sociales.

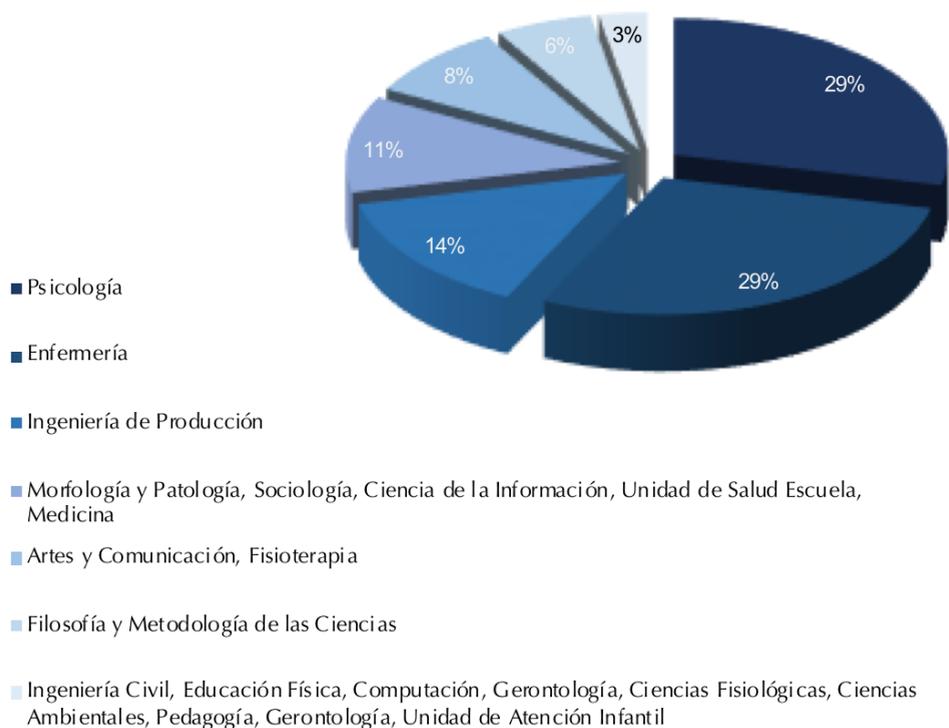
De otro lado, se contó con la participación fundamental de estudiantes que contribuyeron con las propuestas

---

<sup>8</sup> En 102 registros no constaba esa información.

<sup>9</sup> Tercer sector es un término sociológico utilizado para definir iniciativas privadas sin ánimo de lucro que prestan servicios de carácter público, conocidas como asociaciones, fundaciones, instituciones autónomas y organizaciones no gubernamentales (Albuquerque, 2006).

**Figura 4.** Departamentos involucrados en las actividades de extensión coordinadas por docentes del Departamento de Terapia Ocupacional.



**Fuente:** elaboración propia.

y, al mismo tiempo, favorecieron su formación profesional, en acuerdo con Fresán (2004).

De esta manera, al mismo tiempo que las universidades asumen la extensión como la articulación de las distintas tareas universitarias y la vinculación entre estas y la sociedad, podrían explorar posibilidades casi infinitas de acción para ampliar sus ámbitos de influencia y contribuir a la educación, no solo de jóvenes, sino de individuos de todas las edades, formando seres humanos capaces de descubrir y reafirmar día a día su

saber, de mirar críticamente la realidad y de participar en los procesos de transformación social (Fresán, 2004).

En relación con lo anterior, quienes han coordinado las actividades de extensión han generado una serie de publicaciones en las cuales relatan sus experiencias a través de la divulgación científica en el área. Algunas de ellas presentan las contribuciones de las actividades de extensión a la formación en Terapia ocupacional. Por ejemplo, Della Barba et al. (2017) evaluaron que el proceso de enseñanza-aprendizaje

ocurrido en un proyecto de extensión contribuyó con la interacción entre estudiantes, usuarios y equipos de los servicios de salud involucrados. Desde el punto de vista de la formación de las y los alumnos, el proceso facilitó la comprensión sobre el Sistema Nacional de la Salud y potenció las discusiones sobre la actuación de la Terapia Ocupacional en la comunidad.

Entre tanto, Lopes et al. (2011) discuten que el desarrollo de la extensión posibilitó la creación de vínculos significativos entre el estudiantado y la población, desdoblándose en acompañamientos individuales, en la ampliación de sus redes de soporte social y en la producción de espacios de convivencia que favorecieran el respeto, el diálogo y la comprensión de una nueva perspectiva sobre cómo se dan las relaciones con el otro.

Por otra parte, los datos recolectados demuestran la diversidad de los proyectos de extensión, tal como lo establece el principio de indisociabilidad entre enseñanza, investigación y extensión, lo que contribuye al reconocimiento de la Terapia Ocupacional en sus prácticas. Los hallazgos también señalan que el equipo docente ha invertido en la divulgación de tales prácticas y de sus resultados, favoreciendo el reconocimiento de la profesión en el escenario académico y alentando la realización de nuevas propuestas.

Cabral (2012) señala los retos y las perspectivas de la extensión y la afirma como práctica social de la universidad que tiene sentido si se inserta en la propuesta pedagógica, asociada a la formación, o se convierte en función de las políticas públicas, no de la educación y la ciencia. Así, la extensión tiene

la necesidad de transformar los procesos de conocimiento, asociada con la enseñanza y la investigación, en la búsqueda de alternativas para su democratización como bien público.

Sin embargo, no siempre se ofrecen las condiciones ideales para la ejecución de la extensión, sobre todo para aquellas actividades que no serán financiadas desde la lógica del mercado, pues no producen una riqueza convertida en moneda y ganancia, no obstante, redundan en crecimiento humano y social. Estas actividades tienen dificultades para su financiación y sostenibilidad, considerando además que el financiamiento ha sido insuficiente frente a la demanda de la universidad. Se observa también que las universidades, en su autonomía, tienen sus propios métodos y estrategias para el financiamiento de estas actividades.

Serna (2007) propone cuatro modelos de extensión universitaria en las universidades en América Latina, una vez que los fundamentos, actividades y finalidades de la educación han tenido grandes cambios: i) *altruista*, con influencia positivista, estructura las prácticas desinteresadas y humanitarias de los universitarios en favor de poblaciones “pobres” o “ignorantes”; ii) *divulgativo*, la supuesta preocupación de las universidades por elevar la cultura de la población, y por tanto su bienestar, difícilmente se revela como respuesta a las auténticas necesidades y anhelos de los sectores mayoritarios de la sociedad, es decir, los pobres o en situación de vulnerabilidad; iii) *concientizador*, modelo inspirado por el pensamiento de izquierda latinoamericano y por Freire, que pondera compartir los bienes, incluidos los educativos y

culturales, en forma dialógica y liberadora, creando conciencia entre quienes participan en ese acto educativo, y iv) *vinculatorio empresarial*, desde la mitad de los años 80 la relación con las empresas empezó a fomentarse y a ser redituable para las universidades, en este modelo las necesidades sociales son identificadas como análogas a las de las empresas y, en consecuencia, las y los universitarios deberán ser educados para atender a estas necesidades.

Para Ortiz y Morales (2011), las actividades de extensión en las universidades latinoamericanas se dan en tres enfoques: empresarial, social y cultural; sin embargo, el modelo económico dominante ha hecho que estas instituciones respondan a las necesidades de su entorno local, regional y nacional, pero es evidente una tendencia hacia el desarrollo de la función de extensión desde el enfoque empresarial, como un requisito del mercado y del sector productivo. Estas autoras buscan demostrar que el privilegio de dicho enfoque en los últimos años, impuesto por las dinámicas del mercado y muy destacado en las universidades anglosajonas, no considera que Latinoamérica tiene condiciones particulares que requieren del liderazgo de las universidades en la solución de problemas sociales y la conservación de su acervo cultural.

Chauí (2003) también hace críticas severas al modelo empresarial, dictado por el sistema neoliberal, que ha transformado la enseñanza superior y la universidad pública, pues defiende la destinación del fondo público a los derechos sociales, garantizada por la democratización del Estado y, con ella, de la propia universidad.

Así, el real papel de la extensión universitaria, sumado a las características actuales de financiamiento de la universidad pública, se convierten en el núcleo de la cuestión sobre lo que será incentivado y promovido como tal. Para la Terapia Ocupacional esta es una cuestión importante, ya que la mayoría de sus propuestas están más relacionadas con el intercambio de saberes y prácticas y con la formación, que con actividades de venta de servicios o equipamientos, propios de un enfoque empresarial.

En ese sentido, es importante reafirmar que la perspectiva de la educación es humanizar sujetos a partir de la acción consciente, para que puedan transformar el mundo; según Freire, “la extensión de sus conocimientos y de sus técnicas posibilita a los hombres que puedan transformar mejor el mundo en el que están” (1985, p. 11).

Además, la superación del papel eminentemente técnico significó para las y los terapeutas ocupacionales brasileños la conquista ética y política de profesionales quienes, en su compromiso con la redemocratización del país, lucharon por los derechos de las poblaciones vulnerables, estigmatizadas y marginadas. Estas personas acudieron a las calles y alcanzaron nuevos espacios más allá de las instituciones, con muchas posibilidades de actuación (Galheigo, 2016); realidad muy presente para la Terapia Ocupacional en Latinoamérica y sus prácticas comunitarias.

En los últimos 30 años se revisaron concepciones, como la de salud, haciendo más compleja la visión del ser humano y de sus condiciones de bienestar. Estas transformaciones fueron in-

corporadas en el desarrollo de políticas públicas y en las prácticas profesionales, situando a individuos y comunidades como sujetos activos y protagonistas de las acciones (Apablaza, 2015).

## Conclusiones

El presente estudio dejó en claro que la extensión universitaria ha posibilitado a las y los docentes de la carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de São Carlos desarrollar acciones y proyectos comunitarios insertados en diferentes servicios públicos y sectores, incluso donde no hay terapeutas ocupacionales.

En este sentido, las actividades de extensión han promovido el acceso, la permanencia y la cualificación de los servicios públicos, ampliando las acciones ofrecidas por estos espacios. También han ayudado a la formación continua de profesionales, desarrollando asistencia a la comunidad a través de la integración entre enseñanza, investigación y extensión universitaria. Además, han contribuido a la divulgación y a la ampliación de las posibilidades de actuación de la Terapia Ocupacional con las comunidades.

Cabe señalar que el sector público ha experimentado numerosas dificultades para mantener los servicios básicos de asistencia social, salud y educación para la población, al tiempo que los sectores del deporte, la cultura y el ocio siguen siendo un privilegio reservado a unos pocos, aun cuando sean derechos garantizados en la Constitución Nacional brasileña. Con esto, se considera que el trabajo docente debe estar com-

prometido ética y políticamente con la producción y la transferencia de conocimiento, desde la relación dialógica con la comunidad y la integración de las actividades de enseñanza, investigación y extensión, de manera crítica y como parte de su función social, consciente de su papel académico, político, ético y profesional.

Es necesario contar con profesionales comprometidos con la construcción y la expansión constante de las políticas públicas y de los derechos sociales y humanos que promuevan una mayor democratización de los bienes públicos, la participación social y la autonomía de sujetos y colectivos. Para las y los terapeutas ocupacionales este es un presupuesto profesional y un compromiso ético y político.

Ante estas consideraciones, son contundentes las contribuciones de la extensión para la cualificación de la formación en Terapia Ocupacional y como política de la universidad pública. Sobre todo en los espacios de la comunidad, donde la ocupación, las actividades humanas y la producción de la vida ocurren, la extensión ofrece innumerables posibilidades de acción para la profesión, en las que las poblaciones involucradas se benefician de los procesos de enseñanza-aprendizaje.

Es importante, entonces, que la ciudadanía involucrada en actividades de extensión considere que las políticas públicas educativas deben permitir, promover y valorar que la universidad cumpla su rol y su función social.

Futuras investigaciones pueden ayudar a comprender las contribuciones de diferentes actividades comunitarias a la

formación de docentes y estudiantes, dentro del alcance de la extensión universitaria y la vinculación con el medio. Algunas preguntas que podrían orientar esos estudios son: ¿qué preguntas no se han podido resolver con los saberes de la Terapia Ocupacional en las comunidades?, ¿cuáles saberes, presentes en las comunidades, necesitan ser incorporados en procesos dialógicos con la Terapia Ocupacional?, ¿qué soluciones ocupacionales ante la precarización laboral se gestionan en las comunidades?, ¿cómo y qué prácticas comunitarias favorecen la participación social, la ciudadanía y la democracia?

Finalmente, los datos recabados a través de este estudio proveen información útil para posteriores evaluaciones, investigaciones, comparaciones y proyecciones. También, permiten recuperar la memoria y contribuyen a la preservación del patrimonio histórico y cultural de la Universidad Federal de São Carlos, aumentando la visibilidad de las acciones de extensión de Terapia Ocupacional y de la institución.

## Financiación

Artículo resultante de un proyecto de iniciación científica con fondos de la Fundación de Apoyo a la Investigación del Estado de São Paulo (FAPESP).

## Referencias

- Albuquerque, A. C. C. (2006). *Terceiro setor: história e gestão de organizações*. Summus.
- Apablaza, M. (2015). El desafío de formar: una reflexión desde la práctica como formadora de terapeutas ocupacionales. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 15(2), 1-17. <https://revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/38156>
- Cabral, N.G. (2012). *Saberes em extensão universitária: contradições, tensões, desafios e desassossegos* [Tesis de doctorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. Repositório Digital UFRGS. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/49409>
- Cardinalli, I. (2017). *Conhecimentos da Terapia Ocupacional no Brasil: um estudo sobre trajetórias e produções* [Tesis de maestría, Universidad Federal de São Carlos]. Repositorio Institucional UFSCar. <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/8496>
- Chauí, M. (2003). A universidade pública sob nova perspectiva. *Revista Brasileira de Educação*, (24), 5-15. <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n24/n24a02.pdf>
- Coordenação do curso de bacharelado em Terapia Ocupacional (2011). *Projeto pedagógico do curso de graduação em terapia ocupacional*. Universidade Federal de São Carlos. [http://www.prograd.ufscar.br/projetoped/projeto\\_TO.pdf](http://www.prograd.ufscar.br/projetoped/projeto_TO.pdf)
- Conselho de Extensão da Universidade Federal de São Carlos (2016, 17 de marzo). *Resolução do CoEx nº 03/2016, de 17 de março de 2016. Aprova o Regimento Geral da Extensão da Universidade Federal de São Carlos*. <http://www.proex.ufscar.br/arquivos/normas-regras-e-outros/reso->

[lucao-coex-03-17-03-2016-regimento-geral-da-extensao.pdf](#)

- Della Barba, P.C.A., Barros, V.M., Luiz, É.A.M., Farias, A.Z., Aniceto, B. y Miyamoto, E.E. (2017). Terapia Ocupacional em um processo de capacitação sobre vigilância do desenvolvimento infantil na atenção básica em saúde. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 25(1), 223-233. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.cto-RE0747>
- Farias, J. P (2015). Extensão universitária como mecanismo de desenvolvimento educacional e social no Brasil. *Fragmentos de Cultura*, 25(1), 75-82. <http://dx.doi.org/10.18224/frag.v25i1.4158>
- Fausto, B. (2009). *História do Brasil* (13ª ed.). Editora da Universidade de São Paulo.
- Fleuri, R.M. (1989). Extensão universitária em educação popular. *Educação e Filosofia*, 3(5/6), 59-73.
- Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras [Forproex] (2006). *Indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão e a flexibilização curricular: uma visão da extensão*. MEC/SESu.
- Freire, P. (1985). *Extensão ou comunicação?* (8ª ed.). Paz e Terra.
- Freire, P. (1987). *Pedagogia do oprimido* (17ª ed.). Paz e Terra.
- Fresán, M. (2004). La extensión universitaria y la universidad pública. *REncuentro. Análisis de Problemas Universitarios*, (39), 47-54. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34003906>
- Galheigo, S.M. (2016). Terapia ocupacional social: uma síntese histórica acerca da constituição de um campo de saber e de prática. En: R.E. Lopes y A.P. Malfitano (org). *Terapia Ocupacional Social: desenhos teóricos e contornos práticos* (pp.49-68). EdUFSCar.
- Goodwin, J.C. (1995). *Research in psychology: Methods and design*. John Wiley.
- Harvey, D. (2014). *O neoliberalismo: história e implicações*. Loyola.
- Junior, A.L.S. (2013). *A extensão universitária e os entre-laços dos saberes* [Tesis de doctorado, Universidade Federal da Bahia]. Repositorio UFBA. <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/17554>
- Llorens, L. (1992). Planeación y extensión universitaria. *Revista de la Educación Superior*, 20(81), 3-15. [http://publicaciones.anui.es.mx/pdfs/revista/Revista81\\_S1A4ES.pdf](http://publicaciones.anui.es.mx/pdfs/revista/Revista81_S1A4ES.pdf)
- Lopes, R.E., Borba, P.L.O., Trajber, N.K.A, Silva, C.R. y Cuel, B.T. (2011). Oficinas de atividades com jovens da escola pública: tecnologias sociais entre educação e terapia ocupacional. *Comunicação Saúde Educação*, 15(36), 277-88. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000100021>
- Minto, L W (2011). *A educação da "miséria": particularidade capitalista e educação superior no Brasil* [Tesis de doctorado, Universidade Estadual de Campinas]. Repositorio Unicamp. [http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/251175/1/Minto\\_LaloWatana-be\\_D.pdf](http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/251175/1/Minto_LaloWatana-be_D.pdf)
- Nogueira, M.D.P. (2001). Extensão universitária no Brasil: uma revisão conceitual. En: D.S. Faria (org.), *Construção conceitual da extensão universitária na América Latina* (pp.57-72). UNB.

- Ortiz, M.C. y Morales, M.E. (2011). La extensión universitaria en América Latina: concepciones y tendencias. *Educación y Educadores*, 14(2), 349-366. <http://educacionyeducadores.unisabana.edu.co/index.php/eye/article/view/1928/2515>
- Paula, J.A. (2013). A extensão universitária: história, conceito e propostas. *Interfaces*, 1(1), 05-23. <https://www.ufmg.br/proex/revistainterfaces/index.php/IREXT/article/view/5/pdf>
- Pedrazzi, V. y Yamanoto, M.M. (2013). A necessidade de ações articuladas na cultura e extensão. *Revista Cultura e Extensão USP*, 10(1), 43-50. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9060.v10i0p43-50>
- Presidência da República (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)
- Serna, G.A. (2007). Misión social y modelos de extensión universitaria: del entusiasmo al desdén. *Revista Iberoamericana de Educación*, 43(3), 2-7. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2316425>
- Silva, A.F.L., Ribeiro, C.D.M. y Silva Junior, A.G. (2013). Pensando extensão universitária como campo de formação em saúde: uma experiência na Universidade Federal Fluminense, Brasil. *Comunicação Saúde Educação*, 17(45), 371-84. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013000200010>
- Soares, L.B.T. (1991). *Terapia Ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?* Hucitec.
- Sousa, B.S. (2007). *La universidad en el siglo XXI para una reforma democrática y emancipatoria de la universidad*. CIDES-UMSA, ASDI y Plural editores.
- Tünnermann, C (2008). *Noventa años de la Reforma Universitaria de Córdoba: 1918-2008*. CLACSO.

# Validação da Avaliação Terapêutica Ocupacional (ATO) para Adolescentes e Adultos com Deficiência Visual por painel de especialistas<sup>1</sup>

Validación de la Evaluación Terapéutica Ocupacional (ATO) para Adolescentes y Adultos con Discapacidad Visual por panel de expertos

Validation by panel of experts of the Occupational Therapy Assessment (ATO) of Adolescents and Adults with Visual Impairment

Marissa Romano da Silva<sup>2</sup>

Rita de Cássia Ietto Montilha<sup>3</sup>

Recibido: Recibido: 1 de junio 2020 • Enviado para modificación: 12 de agosto 2020 • Aceptado: 22 de agosto 2020

Da Silva, M.R. y Montilha, R.C.I. (2020). Validação da Avaliação Terapêutica Ocupacional (ATO) para Adolescentes e Adultos com Deficiência Visual por painel de especialistas. *Revista Ocupación Humana*, 20 (1), 27- 48. <https://doi.org/10.25214/25907816.947>

## RESUMO

Descreve-se o processo de validação da Avaliação Terapêutica Ocupacional (ATO) para Adolescentes e Adultos com Deficiência Visual, através de juízes especialistas. Pesquisa com delineamento misto, com estratégia qualitativa exploratória descritiva e quantitativa descritiva, para compor a análise dos dados. Foi organizado um painel de especialistas para utilização da ferramenta técnica Delphi. O processo de coleta de dados ocorreu por meio

<sup>1</sup> O presente manuscrito é parte integrante da pesquisa de doutorado desenvolvida por Marissa Romano da Silva no Programa de Pós-Graduação em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, intitulada “Validação da Avaliação Terapêutica Ocupacional (ATO) para Adolescentes e Adultos com Deficiência Visual”. A pesquisa não recebeu financiamento.

<sup>2</sup> Terapeuta ocupacional. Mestre em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação. Doutoranda em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, Brasil. [marissaromano.to@gmail.com](mailto:marissaromano.to@gmail.com)  <https://orcid.org/0000-0003-3661-0532>

<sup>3</sup> Terapeuta ocupacional. Mestre em Neurociência. Doutora em Ciências Médicas. Professora, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, Brasil. [rcietto@fcm.unicamp.br](mailto:rcietto@fcm.unicamp.br)  <https://orcid.org/0000-0003-3741-0006>

eletrônico, para envio e recepção dos documentos. A validade é estabelecida quando houver consenso dos especialistas, que inclui estabilidade nas sugestões e índice de validade de conteúdo total igual ou maior que 90% (IVC total  $\geq 0,90$ ). Oito profissionais da saúde participaram das três rodadas da técnica. Cada etapa apresentou IVC próprio, recebeu sugestões e comentários que possibilitaram modificações, adições de questões pertinentes e melhoramentos na estrutura, conteúdo e organização da Avaliação. Na última rodada, foi estabelecido o consenso com IVC = 0,97 (97,91%) e ausência de sugestões que provocassem alterações na Avaliação. Segundo os juízes especialistas, a Avaliação é válida, pois avalia o que se propõe. Possui linguagem acessível, estrutura e conteúdo relevantes, claros, adequados para atingir seu objetivo máximo: avaliar a funcionalidade de adolescentes e adultos com deficiência visual, por meio de métodos de entrevista e observação direta.

### **PALAVRAS-CHAVE**

Terapia Ocupacional, pessoas com deficiência visual, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, estudo de validação, técnica Delfos

### **RESUMEN**

Se describe el proceso de validación de la Evaluación Terapéutica Ocupacional (ATO) para Adolescentes y Adultos con Discapacidades Visuales, a través de expertos. Se realizó una investigación con diseño mixto, estrategia exploratoria cualitativa y análisis de datos cuantitativo descriptivo. Se organizó un panel de expertos, utilizando la técnica Delphi. Los datos se recopilaron electrónicamente. La validez se estableció por consenso de expertos, incluyendo la estabilidad en las sugerencias y un índice de validez de contenido total mayor o igual al 90% (IVC total  $\geq 0.90$ ). Participaron ocho profesionales de la salud en las tres rondas de la técnica. En cada etapa se calculó el IVC y se recibieron sugerencias y comentarios que permitieron modificar, agregar preguntas relevantes y mejorar la estructura, el contenido y la organización de la Evaluación. En la última ronda se llegó a consenso, con IVC = 0.97 (97.91%) y ausencia de nuevas sugerencias de cambio. Según los expertos, la Evaluación es válida, evalúa lo que se propone; tiene un lenguaje accesible, una estructura y contenido relevantes; es clara, objetiva y adecuada para alcanzar su principal objetivo: evaluar la funcionalidad de adolescentes y adultos con discapacidad visual a través de entrevista y observación directa.

### **PALABRAS CLAVE**

Terapia Ocupacional, personas con discapacidad visual, Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, estudio de validación, técnica Delfos

### **ABSTRACT**

This paper describes the validation process of the Occupational Therapy Assessment (ATO) for Adolescents and Adults with Visual Impairment, through expert judges. A research with mixed method, an exploratory qualitative strategy and descriptive quantitative data analysis was carried out. A panel of experts was set up using the Delphi technique tool. Data were collected electronically. The validity was established upon experts' consensus, which included stability in the suggestions and total Content Validity Index (S-CVI/Ave)  $\geq 0.90$  (90%). Eight health professionals participated in the three rounds of the technique. The CVI was calculated on each stage, and suggestions and comments were received, which made

it possible to modify, add relevant questions and improve the structure, content and organization of the Assessment. A consensus was established in the last round, with S-CVI/Ave = 0.97 (97.91%) and absence of suggestions that would cause changes in the Assessment. According to the expert judges, the Assessment is valid, evaluates what is proposed and is written in accessible language. It also has a relevant structure and contents; it is clear, objective, and adequate to achieve its primary objective: to evaluate the functionality of visually impaired adolescents and adults, through interview methods and direct observation.

## KEYWORDS

Occupational Therapy, visually impaired persons, International Classification of Functioning, Disability and Health, validation study, Delphi technique

---

## Introdução

A Terapia Ocupacional tem seu conhecimento diretamente influenciado por diversas ciências, tais como as ciências biológicas, psicológicas e sociais. Tal influência se dá pelo contexto e pelo momento histórico em que está inserida. Sendo influenciada por diversos aspectos, a profissão, em seu processo de produção de conhecimento e intervenção, foi e vem sendo construída com seus métodos em constante movimento (Medeiros, 2010). Os caminhos trilhados no decorrer de sua formação e concretização, enquanto profissão, fazem com que não apresente uma história linear, refletindo sua expansão gradual para diversos campos de atuação (De Carlo & Bartalotti, 2001; Medeiros, 2010). Independente do campo, seu objeto de estudo é a ocupação humana (Medeiros, 2010). A ocupação assume importâncias, funções e significados diferentes na vida das pessoas, envolve o conhecer, o fazer, o aprender, o habituar e compõe, até mesmo, a identidade humana (Dickie, 2011).

A articulação entre as ciências e o contexto social, político, econômico e cultural reflete a maneira como a Te-

rapia Ocupacional compreende o ser humano. Como ela o reconhece em constante construção, transformação e sob influência do contexto (Medeiros, 2010). Considera, em seu processo avaliativo, os contextos e ambientes da pessoa, incluindo o cultural, pessoal, físico, social, temporal e virtual (American Occupational Therapy Association - AOTA, 2015). A atenção sobre o ambiente como influenciador, com papel transformador, é intrínseca à profissão, compondo sua avaliação e atuação à necessidade de conhecer quais os fatores ambientais têm papel fundamental no desempenho do indivíduo.

No Brasil, no cotidiano do terapeuta ocupacional, é comum a realização de avaliações organizadas pelo profissional para sua própria prática ou mesmo a utilização de protocolos institucionais não validados. Além disso, utilizam avaliações padronizadas e validadas, em sua maioria advindas do exterior, tendo passado por processos de tradução, adaptação transcultural e validação para o público nacional. Entretanto, há pouco material de avaliações terapêuticas

ocupacionais construídas, validadas e publicadas por terapeutas brasileiros para o público brasileiro. No Brasil, de forma geral, a profissão não tem a tradição de construir instrumentos de avaliação terapêutico ocupacionais e muito desse movimento pode ser atribuído à sua trajetória no país. Algumas problematizações podem ser feitas quanto aos possíveis motivos que podem levar os terapeutas ocupacionais brasileiros à pouca construção e adesão ao uso sistemático de avaliações padronizadas na prática clínica.

A Terapia Ocupacional foi se construindo a partir da medicina e, desta maneira, influenciada pela divisão em áreas de especialidades, fragmentando conhecimentos e práticas clínicas. As ações eram desenvolvidas por enfermeiros e assistentes sociais, treinados por médicos acerca do uso de atividades como tratamento. No Brasil, a prática com uso de atividades teve seu início na reabilitação física, na época, ainda considerada uma profissão paramédica e dependente das prescrições médicas para desenvolver-se. Ao final da década de 1940, a cobrança pela sistematização do conhecimento terapêutico ocupacional, pelo pragmatismo e mensuração das intervenções, levou a um perfil da profissão cada vez mais especializado, em busca de um *status* científico para suas atuações (De Carlo & Bartalotti, 2001; Medeiros, 2010). De acordo com Medeiros (2010), “A Terapia Ocupacional estava sendo, então, a terapia das especialidades médicas (...)” (p.111); esse momento é chamado de reducionismo.

Em 1970, nos Estados Unidos, discussões e reflexões em relação aos conceitos que envolvem saúde-doença, corpo, atividade, ocupação e a relação de submissão à área médica, tomaram corpo. Movimentos críticos ao modelo mecanicista do reducionismo, que não considerava as necessidades do sujeito e seu envolvimento nas situações de vida, foram iniciados (Medeiros, 2010).

Como resultado desse período de questionamentos foi desenvolvido o chamado Modelo da Ocupação Humana, por Kielhofner e Burke, que teve forte influência na prática da profissão, principalmente, nos Estados Unidos. Entretanto, no Brasil, o crescimento e fortalecimento da Terapia Ocupacional não foi seguido pelo desenvolvimento e adoção de modelos de prática<sup>4</sup>, o que pode ser atribuído ao contexto político e histórico da época (Cruz, 2018).

Em determinado momento da história da profissão no Brasil, houve uma divisão entre os profissionais que se mantiveram guiados pelo movimento e abordagens da ocupação; e outros que partiram para reflexão do fazer da Terapia Ocupacional, à luz de referenciais da filosofia, educação, sociologia e antropologia. Estes últimos, críticos ao Modelo da Ocupação Humana, compreendem esse modelo distante das problemáticas da sociedade e ainda próximo ao paradigma reducionista (Cruz, 2018).

Partindo dessa breve exposição e compreendendo que rumos tomados há décadas, inevitavelmente, ecoam

---

<sup>4</sup>Embora não tenhamos pesquisas divulgadas no Brasil sobre quais os modelos são seguidos pelos terapeutas ocupacionais brasileiros (Cruz, 2018).

nos dias atuais, deixamos, aqui, alguns questionamentos e problematizações. As críticas aos modelos de base positivista que, de alguma forma, inserem a avaliação padronizada como parte fundamental do processo em Terapia Ocupacional, pode ter afastado a profissão no Brasil do desenvolvimento de instrumentos? Isso reflete a escassez de instrumentos brasileiros? Em que momento da Terapia Ocupacional brasileira estamos agora? Há resistência do uso de instrumentos de avaliação em nossa prática brasileira?

Ainda se faz necessário procurar por respostas ou, ao menos, sinais que indiquem os caminhos a esses questionamentos. Porém, acreditamos ser possível uma prática contextualizada e ampliada, sem negar a sistematização das intervenções terapêuticas ocupacionais.

A Avaliação Terapêutica Ocupacional (ATO) para Adolescentes e Adultos com Deficiência Visual (Silva, 2016), aqui validada, busca estabelecer um diálogo cuidadoso e respeitoso<sup>5</sup> entre o saber sistemático – através do uso de qualificadores, que refletem objetivamente a magnitude da deficiência e das dificuldades – e a avaliação e atuação, com vistas à complexidade do indivíduo, as subjetividades e interesses próprios.

A Avaliação faz uso da entrevista semiestruturada para a identificação do desempenho ocupacional, influenciadores cotidianos, interesses, prioridades, expectativas. Assim como, a

realização de tarefas funcionais para observação das capacidades e sua posterior qualificação na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF (Organização Mundial da Saúde – OMS, 2015).

Na revisão bibliográfica, desenvolvida durante o processo de construção da Avaliação Terapêutica Ocupacional (ATO) para Adolescentes e Adultos com Deficiência Visual (Silva, 2016), não foram identificadas avaliações – padronizadas, validadas e publicadas –, desenvolvidas para terapeutas ocupacionais, que tivessem como público alvo pessoas com deficiência visual e que utilizassem como base conceitual a Classificação CIF. A Classificação considera a forte influência do contexto sobre o indivíduo, de forma positiva ou negativa. Entende a relação das condições de saúde e do ambiente como uma interação dinâmica, passível de gerar mudanças no estado de saúde (OMS, 2015).

A escassez de avaliações terapêuticas ocupacionais e, especificamente, dentro da área da deficiência visual, utilizando as concepções e estrutura da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, justificou a construção de um instrumento que realizasse um rastreio funcional da pessoa com deficiência visual. Tal instrumento identifica os principais aspectos que influenciam sua vida plena, engajamento, participação e qualidade de vida. A descrição do processo de construção da Avaliação Terapêutica

---

<sup>5</sup> O termo “respeitoso” é empregado na medida em que a história da Terapia Ocupacional não pode ser negada, independente dos paradigmas e modelos vivenciados durante seu processo de construção até a contemporaneidade. Toda sua história deve ser respeitada, todo o percurso deve ser valorizado. As críticas devem ser feitas para que novos passos sejam dados. Dessa forma, estabelecemos esse diálogo com respeito aos caminhos que trilhamos no passado, aos que estamos trilhando e aos que iremos trilhar.

Ocupacional (ATO) para Adolescentes e Adultos com Deficiência Visual é relatada em Silva (2016).

Contudo, instrumentos de avaliação, para serem amplamente utilizados, devem passar por processos que garantam que meçam o que se propõem medir e que possuam conteúdo adequado e suficiente para identificação das informações necessárias de determinado constructo. Um processo através do qual uma avaliação pode ser testada é a validade, com significado e métodos próprios.

A validade diz respeito ao instrumento medir o que se propõe e pode ser estabelecida através de algumas estratégias (Lynn, 1986; Almeida, 2003; Martins, 2006; Alexandre & Coluci, 2011; Souza, Alexandre & Guirardello, 2017), dentre elas, a validade de face (ou aparente) e a validade de conteúdo. A validade de face (ou aparente) está relacionada à evidência aparente da integridade da avaliação; se o instrumento faz sentido ao campo ou área que se propõe avaliar. É avaliada por um painel de especialistas. Todo instrumento de avaliação deve garantir sua validação de face.

A validade de conteúdo deve garantir que os principais aspectos, relacionados àquele conteúdo, sejam incluídos na avaliação. Pode ser obtida através do questionamento à pessoa/população, ao grupo, ou a um painel de especialistas acerca da clareza, objetividade, abrangência dos itens e propriedade do instrumento.

Uma estratégia que pode ser utilizada para garantir a validade de um instrumento de avaliação, através da consulta a especialistas, é a técnica Delphi

(Faro, 1997; Coutinho et al., 2013). O objetivo deste manuscrito é descrever o processo de validação de face e conteúdo da Avaliação Terapêutica Ocupacional (ATO) para Adolescentes e Adultos com Deficiência Visual, através de um painel de especialistas.

A Avaliação Terapêutica Ocupacional (ATO) para Adolescentes e Adultos com Deficiência Visual foi construída como pesquisa de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, no período de 2014 a 2016 (Silva, 2016). A validação da Avaliação é resultado da pesquisa de doutorado realizada no referido Programa e desenvolvida entre os anos de 2016 e 2020 (Silva, 2020).

## Metodologia

Pesquisa com delineamento misto, através da estratégia qualitativa exploratória descritiva, compondo com o procedimento quantitativo descritivo para análise dos dados (Gil, 2008).

Para o processo de validação de face e de conteúdo, optou-se por utilizar, exclusivamente, o meio eletrônico como mecanismo de envio e recepção dos documentos durante o processo de validação. Ao utilizar o mecanismo eletrônico, não foi necessário um local de encontro entre pesquisadora principal e participantes.

Para o processo de validação, foi composto um painel de especialistas, em conformidade à estratégia de coleta de dados escolhida, a técnica Delphi, que será, brevemente, descrita poste-

riormente. Foi constituída uma amostra não probabilística, por acessibilidade ou conveniência (Gil, 2008). Os juízes especialistas desta pesquisa compreenderam profissionais da área da saúde (envolvidos em pesquisa e/ou ensino e/ou prática clínica). Tais profissionais eram atuantes em deficiência visual – e/ou com conhecimento no processo de construção e validação de instrumentos de avaliação; e/ou conhecedores da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde -CIF; e/ou terapeutas ocupacionais. Foram excluídos profissionais que estivessem envolvidos, em qualquer momento, na construção da Avaliação, bem como aqueles com qualquer conflito de interesse com a pesquisa, e/ou não aceitassem/assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a formação de um painel de especialistas, o número de participantes ainda não é consenso na literatura (Faro, 1997; Grant & Davis, 1997; Powell, 2003; Habibi et al, 2014; Waggoner et al., 2016; Marques & Freitas, 2018). Segundo Lynn (1986), para se formar um painel de especialistas, faz-se necessário o mínimo de cinco sujeitos participantes. O número máximo não fora estabelecido, entretanto, sugere-se que não seja excedida a participação de mais de dez especialistas. Foram convidados a participar treze profissionais. Oito especialistas aceitaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e participaram durante todo o processo de validação.

Para que fossem utilizadas estratégias de validação de conteúdo e de face, através do suporte de juízes especialistas, optou-se pela utilização da técnica Delphi, que se constitui como

uma ferramenta apropriada para estabelecer a validade de instrumentos de avaliação (Faro, 1997; Coutinho et al., 2013). A técnica Delphi é uma estratégia que permite a obtenção de informações sobre determinado assunto, a partir da construção participativa de especialistas (Faro, 1997; Almeida, 2003; Almeida, 2004; Almeida et al., 2008; Coutinho et al., 2013). Juízes especialistas são convidados a julgar determinados assuntos por meio de seu questionamento, possibilitando que expressem suas opiniões.

Através da compilação das opiniões dos especialistas acerca de: conteúdo, apresentação, propriedade, clareza, originalidade, organização, linguagem, itens necessários, porém ausentes, itens desnecessários, comentários e sugestões de um instrumento; é possível considerar a avaliação validada (Faro, 1997; Almeida, 2003; Almeida, 2004; Almeida et al., 2008; Coutinho et al., 2013).

A sequência de compilar resultados, rever e reconfigurar o questionário, redistribuir aos juízes especialistas e analisar os novos resultados deve haver até o alcance do consenso. Para a técnica, consenso diz respeito ao momento em que as respostas forem estáveis, sem novas sugestões e opiniões que levem a mudanças na avaliação, e quando houver o alcance do índice de validade de conteúdo (IVC) por item e total estabelecidos pela literatura (Lynn, 1986; Faro, 1997; Almeida, 2004; Polit & Beck, 2006; Almeida et al., 2008; Revorêdo et al., 2015; Marques & Freitas, 2018). A literatura aponta a realização de duas a quatro rodadas para o alcance do consenso (Kayo & Securato, 1997; Powell, 2003; Almeida et al., 2009; Waggoner et al., 2016; Massaroli et al., 2017; Marques & Freitas, 2018).

Nesta pesquisa, inicialmente, foram enviados, por correio eletrônico, os convites para profissionais da saúde que corresponderam aos critérios da pesquisa, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a devolutiva de todos os termos de consentimento, devidamente assinados, em prazo previamente estipulado, a Avaliação Terapêutica Ocupacional (ATO) para Adolescentes e Adultos com Deficiência Visual e a 1ª rodada de questionário foram enviados, na mesma data, para todos os participantes. O participante tinha o acesso ao questionário através de um link que o direcionava à plataforma do *Google Forms*. As rodadas seguintes também foram distribuídas por meio eletrônico e seguiram com a mesma lógica de envio da Avaliação modificada e com o link do novo questionário.

Estratégias descritivas, qualitativas e quantitativas, foram utilizadas para a análise dos dados. Pesquisas que fazem uso da técnica Delphi têm os procedimentos de análise transcorrendo na coleta, haja vista que a rodada seguinte inicia após a análise dos dados do questionário anterior (Massaroli et al., 2017).

Para o tratamento dos comentários, sugestões e opiniões, foi realizada a categorização dos aspectos identificados, seguida pela análise aprofundada de cada item à luz do referencial teórico e a posterior inserção ou retirada do item correspondente na Avaliação.

Para a análise quantitativa, através do estabelecimento da concordância entre os juízes especialistas, foram calculados os índices de validade de conteúdo por item (IVC item) e total (IVC total). Para calcular o índice de validade de conteúdo por item foi utilizada

a fórmula  $IVC \text{ item} = \frac{n^\circ \text{ de respostas positivas}}{n^\circ \text{ total de respostas}}$ . O índice de validade de conteúdo total pode ser obtido por meio do cálculo  $IVC \text{ total} = \frac{n^\circ \text{ de respostas positivas}}{(n^\circ \text{ juizes} \times n^\circ \text{ itens})}$  (Polit & Beck, 2006).

Em conformidade com a literatura (Lynn, 1986; Polit & Beck, 2006), a presente pesquisa considerou o IVC total padrão  $\geq 0,90$  (90%) e o IVC item padrão  $\geq 0,78$  (78%). Questões com  $IVC \text{ item} \leq 0,75$  (75%), de concordância entre os juízes especialistas, foram compulsoriamente revistas; e os itens que correspondem à Avaliação, obrigatoriamente modificados ou excluídos (Lynn, 1986). Questões com índice de validade de conteúdo, item compreendido no intervalo entre 0,75 (75%) e 0,78 (78%), foram revistas, entretanto, não compulsoriamente excluídas ou alteradas.

## Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas, sob o parecer nº 2.167.526/17.

## Resultados e discussão

A tabela 1 apresenta uma síntese do processo realizado, através da implementação da técnica Delphi, com seus resultados de índice de validade de conteúdo total apresentados. Cada rodada, com seus questionários e resultados próprios, será melhor descrita nos tópicos a seguir.

Cada etapa da pesquisa de validação

contemplou a distribuição de questionário, a recepção dos pareceres dos participantes, a compilação e análise dos dados, bem como a modificação e adaptação da Avaliação Terapêutica Ocupacional. Contou também com a consecutiva construção de um novo questionário,

enviado ao painel de juízes especialistas, para nova apreciação.

O processo de validação, do envio dos convites à análise da terceira rodada, teve duração de doze meses. O consenso, qualitativo e quantitativo, foi

**Tabela 1.** Síntese das três rodadas do processo de validação – técnica Delphi.

Rodada da técnica Delphi		Resultado
1ª rodada	Envio aos juízes especialistas da ATO <sub>1</sub> – versão inicial. Os juízes deveriam julgar: clareza, objetividade, conteúdo, linguagem, estrutura.	Caracterização do painel de juízes especialistas. Adequação da ATO <sub>1</sub> resultando na ATO <sub>2</sub> e construção de um manual para sua aplicação. IVC total = 0,892 (89,2%)
2ª rodada	Envio da ATO <sub>2</sub> (Avaliação e manual) aos juízes especialistas – julgamento das adequações anteriores.	Adequação da ATO <sub>2</sub> e seu respectivo manual resultando na ATO <sub>3</sub> e adequação do manual. IVC total = 0,941 (94,1%)
3ª rodada	Envio da ATO <sub>3</sub> – julgamento das alterações realizadas após o resultado da 2ª etapa da técnica Delphi. Considerações, observações e sugestões gerais quanto ao instrumento em validação.	Estabelecido consenso. Versão final validada da ATO e seu manual. IVC total = 0,979 (97,9%)

Fonte: Silva (2020).

estabelecido na terceira rodada da técnica Delphi, o que está em conformidade com a literatura de referência – que aponta a realização de duas a quatro rodadas para obtenção de consenso (Kayo & Securato, 1997; Powell, 2003; Almeida et al., 2009; Waggoner et al., 2016; Massaroli et al., 2017; Marques & Freitas, 2018).

## 1ª rodada da técnica Delphi

A 1ª etapa do processo de validação, através da técnica Delphi, compreendeu o envio da avaliação construída em Silva (2016): Avaliação Terapêutica Ocupacional para Adolescentes e Adultos com Deficiência Visual (aqui chamada de ATO<sub>1</sub>).

A submissão do primeiro questionário aos juízes especialistas teve como objetivo a análise geral da avaliação, visando o julgamento do conteúdo, escopo da avaliação, linguagem, estrutura, clareza e objetividade. O primeiro questionário deve ser estruturado partindo de questões iniciais mais amplas e exploratórias, para aproximação dos participantes à temática estudada (Almeida et al., 2009).

Como resultado da 1ª rodada foi possível a caracterização do painel de juízes especialistas que corresponderam aos critérios da pesquisa. Participaram quatro terapeutas ocupacionais e quatro fonoaudiólogos, um participante com mestrado em andamento, três com mestrado concluído, três com doutorado em andamento e um com doutorado concluído. Em relação ao conhecimento e experiência, todos declararam ser conhecedores da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF. Cinco referiram a deficiência visual e reabilitação em deficiência visual. Quatro disseram ter conhecimento e experiência em avaliação da visão funcional e em Terapia Ocupacional. Três juízes declararam conhecimentos quanto ao processo de avaliação em Terapia Ocupacional e um em processos de validação e confiabilidade de instrumentos de avaliação.

A escolha dos juízes especialistas é fundamental e influencia diretamente na qualidade da pesquisa. Grupos heterogêneos, a partir de olhares variados, geram informações, sugestões e soluções heterogêneas e complementares, o que oportuniza e possibilita novas perspectivas à pesquisa (Grant & Davis, 1997; Powell, 2003; Habibi et al., 2014; Revorêdo et al., 2015; Waggoner

et al., 2016; Marques & Freitas, 2018). De acordo com Marques e Freitas, “é importante que o painel seja equilibrado entre imparcialidade e interesse no assunto e que seja variado em termos de experiência, áreas de especialidade e perspectivas em relação ao problema” (2018, p.395).

O questionário da 1ª rodada da técnica Delphi foi composto por treze questões, através de duas modalidades diferentes e complementares de perguntas para a coleta das informações – resposta em cinco pontos, respostas dicotômicas e abertas. Na tabela 2, são apresentadas afirmações, para cada afirmação o participante deveria conferir sua opinião entre cinco possibilidades: discordo completamente, discordo parcialmente, nem concordo e nem discordo, concordo parcialmente e concordo completamente. Para o cálculo de índice de validade de conteúdo item, os dois últimos pontos devem ser considerados.

Após (tabela 3) foram apresentadas perguntas em que a resposta deveria ser classificada em dois pontos: “sim” e “não”. Havia um espaço próprio para o participante dissertar sobre suas opiniões, tecer considerações e observações. O especialista foi estimulado constantemente a aprofundar suas respostas e, assim, auxiliar nas adequações da Avaliação Terapêutica Ocupacional (ATO) e na formulação de um novo questionário. Isso possibilitou chegar nas etapas seguintes do processo de validação, isto é, em novas rodadas da técnica Delphi.

O índice de validade de conteúdo total obtido foi de 0,892 (89,2%) o que, até o momento, correspondeu a  $\leq 0,90$  ou 90% estabelecido como índice de

**Tabela 2.** Julgamento dos juízes especialistas sobre a ATO<sub>1</sub> – 1ª rodada técnica Delphi – Avaliação em cinco pontos.

Afirmações	Grau de concordância (n e IVC item %)					
	n = 8					
	DC	DP	NN	CP	CC	IVC item
1. Na minha opinião, a maneira como a ATO está organizada é adequada.	-	-	2 25%	1 12,5%	5 62,5%	0,75 ou 75%
2. Na minha opinião, a ordem dos tópicos da ATO está adequada.	-	-	1 12,5%	1 12,5%	6 75%	0,875 ou 87,5%
3. Na minha opinião, a ATO está escrita com linguagem acessível.	-	-	-	3 37,5%	5 62,5%	0,1 ou 100%
4. Na minha opinião, a ATO está escrita de forma clara.	-	-	-	2 25%	6 75%	0,1 ou 100%
5. Na minha opinião, a ATO está escrita de forma objetiva.	-	-	1 12,5%	1 12,5%	6 75%	0,875 ou 87,5%
6. Na minha opinião, a ATO apresenta informações suficientes para sua compreensão.	-	1 12,5%	1 12,5%	2 25%	4 50%	0,75 ou 75%
DC: Discordo completamente - DP: Discordo parcialmente - NN: Nem concordo e nem discordo - CP: Concordo parcialmente – CC: Concordo completamente						

Fonte: Silva (2020).

concordância mínimo para sua validade. Após a análise, nenhuma questão foi excluída da Avaliação. Entretanto, tornou-se compulsória a modificação da sequência dos itens (questão 7 – tabela 3), uma vez que obteve IVC item = 0,625 (62,5%) favorável às alterações na Avaliação. Para outras quatro questões, o IVC item foi 0,75 (75%) necessitando de revisão e adequação (questão 1, questão 6 – tabela 2; questão 11.4, questão 11.8 – tabela 3).

Destacaram-se algumas necessidades apontadas pelos juízes nas questões que receberam IVC item  $\leq 0,78$  (78%), como:

- A construção de um manual que visasse a contextualização da Avaliação Terapêutica Ocupacional, seus objetivos, base teórica, métodos sugeridos de aplicação, preenchimento das informações e análise das respostas identificadas. Apesar da ATO<sub>1</sub> ter instruções iniciais, nem todos os aspectos soli-

**Tabela 3.** Julgamento dos juízes especialistas sobre a ATO<sub>1</sub> – 1ª rodada técnica Delphi – Avaliação em dois pontos.

Questões	Grau de concordância (n e IVC item %) n=8	
	Sim	Não
7. Você mudaria a sequência dos itens da ATO? (sequência atual: instruções gerais, dados pessoais, aspectos visuais, entrevista semiestruturada, atividade prática, instruções e quadros para atividade prática)	5 62,5%	3 37,5%
8. A ATO possui extensão adequada, tendo em vista os aspectos que pretende avaliar?	7 87,5%	1 12,5%
9. A ATO possui alguma palavra difícil de compreender seu significado?	-	8 100%
10. A ATO possui alguma palavra que tenha duplo sentido ou dupla interpretação?	-	8 100%
11. Considero que a ATO contempla os aspectos:		
11.1 Aspectos visuais	8 100%	-
11.2 Funcionalidade da pessoa com deficiência visual	8 100%	-
11.3 Dificuldades cotidianas da pessoa com deficiência visual	8 100%	-
11.4 Restrições na participação da pessoa com deficiência visual	6 75%	2 25%
11.5 Limitação na realização das atividades da pessoa com deficiência visual	8 100%	-
11.6 Capacidades da pessoa com deficiência visual	7 87,5%	1 12,5%
11.7 Interesses da pessoa com deficiência visual	7 87,5%	1 12,5%
11.8 Expectativas da pessoa com deficiência visual	6 75%	2 25%
11.9 Barreiras ambientais da pessoa com deficiência visual	8 100%	-
11.10 Facilitadores ambientais da pessoa com deficiência visual	7 87,5%	1 12,5%
12. A ATO, como um todo, mostrou-se viável de ser aplicada?	8 100%	-
13. Na sua opinião, o nome da ATO é adequado? (Avaliação Terapêutica Ocupacional para Adolescentes e Adultos com Deficiência Visual)	8 100%	-

Fonte: Silva (2020).

citados e sugeridos pelos juízes eram contemplados. Segundo alguns especialistas, a ausência de um manual dificulta a compreensão da avaliação, prejudicando, inclusive, sua clareza e aplicabilidade;

- Mudança da disposição das instruções de cada questão. Anteriormente, havia um quadro inicial com as instruções gerais de todos os itens da Avaliação reunidas. A partir das sugestões, houve a aproximação da instrução com seu respectivo item/questão, no decorrer do corpo da Avaliação;
- Inclusão do item “relações íntimas”;
- Necessidade de identificação das expectativas da pessoa com deficiência visual, tanto em relação à Avaliação Terapêutica Ocupacional, quanto ao processo de reabilitação que estaria iniciando e/ou participando.

Outras sugestões foram apontadas pelo painel de participantes que, embora não tenham impactado no valor de índice de validade de conteúdo item, representaram opiniões relevantes, como por exemplo, a inclusão de itens, como “religião” e “atividades domésticas”; reformulação do quadro sobre as atividades de vida diária.

A ATO<sub>1</sub> possuía dois quadros. No primeiro, a pessoa com deficiência visual poderia referir dificuldades em realizar ou participar de determinadas atividades cotidianas. As atividades elencadas na Avaliação Terapêutica Ocupacional foram identificadas em pesquisas com pessoas com deficiência visual (Silva, 2016). No segundo quadro, era possível qualificar o nível de dificuldade das atividades

identificadas como difíceis, através dos qualificadores da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF. A partir da modificação sugerida nessa rodada, os dois quadros foram unidos, tornando-os mais autoexplicativos e fáceis de preencher.

Todas as observações, críticas e sugestões foram analisadas pela pesquisadora. Foram incorporadas à Avaliação, parcial ou totalmente, as considerações que correspondessem à literatura utilizada como base teórica e que se mostraram relevantes ao tema proposto: uma avaliação dentro das competências do terapeuta ocupacional e do escopo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF para pessoas com deficiência visual, adolescentes e adultos.

A partir do cálculo de índice de validade de conteúdo item, como resultado da 1ª rodada (tabelas 1, 2 e 3), pelo julgamento dos juízes especialistas, a Avaliação apresenta linguagem acessível, escrita clara e objetiva, ordem dos tópicos e extensão adequadas. Não possui palavras difíceis de compreender o significado e nem palavras de duplo sentido e interpretação. Ainda segundo o painel, a Avaliação Terapêutica Ocupacional contempla os aspectos visuais, a funcionalidade, dificuldades cotidianas, limitações, capacidades, interesses, barreiras e facilitadores da pessoa com deficiência visual, mostrando-se viável de ser aplicada e com nome adequado ao que se propõe.

As adequações realizadas na ATO<sub>1</sub> deram origem à ATO<sub>2</sub> e ao seu manual de aplicação. Tais adequações foram julgadas na 2ª rodada da técnica Delphi.

## 2ª rodada da técnica Delphi

A 2ª etapa da técnica Delphi, para validação da Avaliação Terapêutica Ocupacional, deu-se a partir do envio da ATO<sub>2</sub>, e seu respectivo manual, aos juízes especialistas (tabela 1).

O questionário da 2ª rodada teve sua origem nas modificações, sugestões e observações realizadas durante a 1ª etapa pelos juízes. Nesse momento da pesquisa, buscou-se, assim como aponta a literatura, o aprofundamento de perguntas e aspectos relacionados à Avaliação Terapêutica Ocupacional para que, ao final, fosse obtida uma avaliação validada (Almeida et al., 2009).

Todas as 17 questões da 2ª rodada (tabela 4) possuíam espaço apropriado para expressão de comentários, sugestões e opiniões. Ao final, mais um espaço foi aberto para observações e sugestões – que não estavam contempladas nas perguntas realizadas. Os espaços que estavam em aberto, para que os participantes dissertassem, foram fundamentais para a análise qualitativa dos dados e para gerar mudanças na Avaliação (Kayo & Securato, 1997). Os participantes eram constantemente estimulados a acrescentar comentários para auxiliar nas adequações da ATO<sub>2</sub>.

Como resultado da 2ª rodada, nenhuma questão recebeu concordância IVC item  $<0,75$  (75%). Entretanto, uma questão recebeu IVC item =  $0,75$  (75%) (questão 2 – tabela 4), referente ao conteúdo e à extensão das informações sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF dispostas no manual, sendo compulsoriamente revista. Dois participantes discordaram quanto à necessidade de inclusão do

conteúdo da Classificação. Entretanto, apenas um deles expressou sua opinião. De acordo com o especialista, espera-se que o avaliador já tenha tal conhecimento ou, ao menos, que o busque na bibliografia de referência. Referiu que, havendo necessidade de o conteúdo permanecer no manual, deva estar mais sucinto e direcionar o terapeuta ocupacional para leituras complementares.

Na 2ª rodada, apesar do IVC total =  $0,941$  (94,1%) obtido, os juízes especialistas contribuíram com observações e sugestões importantes e relevantes à Avaliação. Tais comentários só foram possíveis com a presença dos espaços em aberto, dispostos no decorrer do questionário (Kayo & Securato, 1997). Embora o valor de índice de validade de conteúdo total estivesse em conformidade com o valor padronizado, não houve estabilidade nas sugestões, o que não representou o consenso, não permitindo considerar a Avaliação válida.

Embora não tenham impactado nos valores de índices de validade de conteúdo item e total, alguns outros comentários e sugestões foram oferecidos pelos juízes, como:

- A diminuição do conteúdo do manual de uma forma geral, tornando-o mais conciso e objetivo;
- Adequação de questões referentes ao ambiente domiciliar, acrescentando questões mais amplas sobre as atividades nesse ambiente, incluindo a identificação de facilitadores e barreiras;
- Em relação ao aspecto da religião, adicionado a esta nova versão (ATO<sub>2</sub>), a partir da sugestão de inclusão na ATO<sub>1</sub>, houve apenas um questionamento, isto

é, se haveria de fato relevância tal informação para a compreensão do papel dessa atividade na vida da pessoa

com deficiência visual. Por tratar-se de uma questão importante, há a necessidade de justificá-la.

**Tabela 4.** Julgamento dos juízes especialistas sobre a ATO<sub>2</sub> – 2ª rodada técnica Delphi – Avaliação em dois pontos.

Questões	Grau de concordância (n e IVC item %)	
	Sim	Não
1. Construção de um manual com informações sobre objetivo da ATO, estrutura da avaliação, métodos de aplicação e terminologias empregadas. Você acredita que o manual construído possui informações suficientes para a aplicação da ATO por terapeutas ocupacionais?	8 100%	-
2. Inclusão de breve explicação sobre a CIF, seus objetivos, componentes e qualificadores. Você acredita ser importante ter uma breve explicação sobre a CIF no manual?	6 75%	2 25%
3. Inclusão de breve explicação sobre a CIF, seus objetivos, componentes e qualificadores. Você acredita que as informações oferecidas sobre a CIF são suficientes para a aplicação da ATO?	8 100%	-
4. As instruções específicas de cada questão foram colocadas imediatamente antes da pergunta que lhe diz respeito. Você concorda com a nova disposição das instruções de cada pergunta?	7 87,5%	1 12,5%
5. Adequação da numeração das tabelas e quadros; revisão dos números das questões. Você concorda com essas alterações?	8 100%	-
6. Inclusão, no item dados pessoais, sobre religião. Você concorda com o acréscimo dessa questão?	7 87,5%	1 12,5%
7. Melhores descrições referentes à escolaridade e atividade profissional, no item dados pessoais. Você concorda com essas alterações?	7 87,5%	1 12,5%
8. Alteração e adequação da questão 4.4 "Dificuldades nas atividades básicas e instrumentais de vida diária". Você concorda com a mudança no quadro das atividades com a junção do quadro de magnitude da dificuldade?	8 100%	-
9. Inclusão de "relações íntimas" no quadro de atividades com possível dificuldade (pergunta 4.4). Você concorda com a inclusão desta atividade?	8 100%	-
10. Na pergunta 4.5, você concorda com o novo formato ao questionar sobre as atividades prioritárias para o processo de reabilitação?	8 100%	-
11. Inclusão de perguntas gerais sobre atividades domésticas, na questão 5. Você concorda com a inclusão de perguntas referentes às atividades e ambiente doméstico?	8 100%	-
12. Sobre a questão 5.1., acredita que as questões feitas sejam relevantes?	7 87,5%	1 12,5%
13. Inclusão e adequação de perguntas nas atividades profissionais, na questão 5.3. Você concorda com tais alterações e adequações?	7 87,5%	1 12,5%
14. Adequação e inclusão das instruções para aplicação da questão 6 "relacionamento interpessoal". Você acredita que agora, com a presença das instruções, a questão 6 ficou mais fácil de interpretar e perguntar ao avaliado?	8 100%	-
15. Na questão 7, "aspecto socioemocional", houve a inclusão de perguntas. Você concorda com o acréscimo?	8 100%	-
16. Inclusão de quadro final com a descrição dos códigos utilizados na ATO. Você acredita ser importante ter o quadro ao final da ATO?	7 87,5%	1 12,5%
17. Inclusão das receitas sugeridas para realização da atividade prática de culinária. Você acredita ser importante as receitas constarem ao final da ATO?	8 100%	-

Fonte: Silva (2020).

Atividades de expressão religiosa e espiritual, para a Terapia Ocupacional, são consideradas atividades instrumentais de vida diária e, portanto, determinantes na vida dos sujeitos. A religião e a espiritualidade podem consistir em maneiras distintas de realizar a mesma atividade. Podem promover a participação social, também podem ser consideradas atividades de lazer ou mesmo profissionais. Podem levar à rituais específicos, vestimentas específicas, levar à hábitos. A religiosidade e a espiritualidade podem influenciar diretamente na maneira como a deficiência é percebida, vivida e encarada pessoal e socialmente. Além disso, pode ser tanto uma barreira como um fator facilitador para a pessoa com deficiência (AOTA, 2015).

A partir da análise pelo cálculo do índice de validade de conteúdo item, os participantes julgaram o manual com informações suficientes para a aplicação da Avaliação Terapêutica Ocupacional e aceitaram as adequações resultantes da 1ª rodada.

Como resultado da 2ª rodada da técnica Delphi para validação, há a nova versão da Avaliação Terapêutica Ocupacional, chamada aqui de ATO<sub>3</sub>, com a separação estética do manual e da Avaliação propriamente dita. O conteúdo de seu manual é reduzido, mais objetivo, possibilita e estimula o profissional terapeuta ocupacional a consultar fontes originais na literatura, para seu aprofundamento teórico, além da adição e reorganização de itens.

### 3ª rodada técnica Delphi

A 3ª rodada teve início com o envio da ATO<sub>3</sub> aos juízes especialistas. Todas as perguntas do questionário (tabela 5) possuíam espaço apropriado para expressão de opiniões. Os participantes foram constantemente estimulados a acrescentar comentários para auxiliar nas adequações da ATO<sub>3</sub>.

**Tabela 5.** Julgamento dos juízes especialistas sobre a ATO<sub>3</sub> – 3ª rodada técnica Delphi – Avaliação em dois pontos.

Questões	Grau de concordância (n e IVC item %)	
	Sim	Não
1. O manual sofreu mudanças, resultando em um corpo de texto mais sucinto. Você está de acordo com as alterações no manual, como um todo?	8 100%	-
2. O texto sobre a explicação da CIF sofreu alterações, passando a apresentar-se com menos detalhes sobre sua aplicabilidade, estrutura e códigos. O avaliador é convidado a consultar as referências da Organização Mundial da Saúde sobre o assunto. Você concorda com a alteração realizada?	8 100%	-
3. No item "dados pessoais - escolaridade" acrescentou-se a informação "pós-graduação". Você concorda com a inserção?	8 100%	-
4. As instruções de cada item passaram a ter destaque em quadros para uma separação estética. Você concorda com a alteração e a nova apresentação?	8 100%	-
5. O item 5.1 "atividades domésticas" foi reorganizado e uma questão foi adicionada. Você concorda com as alterações realizadas?	8 100%	-
6. Após as alterações resultantes da 1ª e 2ª rodadas, você acredita que a ATO esteja pronta para ser utilizada?	7 87,5%	1 12,5%

Fonte: Silva (2020).

Nesta rodada da técnica Delphi não houve exclusão de nenhum item na Avaliação Terapêutica Ocupacional, bem como a necessidade compulsória de adequações. Não foram sugeridas alterações e oferecidas opiniões que provocassem uma nova rodada de questionário. Os comentários do painel de juízes foram positivos quanto às mudanças ocorridas durante o processo de validação.

Os participantes julgaram a Avaliação e seu manual como adequados, seja em seu conteúdo, estrutura, clareza, aplica-

bilidade, linguagem e objetividade. Sendo considerada estável diante da ausência de novas sugestões de modificações e com o índice de validade de conteúdo total de 0,97 (97,91%), a Avaliação Terapêutica Ocupacional (ATO) para Adolescentes e Adultos com Deficiência Visual passou a ser considerada válida. A tabela 6 ilustra a organização da Avaliação, após o processo de validação.

Destacamos que, apesar da literatura apontar para a tendência de perda de participantes em pesquisas que fazem

**Tabela 6.** Organização da Avaliação Terapêutica Ocupacional (ATO) para Adolescentes e Adultos com Deficiência Visual, após o processo de validação.

Informações prévias	
Manual da ATO	Constam informações e orientações ao avaliador para a aplicação da ATO, interpretação dos resultados e conceitos empregados.
Avaliação propriamente dita	
I. Identificação dos dados pessoais	Coleta de informações dos fatores pessoais.
II. Informações dos aspectos visuais	Inclui diagnóstico oftalmológico, preferência de iluminação, uso de recursos ópticos, não ópticos, cansaço visual, dados das funções visuais. Em anexo, constam as avaliações das funções visuais sugeridas.
III. Entrevista semiestruturada	Inclui informações das atividades cotidianas, dificuldades nas AVDs e AIVDs, atividades educacionais e profissionais, relacionamento interpessoal, aspecto socioemocional.
IV. Observação direta	Realização de tarefa funcional e preenchimento da lista mínima de componentes da CIF para qualificação das capacidades apresentadas.

Fonte: Silva (2020).

uso da técnica Delphi, conforme novas rodadas são desenvolvidas, nesta pesquisa, os oito participantes permaneceram ativos durante todo o processo de validação. De acordo com Grisham (2009) e Marques e Freitas (2018), a seleção do painel deve ser cuidadosa, sendo características importantes o comprometimento e a disponibilidade em participar de múltiplas rodadas. Coutinho et al. (2013) e Waggoner et al. (2016), identificaram em suas pesquisas que a taxa de retorno e participação, em novas rodadas, eram inversamente proporcionais. Quanto mais rodadas eram desenvolvidas, menos especialistas mantinham a participação.

Outro fator que cabe destaque para reflexão possui relação com os espaços em aberto, disponíveis nos questionários. Como evidenciado, principalmente nos resultados da 2ª rodada, os especialistas contribuíram com sugestões e comentários importantes para a validação da Avaliação, que só foram possíveis com a abertura desses espaços para sua expressão. Caso contrário, a Avaliação Terapêutica Ocupacional poderia ser considerada válida quantitativamente na 2ª rodada da técnica. O aprimoramento da Avaliação e o aprofundamento das questões nas 2ª e 3ª rodadas só foram possíveis a partir da opinião dos especialistas. Dessa forma, apesar da literatura não apontar um padrão para a construção dos questionários (Faro, 1997; Kayo & Securato, 1997; Marques & Freitas, 2018), a presença de espaços para os comentários foi identificada como fundamental para o desenvolvimento da técnica Delphi (Kayo & Securato, 1997).

A Avaliação Terapêutica Ocupacional possibilita a realização da entre-

vista semiestruturada, que identifica os fatores relacionados ao desempenho da pessoa com deficiência visual, realizando e participando das atividades em seu ambiente habitual. Possibilita também a observação direta em avaliação, através da realização de tarefas funcionais em ambiente padrão, sendo possível a observação das capacidades da pessoa. Ao fazer uso dessas duas estratégias, a Avaliação apresenta-se potente para a identificação dos fatores ambientais, como influenciadores diretos na realização e participação de adolescentes e adultos com deficiência visual em atividades cotidianas. De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde -CIF, "a lacuna entre a capacidade e o desempenho reflete a diferença entre os impactos dos ambientes habitual e uniforme, fornecendo, assim, uma orientação útil sobre o que pode ser feito ao ambiente do indivíduo para melhorar seu desempenho" (OMS, 2015, p.268).

Sendo assim, ao utilizar a Avaliação Terapêutica Ocupacional, o terapeuta aproxima-se do relato da pessoa avaliada sobre os aspectos que, do ponto de vista do indivíduo, influenciam no seu cotidiano, são importantes e significativos. Também consegue observar as capacidades e as dificuldades em *setting* terapêutico, qualificar a magnitude da dificuldade apresentada e identificar demandas terapêuticas não verbalizadas pelo avaliado.

Finalmente, a Avaliação propõe, ao dialogar com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, o deslocamento do cuidado e do olhar terapêutico ocupacional sobre saúde, funcionalidade e deficiência como aspectos isolados. Considera

a deficiência como resultado do corpo, com suas estruturas e funções, interagindo com fatores pessoais e externos, contextuais e ambientais, de natureza individual, familiar, histórica, social e cultural. Todos esses aspectos interferem diretamente na funcionalidade da pessoa, que experiência de forma particular sua vida e permite, assim, um fazer singularizado.

## Conclusões

Este manuscrito descreveu o processo de validação da Avaliação Terapêutica Ocupacional (ATO) para Adolescentes e Adultos com Deficiência Visual, por meio de um painel de especialistas.

A técnica Delphi prevê um período ampliado de coleta de dados. Entretanto, o tempo para realização da validação, do convite à análise da última rodada, que ocorreu durante doze meses ininterruptos, é identificado como uma limitação. Embora não tenha levado a perda de especialistas nesta pesquisa, esse pode ser um fator determinante para a manutenção dos participantes, pois pode prejudicar o processo de validação, caso a diminuição de especialistas, entre as rodadas, seja significativa. Desta forma, a identificação de participantes em potencial, assim como já referido anteriormente neste manuscrito, deve ser cuidadosa.

Após três rodadas da técnica Delphi, a Avaliação Terapêutica Ocupacional é considerada válida em face e conteúdo, sob o julgamento de especialistas, podendo, agora, ser utilizada por terapeutas ocupacionais brasileiros. É um instrumento de avaliação que avalia o que se propõe, possui linguagem acessível, estrutura e conteúdo relevantes, claros,

objetivos, adequados para atingir seu objetivo máximo: avaliar a funcionalidade de adolescentes e adultos com deficiência visual, por meio dos métodos de entrevista e observação direta. Identifica as principais ocupações e atividades cotidianas, limitações na realização e participação em atividades, faz o rastreio de facilitadores e barreiras ambientais e a observação das capacidades por meio de tarefa funcional. Além disso, aproxima o profissional do conhecimento da realidade da pessoa com deficiência visual a partir do olhar do avaliado, firmando o protagonismo no próprio processo de reabilitação.

A Avaliação Terapêutica Ocupacional padroniza a avaliação em Terapia Ocupacional para adolescentes e adultos com deficiência visual. Utiliza linguagem universal através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde –CIF, o que facilita o diálogo entre terapeutas ocupacionais e entre esses e outros profissionais da rede de cuidado. Viabiliza a avaliação e a reavaliação, o que contribui para a análise das intervenções.

Por fim, após amplas pesquisas, será possível a formação de banco de dados sistematizado, com informações essenciais para compreender a realidade de adolescentes e adultos com deficiência visual, permitindo com isso o planejamento e a implementação de ações e políticas públicas que garantam a plena realização e participação em atividades cotidianas.

## Referências

- Alexandre, N. M. C. & Coluci, M. Z. O. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7),3061-3068. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
- Almeida, M. H. M. (2003). *Validação do instrumento CICAc: Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado* [Tese de doutorado]. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- Almeida, M. H. M. (2004). Elaboração e validação do instrumento CICAc: classificação de idosos quanto à capacidade para o autocuidado. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 15(3), 112-20. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v15i3p112-120>
- Almeida, M. H. M., Spínola, A. W. P, Iwamizu, P. S., Okura, R. I. S, Barroso, L. P. & Lima, A. C. P. (2008). Confiabilidade do Instrumento para Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado. *Revista de Saúde Pública*, 42(2), 317-323. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008005000003>
- Almeida, M. H. M., Spínola, A. W. P & Lancman, S. (2009). Técnica Delphi: validação de um instrumento para uso do terapeuta ocupacional em gerontologia. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 20(1), 49-58. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v20i1p49-58>
- American Occupational Therapy Association [AOTA] (2015). Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo - 3ª ed traduzida. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 26(esp), 1-49. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26iespp1-49>
- Coutinho, S. S., Freitas, M. A., Pereira, M. J. B., Veiga, T. B., Ferreira, M. & Mishima, S. M. (2013). O uso da técnica Delphi na pesquisa em atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Revista Baiana Saúde Pública*, 37(3), 582-596. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2013.v37.n3.a398>
- Cruz, D. M. C. (2018). Os modelos de Terapia Ocupacional e as possibilidades para a prática e pesquisa no Brasil. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*, 2(3), 504-517. <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/18436>
- De Carlo, M. M. R. P. & Bartalotti, C. C. (2001). Caminhos da Terapia Ocupacional. Em M. M. R. P. De Carlo & C. C. Bartalotti (orgs.), *Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas* (pp.19-40). Plexus Editora.
- Dickie, V. (2011). O que é Ocupação? Em E. B. Crepeau, E. S. Cohn e B. A. B. Schell, *Terapia Ocupacional: Willard & Spackman* (pp. 66-74). Guanabara Koogan.
- Faro, A. C. M. (1997). Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, (31), 259-273. <https://doi.org/10.1590/S0080-62341997000200008>

- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. Atlas.
- Grant, J. S. & Davis, L. L. (1997). Selection and use of content experts for instrument development. *Research in Nursing & Health*, 20, 269–274. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199706\)20:3%3C269::AID-NUR9%3E3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199706)20:3%3C269::AID-NUR9%3E3.0.CO;2-G)
- Grisham T. (2009). The Delphi technique: a method for testing complex and multifaceted topics. *International Journal of Managing Projects in Business*, 2(1), 112-130. <https://doi.org/10.1108/17538370910930545>
- Habibi, A., Sarafrazi, A. & Izadyar, S. (2014). Delphi technique theoretical framework in qualitative research. *The International Journal Of Engineering And Science*, 3(4), 08-13.
- Kayo, E. K. & Securato, J. R. (1997). Método Delphi: fundamentos, críticas e vieses. *Cadernos de Pesquisa em Administração*, 1(4), 51-61.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382-5. <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>
- Marques, J. B. V. & Freitas, D. (2018). Método Delphi: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. *Pro-Posições*. 29(2), 389-415. <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>
- Martins, G. A. (2006). Sobre confiabilidade e validade. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*, 8(20), 1-12. e: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/6471/sobre-confiabilidade-e-validade/i/pt-br>
- Massaroli, A., Martini, J. G., Lino, M. M., Spenassato, D. & Massaroli, R. (2017). Método Delphi como referencial metodológico para a pesquisa em enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(4), 1-9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001110017>
- Medeiros, M. H. R. (2010). *Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social*. EdUFSCAR.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2015). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Trad. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. EDUSP.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, (29), 489-497. <https://doi.org/10.1002/nur.20147>
- Powell, C. (2003). The Delphi technique: myths and realities. *Journal of advanced nursing*, 41(4), 376-382. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02537.x>
- Revorêdo, L. S., Maia, R. S., Torres, G. V. & Maia, E. M. C. (2015). O uso da técnica Delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 22(2), 16-21. <https://doi.org/10.17696/2318-3691.22.2.2015.136>
- Silva, M. R. (2016). *Avaliação terapêutica ocupacional para adolescentes e adultos com deficiência visual baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)* [Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas]. Repositório

Unicamp. <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/321851>

Silva, M. R. (2020). *Validação da Avaliação Terapêutica Ocupacional (ATO) para Adolescentes e Adultos com Deficiência Visual* [Tese de doutorado a ser publicada]. Programa de Pós-Graduação em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, Universidade Estadual de Campinas -UNICAMP.

Souza, A. C., Alexandre, N. M. C. & Guirardello, E. B. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e Serviços De Saúde*, 26(3), 649-659. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>

Waggoner, J., Carline, J. & Durning, S. J. (2016). Is there a consensus on consensus methodology? Descriptions and recommendations for future consensus research. *Academic Medicine*, 91(5),663–668. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001092>

# Aproximaciones a la práctica de Terapia Ocupacional en salud pública: una revisión temática

Approaches to Occupational Therapy practice in public health:  
A thematic review

Abordagens para a prática da Terapia Ocupacional em saúde pública:  
uma revisão temática

Lady Dayana Ramos Ramos<sup>1</sup>

Danny Giseth Herrera Páez<sup>2</sup>

Paula Alejandra Sánchez López<sup>3</sup>

Claudia Patricia Rojas Castillo<sup>4</sup>

Recibido: 1 de mayo 2019 • Enviado para modificación: 23 de diciembre 2019 • Aceptado: 25 de febrero 2020

Ramos-Ramos, L.D., Herrera-Páez, D.G., Sánchez-López, P.A. y Rojas-Castillo, C.P. (2020). Aproximaciones a la práctica de Terapia Ocupacional en salud pública: una revisión temática. *Revista Ocupación Humana*, 20 (1), 49-63. <https://doi.org/10.25214/25907816.948>

## RESUMEN

La Terapia Ocupacional ha ampliado su actuación en diferentes campos, uno de ellos, el de la salud pública. Este artículo realiza una aproximación a los antecedentes de la práctica de la profesión en ese escenario. Para identificar este recorrido, se revisaron 18 artículos, tres documentos institucionales y dos tesis de pregrado en los cuales se encontraron antecedentes teóricos, de investigación y experiencias en Sudáfrica, India, España, Canadá, Estados Unidos, Chile, Brasil, Argentina, Venezuela y Colombia. Se enfatizó en el contexto colombiano identificando aspectos relevantes en el *Perfil profesional y competencias del terapeuta ocupacional*. Se concluye que la Terapia Ocupacional puede generar un impacto

<sup>1</sup>Terapeuta Ocupacional. Club de Infancia. Bogotá, Colombia. [ldramosr@unal.edu.co](mailto:ldramosr@unal.edu.co)  
 <https://orcid.org/0000-0003-2442-1179>

<sup>2</sup>Terapeuta Ocupacional. RehaSer SAS. Bogotá, Colombia. [dgherrerap@unal.edu.co](mailto:dgherrerap@unal.edu.co)  
 <https://orcid.org/0000-0002-3103-4444>

<sup>3</sup>Terapeuta Ocupacional. Clínica Universitaria Colombia. Bogotá, Colombia. [paasanchezlo@unal.edu.co](mailto:paasanchezlo@unal.edu.co)  
 <https://orcid.org/0000-0002-0275-0601>

<sup>4</sup>Terapeuta Ocupacional. Magíster en Educación. Docente Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. [cprojasc@unal.edu.co](mailto:cprojasc@unal.edu.co)  <https://orcid.org/0000-0002-9616-4696>

determinante desde la atención primaria en salud, a partir de acciones a nivel individual y colectivo que contribuyen al mejoramiento de la salud de las comunidades.

### **PALABRAS CLAVE**

Terapia Ocupacional, salud pública, promoción de la salud, atención primaria en salud

### **ABSTRACT**

Occupational Therapy has broadened its performance in different fields, including public health. This article approaches the background of Occupational Therapy practice in that field. Upon revision of 18 articles, three institutional documents and two undergraduate dissertations to identify this path, we found theoretical and research background, and experiences in South Africa, India, Spain, Canada, United States, Chile, Brazil, Argentina, Venezuela, and Colombia. The Colombian context was further explored, identifying relevant aspects of the occupational therapist's professional profile and competencies. It was concluded that occupational therapy could generate a decisive impact right from primary health care, and from both individual and collective actions, which can contribute to improving health in communities.

### **KEY WORDS**

Occupational Therapy, public health, health promotion, primary health care

### **RESUMO**

A Terapia Ocupacional tem ampliado sua atuação em diversos campos, um deles é o da saúde pública. Este artigo apresenta uma abordagem de antecedentes do exercício da profissão neste cenário. Para identificar este percurso, foram revisados 18 artigos, três documentos institucionais e dois trabalhos de graduação, nos quais foram encontrados antecedentes teóricos, de pesquisa e de experiência na África do Sul, Índia, Espanha, Canadá, Estados Unidos, Chile, Brasil, Argentina, Venezuela e Colômbia. Enfatizou-se, no contexto colombiano, identificações de aspectos relevantes no perfil profissional e nas competências do terapeuta ocupacional. Conclui-se que a Terapia Ocupacional pode gerar impacto decisivo a partir da atenção primária à saúde, com ações de nível individual e coletivo, que contribuam para a melhoria da saúde das comunidades.

### **PALAVRAS-CHAVE**

Terapia Ocupacional, saúde pública, promoção da saúde, atenção primária à saúde

---

## **Introducción**

El recorrido histórico de la Terapia Ocupacional comprende luchas y reivindicaciones sociales que han permitido su expansión en diferentes niveles, así como construir saberes sobre las ocupa-

ciones y lo que estas implican a nivel individual y colectivo. Este abordaje propio de la profesión, a través de la lectura de las personas, sus ocupaciones y la relación con su contexto o ambiente, abre

una serie de posibilidades de acción en diversos escenarios, como la participación en la estrategia de atención primaria en salud desde una perspectiva colectiva en salud pública.

Por medio de la Declaración de Alma-Ata, generada en el marco de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, en 1978, la Organización Mundial de la Salud -OMS recomendó a todos los sectores y niveles de gestión desarrollar y mantener la atención primaria en salud como estrategia para promover y proteger la salud de todas las personas, definiéndola como:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar en todas y cada una de sus etapas de desarrollo con un espíritu de autodependencia y autodeterminación. (1978, p.1)

Desde entonces, la atención primaria en salud se convirtió en el marco social y político que adoptaron muchos gobiernos como expresión de voluntades para lograr las metas en salud. Asimismo, se han encontrado otras perspectivas para comprenderla. Por ejemplo, la versión que reclaman corrientes como la medicina social proponen una visión transformadora y profunda, en una lógica integral que reconozca las desigualdades en salud y se enfoque en la transformación de sus causas estructurales (Molina, 2012, p.19).

Luego de 35 años desde la Conferencia de Alma-Ata, la Organización Mundial de la Salud ha aceptado que el cumplimiento de esos mínimos está lejos de ser una realidad en muchas partes del mundo y que, por el contrario, la distancia entre países ricos y pobres han crecido de manera considerable (Jaramillo, 2012, p.11). Por esta razón, las desigualdades en salud se han ubicado como un punto central dentro del balance sobre la implementación de la atención primaria en salud, ya que, como lo afirma Jaramillo, la estrategia fue mal interpretada, pues se confundió “con atención de primer nivel y escasa capacidad resolutive” (2012, p.12).

Es por ello que resulta importante retomar la corriente que comprende la atención primaria en salud como un conjunto de procesos que se deben orientar a la transformación de las causas estructurales de la injusticia y la desigualdad, donde las respuestas sociales al proceso salud-enfermedad se ubican en un campo de conflictos que reflejan relaciones de poder conducentes a modos de vida con enfermedades evitables y, en últimas, a inequidades en la atención a la salud y la enfermedad (Molina, 2012).

En ese sentido, la perspectiva colectiva de la salud se relaciona y complementa con una nueva meta, que incluye dar un paso importante para superar las desigualdades en salud de manera más articulada con la construcción colectiva de condiciones de vida digna, pues es clave trabajar alrededor de la relación entre salud, equidad y desarrollo (Jaramillo, 2012, p.12).

Por lo tanto, es relevante entender que la trayectoria de la salud pública y

su relación con la Terapia Ocupacional en diferentes países también refleja pugnas de diferente naturaleza y es el resultado de sus contextos sociales, políticos y culturales, y que el enfoque de salud y las posibilidades de desarrollo de la profesión son causas estructurales que determinan la salud. En consecuencia, documentar, rastrear y explorar diversas experiencias de terapeutas ocupacionales en salud pública permite identificar elementos de articulación en el hacer, poner en diálogo formas y reflexiones que contribuyan a enriquecer la práctica en este campo en diferentes contextos, con miradas territoriales y comunitarias desde la atención primaria en salud que, a su vez, permitan pequeñas transformaciones estructurales.

De esta manera, esta revisión estuvo orientada a brindar una aproximación a los antecedentes y trayectorias de la práctica de la Terapia Ocupacional en salud pública en varios países del mundo, así como a identificar elementos para la comprensión del hacer de la profesión en dicho campo en Colombia.

## Metodología

Se realizó una búsqueda de literatura empezando con los descriptores en ciencias de la salud - DeCS *Terapia Ocupacional y salud pública*. Sin embargo, dado que los resultados fueron escasos, se decidió ampliar la búsqueda con conceptos relacionados, incluyendo los descriptores *atención primaria de salud, promoción de la salud y prevención de enfermedades*.

Con estos descriptores, se buscaron artículos publicados entre los años 2000

y 2019 en revistas de Terapia Ocupacional y otras que cubren el campo de la profesión, estas fueron: Revista de Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo, Revista Argentina de Terapia Ocupacional, Revista Chilena de Terapia Ocupacional, Revista Ocupación Humana, Revista Electrónica de Terapia Ocupacional Galicia (TOG), American Journal of Occupational Therapy, Revista Colombiana de Rehabilitación y Revista de la Facultad de Medicina, y en las bases de datos OTseeker, Scielo, Electronic Library Online, Pubmed y Biblioteca Virtual en Salud (BVS - Portal de Revistas Científicas en Ciencias de la Salud).

Se revisaron publicaciones en español, inglés y portugués. Solo se tuvieron en cuenta aquellas propias de Terapia Ocupacional, cuyo título o resumen incluyera los descriptores nombrados anteriormente.

También se revisaron las páginas web oficiales de algunas organizaciones gremiales de terapeutas ocupacionales: Council of Occupational Therapists for the European Countries, Occupational Therapy Association of South Africa y Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, buscando documentos institucionales relacionados con el tema; aunque se indagó en otras páginas web de asociaciones de Terapia Ocupacional, esta exploración no fue exhaustiva y se decidió tomar las mencionadas anteriormente.

Por último, se revisaron dos trabajos de grado referidos en encuentros académicos, uno de ellos, a través de sus autores.

Una vez escogidos los textos, se tuvieron en cuenta los siguientes elementos para el análisis: procedencia geo-

gráfica, rol del terapeuta ocupacional, enfoque u objetivos de atención (si se mencionan), acciones desarrolladas y resultados esperados.

## Resultados

En total se identificaron y analizaron 18 artículos, tres documentos institucionales y dos trabajos de pregrado con antecedentes de Sudáfrica, India, España, Canadá, Estados Unidos, Chile, Argentina, Brasil, Venezuela y Colombia, publicados entre los años 2003 y 2018. No se encontraron documentos entre el 2000 y 2002 que cumplieran con los criterios de selección (tabla 1).

A continuación se presentan los resultados de acuerdo con su procedencia geográfica.

### Europa, Asia, África y Norteamérica

En Europa, desde el Council of Occupational Therapists for the European Countries -COTEC, conformado por las agremiaciones de 33 países, preocupados por las dificultades en la participación y el reconocimiento de los aportes de terapeutas ocupacionales en los equipos de atención primaria, se toma la decisión de generar redes para fortalecer esos procesos. De esta manera, construyen el documento *Occupational Therapy perspective on integrated care* (COTEC, 2016), donde se resalta la participación de terapeutas ocupacionales que se centran en la “habilitación en la vida diaria” y en la participación de personas de todas las edades, sus cuidadores y diferentes grupos en la sociedad. En este documento se relacionan

programas de Terapia Ocupacional dirigidos a la población con Alzheimer, Parkinson y personas que han sufrido accidentes cerebro-vasculares, pues se ha demostrado que tales intervenciones aumentan la calidad de vida y mejoran el rendimiento autopercebido en las actividades de la vida diaria.

Así mismo en India, debido a la sobrepoblación en Vellore, no todas las personas pueden acceder a la atención en salud. Por ello, con la colaboración del Asia Pacific Occupational Therapists Regional Group (APOTRG) se creó el programa Community Health and Development -CHAD, que consiste en equipos móviles de salud que hacen visitas semanales a las familias y personas que les son asignadas en cada comunidad (Kidd, 2018). En estos equipos participan terapeutas ocupacionales que desarrollan programas para facilitar el acceso al empleo; para adultos mayores, quienes presentan altas tasas de suicidio; programas de fortalecimiento de habilidades motoras finas para niños y niñas, y otros enfocados en la prevención de enfermedades.

Por otro lado, en Sudáfrica, la Occupational Therapy Association of South Africa -OTASA (2018), desde su visión sobre la práctica de Terapia Ocupacional en la atención primaria en salud, propone dar un nuevo enfoque al sistema de salud de ese país, articulando el compromiso de la profesión con la equidad y la justicia social a través de una transformación de la atención asistencialista a una más integral. La propuesta parte de la reorientación de los programas de formación de pregrado, de manera que las y los profesionales de la salud puedan responder al enfoque de atención primaria.

**Tabla 1.** Procedencia y periodos abarcados en documentos revisados.

Ubicación geográfica	Periodo
Europa, Asia, África y Norteamérica: Estados Unidos, Canadá, España, India y Sudáfrica.	2009 a 2016
Latinoamérica: Argentina, Chile, Brasil y Venezuela.	2004 a 2018
Colombia	2003 a 2018

**Fuente:** elaboración propia.

De acuerdo con Naidoo et al. (2016), el sistema de salud sudafricano reconoce que la atención en salud es un derecho de todas las personas y busca garantizar el acceso a este para toda su población, por ello, se han creado equipos de asistencia a nivel municipal, de especialistas locales y de salud escolar. Estos equipos, conformados por personal de Enfermería, Medicina, Psicología, Trabajo Social, Nutrición y Terapia Ocupacional, realizan labores de promoción de una vida saludable; prevención, detección temprana, tratamiento y manejo de enfermedades, y rehabilitación basada en la comunidad.

Entre tanto en España, la experiencia de las y los terapeutas ocupacionales en la atención primaria en salud se ha centrado en establecer equipos que tienen por objetivo mejorar el acceso a servicios de calidad, por medio de la atención integral. Lombardo y Ro-

mero (2012) destacan que, además de los aportes a las personas que presentan problemas de salud, es fundamental la participación de la comunidad en la planificación de proyectos y programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. A manera de ejemplos, citan los programas de preparación para la jubilación, de orientación sobre indicaciones y contraindicaciones para la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, y las visitas domiciliarias que facilitan el desempeño ocupacional.

En cuanto a Norteamérica, según Hammel et al. (2015), en Estados Unidos, gracias a la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible<sup>5</sup>, como estrategia de atención primaria integral existen grupos interdisciplinarios en los que participan terapeutas ocupacionales y que desarrollan programas orientados a mejorar el acceso a la

<sup>5</sup> Patient Protection and Affordable Care Act (2010), conocida como *Obamacare*.

atención y disminuir gastos al sistema de salud, por medio de estrategias que buscan evitar la readmisión a los hospitales, manejar síntomas en casa para personas con enfermedades crónicas y apoyar a las familias.

Por otro lado en Canadá, la Society of Alberta Occupational Therapists - SAOT (2016), en el documento *The role of Occupational Therapy in primary care*, reconoce que la salud es el resultado de lo que las personas hacen o no en la cotidianidad y que la Terapia Ocupacional puede desempeñar un papel importante en la promoción de la salud y el bienestar a través de la participación en actividades cotidianas y significativas. Siguiendo a Wilcock, esta Asociación propone cuatro niveles de intervención para mejorar o mantener la salud y el bienestar en la atención primaria en salud por parte de terapeutas ocupacionales. El primero es la prevención de conductas que puedan producir enfermedades; el segundo, la prevención de una mayor progresión de la enfermedad; el tercero, el mantenimiento de la salud y el bienestar en personas que viven con enfermedades crónicas, y el último, la preservación de la calidad de vida de personas con enfermedades terminales (SAOT, 2016).

## Latinoamérica

Desde Argentina, Pellegrini (2004) refiere que a la hora de hablar de promoción de la salud y trabajo comunitario, la Terapia Ocupacional participa en acciones comunitarias identificando aquellas condiciones en el ambiente físico, cultural y social que hacen la vida más difícil a cierto grupo de personas, y busca soluciones apropiadas que tengan en cuenta el panorama políti-

co que permea el sistema de salud de cada país. Afirma que las y los terapeutas ocupacionales deben formular una propuesta que focalice las necesidades de salud a largo plazo y, a su vez, desarrolle comportamientos saludables para mejorar la salud y minimizar los costos asociados a condiciones de enfermedad y discapacidad.

En Chile, Chaparro et al. (2005) mencionan que la formación de terapeutas ocupacionales en relación con la promoción y la prevención ha permitido desarrollar prácticas comunitarias en el nivel básico de atención desde una visión integral del ser humano como agente de salud, teniendo en cuenta los estilos de vida y el medio ambiente. De la misma forma, Palacios y Pino (2016) proponen una relación entre Terapia Ocupacional y salud pública que parta de la lectura de los determinantes sociales y culturales a través de la intervención comunitaria y la realización de diagnósticos participativos y epidemiológicos en los programas locales de promoción. En ese sentido, destacan la participación de Terapia Ocupacional en programas ligados a la infancia, la adultez, la salud mental, la promoción de salud, la rehabilitación basada en la comunidad, la gestión y la administración. Adicionalmente, Aróstica et al. (2018) resaltan la necesidad de hacer una lectura particular de cada territorio, de manera que se reconozcan factores culturales que pueden afectar las acciones a realizar.

Desde Brasil, Barata et al. (2015) proponen implementar acciones de promoción de la salud y clínicas, así como articular y mapear redes y estrategias colectivas realizadas en escuelas, domicilios y otros espacios de la comunidad que sirven como apoyo para

la promoción de la salud. De la misma forma, Silva y Oliver (2017) coinciden en la necesidad de que, desde Terapia Ocupacional, se desarrolle un trabajo colectivo, integrado, interprofesional e intersectorial que apoye la cualificación de las acciones, así como el acceso y la integralidad de los cuidados en la atención primaria en salud.

Entre tanto, Munguba et al. (2018) hacen un llamado a ir más allá de las intervenciones tradicionales en salud e impulsar la innovación y la investigación para hacer contribuciones teóricas y metodológicas al trabajo de la Terapia Ocupacional en otros sectores, y así lograr una mayor participación social en la sociedad capitalista y globalizada actual. En últimas, las y los terapeutas ocupacionales deben abordar la cuestión social, esto significa identificar desigualdades y desarrollar intervenciones que no se limiten a la mejora individual, sino a las condiciones colectivas de salud.

Por su parte Bianchi (2018), también desde Brasil, reflexiona sobre la importancia del territorio y las acciones colectivas en el ejercicio de la Terapia Ocupacional. Concluye que visualizar el territorio no es solo una opción de intervención, es también un instrumento que potencializa la atención terapéutica, la inserción y la participación social. Estos planteamientos toman fuerza cuando las acciones de Terapia Ocupacional se articulan con la vida cotidiana de los sujetos y las comunidades.

Narh (2014), en Venezuela, rescata la concepción humanista que considera ha hecho parte de la formación de terapeutas ocupacionales desde los inicios de la profesión, de manera que la prevención de la enfermedad y la promo-

ción de la salud que realizan deban ir más allá de las prácticas institucionalizadas y ser ejercidas en los escenarios comunitarios, logrando entender la cotidianidad de las personas y la manera como las comunidades construyen bienes comunes y justicia social. De esta forma, el papel de la Terapia Ocupacional en Latinoamérica, según la autora, no es solamente asistencial, es también social, ámbito en el que puede hacer varias contribuciones desde la promoción de la salud, aumentando el acceso a los servicios de salud, desarrollando ambientes saludables, fortaleciendo los grupos y recursos comunitarios, promocionando comportamientos saludables e incrementando los conocimientos acerca de la salud.

## Colombia

Según Peñas (2003), la Terapia Ocupacional se ha venido abriendo campo en el trabajo en comunidad, donde se propone una relación con la salud pública que exige desarrollar habilidades y destrezas de intervención a nivel comunitario en los niveles de promoción del bienestar ocupacional, prevención y rehabilitación de alteraciones o disfunciones ocupacionales. Esta autora propone algunos conceptos que considera tienen relación con la labor de la profesión en salud pública: salud colectiva; interdisciplinariedad; política pública; atención primaria en salud desde la organización y la participación de la comunidad, y rehabilitación basada en comunidad. Lo comunitario es planteado como eje transversal.

Desde otra mirada, Arango et al. (2013) realizan un análisis del papel de las y los terapeutas ocupacionales en el marco de las reformas a los sistemas de

salud, centrándose en el caso de Colombia. Mencionan que, como profesionales de salud, es importante adoptar un enfoque para entender a la persona no solo desde el momento en el que llega al acompañamiento por Terapia Ocupacional, sino como resultado de un proceso histórico que ha influenciado sus condiciones de vida, su acceso al sistema de salud y la estructura de este.

De esta manera, proponen al gremio de Terapia Ocupacional preguntarse sobre la relación salud-ocupación y la ocupación determinada por elementos del contexto físico, ambiental y social, ya que “entre los elementos que determinan la salud es preteritorio destacar la preponderancia de la ocupación que los sujetos desempeñan” (Arango et al., 2013, p.7), y teniendo en cuenta que esta influye en la posición del individuo en la estructura social y en su exposición a riesgos laborales o cotidianos, facilita o restringe el acceso a recursos sanitarios, conlleva a diferentes niveles de estrés y favorece o dificulta la adopción de hábitos saludables.

En ese sentido, estos autores señalan que “el terapeuta ocupacional sigue siendo considerado como un rehabilitador que actuaría cuando se configure una disfunción que afecte el desempeño ocupacional” (Arango et al., 2013, p.12), pues, aseguran, a pesar de los avances en ámbitos diferentes a la clínica, se mantiene el modelo biomédico tras el afán de reconocimiento de la profesión. No obstante, manifiestan que:

Con el conocimiento que se posee sobre la ocupación humana y su valor, el desempeño ocupacional y su dinámica, es factible aparecer como actores fuertes antes de la disfunción,

ser agentes del primer nivel con actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dirigir la mirada a los determinantes de la salud y la calidad de vida de individuos y poblaciones. (2013, p.12)

En ese mismo año, Garcés y Sabogal (2013), desde su trabajo de grado de pregrado en la Universidad del Valle, aportan a la determinación de las acciones de Terapia Ocupacional en la atención primaria en salud. En esta investigación presentan un panorama general de la normativa vigente, la historia de la atención primaria en salud y la opinión de profesionales en Terapia Ocupacional con experiencia en el campo. De esta manera, destacan que:

Las acciones de la Terapia Ocupacional en la estrategia de atención primaria en salud deben guiarse bajo el enfoque amplio de la misma (Conferencia Alma-Ata), puesto que el objeto de la Terapia Ocupacional es favorecer el desempeño ocupacional de las personas y colectividades, en este caso, y bajo esta estrategia sus acciones están guiadas hacia la promoción de la participación en ocupaciones significativas que generen un estado de bienestar, previniendo así situaciones como el aislamiento y poca participación en las actividades cotidianas. (Garcés y Sabogal, 2013, p.66)

A su vez, respecto a lo que podría guiar las acciones profesionales en el campo, señalan como principio:

Capacidad (...) para entender y comprender las interacciones que se dan desde el nivel individual, familiar, social y cultural entre las personas y colectividades con el fin de aportar

elementos conceptuales, filosóficos y epistemológicos a la comprensión del desempeño y la ocupación en el actual contexto social, político, económico, cultural y de conflicto armado y social que vive el país. (Garcés y Sabogal, 2013, p.65)

Por su parte, el Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional y el Ministerio de Salud y Protección Social generaron el documento *Perfil profesional y competencias del terapeuta ocupacional* (Navas y Tenorio, 2016) que incluye dominios, competencias y criterios de desempeño para terapeutas ocupacionales en Colombia; dentro de los dominios se encuentran la promoción de la salud y la salud pública. A continuación se citan, de forma textual, las competencias específicas para estos dominios.

#### Promoción de la salud

-Gestionar prácticas que impacten las determinaciones sociales, políticas y económicas de la salud de personas y colectivos y, que fomenten o mejoren la participación en ocupaciones saludables y satisfactorias.

-Aportar a la transformación positiva de las determinaciones sociales, políticas y económicas de la salud de la población colombiana, vinculadas a la relación bienestar- ocupación. (p.20)

#### Salud Pública

-Aportar en el análisis de situación poblacional a través de la comprensión de la ocupación en cualquiera de sus dimensiones y la relación con la salud y la vida en los territorios a los que se refiera.

-Aportar en la formulación de políticas públicas que promuevan la participación de las personas y las comunidades en ocupaciones saludables y significativas. (p.28)

Finalmente, Arango et al. (2018) plantean una serie de retos para la Terapia Ocupacional en salud pública y retoman la idea de profundizar en “la ocupación humana como determinante esencial de la promoción y la prevención de la enfermedad” (p.382). Señalan como primer reto entender la salud no solo desde la enfermedad y empezar a hablar de ella en positivo, como bienestar de individuos y colectivos. Afirman que las y los terapeutas ocupacionales pueden cumplir su labor siendo promotores de salud, partiendo de que la ocupación proporciona mecanismos para suplir necesidades de supervivencia y salud, y la actividad con sentido y significado puede prevenir la enfermedad; en definitiva, entendiendo la ocupación como eje de la calidad de vida.

## Discusión

Los hallazgos evidencian que la trayectoria de Terapia Ocupacional en salud pública es el resultado de la interacción entre factores sociales, políticos y culturales de cada país, pues son estas condiciones las que posibilitan el desarrollo de la profesión y enmarcan su hacer en determinados enfoques y niveles de atención, de acuerdo con los lineamientos gubernamentales que se adopten en cada territorio.

De esta manera, dar cuenta de las limitaciones de esta revisión pasa por entender las diferencias entre los contex-

tos y, por ende, los conceptos utilizados para enmarcar la práctica en un *campo de acción*. Por ejemplo, la búsqueda de literatura arrojó pocos resultados al usar solo el descriptor *salud pública*, siendo necesario acudir a otros que encuadran el hacer en la atención primaria en salud, con diferencias en los niveles de atención. Por otra parte, en países como Brasil y Argentina los resultados podrían ampliarse usando los conceptos *salud colectiva o comunidad*. También es importante mencionar que la revisión se limita a documentos disponibles en internet y en las fuentes seleccionadas, de manera que podrían encontrarse experiencias y aportes importantes fuera de esas revistas científicas y portales de búsqueda, tanto en otros países como en Colombia.

Se rescata la presencia de terapeutas ocupacionales en equipos interdisciplinarios en varios países, creados por iniciativa de los Estados y que buscan responder a las necesidades de las comunidades desde un enfoque de atención primaria en salud. Sin embargo, las diferencias en prácticas, conceptos y estrategias se hacen evidentes entre regiones y países. En Latinoamérica se empieza a hablar del trabajo en áreas rurales y con la participación de las comunidades, de conocimiento de derechos y empoderamiento, partiendo del propósito de transitar de un modelo biomédico asistencialista a un enfoque biopsicosocial de bienestar. Entre tanto, en Norteamérica se mantiene una tendencia hacia la asistencia que responde a situaciones de enfermedad, pero no a procesos de transformación de las causas estructurales de las desigualdades en salud.

En regiones más distantes se observan matices en las prácticas y en los li-

neamientos y posicionamientos de las asociaciones. Así, mientras en Sudáfrica e India se mencionan experiencias comunitarias con equipos profesionales que llegan a los territorios desde el primer nivel de atención, en Europa se encuentra un poco de los dos enfoques; por un lado, programas orientados a aumentar la calidad de vida en personas con una patología de base, y por otro, programas de prevención y planificación de proyectos con participación de la comunidad.

En Colombia se encuentran aportes teóricos, de comprensión y de identificación de elementos en el hacer que ubican al terapeuta ocupacional como agente promotor de la salud y en la prevención de la enfermedad, entendiendo a cada persona como resultado de su desarrollo histórico y sujeto dentro de sus contextos cotidianos y comunitarios. Se asocia la atención primaria en salud a la organización y la participación de la comunidad, dirigida a los determinantes sociales de la salud a nivel individual y colectivo.

Así mismo, es importante mencionar que las acciones en este campo se encuentran en construcción y transformación, pues las posibilidades en este ámbito, con lo comunitario como eje transversal, también son resultado de las dinámicas sociales, políticas y culturales que atraviesa el país, y estas han traído consigo lineamientos que requieren aún llegar a las causas estructurales de las desigualdades en salud.

Es necesario reconocer, sin embargo, que dadas las limitaciones de esta revisión, en las fuentes seleccionadas no se encontraron experiencias desarrolladas en el ámbito de la salud pública colombiana con participación de terapeutas

ocupacionales. Ello indica la necesidad de posteriores investigaciones.

Aun así, es importante apropiarse conocimientos, prácticas y experiencias en pro de ampliar y fortalecer los diferentes campos de acción de la Terapia Ocupacional. En esa medida, resulta imperativo que las y los terapeutas ocupacionales continuemos asumiendo papeles adicionales a la intervención asistencial, rompiendo esquemas y yendo más allá de lineamientos tradicionales u oficiales. Es importante motivar y desarrollar desde otras experiencias en “el lugar del territorio, con los conocimientos que ayudan en las transformaciones de las vidas, con las propuestas innovadoras, creativas, justas, para que efectivamente las vidas y los lugares donde interactuemos encuentren el sello de la participación de un terapeuta ocupacional” (García, 2016, p.89).

En este sentido, también es necesario fortalecer los programas de formación en Terapia Ocupacional, entendiendo su papel fundamental como guía de la práctica profesional, pues, siguiendo a Arango et al., hay que pensar “si bastará con incluir en el currículum de los programas un módulo o un curso de salud pública” (2018, p.381) y si se requiere abrir o ampliar escenarios experienciales en los que la práctica no se enmarque en la asistencia, si no en cómo se asume el ejercicio profesional desde un territorio particular y en una perspectiva de salud pública. De esta manera, la academia podría aportar eficazmente a la construcción de la profesión, teniendo en cuenta, además, su lugar en la investigación y en la sistematización de experiencias y reflexiones sobre el quehacer de la Terapia Ocupacional.

Lo anterior es una invitación a tomar postura y a actuar en las transformaciones y en los escenarios políticos, sociales y culturales que atraviesan nuestro país desde la academia y los lugares de incidencia en el ejercicio profesional.

## Conclusiones

Desde países distantes y cercanos, esta revisión permitió identificar el papel de la Terapia Ocupacional en diferentes escenarios en los que se asume la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como pilares a la hora de hablar de salud pública. A su vez, dio pie a reconocer que estos escenarios pueden ser promovidos por los Estados a través de políticas públicas y programas de instancias gubernamentales.

La trayectoria de la profesión en salud pública en Colombia es también el resultado de los lineamientos adoptados en cada gobierno y de la formulación de políticas públicas regresivas en cuanto al derecho a la salud. Por ello, hoy en día se requiere que las y los terapeutas ocupacionales asuman liderazgos, actúen y ocupen el lugar; ocupar un lugar implica ocupar todos los lugares donde construyamos con las comunidades conocimientos sobre la ocupación humana en *función* del bienestar de las personas. En este sentido, poner los conocimientos en función implica participar en la formulación de políticas públicas, en proyectos comunitarios, desarrollar acciones que permitan el trabajo colaborativo con las personas y las comunidades en sus territorios y cotidianidades. Por ejemplo, el contexto del posacuerdo “podemos verlo como una nueva puerta de oportunidad para fortalecer nuestro actuar profesional, pensado y vinculado

con los problemas sociales, económicos y culturales que afectan a grandes grupos humanos históricamente excluidos en nuestro país” (Rojas, 2017, p.3).

Finalmente, es imperativo construir reflexiones, posibilidades y acciones desde una mirada interseccional que permita articular propuestas sociales y experiencias de acción colectiva que contribuyan a la transformación de las desigualdades en salud y aporten en el camino de lucha por el derecho a la salud y a la salud pública. Lo anterior, desde la atención primaria en salud, pero también a través de acciones de rehabilitación a nivel individual y colectivo que tengan como base la diversidad social y la participación de los sectores sociales excluidos, de manera que aporten a la salud de las comunidades para la construcción de una sociedad justa y equitativa.

## Referencias

- Arango, J., Correa, Y., Luna, J., Campos, A. y Molano, A. (2013). El terapeuta ocupacional en el marco de las reformas de los sistemas de salud: reflexiones desde el caso Colombia. *Revista Ocupación Humana*, 13 (2), 7–23. <https://doi.org/10.25214/25907816.55>
- Arango, J., Correa, Y. y Méndez, J. (2018) . Retos de la terapia ocupacional en salud pública . *Revista Facultad de Medicina*, 66 (3), 375-83. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v66n3.63438>
- Aróstica, N., Garrido, B., Saavedra, J. y Salinas, M. (2018). *Experiencias de terapeutas ocupacionales con indígenas: una mirada desde los equipos rurales de rehabilitación* [Seminario de título, Universidad de la Frontera]. Biblioteca Digital de la Universidad de la Frontera. <http://bibliotecadigital.ufro.cl/?a=view&item=1505>
- Barata, M., Nóbrega, K., Jesus, K., Lima, M. L. y Facundes, V. L. (2015). Rede de cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico: ações de promoção à saúde. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 26(2), 225-233. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i2p225-233>
- Bianchi, P.C. (2018). Dos entrecruzamientos da Terapia Ocupacional e o território: reflexões a partir da prática profissional na Atenção Básica em Saúde. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4(1), 40–46. <http://www.revista-terapia-ocupacional.org.ar/RATO/2018jul-rato.pdf>
- Chaparro, R., Fuentes, J., Moran, D. y Mujica, N. (2005). La terapia ocupacional en la intervención en salud comunitaria: el modelo educativo. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, (5), 69-79. <https://auroradechile.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/168>
- Council of Occupational Therapists for the European Countries [COTEC] (2016). *Occupational Therapy perspective on integrated care*. <http://www.coteceu-rop.eu/wp-content/uploads/2015/07/Occupational-Therapy-perspective-on-Integrated-Care.pdf>
- Garcés, A. y Sabogal, J. (2013). *Aproximación a las acciones de la terapia ocupacional en la atención primaria en salud en Colombia* [trabajo de grado de pregrado no publicado]. Escuela de Rehabilitación Humana, Universidad del Valle.

- García, S. (2016). Terapeuta ocupacional: sujeto político. *Revista Ocupación Humana*, 16 (1), 84-90. <https://doi.org/10.25214/25907816.16>
- Hammel, J., Magasi, S., Mirza, M., Fischer, H., Preissner, K., Peterson, E. y Suárez, Y (2015). A scholarship of practice revisited: Creating community-engaged occupational therapy practitioners, educators, and scholars. *Occupational Therapy In Health Care*, 29(4), 352-369. <https://doi.org/10.3109/07380577.2015.1051690>
- Jaramillo, G. (2012). Presentación. En: P. Ramírez (ed.), *Atención primaria en salud: un camino hacia la equidad* (p.p 11-13). Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson y Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
- Kidd, E. (2018). *Occupational Therapy in India*. <http://www.kumc.edu/Documents/international/Ellie%20Kidd%20India%20Presentation%20.pdf>
- Lombardo, A. y Romero, A. (2012). Terapia ocupacional en la cartera de servicios de atención primaria: ¿es posible?. *Revista Electrónica de Terapia Ocupacional Galicia, TOG*, 9(16), 8-30. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4221031>
- Molina, N. (2012) Antecedentes y desarrollo de la APS. En: P. Ramírez (ed.), *Atención primaria en salud: un camino hacia la equidad* (p.p 18-37). Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson y Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
- Munguba, M., Malfitano, A. y Lopes, R. (2018). The debate over the social question in occupational therapy: An integrative review. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(4), 892-903. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoar1748>
- Naidoo, D., Van, J. y Joubert, R. (2016). Exploring the occupational therapist's role in primary health care: Listening to voices of stakeholders. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 8(1), 1-9. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v8i1.1139>
- Narh, E. (2014). Promoción y prevención en terapia ocupacional. *Cuadernos de la Escuela de Salud Pública*. 2(88), 59-65. [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_edsp/article/view/8216/8122](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_edsp/article/view/8216/8122)
- Navas, A. y Tenorio, L. (coord.). (2016). *Perfil profesional y competencias del terapeuta ocupacional*. Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional y Ministerio de salud y Protección Social. <https://doi.org/10.25214/ccto.1>
- Occupational Therapy Association of South Africa [OTASA] (2018). Occupational Therapy Association of South Africa position statement on rehabilitation. *The South African Journal of Occupational Therapy*, 47(3), 63-64. <https://doi.org/10.17159/2310-3833/2017/v47n3a10>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1978). *Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS*. [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)
- Palacios, M. y Pino, J. (2016). Reconstrucción del sentido de comunidad y ocupaciones colectivas: experiencias de transformación de prácticas de salud primaria rural. En: S. Simó, A. Guajardo, F. Oliver, S. Galheigo y S. García-Ruiz. *Terapias Ocupacionales desde el Sur* (pp. 415-432). Universidad de Santiago de Chile

- Pellegrini, M. (2004, diciembre). Terapia Ocupacional en el trabajo de salud comunitaria. *Terapia-Ocupacional.com*. <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Salud-Comunitaria.shtml>
- Peñas, O. (2003). La intervención comunitaria en terapia ocupacional: un acercamiento desde la salud pública. *Revista Colombiana de Rehabilitación*, 1(2), 21–27. <https://doi.org/10.30788/RevCol-Reh.v2.n1.2003.242>
- Rojas, C. (2017). Terapia Ocupacional en el posacuerdo. Retos para una profesión que se transforma. *Revista Ocupación Humana*, 17(1), 3–6. <https://doi.org/10.25214/25907816.150>
- Silva, R., y Oliver, F. (2017). Trajetória docente e a formação de terapeutas ocupacionais para atenção primária à saúde. *Interface: Communication, Health, Education*, 21(62), 661–673. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0024>
- Society of Alberta Occupational Therapists [SAOT] (2016). *The role of occupational therapy in primary care*. [https://www.saot.ca/wp-content/uploads/2016/10/The-Role-of-OT-in-Primary-Health-Care\\_November-2016.pdf](https://www.saot.ca/wp-content/uploads/2016/10/The-Role-of-OT-in-Primary-Health-Care_November-2016.pdf)

# Equipo multiprofesional y trabajo interdisciplinario en cuidados paliativos: reflexiones sobre factores contextuales y profesionales que afectan la práctica de Terapia Ocupacional

The multi professional team and interdisciplinary work in palliative care: Reflections about contextual and professional factors that affect Occupational Therapy practice

Equipe multiprofissional e trabalho interdisciplinar nos cuidados paliativos: reflexões sobre fatores contextuais e profissionais que afetam a prática da Terapia Ocupacional

Viviana Marcela León Perilla<sup>1</sup>

Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim<sup>2</sup>

Recibido: 13 de noviembre 2019 • Enviado para modificación: 20 de junio 2020 • Aceptado: 6 de agosto 2020

León-Perilla, V.M.L. y Joaquim, R.V.T. (2020). Equipo multiprofesional y trabajo interdisciplinario en cuidados paliativos: reflexiones sobre factores contextuales y profesionales que afectan la práctica de Terapia Ocupacional. *Revista Ocupación Humana*, 20 (1), 64-81. <https://doi.org/10.25214/25907816.949>

## RESUMEN

Aunque la atención interdisciplinaria ha sido el modelo filosófico y teórico de trabajo del equipo multiprofesional en los cuidados paliativos, en la práctica, este modelo no asegura una atención conjunta. Este artículo de reflexión presenta diferentes cuestionamientos en torno a la visibilidad y el quehacer de Terapia Ocupacional dentro del equipo de cuidados paliativos. Se rescatan las dinámicas de trabajo de terapeutas ocupacionales brasileñas que han actuado en este campo junto con profesionales de otras áreas, analizando las características del entorno laboral y los factores profesionales que pueden estar influenciando la prestación de una atención profesional conjunta durante el proceso de acompañamiento

<sup>1</sup>Terapeuta ocupacional. Magíster en Terapia Ocupacional. Candidata a doctora en Terapia Ocupacional. Hospital Universitario Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. [vivianaleonperilla.to@gmail.com](mailto:vivianaleonperilla.to@gmail.com)  
 <https://orcid.org/0000-0003-2323-921X>

<sup>2</sup>Terapeuta ocupacional. Magíster y doctora en Educación Especial. Docente, Universidad Federal de São Carlos. São Carlos, Brasil. [regin@ufscar.br](mailto:regin@ufscar.br)  <https://orcid.org/0000-0003-3700-397X>

paliativo. Se espera que este diálogo genere *incomodidad* y que despierte la motivación de las y los lectores para proyectar y concretar oportunidades que aborden e incorporen la dimensión ocupacional en este tipo de cuidado, cuyo enfoque sea la conservación de la identidad profesional, su visibilidad epistémica y la flexibilización de las competencias intraprofesionales, para una genuina práctica interdisciplinaria.

### **PALABRAS CLAVE**

Terapia Ocupacional, cuidados paliativos, grupo de atención al paciente, ambiente de trabajo colaborativo

### **ABSTRACT**

Although multidisciplinary care has been the philosophical and theoretical work model of the multi-professional team in palliative care, this model does not ensure a collective attention overall in real life. This reflective article presents multiple questions about the occupational therapist's visibility and duty within the palliative care team. It highlights the work dynamics of Brazilian occupational therapists that have worked together with professionals from other areas. It analyzes the characteristics of the job environment and the professional factors that could be influencing the offer of a joint professional task during the palliative care process. It is expected that this dialogue generates discomfort and that it sparks the readers' motivation to project and specify opportunities that will address and incorporate the occupational dimension in this type of care, whose primary focus is to preserve the professional identity, its epistemic view and the flexibility of the intra-professional competencies to achieve a genuine interdisciplinary practice.

### **KEY WORDS**

Occupational Therapy, palliative care, patient care group, collaborative working environment

### **RESUMO**

Ainda que a interdisciplinaridade tenha sido o modelo filosófico e teórico de trabalho da equipe multiprofissional nos Cuidados Paliativos, na prática, este modelo não garante uma assistência conjunta na sua totalidade. Este artigo de reflexão apresenta diferentes questionamentos em relação à visibilidade do fazer da Terapia Ocupacional, dentro de uma equipe de Cuidados Paliativos. Resgataram-se as dinâmicas de trabalho de terapeutas ocupacionais brasileiras, que atuam junto com outros profissionais nesta área. Analisaram-se características do ambiente de trabalho, bem como fatores profissionais que influenciam a oferta de um exercício profissional conjunto, durante o processo de acompanhamento paliativo. Espera-se que esse diálogo provoque desconforto e desperte a motivação dos leitores e leitoras, para projetar e concretizar oportunidades que incorporem a dimensão ocupacional neste tipo de cuidado. Oportunidades focadas na conservação da identidade profissional, em sua visibilidade epistêmica, e na conexão flexibilização das competências intraprofissionais, para garantir uma verdadeira prática interdisciplinar.

### **PALAVRAS-CHAVE**

Terapia Ocupacional, cuidados paliativos, grupo de assistência ao paciente, ambiente de trabalho colaborativo

## Introducción

*Usted importa por lo que es, importa hasta el último momento de su vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no solo para que muera de manera pacífica, sino también para que, mientras viva, lo haga con dignidad.*

**Cicely Saunders**

Esta célebre frase, citada por Robert Twycross en un tributo que rindió a su autora en 2006, enmarca el alma de la filosofía de los cuidados paliativos y rescata los conocimientos y valores, inherentes a las diferentes especialidades de la salud, para ampliar las posibilidades de intervención clínica y terapéutica de las personas con una enfermedad que amenaza la vida.

Cicely Saunders (1918-2005), pionera de los cuidados paliativos y del Movimiento Hospice, definió en los años noventa esa atención integral a partir de la experiencia del dolor, que conceptualizó como dolor total, incluyendo tanto el control de los síntomas físicos como el abordaje y el cuidado de los elementos sociales, emocionales, psíquicos y espirituales (Clark, 2007; Lutz, 2011). Además, estableció el primer espacio de cuidado paliativo, u hospice, equipado con la capacidad científica de un hospital y con un ambiente de hospitalidad, tan cálido como el de un hogar, integrado por un equipo humano técnicamente calificado y afectivamente acogedor (Barbero, 2014) centrado en ofrecer a las personas con enfermedades avanzadas e incurables un lugar donde el dolor y el sufrimiento fuesen aliviados por una cotidianidad ocupacionalmente rica y con énfasis resiliente,

a fin de resignificar, a partir de nuevas experiencias, la palabra vida (Pessini y Bertachini, 2006).

Dentro de sus experiencias, Cicely Saunders referenció cómo cuidar el jardín, escribir, pintar, conversar y conformar grupos de arte, de música o de teatro fueron disminuyendo en las personas la ansiedad, la depresión y el miedo generados por los procesos de deterioro, así como también la preocupación de familiares y amigos ante la incertidumbre, al ser incluidos en los procesos terapéuticos, lo que favorecía la búsqueda de sentido y la confianza durante esta etapa final de la vida (Saunders, 1972). Esta peculiar belleza del cuidado continúa involucrando a nuevas generaciones de profesionales de la salud y es, quizás, más valorada hoy en día, dada la creciente tensión que producen las múltiples opciones técnicas y tecnológicas que suelen alejar a las personas de una muerte digna, liberadora y coherente con sus dimensiones espiritual, sociocultural y psicológica (Miccinesi et al., 2019).

Actualmente, los cuidados paliativos son definidos por la Asociación Internacional de Hospice y Cuidados Paliativos –IAHPC (por su sigla en inglés), tras un consenso mundial, como “la asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con sufrimiento grave relacionado con la salud, debido a una enfermedad severa y especialmente de quienes están cerca del final de la vida” (2018). Esta visión enfatiza en el reconocimiento y el respeto de los valores culturales de las personas y sus familiares, así como en su aplicabilidad en todos los entornos de

atención clínica por medio de equipos multiprofesionales con formación básica o especializada en esta área para prestar atención en cualquier momento de la enfermedad. Este último punto es relevante, considerando que la evolución de la enfermedad, junto con la implementación de nuevas tecnologías y recursos de soporte para prolongar la vida de las personas (Maciel, 2008) han venido transformado el perfil epidemiológico a nivel de mortalidad y calidad de vida.

Entre tanto, el carácter holístico y multiprofesional de los cuidados paliativos se refiere a entender la complejidad y la multidimensionalidad de los problemas que acarrearán las enfermedades crónico-degenerativas, progresivas y potencialmente amenazadoras de la vida (como el cáncer, la insuficiencia cardíaca avanzada, las demencias o las enfermedades neurológicas, entre muchas otras) y las secuelas de los diferentes tratamientos farmacológicos que para ellas se emplean (Organización Mundial de la Salud -OMS, 2018); pues, como refiere Maciel (2008), han generado una nueva interpretación de la muerte, pasando de entenderse como el resultado de un evento puntual a ser considerada un *proceso complejo*.

Por lo anterior, en esta reflexión consideramos relevante ir más allá de la composición multiprofesional de un equipo de salud en el que intervienen diferentes disciplinas, independientemente del impacto de su interrelación, para resaltar el valor del trabajo interdisciplinario, que como refieren Garzanti y Romero (2018), necesita de una verdadera comunicación y de la interacción dinámica entre sus miembros para lograr ser inclusivo, igualitario y

movilizador de condiciones y aptitudes para asegurar una intervención colectiva y eficaz.

Pensar en ese trabajo interdisciplinario ideal nos obliga a reevaluar el lugar de la Terapia Ocupacional y a pensar, como terapeutas ocupacionales, en el papel que representamos o representaríamos como parte de ese equipo para contribuir en la promoción de la autonomía, la calidad de vida y el confort de una persona y de su familia, quienes, vulnerables y alejados física y afectivamente de aquello que les conecta con su cotidianidad, necesitan resignificar en el hospital el proceso de morir y ser para sentirse partícipes del cuidado, sin prescripciones absolutas, recetas mágicas ni garantías de cura, pero con un acompañamiento que respete las singularidades de la experiencia de finalizar la vida dignamente y con el menor dolor posible.

### **Sobre el panorama brasileño: dinámica de trabajo de terapeutas ocupacionales en los equipos de cuidados paliativos**

En esta reflexión, por tanto, no nos interesamos en rescatar las experiencias científicas que se centran en el abordaje práctico de la Terapia Ocupacional en los cuidados paliativos, considerando que existen diversas revisiones (Pyle, 2018; Nascimento, 2019) y producciones que explicitan experiencias de intervención (Mckenna y Mellson, 2013; Marston et al., 2015; Baltazar et al., 2016; Eva y Morgan, 2018; Lucchi et al., 2020) y modelos de actuación (American Occupational Therapy Association -AOTA, 2011; Pickens et al., 2016; Essential y McColl, 2019).

En su lugar, pretendemos enfocarnos en evidencias que ayuden a entender la construcción en torno al trabajo interdisciplinario y los significados de las dinámicas colaborativas para las y los terapeutas ocupacionales en los equipos de cuidados paliativos, desde una realidad cultural más cercana.

Brasil llamó nuestra atención porque es el único país de Latinoamérica que, desde una organización gremial, el Consejo Federal de Fisioterapia y Terapia Ocupacional -COFFITO, incorporó una resolución<sup>3</sup> que rige y define la especialidad de Terapia Ocupacional en contextos hospitalarios, incluyendo la atención en cuidados paliativos, comprendida como: “el ofrecimiento de cuidados terapéuticos ocupacionales, junto con el equipo multiprofesional, a usuarios con condiciones crónico-degenerativas potencialmente fatales (oncológicas y no oncológicas) y que están en tratamiento sin condiciones de modificación de la enfermedad” (COFFITO, 2013, art.4).

La gestión de dicha resolución se realizó al identificar la ausencia de leyes constitucionales relacionadas específicamente con los cuidados paliativos y que la legislación sobre atención oncológica, que contempla acciones en cuidados paliativos, no especifica a la Terapia Ocupacional dentro de las categorías de apoyo multiprofesional, como lo son, por ejemplo, Fisioterapia, Nutrición o Fonoaudiología. Eso supone que la Terapia Ocupacional queda sobreentendida en la definición de rehabilitación exigible conforme a las especialidades (Cordeiro y Ioshimoto, 2010; De Carlo y Kudo, 2018).

Después de lo mencionado, surgen algunas preguntas: ¿por qué existe una dicotomía entre el paradigma y la práctica en lo que se refiere a la visibilidad y la inclusión del trabajo de Terapia Ocupacional en los equipos de cuidados paliativos?, y desde la perspectiva de las y los terapeutas ocupacionales, ¿cómo se percibe la dimensión del trabajo en equipo?

Para ampliar y ejemplificar las posibles hipótesis frente a estos interrogantes, rescatamos apartados de la producción científica brasileña a partir de la tesis de Maestría en Terapia Ocupacional de una de las autoras (Perilla, 2019), para analizarla temáticamente abordando los factores profesionales y contextuales propuestos por Trembaly et al. (2011) como esenciales en un equipo multiprofesional que realiza atención interdisciplinaria.

Los factores contextuales dan cuenta de las características del entorno laboral e incluyen atributos organizativos y de gestión, así como la naturaleza de la colaboración dentro del equipo y con otros equipos para favorecer la realización oportuna y eficaz de remisiones. Por otro lado, los factores profesionales se relacionan con la esencia de las disciplinas representadas, la capacitación y la experiencia laboral de cada profesional, y la responsabilidad en el desarrollo del equipo (Tremblay et al., 2011). Estos dos factores nos permitirán inferir cómo un grupo de terapeutas ocupacionales perciben la efectividad de sus acciones en el equipo, así como la satisfacción en su trabajo dentro de este.

---

<sup>3</sup>Resolución 429 del 8 de julio de 2013.

Será una aproximación contextualizada y delimitada a partir de las evidencias analizadas por Perilla (2019) sobre la percepción del trabajo en equipo de 18 terapeutas ocupacionales que integran equipos de cuidados paliativos oncológicos en hospitales públicos de tres estados ubicados en las regiones Nordeste, Sudeste y Sur de Brasil.

### **Factores contextuales: estructura de remisión y espacios de trabajo conjunto**

Como ya se ha referido, la colaboración interprofesional es un principio central en la atención de pacientes con enfermedades graves, potencialmente mortales, crónicas o progresivas. En la última década, la Terapia Ocupacional se ha involucrado con este tipo de pacientes dando mayor fundamento a las orientaciones y directrices profesionales que validan el quehacer profesional en cuidados paliativos. Este campo de ejercicio se basa en la participación ocupacional y social, y en la comprensión de las consecuencias del declive generado por una enfermedad que amenaza la vida (Mckenna y Mellson, 2013); por tanto, la intervención incide en la calidad de vida, la autonomía, la sensación de control sobre la pérdida de roles y el enriquecimiento ocupacional y espiritual de la cotidianidad, al evitar la evolución de una *muerte social* antes de la muerte biológica (Marston et al., 2015).

Así lo refieren Pickens et al.:

Los terapeutas ocupacionales reconocen que el desarrollo personal puede seguir ocurriendo hasta los últimos años de la vida y que la par-

ticipación en ocupaciones puede ser transformadora, independientemente de la expectativa de vida, y por ello, brindan un servicio único que posibilita la función, confort, seguridad, autonomía, dignidad y participación. (2016, p. 1)

No obstante, la *Guía de planificación e implementación de servicios de cuidados paliativos* (OMS, 2016) especifica que las necesidades de recurso humano variarán según el tipo de servicio a prestar. Si bien el equipo debe ser interdisciplinario, la cantidad y el nivel de aportes de diferentes profesiones dependerán de la atención prevista y la disponibilidad de personal; siendo posible, pero no indispensable, el abordaje de terapeutas ocupacionales en los contextos domiciliario, hospitalario o comunitario.

En esta reflexión, será el contexto hospitalario el escenario revelador del funcionamiento y la construcción de los equipos de cuidados paliativos, pues este ha sido el espacio predilecto para la implementación de sus principios, pero también porque ha estado definido sistemáticamente por conductas para la prolongación de la vida. De manera contradictoria, estos hechos han generado que se reconsidere e incluya la intervención de diferentes profesionales de la salud, en vista de que el aumento del tiempo por vivir no ha implicado, necesariamente, la mejoría en la calidad de esa vida (Gomes y Othero, 2016).

Perilla (2019) identificó que las terapeutas ocupacionales participantes en su investigación hacen parte de equipos reconocidos por el 60% de ellas como interdisciplinarios, integrados por entre siete y nueve profesionales de la salud

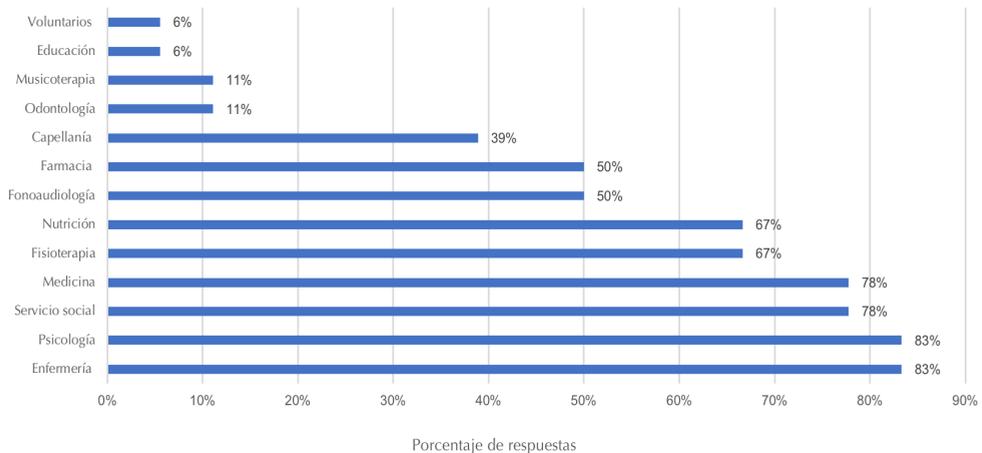
de diferentes áreas (figura 1) y que apoyan, principalmente, las consultorías en cuidados paliativos dentro de hospitales públicos de tercer nivel de complejidad.

Así mismo, solo un 40% de las participantes refirió que se lleven a cabo remisiones e interconsultas. Esta situación las conduce a realizar una identificación autónoma de pacientes para, posteriormente, participar en las reuniones de su equipo (generalmente semanales), o con otros equipos, a fin de solicitar remisión y discusión de los casos (Perilla, 2019). Ello confirma que las medidas protocolarias de remisión en el contexto hospitalario requieren la derivación por parte de Medicina, siendo una de las principales barreras para el uso de los servicios de apoyo y gestión en la

dinámica de interconsultas (Barreiro et al., 2016). Así mismo, esto interfiere en la prestación temprana y oportuna de los servicios de Terapia Ocupacional en los cuidados paliativos, en medio de un sistema de referencia que depende de la articulación, el adecuado flujo de la información y el apoyo logístico interprofesional.

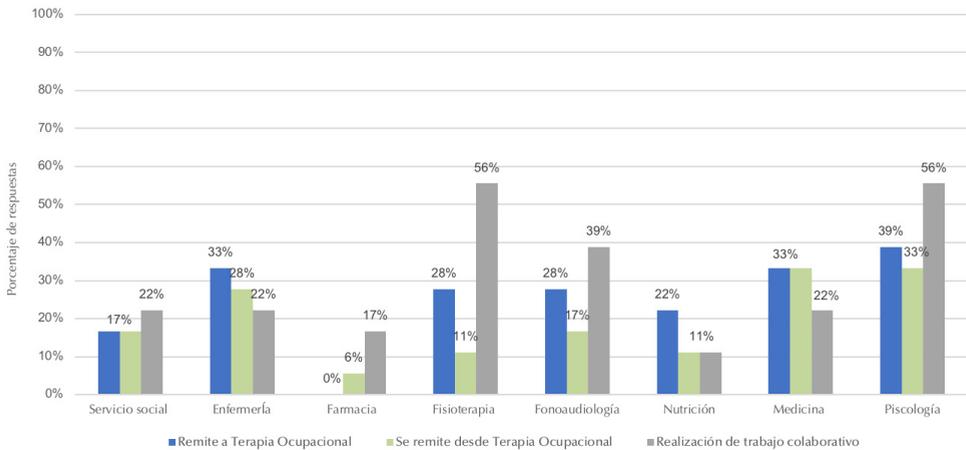
Aunque las entrevistadas indicaron que Medicina y Enfermería están entre las tres profesiones que mayor número de remisiones realizan, estas ejecutan pocas intervenciones conjuntas con Terapia Ocupacional. El trabajo colectivo indicado por el 94% de las participantes está vinculado con otras profesiones, como Psicología (55,5%) y Fisioterapia (55,5%) (figura 2).

**Figura 1.** Integrantes de los equipos de cuidados paliativos oncológicos, según las terapeutas ocupacionales entrevistadas por Perilla (2019).



**Fuente:** adaptado de Perilla (2019).

**Figura 2.** Dinámica de remisiones y trabajo colaborativo entre Terapia Ocupacional y demás profesiones del equipo de cuidados paliativos oncológicos, según las terapeutas ocupacionales entrevistadas por Perilla (2019).



**Fuente:** adaptado de Perilla (2019).

Lo anterior permite ver que un sistema de derivación multiprofesional no asegura la realización de procesos de atención en salud interdisciplinarios, ni que se comprenda en su totalidad la actuación colectiva de quienes integran el equipo; por el contrario, puede acentuar identidades jerárquicas de cada rol, según su reconocimiento en el contexto sanitario (Barbero, 2014).

En la literatura sobre cuidados paliativos acontece lo mismo. El papel de la Medicina y la Enfermería se presenta detalladamente, lo que es menos frecuente para los roles de corte terapéutico y psicosocial, o se centra en la relación entre el personal de Medicina y Enfermería o en el trabajo en equipo entre especialistas en oncología, cirugía, patología, etc. (Tremblay et al., 2011). Esto evidencia que, en la distribución del trabajo en el equipo interdisciplinario de cuidados paliativos, siguen teniendo un peso di-

ferencial los aspectos médicos, psicológicos, sociales, espirituales y ocupacionales. Así mismo, en la identificación formal e informal de los roles hay una baja tendencia al abordaje conjunto de la persona, en una modalidad de cuidado caracterizada por su enfoque humanizado y holístico.

Todo ello indica la necesidad de realizar más investigaciones que permitan esclarecer las identidades y dinámicas en el trabajo interprofesional; comprender los roles para proporcionar servicios efectivos y atención de alta calidad a las y los pacientes, y aportar al desarrollo de competencias clínicas que contribuyan a la satisfacción de las personas en el final de sus vidas (Fukui., et al, 2019). En medio de tantos aspectos por identificar, ¿desde qué perspectiva están siendo contempladas las necesidades de pacientes, familiares y cuidadores en los cuidados paliativos?

Se sabe que en los marcos institucionales sanitarios, buena parte de la toma de decisiones se ajusta a la necesidad imperiosa de seguir un plan de acción acorde con el diagnóstico y el tratamiento médico, quirúrgico o farmacológico (Lanceley et al., 2008), olvidando identificar y reconocer a la persona, rescatar su historia de vida, escuchar y atender a las necesidades relacionadas, por ejemplo, con sus limitaciones funcionales, la pérdida de autonomía y participación social, o la ruptura y el empobrecimiento de su vida cotidiana. Sin duda, tales decisiones influyen en la participación de Terapia Ocupacional en el acompañamiento de todo el proceso de evolución de una enfermedad crónica, degenerativa y sin perspectiva de cura.

A lo anterior se suma que otras profesiones tienen reservas frente al uso de ocupaciones y actividades terapéuticas en la atención paliativa (Ivy, 2016), basadas en la preocupación porque, al aumentar el nivel de actividad y participación de la persona, puedan incrementarse el dolor o la fatiga. Pero, ¿serán las actividades y el uso de ocupaciones las únicas estrategias y herramientas de trabajo de las y los terapeutas ocupacionales? ¿Se trata solamente de preocupación o hay en el fondo falta de comunicación y de esclarecimiento de las competencias profesionales?

Favorecer una cultura organizativa y de gestión que promueva una mayor claridad en los roles y una suficiente compenetración en los espacios de interacción, podría ayudar a derribar obstáculos inherentes al hecho de lidiar con conocimientos y perspectivas distintas, así como a superar la limitante clasificación de las intervenciones en farmacológicas y no farmacológicas; pues más

allá de estas modalidades, se necesita coordinar la atención para que las personas y sus familias puedan transitar sin interrupciones por una atención integral e integrada (Witt Sherman et al., 2017).

A modo de ejemplo, los casos estudiados por Fukui et al. (2019) muestran que los programas multidisciplinarios de intervención al final de la vida mejoran la confianza de los equipos en su capacidad de colaborar para apoyar a las personas que atraviesan por tales circunstancias, cuando tienen en cuenta criterios de comunicación asertiva con profesionales de diferentes especialidades y conocen sus rostros y características personales. Es, pues, una invitación a conocer el proceso profesional que desarrolla cada integrante del equipo, con su particularidades culturales, étnicas, generacionales, religiosas, de género, para llegar a una identificación constructiva de las brechas en la articulación que permita enfocarse en la compenetración de las competencias y asegurar un abordaje integral, compasivo y rentable, fundamental en los cuidados paliativos.

### **Factores profesionales: habilidades y capacidades para el trabajo en equipo de cuidados paliativos**

Existe evidencia de que las y los profesionales de la salud tienen aún una comprensión limitada sobre la función y el propósito de la Terapia Ocupacional en los cuidados paliativos; esto afecta el número de remisiones oportunas (Hamill et al., 2014; Phipps y Cooper, 2014; Knecht-Sabres et al., 2019; Chow y Pickens, 2020) y las posibilidades de antici-

par e identificar barreras y limitaciones funcionales, así como sus implicaciones a nivel ocupacional, por lo cual estas raramente se documentan y se registran (Cheville et al., 2008). En consecuencia, las discusiones del equipo giran alrededor de información meramente física para actualizar el *cuadro clínico*; en este punto, las contribuciones desde otras perspectivas se tornan extrañas y no se incluyen entre los objetivos del trabajo mancomunado. Así, las necesidades ocupacionales de las personas se ven marginadas debido a la falta de potencial de rehabilitación, en lugar de reorientarse hacia la participación con apoyo frente a las demandas reales del final de la vida. Esto sugiere la necesidad de cambiar el paradigma de salud y bienestar que influencia las relaciones interdisciplinarias (Chow y Pickens, 2020) y determinar la posibilidad de anticipar una atención temprana y oportuna por parte de Terapia Ocupacional. Sobre lo anterior, Eva y Morgan refieren:

La capacidad de los terapeutas ocupacionales para usar toda la gama de habilidades y conocimientos para ayudar a los pacientes a vivir bien durante su proceso de declive parece estar significativamente influenciado por las expectativas de sus colegas y por la comprensión de su papel. (2018, p.967)

Así las cosas, ¿qué motiva las remisiones a Terapia Ocupacional dentro del equipo de cuidados paliativos?, ¿se identifican competencias compartidas entre profesiones o se trata de un trabajo en el que estas solo se suman? Para estructurar un raciocinio, partimos de la percepción de las terapeutas ocupacionales entrevistadas por Perilla (2019) sobre por qué y con qué frecuencia otras y

otros profesionales realizan remisiones a sus servicios.

A pesar de la percepción sobre el bajo número de remisiones (menos del 40% de integrantes de los equipos remite a Terapia Ocupacional), es alentador ver que entre los principales motivos para hacerlo estén el rescate de la participación ocupacional en el ambiente hospitalario, así como el apoyo en las actividades productivas y de tiempo libre, lo que se encuadra dentro del uso terapéutico de ocupaciones y actividades (tabla 1). También es interesante, porque esto contradice los resultados de algunas investigaciones internacionales que señalan la dificultad de las y los profesionales en cuidados paliativos para centrarse en la participación en ocupaciones significativas (Keesing y Rosenwax, 2011; Knecht-Sabres et al., 2019), siendo más frecuentes las remisiones para prescripción de tecnología de asistencia, realización de adaptaciones en el ambiente físico, terapia de mano, ejercicio físico y prueba muscular/articular de mano, confección y prescripción de férulas (Phipps y Cooper, 2014; Knecht-Sabres et al., 2019).

Ese énfasis en el desempeño ocupacional, no en la participación ocupacional para la comprensión del proceso de la muerte y en la influencia del medio ambiente social y cultural sobre el compromiso ocupacional al final de la vida (Chow y Pickens, 2020), dialoga con la incertidumbre respecto a la posibilidad de desplegar por completo el rol de la Terapia Ocupacional en acciones colectivas que implican educación, ayuda en la comunicación de noticias difíciles, mediación de conflictos y asesoría a otros profesionales (tabla1). En este contexto, se valora la divulgación de las

competencias profesionales a partir de una visión tradicional de la rehabilitación, en lugar de centrarse en la capacidad de ayudar a las personas a vivir con calidad de vida hasta su muerte.

Es necesario, por consiguiente, flexibilizar, delegar y compartir el liderazgo para aumentar las oportunidades de acción y asesoramiento por parte de todos los miembros del equipo; en la medida

que la atención al final de la vida crece en demanda y complejidad, el énfasis en la participación sostenida en roles e intereses significativos resulta fundamental para continuar garantizando el *ser, pertenecer y hacer* de forma digna, incorporando el uso de la actividad y la participación ocupacional como puentes que pueden ayudar a derrumbar el cerco de silencio entre la persona, su familia y las y los profesionales.

**Tabla 1.** Motivos de remisión a Terapia Ocupacional por parte del equipo de cuidados paliativos.

Grupos temáticos	Motivos de remisión a Terapia Ocupacional	Número de respuestas por profesión									Total N	Total %
		Trabajo Social	Capellanía	Enfermería	Farmacía	Fisioterapia	Fonoaudiología	Nutrición	Medicina	Psicología		
Evaluación	Evaluación de aspectos sensorio-motores y cognitivos	3	0	3	0	11	7	2	14	5	45	27%
	Evaluación del grado de independencia en el desempeño ocupacional	3	0	6	1	12	5	2	12	5	46	28%
Uso terapéutico de ocupaciones y actividades	Rescatar participación ocupacional en el ambiente hospitalario	7	3	8	1	6	5	6	9	12	57	35%
	Favorecer actividades de ocio y laborales	7	4	10	2	0	7	8	11	11	60	37%
	Exploración de nuevos pasatiempos	2	3	9	3	4	1	3	5	5	35	21%
Educación y entrenamiento	Simplificación y entrenamiento de AVD, ABVD y AIVD	0	0	3	1	6	6	1	6	3	26	16%
	Entrenamiento de estrategias para control de síntomas	1	1	7	0	4	4	2	7	5	31	19%
	Apoyo en el ajuste del estilo de vida	3	1	6	0	3	3	3	5	7	31	19%
Uso de métodos preparatorios	Dotación de equipo de apoyo	1	1	3	0	3	2	1	4	2	17	10%
	Confección de órtesis de posicionamiento	1	0	2	0	0	2	1	6	2	14	8%
	Prescripción de tecnología de asistencia	2	0	4	0	9	2	0	4	0	21	12%
	Adaptaciones en el ambiente	3	0	6	0	6	5	1	7	7	35	21%
Apoyo psicosocial al paciente, familia y equipo	Organización de proyectos en el final de la vida	2	2	3	0	2	3	2	8	5	27	16%
	Auxilio en la comunicación de noticias difíciles	0	2	4	0	2	1	0	7	5	21	12%
	Mediación de conflictos	1	2	6	0	0	1	0	4	3	17	10%
	Acompañamiento al familiar /cuidador	3	2	9	1	4	2	2	6	6	35	21%
	Asesoría y apoyo a otros profesionales	0	2	3	0	1	1	1	1	2	11	6%

Fuente: adaptado de Perilla (2019).

Por otra parte, es claro que no siempre se está en capacidad de responder a las demandas del equipo; con frecuencia, la acción profesional se limita a remitir a la persona a otra especialidad que se considere más adecuada en ese momento (Portela y Galheigo, 2015). Al identificar las competencias profesionales de Terapia Ocupacional, sería mayor la remisión y la delegación de decisiones sobre dilemas relacionados con las actividades que podrían tener sentido al final de la vida y cuál sería la mejor manera de llevarlas a cabo, de acuerdo con los deseos de las personas. Un gran desafío, entonces, es encontrar un liderazgo compartido en el que la dificultad de hablar de igual a igual se transforme en la búsqueda de un lenguaje común. En la misma perspectiva, Oudshoorn destaca que:

Este trabajo no se da por la sumatoria de disciplinas, sino por una dinámica particular en la cual cada miembro aporta su saber disciplinar y su mirada particular. Si el hacer consensuado es terapéutico, entonces la interdisciplinariedad otorga significado a las intervenciones. Las bases conceptuales de cada disciplina se apoyan y, en cierta medida, se desdibuja el territorio práctico de cada profesional para enfocar los esfuerzos terapéuticos en los resultados esperados. (2015, p.91)

Además, por tornarse en un proceso interdependiente, implica también que la o el terapeuta ocupacional se sintonice con el equipo a partir de una actitud asertiva con la cual abogue y haga de sus competencias una construcción diaria responsable, autónoma y cooperativa.

Entre tanto, la percepción frecuente de que se carece de la formación nece-

saria para ejercer con suficiencia en cuidados paliativos (Keesing y Rosenwax, 2011; Breen et al., 2013; Hammill et al., 2014) ha minado la autoestima profesional de las y los terapeutas ocupacionales (Portela y Galheigo, 2015), lo cual se refleja en la baja oferta laboral para esta área y en el escaso número de profesionales ejerciendo actualmente en equipos de cuidados paliativos (Essential y McColl, 2019).

En diversos documentos, el uso pleno de las habilidades interpersonales y de la comunicación se han considerado como elementos básicos para realizar un abordaje competente en los procesos terapéuticos de acompañamiento al final de la vida (College of Occupational Therapists, 2011). No obstante, la compenetración entre el saber y el significado que se da a ese conocimiento en la resolución de problemas han permitido a las y los terapeutas ocupacionales responder de manera oportuna y adecuada a las complejas necesidades de las personas en cuidados paliativos

Como se presenta en la figura 3, dado que valoran las historias de vida de las personas, las y los terapeutas ocupacionales pueden manifestar sensibilidad, empatía, escucha activa y receptividad frente a sus emociones, responsabilidades, deseos y preferencias. Ahora bien, es en el trabajo en equipo donde se pueden concretar y gestionar la preservación de la dignidad, la privacidad, la autonomía y la autodeterminación, toda vez que la comunicación esté permeada por la claridad conceptual, la confianza técnica, el pensamiento flexible y la entrega (Perrilla, 2019). Retomando la solicitud del paciente David Tasman a Cicely Saunders, de escuchar “lo que está en tu

mente y en tu corazón”<sup>4</sup>, se trata de hacer algo por el cuidado de las personas que están finalizando su vida (Strang, 2004) basado en un constructo que combine aquello que nace de la disciplina académica con lo que surge de la motivación personal y de la fe.

Así, aunque los valores personales y las habilidades emocionales configuran y favorezcan la humanización del trabajo y el aprendizaje a través de la experiencia, es necesario estar en sin-

tonía con la visión taxonómica y filosófica del cuidado paliativo.

Como se dice coloquialmente, *cada desafío es una nueva oportunidad*, de manera que frente a la ausencia de modelos que se centren en aspectos paliativos en la formación profesional en Terapia Ocupacional en Latinoamérica, surge la responsabilidad de evaluar y actualizar constantemente nuestro quehacer con miras a proyectar oportunidades y nuevos caminos paradig-

**Figura 3.** Habilidades percibidas como necesarias para la práctica en cuidados paliativos por parte de las terapeutas ocupacionales entrevistadas por Perilla (2019).



**Fuente:** adaptado de Perilla (2019).

<sup>4</sup>En 1947, Cicely Sanders inició su primer trabajo como trabajadora social en el Saint Thomas Hospital, en el área pacientes con cáncer. Allí empezó a desarrollar una intensa aspiración, confianza e indagación espiritual. En ese mismo año conoció a David Tasman, quien estaba internado en el Saint Thomas y le quedaba poco tiempo de vida. Se acercaron cada vez más y sostenían largas charlas sobre temas religiosos y sobre cómo deberían ser cuidadas las personas cuando están muriendo y atravesando por situaciones de sufrimiento y dolor, muchas veces en soledad. Un día, Tasman le pidió a Sanders escuchar algo reconfortante, ella intentó leerle un salmo de la Biblia. Tasman la interrumpió diciéndole: “solo quiero lo que está en tu mente y en tu corazón”. Ese pedido se transformó con el tiempo en el espíritu de los cuidados paliativos (Wainer, 2003).

máticos para abordar e incorporar la dimensión ocupacional en este tipo de cuidado, buscando la conservación de la identidad profesional, la visibilidad epistémica, la flexibilización de las competencias intraprofesionales y el fomento del trabajo interdisciplinario.

## Conclusiones

Esperamos que este artículo haya despertado la curiosidad y genere nuevos cuestionamientos en torno a la visibilidad y el quehacer de la Terapia Ocupacional en los equipos de cuidados paliativos, como una profesión mediadora y que está en capacidad de identificar, exponer, amparar y atender las necesidades ocupacionales de las personas con una enfermedad que amenaza sus vidas.

El trabajo interdisciplinario ha sido el modelo que mejor describe la dinámica de los equipos en los que participan diferentes profesionales en los cuidados paliativos, no obstante, no asegura en su totalidad una atención conjunta. En el caso de la incorporación de Terapia Ocupacional a esta abordaje, son diversos los factores contextuales y profesionales que pueden influenciar la prestación continua de la atención durante el proceso de acompañamiento, desde la reciente vinculación de esta profesión a la atención paliativa, un sistema de referencia y contrarreferencia basado exclusivamente en el criterio médico, hasta la falta de comprensión del equipo de su quehacer.

Sin embargo, existe una tendencia favorable a ganar espacio profesional en el equipo de cuidados paliativos, sin tener que dejar atrás nuestro objeto de trabajo: la participación ocupacional. Las y los te-

rapeutas ocupacionales hemos emprendido este camino manteniendo nuestro trabajo en una perspectiva multifocal e integral, específicamente con profesionales de otras especialidades terapéuticas y psicosociales con quienes, con frecuencia, compartimos la atención conjunta y las discusiones sobre los casos.

Todavía son muchos los desafíos, en el caso de Latinoamérica, específicamente en el contexto brasileño, la Terapia Ocupacional está construyendo un cuerpo de conocimientos basado en el aumento del registro sistemático de las acciones que desarrolla, también, a través de espacios organizativos de incidencia política. Se necesita un cambio en la educación sanitaria y clínica. Se requiere práctica, comenzando por la posibilidad de que estudiantes y profesionales participen de espacios de aprendizaje interactivo con otras profesiones. Es fundamental que ese movimiento permee el ámbito formativo, con el fin de consolidar experiencias y oportunidades laborales exitosas que reflejen la convicción en el potencial de nuestro trabajo en esta área, nuestra capacidad de articularnos en los equipos interdisciplinarios y el respaldo en los conceptos y la filosofía de los cuidados paliativos.

## Referencias

- American Occupational Therapy Association [AOTA] (2011). The role of occupational therapy in end-of-life care. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(Suppl.), S66--S75. <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.65S66>
- Barbero, J. (2014). *El trabajo en equipo de los equipos multidisciplinares de cuidados paliativos: análisis de la realidad española* [tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona]. Depósito Digital de Documentos de la UAB. <https://ddd.uab.cat/record/127161>
- Baltazar, H. M. C., Pestana, S. C. C. y Santana, M. R. R. (2016). Contributo da intervenção da terapia ocupacional nos cuidados paliativos. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 24(2), 261-273. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0692>
- Barreiro, G., Zanella, F. A., Rosa, K. G. D., Calvett, R., Senandes, L. S., Vizzotto, M. D., ... y Lima, V. S. D. (2016). O impacto de ações assistenciais na percepção da qualidade do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasil: um estudo transversal. *Rev. bras. cir. plást.*, 31(2), 242-245.
- Strang, P. (2004). Book review: Watch with me. Inspiration for a life in hospice care. *Palliative Medicine*, 18(7), 672-672. <https://doi.org/10.1177/026921630401800723>
- Breen, L. J., Fernandez, M., O'Connor, M. y Pember, A. J. (2013). The preparation of graduate health professionals for working with bereaved clients: An Australian perspective. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 66(4), 313-332. <https://doi.org/10.2190/om.66.4.c>
- Cheville, A. L., Beck, L. A., Petersen, T. L., Marks, R. S. y Gamble, G. L. (2008). The detection and treatment of cancer-related functional problems in an outpatient setting. *Supportive Care in Cancer*, 17(1), 61-67. <https://doi.org/10.1007/s00520-008-0461-x>
- Chow, J. K. y Pickens, N. D. (2020). Measuring the efficacy of occupational therapy in end-of-life care: A scoping review. *American Journal of Occupational Therapy*, 74(1), <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.033340>
- Clark, D. (2007). From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. *The Lancet Oncology*, 8(5), 430-438. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(07\)70138-9](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(07)70138-9)
- College of Occupational Therapists (2011). *The route to success in end of life care—achieving quality for people with learning disabilities. Achieving quality for occupational therapy.* <https://www.rcot.co.uk/sites/default/files/Route-to-success-Occupational-Therapy%20%281%29.pdf>
- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional [COFFITO] (2013, 8 de julio). *Resolução n°429, de 08 de julho de 2013, reconhece e disciplina a especialidade de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares, define as áreas de atuação e as competências do terapeuta ocupacional especialista em contextos hospitalares e das outras providências.* <http://www.credito2.gov.br/legislacao/resolucoes-coffito/resolucao-429--de-08-de-julho-de-2013-1670.html>

- Cordeiro, J. J. R. y Joshimoto, M. T. A. (2010). Organização de serviços de terapia ocupacional – gestão a partir de dados e indicadores. En M. Othero (ed.), *Terapia Ocupacional práticas em Oncologia* (pp.123-140). Roca.
- De Carlo, M. M. y Kudo, A. M. (2018). *Terapia ocupacional em contextos hospitalares e cuidados paliativos*. Payá.
- Essential, H.H.y McColl, M. A. (2019). A model for occupation-based palliative care. *Occupational Therapy In Health Care*, 33(1), 108–123. <https://doi.org/10.1080/07380577.2018.1544428>
- Eva, G. y Morgan, D. (2018). Mapping the scope of occupational therapy practice in palliative care: A European Association for Palliative Care cross-sectional survey. *Palliative Medicine*, 32(5), 960-968. <https://doi.org/10.1177/0269216318758928>
- Fukui, S., Fujita, J., Ikezaki, S., Nakatani, E. y Tsujimura, M. (2019). Effect of a multidisciplinary end-of-life educational intervention on health and social care professionals: A cluster randomized controlled trial. *Plos One*, 14(8), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219589>
- Garzaniti, R. y Romero, P. M. (2018). Atención integral de la salud: la interdisciplina como herramienta fundamental. *Anuario Temas en Psicología*, 4, 275-294. <https://revistas.unlp.edu.ar/AnuarioPsicologia/article/view/8465>
- Gomes, A. L. Z. y Othero, M. B. (2016). Cuidados paliativos. *Estudos Avançados*, 30(88), 155-166. <https://doi.org/10.1590/s0103-40142016.30880011>
- Hammill, K., Bye, R. y Cook, C. (2014). Occupational therapy for people living with a life-limiting illness: A thematic review. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(11), 582–589. <https://doi.org/10.4276/030802214x14151078348594>
- International Association for Hospice and Palliative Care [IAHPC]. (2018). *Global consensus based palliative care definition*. International Association for Hospice and Palliative Care. <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>
- Ivy, M. (2016). *The role of occupational therapy in palliative care: is it perceived to be beneficial by the patient and family?* [Tesis doctoral, Texas Woman's University]. Repository TWU. <http://hdl.handle.net/11274/9652>
- Keesing, S. y Rosenwax, L. (2011). Is occupation missing from occupational therapy in palliative care? *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(5), 329-336. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2011.00958.x>
- Knecht-Sabres, L. J., Weppner, A., Powers, C. y Siesel, B. (2018). Do health-care professionals really understand the role of occupational therapy in hospice care? *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 36(5), 379-386. <http://doi.org/10.1177/1049909118812858>
- Lanceley, A., Savage, J., Menon, U., y Jacobs, I. (2008). Influences on multidisciplinary team decision-making. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 18(2). 215-222. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1438.2007.00991.x>
- Lucchi, E., Caiata-Olgiati, G., Bonomi, M. y Cembrani, F. (2020). Occupational therapy and palliative care. En C. Pozzi, A.

- Lanzoni, M. Graff y A. Morandi (eds.), *Occupational Therapy for Older People* (pp. 125-144). Springer.
- Lutz, S. (2011). The history of hospice and palliative care. *Current problems in cancer*, 35(6), 304-309. <https://doi.org/10.1016/j.currprobcancer.2011.10.004>
- Maciel, M.G. (2008). Definições e princípios. En Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo -Cremesp, *Cuidado paliativo* (pp.15-32). Cremesp.
- Marston, C., Agar, M. y Brown, T. (2015). Patients' and caregivers' perceptions of occupational therapy and adapting to discharge home from an inpatient palliative care setting. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(11), 688-696. <https://doi.org/10.1177/0308022615586417>
- McKenna, J. y Mellson, J.A. (2013). Emotional intelligence and the occupational therapist. *British Journal of Occupational Therapy*, 76(9), 427-430. <https://doi.org/10.4276/030802213x13782044946382>
- Miccinesi, G., Caraceni, A., Garetto, F., Zaninetta, G., Bertè, R., Brogna, C. y Maltoni, M. (2019). The path of Cicely Saunders: The "peculiar beauty" of palliative care. *Journal of Palliative Care*, 35(1), 3-7. <https://doi.org/10.1177/0825859719833659>
- Nascimento, W. M. S. D. (2019). *Produção científica em cuidados paliativos e terapia ocupacional: revisão de escopo* [Tesis de Especialización, Universidade Federal de Paraíba]. Repositorio UFPB. <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/17460>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016). *Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers*. Institutional Repository for Information Sharing. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250584>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018). *Definition of palliative care*. World Health Organization. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Oudshoorn, S. (2015). *En la cornisa de la vida. Intervenciones desde Terapia Ocupacional*. Martin.
- Phipps, K. y Cooper, J. (2014). A service evaluation of a specialist community palliative care occupational therapy service. *Progress in Palliative Care*, 22(6), 347-351. <https://doi.org/10.1179/1743291x14y.0000000104>
- Perilla, V. M. L. (2019). *Caracterização da prática dos terapeutas ocupacionais em cuidados paliativos nos serviços públicos oncológicos de saúde no Brasil* [Tesis de maestría, Universidade Federal de São Carlos]. Repositorio UFSCar. <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/11570>
- Pessini, L. y Bertachini, L. (2006). Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. *Acta Bioethica*, 12(2), 231-242. <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2006000200012>
- Pickens, N., Chow, J. K. y McKay, H. (2016). Role of Occupational Therapy in End-of-Life Care. *The American Journal of Occupational Therapy*, 70, 1-16. <https://doi.org/10.5014/ajot.2016.706S17>
- Portela, S. G. y Galheigo, S. M. (2015). Cuidados Paliativos na atenção domiciliar: a perspectiva de terapeutas ocupacionais. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 23(1), 15-29. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoao472>

- Pyle, E. (2018). *Analyzing the benefits of occupational therapy within palliative care for patients with cancer: A systematic review* [Tesis de grado, Eastern Kentucky University]. Honors Theses. 538. [https://encompass.eku.edu/honors\\_theses/538](https://encompass.eku.edu/honors_theses/538)
- Saunders, C. (1972). The care of the dying patient and his family. *Contact*, 39(1), 12–18. <https://doi.org/10.1080/13520806.1972.11759235>
- Twycross, R. (2006). *A tribute to dame Cicely Saunders*. St Christopher's Hospice. <https://www.stchristophers.org.uk/about/damecicelysaunders/tributes>
- Tremblay, D., Roberge, D., Cazale, L., Touati, N., Maunsell, E., Latreille, J. y Lemaire, J. (2011). Evaluation of the impact of interdisciplinarity in cancer care. *BMC health services research*, 11(1), 144. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-144>
- Wainer, R. (2003). *Vivir muriendo-morir viviendo. Construcción profesional de la "dignidad", la "esperanza" y el "aquí-ahora" en un equipo de cuidados paliativos* [Disertación de Licenciatura, Universidad de Buenos Aires]. Repositorio FILO: UBA. <http://antropologia.filo.uba.ar/sites/antropologia.filo.uba.ar/files/documentos/Wainer%20-%20Tesis.pdf>
- Witt Sherman, D., Maitra, K., Gordon, Y., Simon, S., Olenick, M., Barbara, S., Doherty, J., Hough, M., Randolph, M. y Singh, A. (2017). Illustrating and analyzing the processes of interprofessional collaboration: a lesson learned from palliative care in deconstructing the concept. *Journal of Palliative Medicine*, 20(3), 227-234. <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0332>

# La ocupación en la Gerontología: una perspectiva crítica del Modelo de Ocupación Humana

Occupation in Gerontology:  
A critical perspective of the Model of Human Occupation

Ocupação em Gerontologia:  
uma perspectiva crítica do Modelo de Ocupação Humana

*Deisy Krzemien*<sup>1</sup>

*Claudia Miranda*<sup>2</sup>

*Noelia Giselle Martín*<sup>3</sup>

Recibido: 16 de septiembre 2019 • Enviado para modificación: 9 de julio 2020 • Aceptado: 12 de agosto 2020

Krzemien, D., Miranda, C. y Martín, G. (2020). La ocupación en la Gerontología: una perspectiva crítica del Modelo de Ocupación Humana. *Revista Ocupación Humana*, 20 (1), 82-105. <https://doi.org/10.25214/25907816.268>

## RESUMEN

Desde la Terapia Ocupacional en el campo de la Gerontología, se propone una reflexión crítica sobre el uso del Modelo de Ocupación Humana en el abordaje de la ocupación en el envejecimiento, reconociendo la emergencia de la perspectiva crítica, los aportes del paradigma del curso de vida en la comprensión holística y contextual de la vejez, y la concepción de envejecimiento saludable. Se revisan los postulados principales del modelo en cuanto a la adaptación ocupacional, la volición, la habituación, la capacidad de desempeño y los entornos en la vejez. Se analiza la participación social en actividades significativas

<sup>1</sup> Licenciada en Psicología. Especialista en Docencia Universitaria. Doctora en Psicología. Docente, Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata, Argentina. [deisykrzemien@gmail.com](mailto:deisykrzemien@gmail.com)

 <https://orcid.org/0000-0003-4862-5168>

<sup>2</sup> Licenciada en Terapia Ocupacional. Magíster en Psicología Social. Docente, Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata, Argentina. [claudiamiranda2811@gmail.com](mailto:claudiamiranda2811@gmail.com)  <https://orcid.org/0000-0002-3769-0426>

<sup>3</sup> Estudiante, Licenciatura en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata, Argentina. [noeliagisellemartin@gmail.com](mailto:noeliagisellemartin@gmail.com)  <https://orcid.org/0000-0003-0785-9777>

de la persona mayor en la construcción de la vida ocupacional y el rol de la narrativa en la adaptación ocupacional en el envejecimiento. Esta reflexión tiene implicaciones en la fundamentación de la intervención ocupacional en el envejecimiento, tanto desde la perspectiva terapéutica como en la promoción de la salud y la calidad de vida de las personas mayores. En definitiva, el análisis favorece el uso del Modelo de Ocupación Humana en la práctica profesional gerontológica.

#### **PALABRAS CLAVE**

Terapia Ocupacional, gerontología, envejecimiento, personas mayores

#### **ABSTRACT**

A critical reflection of the Human Occupation Model is proposed to address the issue of occupation in aging, in the field of Occupational Therapy in Gerontology. It recognizes the emergence of a critical perspective, the contributions of vital course paradigm to the holistic and contextual understanding of old age, and the conception of healthy aging. The model's main postulates are reviewed in terms of occupational adaptation, volition, habituation, performance capacity and environments in old age. This reflection has implications for the fundamentals of occupational intervention in aging, both from a therapeutic perspective and the promotion of health and life quality in the elderly population. In conclusion, the analysis favors the use of the Human Occupation Model in gerontological professional practice.

#### **KEY WORDS**

Occupational Therapy, geriatrics, aging, elderly

#### **RESUMO**

A partir da Terapia Ocupacional no campo da Gerontologia, propõe-se uma reflexão crítica sobre a utilização do Modelo de Ocupação Humana na abordagem da ocupação no envelhecimento. Reconhece-se a emergência da perspectiva crítica, as contribuições do paradigma do curso de vida na compreensão holística e contextual do envelhecimento, bem como a concepção de envelhecimento saudável. Os principais postulados do modelo são revistos em termos de adaptação ocupacional, volição, habituação, capacidade de desempenho e ambientes na velhice. Analisa-se a participação social em atividades significativas dos idosos na construção da vida ocupacional, assim como o papel da narrativa na adaptação ocupacional do envelhecimento. Esta reflexão tem implicações na fundamentação da intervenção ocupacional no envelhecimento, tanto do ponto de vista terapêutico, como na promoção da saúde e qualidade de vida dos idosos. Definitivamente, a análise favorece a utilização do Modelo de Ocupação Humana na prática profissional gerontológica.

#### **PALAVRAS-CHAVE**

Terapia Ocupacional, gerontologia, envelhecimento, idosos

---

## Introducción

El envejecimiento, como proceso de desarrollo humano, implica cambios multidimensionales y multidireccionales durante el curso de la vida (Baltes et al., 2006; Liberalesso, 2007). La vejez es un proceso dinámico y diverso, tanto en los aspectos que involucra (neurobiológico, morfológico, anatómico, psicológico, comportamental, social) y las diferencias de género, clase y cultura, como en sus cambios en el tiempo (Krzemien, 2013). En este sentido, el paradigma del curso vital (Baltes et al., 2006) permite una comprensión holística y metateórica de la naturaleza del desarrollo humano durante el curso de vida, donde cobra importancia el estudio del envejecimiento como proceso de diferenciación progresiva. En lugar de pensarse como opuestos, el desarrollo y el envejecimiento constituyen un mismo proceso de cambios que reúne influencias biológicas y contextuales, dando cuenta de una continuidad, pero también discontinuidad a lo largo de la vida (Lombardo y Krzemien, 2008).

Así pues, esta reflexión busca ampliar la teorización en torno al envejecimiento desde el campo de la Terapia Ocupacional en Gerontología, a partir del Modelo de Ocupación Humana (Kielhofner, 2011). Resulta relevante reflexionar sobre este modelo en función de los avances de sus planteamientos conceptuales respecto a la inclusión de factores sociopolíticos y económicos que, con el desarrollo de la perspectiva sociocomunitaria de la Terapia Ocupacional en Latinoamérica en las últimas décadas, permitirían un análisis más comprehensivo del envejecimiento. Con este propósito, se revisan brevemente los cambios

recientes en las concepciones epistemológicas y teóricas de la Terapia Ocupacional que se derivan de la influencia de las variables contextuales y sociales, y de la perspectiva de los derechos humanos en la región; luego, se analizan los postulados principales del modelo en cuanto a la adaptación ocupacional, la volición, la habituación, la capacidad de desempeño y los entornos en la vejez, así como la participación social en actividades significativas de la persona mayor en la construcción de la vida ocupacional y el rol de la narrativa en la adaptación ocupacional en el envejecimiento.

Esta reflexión nace del interés en la renovación paradigmática que ha operado en las últimas décadas en las ciencias de la salud y en las ciencias humanas, en torno a dos cuestiones principales: primero, la preocupación por la reflexión teórica y metateórica en Terapia Ocupacional, a partir del giro epistemológico y filosófico en dichos campos del conocimiento (por ejemplo, la inclusión del paradigma de la complejidad) y su relación con los cambios culturales y sociopolíticos actuales (Gallheigo, 2012; Guajardo, 2012); segundo, la necesidad de repensar las problemáticas reales y complejas de lo cotidiano que atiende la Terapia Ocupacional en el contexto latinoamericano (Carvalho, 2018). Es preciso tener en cuenta estas consideraciones en el estudio de la vejez y el envejecimiento, con la posibilidad de repensar el enfoque conceptual, la modalidad de abordaje y la aplicación del Modelo de Ocupación Humana en el colectivo de las personas mayores.

## Enfoques recientes en la literatura

Tradicionalmente, la mayoría de los estudios, prácticas e investigaciones de Terapia Ocupacional en el área gerontológica se han centrado en aspectos patológicos asociados al avance de la edad, como el deterioro cognitivo (Fallahpour et al., 2015), el deterioro funcional (Corregidor, 2010) y las discapacidades y vulnerabilidades (Perlmutter et al., 2010). Así mismo, los estudios desde el Modelo de Ocupación Humana suelen abordar las patologías en la vejez (Oakley, 2008). De esta manera, se observan en la literatura científica investigaciones referidas a la experiencia de participación ocupacional de personas adultas mayores con discapacidades, en las cuales se restringe la consideración de las condiciones sociales y culturales en la explicación de la salud y la adaptación (Yerxa, 1990, 1998; Gallheigo, 2012; Cabral et al., 2018; Carvalho, 2018; Carvalho et al., 2018).

No obstante, en los últimos años, al tiempo que se producen avances en materia de teoría e intervención en Terapia Ocupacional en Geriátrica y Gerontología, algunas investigaciones abordan cuestiones relativas a la ocupación y la salud en personas mayores sin patología ni dependencia psicofísica (Hwang, 2012; Mulholland y Jackson, 2018; Sanders, 2018). Uno de los estudios que a fines del siglo pasado inauguró el trabajo en esta línea es el titulado *Occupation in Lifestyle Redesign: The Well Elderly Study Occupational Therapy Program* (Jackson et al., 1998), el cual propuso una intervención preventiva de Terapia Ocupacional para el rediseño de rutinas en adultos mayores.

Así mismo, desde los años ochenta aparecen trabajos sobre envejecimiento saludable que utilizan el Modelo de Ocupación Humana (Elliott y Barris, 1987; Burton, 1989; Allan et al., 2005; Cruz et al., 2014). El trabajo de Burton (1989), por ejemplo, analizó la aplicación del Modelo, principalmente de los factores motivacionales y volitivos, los roles y rutinas, las capacidades cognitivas y los cambios en las habilidades biopsicosociales de la persona mayor en relación con el medio ambiente, estudiando su impacto en el comportamiento ocupacional. Allan et al. (2005), entre tanto, estudiaron el impacto del proceso de jubilación en el desempeño ocupacional, hallando que dicho proceso no provocó el desequilibrio ocupacional y que las personas mayores lograron adaptarse creando una nueva estructura en sus vidas. Por otro lado, Cruz et al. (2014) identificaron como factores protectores de la ocupación en las personas mayores: el trabajo remunerado; la percepción de productividad, competencia y salud; la espiritualidad, y el apoyo del contexto físico y social, los cuales promueven la vida productiva, la calidad de vida y permiten preservar la adaptación ocupacional. Otra investigación en esta línea aplicó el Modelo para indagar los intereses de personas mayores en su comunidad (Yarce et al., 2014).

En este sentido, es pertinente señalar también las orientaciones de organismos internacionales. Por ejemplo, el *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud de la Organización Mundial de la Salud* (OMS, 2015) promueve la adopción de hábitos y comportamientos saludables para una mejor calidad de vida, a través de políticas de

salud pública, educación para la salud y disposición de medidas y recursos que puedan adaptarse a todos los países. Estos programas se centran en contribuir para que la creciente población de personas mayores lleve un estilo de vida saludable y participe en actividades significativas. A este propósito pueden contribuir las y los profesionales en Terapia Ocupacional, enfatizando en la ocupación como elemento importante en las estrategias de promoción de la salud y diseñando intervenciones que permitan la participación en ocupaciones significativas (Asociación Americana de Terapia Ocupacional -AOTA, 2008).

Reconociendo los aportes y avances en materia de investigación, teoría, metodología y práctica que han fundado y reconceptualizado las bases del campo de la Gerontología en las últimas décadas (Fernández, 2000; Lalive d'Épinay et al., 2005; Villar, 2005; Baltes et al., 2006; Berger, 2009; Dulcey, 2010; Krzemien, 2013; Ferraro y George, 2016), conviene considerar la influencia de esta renovación paradigmática en la teorización de la Terapia Ocupacional en torno al envejecimiento. En particular, el tránsito del modelo biomédico y de salud-enfermedad al de promoción de la salud y envejecimiento activo. Dentro de este enfoque, la persona mayor es concebida como integrante activa y participe de su entorno social, cultural y comunitario (Duque, 2010).

Lo expuesto evidencia que, si bien algunos estudios y prácticas responden a los paradigmas actuales sobre la vejez, como lo proponen Carvalho et al., "el envejecimiento necesita ser pensado y abordado por los terapeutas ocupacionales desde diferentes perspectivas, contemplando también los aspectos so-

ciales que involucran a esta población" (2018, p.31). Por lo tanto, siguiendo a estas autoras, se reconoce la necesidad de ahondar en cuestiones colectivas y sociales en la vejez. Por otra parte, a pesar de los avances epistemológicos y teóricos, en la aplicación conceptual y práctica del Modelo de Ocupación Humana en la vejez prevalecen puntos de vista tradicionales, que no incorporan el peso que se le ha dado a los factores contextuales sociopolíticos en sus últimas revisiones (Kielhofner, 2011; Taylor y Kielhofner, 2017).

En suma, esta reflexión parte del reconocimiento de la emergencia de la perspectiva crítica del paradigma social en Terapia Ocupacional, a fin de repensar el enfoque conceptual, la modalidad de abordaje y la aplicación del Modelo de Ocupación Humana en el colectivo de las personas mayores.

### **El paradigma social en Terapia Ocupacional: su influencia en el abordaje del envejecimiento desde el Modelo de Ocupación Humana**

En Terapia Ocupacional se viene advirtiendo la extensión del enfoque social, ampliando la mirada hacia una perspectiva sociocultural y política que atraviesa y da sentido a las intervenciones en los diferentes campos (Simó et al., 2016). Conviene, entonces, reflexionar sobre el abordaje del envejecimiento desde un paradigma que integre aspectos micro y macrosociales como la participación socio-comunitaria, los derechos humanos, los movimientos sociales, las políticas públicas, los microemprendimientos no gubernamen-

tales, las diversas configuraciones familiares, es decir, las prácticas sociales, reconociendo a la persona adulta mayor como participante activa de la sociedad y como ciudadana.

Actualmente, la Terapia Ocupacional transita por lo que autores como Morrison (2018) han denominado el *paradigma social* o *cuarto paradigma*, que dio lugar a la perspectiva social y comunitaria de la profesión. Este enfoque aporta ideas para la comprensión del envejecimiento como fenómeno social y colectivo, es decir, como un producto configurado por múltiples factores sociales, culturales y económicos que determinan la participación de la persona mayor en su entorno. A su vez, permite considerarla como sujeto de derechos, actuante, productora y transformadora de su medio (Morrison et al., 2016; Carvalho et al., 2018). De esta manera, el paradigma social de la ocupación proporciona el fundamento teórico para desarrollar prácticas e intervenciones efectivas que fomenten su participación social (Turcotte et al., 2018; Smallfield y Molitor, 2018).

No obstante, varios autores argumentan que la participación ocupacional a menudo se ve restringida por opiniones convencionales sobre el envejecimiento, situadas en un contexto político neoliberal (Simó et al., 2016; Trentham y Neysmith, 2018). Dichas concepciones moldean la forma en que las personas mayores ejercen su ciudadanía, limitando sus posibilidades para ejercer roles ocupacionales. De esta manera, es relevante generar un mayor conocimiento que conduzca al cambio social en este terreno.

Por otra parte, la dimensión política de la Terapia Ocupacional ha tenido especial protagonismo a partir de su aceptación

por parte de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales en su reunión de Consejo Mundial celebrada en el 2004 en Sudáfrica. Luego de una intensa polémica, la Federación decidió tomar una postura oficial sobre la incorporación de conceptos como *apartheid* ocupacional, privación ocupacional y justicia ocupacional (Kronenberg et al., 2005), lo cual dio pie a que las y los terapeutas ocupacionales incluyeran en sus intervenciones cuestiones relacionadas con la ciudadanía y los derechos humanos. Brasil fue uno de los países precursores de este paradigma, con trabajos como la visión crítica de la Terapia Ocupacional de Berenice Francisco (1988), y permanece a la vanguardia de estos enfoques.

Habiendo superado una mirada ahistórica y reduccionista de la ocupación, la incorporación de los aspectos sociales, culturales y políticos permite, como postula Guajardo (2012), entender las ocupaciones como prácticas sociales en las cuales se producen relaciones que dan lugar a la conformación de sujetos como un suceso totalizador; la ocupación no es un hecho aislado, en el decir del autor, somos la ocupación. Por su parte, Galheigo (2012) destaca el concepto de *cotidiano* como un acontecer histórico que refleja, entre otros, los valores, sentimientos e ideas del sujeto y, a partir del cual, no solo arriba al conocimiento de la sociedad en la que está inmerso, sino a la posibilidad de transformación social; de esta manera, se supera la visión positivista de las actividades de la vida diaria. La Terapia Ocupacional debería posibilitar, entonces, prácticas que incluyan tanto el ejercicio de la ciudadanía como de los derechos.

En relación con el Modelo de Ocupación Humana, Kielhofner (2011) se-

ñala que este es producto de más de tres décadas de conceptualización, investigaciones y aplicaciones prácticas. Si bien en un comienzo estaba diseñado para orientar a las personas con discapacidades que tenían limitaciones en su participación ocupacional, el propio autor propuso una reformulación teórica que se expone en la cuarta edición de su libro *Modelo de Ocupación Humana* (Kielhofner, 2011)<sup>4</sup> y en su capítulo del libro *Terapia Ocupacional sin fronteras* (Abelenda et al., 2006). Para entonces, Kielhofner reconoció que los nuevos estudios remarcaban la importancia de contribuir al cambio social tanto individual como de grupos, colectivos y organizaciones, para las y los terapeutas ocupacionales (Abelenda et al., 2006). Este replanteamiento inauguró una perspectiva más sociopolítica y contextual, vinculada a las problemáticas sociales.

Kielhofner (2011), y recientemente De las Heras (2015), redefinieron el concepto de *medio ambiente*, para referirse a *entorno*, sumando a las dimensiones existentes, las influencias de las condiciones políticas y económicas para el análisis de la participación ocupacional. En este sentido, Abelenda et al. (2006) destacan que, para entender el fenómeno ocupacional en su complejidad social, económica y política, se requiere de una mirada multidisciplinaria de los sistemas sociales.

Por otra parte, la perspectiva brasilera prefiere referirse a *actividades humanas*, más que a ocupación, como objeto de estudio de la Terapia Ocupacional (Da Rocha Medeiros, 2008; Galheigo, 2012; Carvalho, 2018). Quienes conciben la

ocupación humana como actividades humanas, desde diversos contextos y regiones, reconocen el carácter complejo, multifacético y dinámico de la naturaleza ocupacional a lo largo del curso vital (Da Rocha Medeiros, 2008; Kielhofner, 2011; Galheigo, 2012; Guajardo, 2012; De las Heras, 2015; Carvalho, 2018).

Adhiriendo a esta perspectiva, en este texto se considera que el Modelo de Ocupación Humana, junto con otros enfoques, pueden dar respuesta a una visión gerontológica que haga mayor énfasis en las variables contextuales, lo cual resulta necesario para abordar las cuestiones actuales del envejecimiento

### **Modelo de Ocupación Humana: derivaciones teóricas en la comprensión del envejecimiento**

Con el interés de extender y profundizar en la concepción de la vejez como proceso del curso vital humano desde el Modelo de Ocupación Humana (Kielhofner, 2011), se hará referencia a los principales postulados teóricos de este modelo en cuanto al cambio y desarrollo ocupacional en la vida adulta avanzada: de qué modo la ocupación es motivada, cómo se organiza en patrones de vida y cómo se desarrolla el desempeño ocupacional en el contexto del entorno.

### **Ocupación y adaptación ocupacional**

La ocupación humana se entiende como la participación en actividades mediante las cuales se van desarrollan-

---

<sup>4</sup>Publicado originalmente en 2008 y traducido al español en el 2011.

do las experiencias ocupacionales de las personas. La variedad de experiencias dará como resultado la adaptación ocupacional y sus componentes, la identidad y la competencia. Así, la historia de participación social en actividades significativas de la persona mayor construye su identidad, así como su competencia y adaptación ocupacional (Krzemien y Lombardo, 2003; Kielhofner, 2011).

El concepto de *adaptación* ocupacional es concebido por Kielhofner (2011) como una resultante de la historia de participación ocupacional y de la interacción entre la persona y su entorno, en la medida en que se construye con el tiempo una identidad ocupacional positiva y se logra competencia ocupacional en el contexto del medio ambiente. Esta adaptación, lejos de ser lineal o estática, es dinámica, mostrando avances y retrocesos de acuerdo con la manera en la que las experiencias modelan los comportamientos. Según Palma et al. (2019), en personas mayores el proceso de adaptación ocupacional exitoso está asociado con la construcción de una nueva identidad ocupacional, con un sentido de eficacia y competencia, y con el compromiso de participar en una ocupación significativa. Por su parte, Johansson y Björklund (2016) resaltan que las personas mayores que participaron en un programa de promoción de la salud en viviendas comunitarias, incluyendo actividades ocupacionales, mostraron mejoras estadísticamente significativas en variables generales de salud como la vitalidad, la salud mental y el bienestar psicológico. Las investigadoras concluyen que la participación en actividades significativas y desafiantes en diferentes

ambientes estimula el proceso de adaptación ocupacional, mejorando la vida de las personas mayores.

Una de las ideas centrales en la concepción del Modelo de Ocupación Humana es el énfasis en la *acción*, en el *hacer ocupacional*; no se trata solo de la persona que realiza una actividad ocupacional, sino del sentido en que la acción define a la persona y da significado a su trayectoria de participación, en interacción con su entorno. En este sentido, De las Heras (2015) enfatiza el hacer como concepto clave del Modelo, definiéndolo como “explorar y practicar la propia capacidad de experimentar, responder y resolver situaciones diarias” (p.34). A su vez, esta autora incluye en las dimensiones de participación en ese hacer, el “experimentar, a través del sentir, el contexto ocupacional en relación consigo mismo” (p.43).

Desde esta perspectiva, Kielhofner (2011) entiende la ocupación humana como “la realización<sup>5</sup> del trabajo, el juego o las actividades de la vida diaria dentro de un contexto temporal, físico y sociocultural, que caracteriza gran parte de la vida humana” (p.5) y “la acción que ocupa un lugar particular, social y físico” (p.97). Es justamente en esta participación, en sus diversas modalidades y en los diferentes contextos en los que ha interactuado la persona mayor, donde se han ido moldeando la volición, la habituación y la capacidad de desempeño; por ende, de ese quehacer resultan las posibilidades de adaptación ocupacional. A continuación se hará referencia a estos tres componentes en la vejez.

---

<sup>5</sup> *Doing*, en el idioma original del autor.

## La volición

A medida que transcurre la vida, los pensamientos y sentimientos volitivos se van moldeando en función de los valores propios y los intereses ocupacionales que se han conformado en relación con el contexto de interacción social y las posibilidades de desarrollo o restricciones en el ambiente. En otras palabras, el entorno puede proveer oportunidades y recursos de elección, o bien, puede limitar o generar restricciones en la selección o planificación de los cursos de acción. Por ejemplo, la pandemia global causada por el COVID-19 ha condicionado los entornos y los estilos de vida de las personas, en particular de las mayores, restringiendo las posibilidades ocupacionales y la socialización a través del contacto físico; al mismo tiempo, se han ampliado en el medio cultural las posibilidades de interacción social mediante la virtualidad.

*Causalidad personal.* Cuando el entorno de una persona mayor limita su desenvolvimiento funcional y su desarrollo en algún área de la vida<sup>6</sup>, se pueden ver afectadas las capacidades propias y el sentido de eficacia personal, es decir, la causalidad personal. La evidencia demuestra que, en estas personas, la autoeficacia está relacionada con el nivel de participación ocupacional. Por ejemplo, Peterson et al. (1999) encontraron que las y los adultos mayores que han sufrido caídas exhiben una disminución de la autoeficiencia y, por ende, una reducción en la participación en ocupaciones de recreación y sociales. En este caso, la experiencia negativa puede alterar el propio sentido

de competencia y efectividad, independientemente del riesgo real de volver a sufrir una caída y de los antecedentes de incidentes similares; así puede afectarse la apreciación cognitiva que hace la persona de sus propias capacidades y recursos, restringiendo su participación, aumentando el riesgo de futuras caídas y afectando su capacidad funcional de adaptación.

Por el contrario, la relación entre la autoeficacia y el nivel de participación ocupacional en personas mayores puede analizarse desde el *envejecimiento saludable o competente*. En este sentido, alguna literatura gerontológica alude a la perspectiva del envejecimiento con éxito: saludable, activo, productivo, óptimo y positivo (Fernández, 2007; Fernández et al., 2010). Estas nociones surgen de la variabilidad interindividual y de las diversas formas de envejecer en nuestra sociedad actual. El concepto de envejecimiento exitoso o competente es congruente con una valoración subjetiva de la experiencia vital y del bienestar psicológico, definiéndose como conformidad o satisfacción con la vida y una combinación de vitalidad, resistencia, flexibilidad adaptativa, integridad, control y autonomía, y un ambiente social facilitador del cambio y el desarrollo. En concordancia con estas ideas, Kielhofner (2011) refiere que muchas personas mayores pueden ser sumamente creativas para mantener un sentido de eficacia; así, ante circunstancias adversas, responden activamente para evitar un resultado no deseado, redireccionar su vida y continuar participando en ocupaciones significativas (Jonsson et al., 1997).

---

<sup>6</sup> Por ejemplo, desde lo social, mediante el prejuicio o la discriminación debido a la edad, o desde el punto de vista físico, en el hábitat.

Ahora bien, estas ideas no pueden dejar de contemplar la compleja interacción entre los aspectos individuales, contextuales y ambientales en el proceso de desarrollo del curso de vida. Así, el carácter exitoso en el envejecimiento no se restringe a una cuestión del individuo, sino más bien al entramado de las múltiples variables sociales. De esta manera, conviene pensar la volición como un proceso en el que intervienen aspectos personales cognitivos (cuando uno anticipa, selecciona, planifica e interpreta) y aspectos contextuales de la experiencia ocupacional. En consecuencia, tanto los conceptos de causalidad como el sentido de eficacia en una persona, lejos de ser individuales, son influenciados por las variables contextuales.

En este sentido, Rudman (2015) encontró en el discurso de personas en proceso de preparación para la jubilación, la incorporación de contenidos positivos junto con una racionalidad neoliberal, en especial referida a los cuidados y la sensación de control corporal. La autora explica los resultados en función de un contexto neoliberal en el que la salud, la sociedad, las finanzas y otras responsabilidades se desplazan a los individuos. A su vez, Rubinstein y de Medeiros (2015), en su crítica a la perspectiva del envejecimiento exitoso de Rowe y Kahn (1987), señalan que esta sobrevalora la acción individual como el principio de motivación más importante para alcanzar el éxito, exhibiendo un lenguaje que sugiere que aquellas personas que envejecen sin éxito o que, en otras palabras, fracasan, lo hacen por responsabilidad propia. Este enfoque, por lo tanto, carece de un análisis complejo que considere las variables económicas, sociales, culturales y políticas que fundamentarían el logro del envejecimiento exitoso.

*La valoración y los valores en la vejez.* Si bien la transformación de los valores a lo largo de la vida es reconocida en el Modelo de Ocupación Humana, esta no necesariamente se relaciona con cada etapa. Más bien, la pluralidad de estilos de vida y de elecciones ocupacionales de las personas adultas y adultas mayores, los cambios socioculturales, la variabilidad interindividual en las elecciones e intereses, desdibujan y desligan la estandarización de cursos de vida en relación con los valores según el criterio etario. Es decir, la edad o la etapa vital de una persona no determinan la identificación de valores. Esta idea se refleja en la diversidad de roles que en la actualidad asumen las y los adultos mayores, acorde con las transformaciones socio-históricas que han ido experimentando, lo cual muestran que las elecciones y la participación ocupacional dependen cada vez menos de cursos de acción institucionalizados. Se reconoce la singularidad de las historias de vida, en las cuales, la naturaleza y la dirección de cambio de valores varía de acuerdo con las condiciones y el impacto del entorno. La percepción de los recursos, el apoyo, las demandas o restricciones ambientales, así como la trayectoria ocupacional y los aspectos volitivos personales influyen en los valores asumidos. De esta forma, los valores pueden mantenerse o transformarse y continúan siendo fundamentales en las elecciones ocupacionales de las personas mayores (Kielhofner, 2011).

Algunos estudios muestran que los valores relacionados con los vínculos conyugales, familiares y de pares, la comunidad y la recreación parecen ser los más relevantes en la vejez (Antonovsky y Sagy, 1990; Krzemien, 2006). Aunque tradicionalmente se concibe que,

asumida la vejez, los valores se modificaban de lo activo a lo pasivo; de lo productivo, el logro, la ambición y la eficiencia hacia valores como la condescendencia, la comodidad, la sabiduría, la consejería, entre otros (Kielhofner, 2011, p.136), la transición de los valores en la vejez es compleja, dado que depende de los cambios culturales, políticos, socio-históricos y demográficos, así como de los avances en el campo epistemológico, teórico y metodológico de la Gerontología. Además, considerando la singularidad de las historias de vida, la idiosincrasia y las circunstancias contextuales, los valores asumidos por las personas mayores son variados y re-significados.

*Los intereses.* Para las personas mayores, el albedrío y el aumento del tiempo exento de responsabilidades laborales constituyen una oportunidad para dedicarse a variados intereses de forma más plena y para ampliar el horizonte de aficiones. Así mismo, resultan importantes las posibilidades que brinden los entornos físicos y sociales, pues pueden facilitar o restringir la participación ocupacional. Según Miranda, el comportamiento para involucrarse en actividades cotidianas significativas

Responde, por una parte, a las necesidades individuales y al sentido de gratificación que cada persona asigna a las diferentes ocupaciones. Por otra (...), a las alternativas de exploración y a la forma particular de interacción, condicionadas al medio sociocultural, económico y político en el cual se halla inmerso el adulto mayor. (2005, p.210)

De esta manera, es posible replantear el concepto de tiempo libre u ocio en la

vejez, reconociendo que en el contexto actual, a menudo las personas mayores se involucran en actividades significativas y productivas que tienen un impacto socioeconómico directo para las comunidades, como en situaciones de escasez de recursos, coyunturales o migratorias en las que asumen roles protagónicos como proveedores o cuidadores (Horstead y Bluestone, 2018).

Otro concepto que cobra relevancia para abordar los intereses en la vejez es el de *ocupación motivante*, el cual hace referencia a que la elección de una ocupación suponga un fuerte sentimiento o pasión por realizarla, se relacione con los intereses y la causalidad personal, desafíe la propia competencia y se reconozca como valorada, de modo que signifique una contribución a la familia o a la sociedad y conduzca a una participación regular a lo largo del tiempo (Kielhofner, 2011). Es el caso de las personas mayores, para quienes emprender y sostener una actividad, por lo general, ya no conlleva un sentido de obligatoriedad ni una elección en función de convenciones sociales o de reconocimiento público, sino el interés significativo y motivador propio. A su vez, la variable tiempo y su percepción adquieren una dimensión y un valor particular en esta etapa, como motivador de las elecciones ocupacionales, organizando una jerarquía de prioridades en las metas vitales propuestas.

## La habituación en la vejez

La habituación, entendida como patrones constantes y aprendidos de comportamiento, comprende los hábitos y los roles ajustados a las características del ambiente, dando lugar a rutinas de actividades (Kielhofner, 2011). Los cam-

bios culturales, el impacto de eventos de vida críticos, las demandas sociales y la diversidad de información en nuestro tiempo y culturas, desafían la regularidad de los hábitos y costumbres aprendidos en el transcurso de la vida; a su vez, ello posibilita una mayor flexibilidad en la modificación de patrones. Las personas mayores se enfrentan a cambios en su capacidad de adaptación a la habituación.

Por otra parte, las etapas vitales no definen los hábitos y roles de las personas, es decir, no hay hábitos y roles específicos o propios de la vejez. Los roles que tradicionalmente se han atribuido a las personas mayores, por ejemplo, el de jubilada(o) o abuela(o), en la actualidad se redefinen; hoy las observamos como estudiantes en universidades, trabajando en emprendimientos propios, ocupando roles de gerencia, de experticia y de gestión, de ejercicio de ciudadanía, iniciando una nueva pareja después de la viudez, asumiendo una paternidad longeva, entre otros. En las políticas y programas relacionados con el envejecimiento a nivel local, nacional e internacional, se evidencia también la participación ocupacional en nuevos roles; por ejemplo, en las últimas décadas se han potenciado los programas universitarios para mayores. Estos programas apuntan a mejorar integralmente la calidad de vida de las personas mayores, ya que no responden a concepciones reduccionistas que se limitan a la generación de espacios socio-recreativos (Yuni y Urbano, 2016). La tradicional propuesta de talleres o actividades para este grupo remitía a una perspectiva bioevolutiva o a un enfoque biomédico de evitar las pérdidas asociadas a la edad, prevenir enfermedades neurodegenerativas o, simplemente, estimular la memoria; o bien, se enfocaba en planes de recreación y actividades asociadas a

roles de *abuelidad*. Por el contrario, la propuesta de los programas universitarios para mayores se diferencia en que estos lugares permiten su integración en diferentes ámbitos de la comunidad, estimulan el ejercicio de sus derechos ciudadanos y presentan una oferta educativa diversa, que responde a una amplia gama de intereses.

Ahora bien, como los hábitos constituyen aprendizajes de esquemas de comportamiento y organizan las rutinas en la vida cotidiana, en algunos casos las personas tienden a aferrarse a ellos, lo que limita sus posibilidades de aprendizajes nuevos. Quienes logran superar esos condicionamientos de habituación tienen mayor capacidad para adaptarse a situaciones nuevas y desafiantes. Sin embargo, el desarrollo relativamente estable de hábitos y roles a lo largo del curso vital, en diferentes áreas ocupacionales de la persona mayor, tiende a afianzar la conservación de la habituación (Kielhofner, 2011). Esta adaptación resulta útil en aquellas personas de edad avanzada que presentan diversas patologías psicofísicas o cuyas capacidades funcionales están afectadas, quienes dependen en mayor medida de la contención familiar, la comunidad y las instituciones para mantener su desempeño ocupacional y su calidad de vida. En cambio, en personas sin patologías y cuyo entorno proporcione condiciones políticas, socioculturales y económicas favorables, las oportunidades de desempeñar roles diversos y de modificar la habituación pueden generar una mayor flexibilidad en la organización de las rutinas cotidianas, empoderándolos en la elección de roles de participación ocupacional y, por ende, optimizando su capacidad adaptativa. En síntesis, las personas mayores suelen desarrollar há-

bitos a lo largo de los años en un entorno estable y reconocido, por ello, los cambios en el contexto físico y socio-cultural son un desafío, en tanto las capacidades físicas y psicológicas también se modifican. De este modo, la flexibilidad en la asunción de hábitos y roles es más relevante a medida que avanza la edad, para sostener e incrementar el desempeño funcional y la apreciación cognitiva de bienestar y calidad de vida.

## Capacidad de desempeño

Esta se define como la capacidad para el hacer, provista por la condición de los componentes objetivos físicos y mentales y la experiencia subjetiva correspondiente (Kielhofner, 2011). Este autor afirma que “en el curso de nuestra vida ocupacional diaria, nuestro cuerpo es un punto de vista invisible desde el cual experimentamos y actuamos en el mundo” (2011, p.71). En la vejez, este concepto cobra especial relevancia para comprender la capacidad adaptativa en términos del desempeño ocupacional, la realización de actividades y el rendimiento psicocognitivo, donde se involucran cambios en los aspectos neurobiológicos, psicomotor, socioemocional y neurocognitivo.

El Modelo de Ocupación Humana reconoce dos dimensiones de esta capacidad de desempeño: una objetiva, relativa a los diferentes sistemas biológicos, corporales y neuroanatómicos, entre otros, y otra subjetiva, la experiencia de ser y conocer el mundo en el ejercicio de las capacidades. En este aspecto, la mente y el cuerpo son reconocidos como parte de una entidad única. Kielhofner (2011) se refiere a la noción de cuerpo vivido como la experiencia subjetiva del ejercicio de las capacida-

des de la persona. En la vejez, cuando algunas habilidades tienden a declinar y se van afectando ciertas capacidades, la capacidad objetiva de rendimiento cognitivo puede no ser tan eficiente como en el pasado; no obstante, en condiciones favorables, la experiencia subjetiva del hacer y del desempeño ocupacional puede conservarse y aún incrementarse. Con los aportes de las neurociencias acerca de los cambios del cerebro envejecido (Harris y Allegri, 2009; Allegri et al., 2010; Soto y Arcos, 2010; Redolar, 2014) es posible explicar cómo la neuroplasticidad de las redes neuronales, en relación con las capacidades de reserva cognitiva, permiten que la persona mantenga su capacidad funcional por un mecanismo cerebral compensatorio (Stern, 2011; Arenaza y Bartez, 2014; Jones et al., 2014), ejerciendo su desempeño ocupacional de manera relativamente eficiente. A su vez, respecto al componente subjetivo, en el caso de un proceso patológico o discapacitante, las personas tienen que llegar a comprender, transformar o aprender nuevas formas de experiencias de desempeño ocupacional.

## Los entornos y su condicionamiento en la vejez

Como se ha expuesto, los tres componentes que, según el Modelo de Ocupación Humana, conforman la naturaleza ocupacional de las personas (volición, habituación y capacidad de desempeño) están influenciados por las particularidades del entorno donde se desarrollan. En palabras de Kielhofner, “las características particulares físicas y sociales, culturales, económicas y políticas de los contextos personales impactan en la motivación, la organización y el desempeño de la ocupación” (2011,

p.86). Así, tales condiciones pueden favorecer o restringir las oportunidades de elección y desarrollo ocupacional de las personas mayores.

Para comprender la ocupación en el envejecimiento conviene entender la realidad social, comunitaria, cultural, material y simbólica en la que las y los adultos mayores viven; ello es fundamental para dar respuestas coherentes con sus necesidades en el contexto social (Cabral et al., 2018; Carvalho et al., 2018). La acción de los organismos internacionales y regionales en materia de envejecimiento y sus recomendaciones, así como las periódicas reuniones internacionales sobre el tema han promovido políticas para propiciar *entornos favorables o ciudades amigables* con las personas mayores (Organización Iberoamericana de Seguridad Social -OISS, 2016; Leal, 2017; Pozo, 2017), insistiendo a los gobiernos, sobre todo aquellos en países que presentan un mayor envejecimiento poblacional, en la necesidad de comprometerse con programas y políticas públicas que garanticen su participación ocupacional y comunitaria en el entorno particular en el que se desenvuelven. Sin embargo, en algunas sociedades, los conflictos políticos y las injusticias económicas restringen o inhiben la vida ocupacional de las personas de edad avanzada que son víctimas de esas condiciones de privación e indefensión social (Kielhofner, 2011). Es así como las condiciones negativas o positivas de los entornos interactúan con los componentes personales e impactan sobre las posibilidades de participación ocupacional significativa y satisfactoria de las personas mayores.

## **Construcción de la vida ocupacional: identidad, competencia y adaptación ocupacional en adultos mayores**

Se ha mencionado ya que uno de los conceptos clave en el Modelo de Ocupación Humana para comprender la construcción de la vida ocupacional, particularmente en el envejecimiento, es el de adaptación ocupacional. Esta se relaciona con la historia de participación en una variedad de actividades y experiencias en un contexto de interacción psicosocial donde se van conformando los componentes de esa adaptación: identidad ocupacional y competencia (Kielhofner, 2004, 2011).

En las personas mayores se produce una reconstrucción y renovación del sentido de identidad propia, a partir de la historia de participación en un contexto donde se redefinen las dimensiones personales (volición, habituación y capacidad de desempeño) en relación con las experiencias de cambio, tanto limitaciones y pérdidas como progresos y ganancias. De esta manera, se reconstruyen: a) la percepción de la propia capacidad y eficacia para hacer -causalidad personal; b) lo que se vive como satisfactorio y gratificante -intereses; c) lo que se reconoce cultural y subjetivamente como importante y las convicciones de vida -valores; d) los roles y rutinas que se desarrollan -habituación, y e) la regulación dinámica de las capacidades, habilidades y destrezas psicofísicas y neurocognitivas, de manera que la persona puede afrontar los cambios propios del envejecimiento y del ambiente que le rodea. La reconstrucción positiva de la percepción de es-

tos aspectos de la identidad ocupacional se reflejará en una modificación adecuada del patrón de participación, esfuerzo y logro que supone la competencia ocupacional. Kielhofner (2011) concibe que, a medida que las personas se esfuerzan por organizar sus desempeños en rutinas de comportamientos competentes y relevantes para sí mismas y para el entorno, se van convirtiendo (en el sentido de cambio personal), creciendo y llegando a un mayor sentido de eficacia. Este proceso de conversión, en tanto pasaje por una serie de etapas en una continuidad dinámica e interrelacional, involucran la exploración, la competencia y el logro en el transcurso vital.

### **El rol de la narrativa en la adaptación ocupacional en el envejecimiento**

Kielhofner (2011) plantea que la construcción de la identidad y la competencia ocupacional durante el curso vital se expresa mediante una narrativa que es moldeada por la cultura: “si bien cada persona construye su propia narrativa, el contexto sociocultural tiene una importante influencia” (p.1123) Al respecto, el autor formula algunos interrogantes:

¿De qué modo nos las arreglamos para elegir entre los muchos mensajes, expectativas y oportunidades de nuestros medios ambientes?, ¿cómo seleccionamos qué hacer luego y cómo tenemos el sentido de dónde encaja? y ¿cómo llegamos a manejar nuestras vidas y nos arreglamos para vivirlas? (Kielhofner, 2004, p.142).

Las respuestas a estas preguntas podrían ser argumentadas, en parte, reconociendo que las personas orientan sus elecciones en función de los signi-

ficados culturales que dan sentido a las prácticas sociales y a las actividades cotidianas, y se estructuran en narrativas que integran nuestro ser pasado, presente y futuro (Gergen y Gergen, 1988; Jonsson et al., 2001).

Dos aspectos relevantes para la comprensión de estas narrativas son el *argumento* y la *metáfora*, los cuales le otorgan sentido a las situaciones y episodios. El argumento se refiere a la estructura de la narrativa, en función del significado general que resume dónde ha estado y hacia dónde está yendo la vida, atribuyéndole valoraciones a los eventos en la medida que fluyen a través del tiempo en un continuo donde, en un momento determinado, se aprecian de manera positiva o negativa.

Respecto a la metáfora, Schön (1979), en su análisis del lenguaje y el discurso, introduce el concepto de *metáfora generativa* para referirse tanto a un tipo de producto (una perspectiva o marco, una forma de ver las cosas) como de proceso mediante el cual surgen nuevas perspectivas sobre el mundo. La metáfora es utilizada en la narrativa como generadora de nuevos significados para las circunstancias o eventos de la vida que son especialmente difíciles de comprender o de enfrentar, a fin de integrarlos al transcurso de la vida ocupacional y que tengan efectos en la adaptación ocupacional. Por ejemplo, metáforas como *luchar la batalla o ganar la guerra*, en el caso de las enfermedades.

Para el Modelo de Ocupación Humana, “las personas comprenden su vida ocupacional en términos de una narrativa y buscan influir en el modo en que se despliega su narrativa ocupacional” (Kielhofner, 2011, p.511). Es

decir, los seres humanos otorgan sentido y significado a sus experiencias ocupacionales mediante narrativas. El autor alude a la idea de *narrativa ocupacional* para comprender la forma en la que las personas significan sus experiencias de vida y analizan las circunstancias nuevas que se les presentan, evaluando cómo acontecimientos similares se han desarrollado antes y hacia dónde pueden conducirlos ahora. A través de la construcción de narrativas, las personas encuentran sentido a los episodios de la vida y anticipan el futuro.

La narrativa ocupacional es tanto la historia contada como experimentada y anticipada, que integra la volición, la habituación y la capacidad de desempeño en los entornos en los que se despliega a través del tiempo. La historia de cada persona refleja sus metas, proyectos, desafíos, logros; es decir, los componentes de la identidad y la competencia se entretajan en esas historias. Estas narrativas pueden graficarse mediante pendientes que ilustran las diferentes direcciones que pueden tomar, en tres sentidos: progresivo (mejora), estable (se mantiene igual) y regresivo (empeora) (Jonsson et al., 1997). Al respecto, un estudio longitudinal con personas mayores en periodo pre y posjubilación mostró que la orientación de las pendientes de sus narrativas tenía como referente la experiencia laboral previa, y que su vida ocupacional se expresaba en narrativas moldeadas por los episodios vividos y por aquellas vivencias que no se anticiparon al momento de jubilarse (Jonsson et al., 1997; Jonsson et al., 2000).

En referencia a la construcción discursiva en el envejecimiento, en las personas mayores los cursos de vida y los eventos vividos adquieren diferen-

tes formas según cada contexto histórico-social. ¿Cómo las trayectorias de vida son narradas por diferentes personas? ¿De qué forma éstas son imaginadas, significadas, producidas discursivamente e internalizadas? ¿Cómo llegan a reproducirse y hacerse reales en la vida cotidiana? Son algunos de los tópicos de interés que, hasta el momento, han sido poco atendidos por la Gerontología (Krzemien, 2013). Por ello, es relevante profundizar la investigación de estas cuestiones desde la perspectiva del Modelo de Ocupación Humana.

El curso de la vida es atravesado por valores, creencias y representaciones compartidas socialmente, presentes en un determinado contexto histórico-social, y es influenciado por aquello que socioculturalmente es esperable para el grupo etario de las personas mayores. En la medida que la persona mayor interioriza esas representaciones sociales, forman parte de su subjetividad, dando forma a su identidad y competencia, y vehiculizándose en su narrativa ocupacional. Cada narrativa contiene significaciones de la cultura y del contexto particular, las cuales suelen ser diversas, contradictorias, desarticuladas, según las experiencias de vida y su relación con cada grupo de pertenencia. En este sentido, los argumentos de la narrativa pueden tener carácter regresivo, progresivo o estable (Kielhofner, 2011), de acuerdo con la evaluación y la apreciación cognitiva que la persona hace de los eventos de su vida en términos de su significado y del impacto en su historia.

La vida ocupacional en la vejez adquiere un carácter multifacético, dada la participación en diferentes roles y áreas ocupacionales a lo largo de cada historia, lo cual aumenta la variabilidad

interindividual de este grupo etario; esta heterogeneidad en la participación ocupacional se evidencia en las diversas narrativas, tanto en cómo se estructuran los argumentos como en la generación de metáforas. Tales narrativas revisten una naturaleza especialmente subjetiva, de acuerdo con la particularidad e idiosincrasia de las significaciones de la propia historia de vida, pero a la vez contienen elementos de los temas sociales predominantes, articulándose con las representaciones socioculturales acerca del envejecimiento y la vejez vigentes en el contexto. Tradicionalmente, estas representaciones estaban vinculadas a ideas y valoraciones estereotipadas y restringidas sobre las capacidades y el sentido de autoeficacia, lo cual limitaba los roles y la participación ocupacional de las personas mayores. Actualmente, en las narrativas de las personas mayores se observa la selección de una mayor diversidad de áreas de participación ocupacional, incluso asumiendo roles que en el pasado eran asignados a otras etapas de la vida. Entonces, en una misma narrativa es posible encontrar diferentes pendientes que marcan una trayectoria más dinámica, por momentos regresiva, por otros, progresiva o estable. Esta multiplicidad de significaciones y de pendientes de trayectorias puede, en algunos casos, otorgar una mayor flexibilidad en la adaptación ocupacional.

### **Las narrativas ocupacionales en la vejez desde la perspectiva crítica contemporánea**

En el marco del pensamiento crítico contemporáneo, no solo se valoriza el papel del lenguaje en la construcción del conocimiento, sino el de la acción, el de las prácticas sociales como formas de expresión de conocimiento. Es decir,

se trata de pensar al lenguaje, no como un compendio de significados o en su valor lingüístico, sino como un instrumento mediador de las relaciones entre las personas. En este sentido, recordemos que Vigotsky (1979), en su prolífica y original obra, plantea la actividad social humana como significativa al estar mediada semiótica y simbólicamente por el lenguaje como instrumento propio de la cultura. Esto revela la constitución de un contexto en el que intervienen intenciones, convenciones, procesos sociales de negociación y multiplicidad de sentidos dados. Las realidades sociales son significados producidos en la interacción en un contexto determinado (Bruner, 1990). En efecto, el contexto sociocultural condiciona cierta clase de experiencias a partir de las cuales se genera el discurso narrativo, siendo el lenguaje social un vehículo consensuado que da validez a cada una de las producciones simbólicas. Shotter (2001) entiende el discurso en su capacidad constructiva de relaciones sociales; lo que se habla cobra significado en el contexto de esas relaciones construidas de manera dinámica y sostenida.

Una de las premisas centrales del enfoque crítico es la interpretación de la multiplicidad de significados de la experiencia humana en un contexto de interacción social y cotidianeidad. De hecho, es materia de investigación comprender cómo las personas mayores crean concepciones y mantienen determinadas formas de relacionarse entre sí, y cómo a partir de esa multiplicidad de formas de comunicarse, interpretan sus circunstancias y acontecimientos. De esta manera puede recuperarse la dimensión de la vida cotidiana de las personas mayores y es posible enfatizar en la mirada idiosincrásica del curso vital, resaltando sus propias voces y los significados

subjetivos atribuidos a su experiencia, de manera que sean más comprensibles las experiencias vividas (Gubrium, 1993; Calasanti y King, 2015).

Esta perspectiva resulta apropiada para el estudio de la narrativa acerca de la participación ocupacional en la vejez y para abordar la heterogeneidad de las trayectorias de vida y sus implicaciones en la adaptación ocupacional. Considerando a Galheigo (2012), la dimensión de la vida cotidiana de las personas mayores, en la medida que se expresa en una narrativa ocupacional, puede ser analizada desde la Terapia Ocupacional, reconociendo la voz subjetiva en un acontecer temporal e histórico del transcurrir del envejecimiento.

En consecuencia, resulta de interés profundizar en el conocimiento de las narrativas ocupacionales colectivas, que permitan analizar las transformaciones sociales, en pos del bienestar de comunidades de personas mayores. En este sentido, el concepto de adaptación ocupacional puede ser repensado, lejos de referirnos a una adecuación al sistema social vigente, como la reconstrucción de las diversas identidades ocupacionales y relaciones sociales de las personas mayores, dando lugar a un empoderamiento como colectivo, con un sentido de mayor solidaridad y justicia ocupacional.

## Conclusión

Esta reflexión crítica se orientó a contribuir a la actualización de las concepciones teóricas del Modelo de Ocupación Humana en la comprensión de la ocupación en la vejez, considerando la perspectiva contextual y del paradigma

del curso vital. A partir de estas ideas, la aplicación del Modelo conlleva a enfocar la práctica profesional gerontológica en función de las condiciones sociopolíticas y contextuales que afectan la adaptación ocupacional, la participación social y las narrativas volicionales del colectivo de personas mayores. Esta perspectiva permite que la intervención en Terapia Ocupacional transite desde la mirada asistencial hacia la consideración de la persona mayor como agente social, activa y ciudadana en su comunidad. Sería pertinente sumar nuevos esfuerzos de teorización e investigación en el campo de la Terapia Ocupacional en Gerontología, a fin de renovar el diseño de programas de intervención terapéutica y de promoción de la salud y la calidad de vida de las personas mayores.

## Referencias

- Abelenda, J., Kielhofner, G. y Suarez, Y. (2006). El modelo de ocupación humana como herramienta conceptual para comprender y abordar la segregación ocupacional. En F.Kronenberg, S. Simó y N. Pollard (Eds.), *Terapia ocupacional sin fronteras: Aprendiendo del espíritu de los sobrevivientes* (pp. 83-196). Editorial Médica Panamericana.
- Allan, A. N., Wachholtz, M. D. y Valdés R. A. (2005). Cambios en la ocupación de los adultos mayores recientemente jubilados. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 5, 19-29. <https://doi.org/10.5354/0717-5346.2005.103>
- Allegri, R. F., Taragano, F. E., Krupitzki, H., Serrano, C. M., Dillon, C., Sarasola, D., Feldman, M., Tufo, G., Martelli, M. y Sánchez, V. (2010). Role of cognitive reserve in pro-

- gression from mild cognitive impairment to dementia. *Dementia y Neuropsychologia*, 4(1), 28-34. <https://doi.org/10.1590/S1980-57642010DN40100005>
- Asociación Americana de Terapia Ocupacional [AOTA] (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 625-683. <https://doi.org/10.5014/ajot.62.6.625>
- Antonovsky, A. y Sagy, S. (1990). Confronting developmental tasks in the retirement transition. *Gerontologist*, 30, 362-368. <https://doi.org/10.1093/geront/30.3.362>
- Arenaza, M. y Bartréz, D. (2014). Reserva cognitiva. En D. Redolar (Ed.), *Neurociencia cognitiva* (pp. 185-197). Editorial Médica Panamericana.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U. y Staudinger, U. M. (2006). Life-span theory in developmental psychology. En W. Damon y R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (pp. 569-664). Wiley.
- Berger, S. (2009). *Psicología del desarrollo. Adultez y vejez*. Editorial Médica Panamericana.
- Bruner, J. (1990). *Actos de significado*. Alianza.
- Burton, J. E. (1989). The Model of Human Occupation and occupational therapy practice with elderly patients. Part 1: Characteristics of ageing. *British Journal of Occupational Therapy*, 52(6), 215-218. <https://doi.org/10.1177/030802268905200603>
- Cabral, Y.P.S., Carvalho, C.R.A. y Gonçalves, M.V. (2018). Publicações brasileiras de terapia ocupacional na área de gerontologia entre 2010 e 2015: uma revisão de escopo. *Revista Ocupación Humana*, 18 (2), 20-40. <https://doi.org/10.25214/25907816.226>
- Calasanti, T. y King, N. (2015). Intersectionality and age. En J. Twigg y W. Martin (Eds.), *Routledge handbook of cultural gerontology* (pp.193-200). Routledge.
- Carvalho, C. R. A. (2018). A inserção dos terapeutas ocupacionais nos diferentes contextos de atenção à pessoa idosa. En L. D. Bernardo & T. M. Raymundo (Ed.), *Terapia Ocupacional e Gerontologia: Interlocações e Práticas* (pp.127-140). Appris.
- Carvalho, C., Malfitano, A.P.S. y Lopes, R.E. (2018). Intervenciones sociales de terapia ocupacional con adultos mayores en América del Sur: una revisión no sistemática de la literatura. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 18(2), 29 - 43.
- Corregidor, A. (2010). *Terapia ocupacional en geriatría y gerontología. Bases conceptuales y aplicaciones prácticas*. Ergon.
- Cruz, A., Arias, M., Figueroa, C., LLavona, D. y Rivera, A. (2014). *Factores que promueven la adaptación ocupacional de adultos mayores en Puerto Rico. TOG (A Coruña)*, 11(20), 21. <http://www.revistatog.com/num20pdfs/original10.pdf>
- Da Rocha Medeiros, M. (2008). *Terapia ocupacional. Un abordaje epistemológico y social*. Universidad Nacional del Litoral.
- De las Heras, C. (2015). *Modelo de Ocupación Humana*. Síntesis.
- Dulcey, E. (2010). Psicología social del envejecimiento y perspectiva del transcurso de la vida. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(2), 207-224. <http://www.bdigital.unal.edu.co/18647/2/14521-131949-1-PB.htm>

- Duque, J. (2010). Perspectiva ocupacional de las personas mayores. En A. Corregidor (coord.), *Terapia ocupacional en geriatría y gerontología* (pp. 19-26). Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
- Elliott, M. S. y Barris, R. (1987). Occupational role performance and life satisfaction in elderly persons. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 7(4), 215-224. <https://doi.org/10.1177/153944928700700403>
- Fallahpour, M., Borell, L., Luborsky, M. y Nygard, L. (2015). Leisure-activity participation to prevent later-life cognitive decline: a systematic review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(3), 162-197. <https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1102320>
- Fernández, R. (2000). La gerontología positiva. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 10(3), 143-145.
- Fernández, R. (2007). *Envejecimiento saludable: Aspectos biológicos, Psicológicos y sociales*. Universitas-UNED.
- Fernández, R., Zamarrón, M. D., López, M., Molina, M. A., Diez, J., Montero, P. y Schettini, R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicoterapia*, 22(4), 641-647. <http://hdl.handle.net/10261/83676>
- Ferraro K. y George, L. (2016). *Handbook of aging and the social sciences* - 8th Edition. Academic Press.
- Francisco, B. R. (1988). *Terapia Ocupacional*. Papyrus.
- Galheigo, S. M. (2012). *Perspectiva crítica y compleja de terapia ocupacional: actividad, cotidiano, diversidad, justicia social y compromiso ético-político*. TOG (A Coruña), 5, 176-187. <http://www.revistatog.com/mono/num5/compromiso.pdf>
- Gergen, K. J. y Gergen, M. M. (1988). Narrative and the self as relationship. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 17-56). Academic.
- Guajardo, A. (2012). *Enfoque y praxis en terapia ocupacional: reflexiones desde una perspectiva de la terapia ocupacional crítica*. TOG (A Coruña), 5, 18-29. <http://www.revistatog.com/mono/num5/prologo.pdf>
- Gubrium, J. F. (1993). Contributions of qualitative research on aging. *Qualitative Health Research*, 3(2), 131-132. <https://doi.org/10.1177/104973239300300201>
- Harris, P. y Allegri, R. (2009). Reserva cognitiva y su efecto protector frente a la patología cerebral. *Archivos de Neurología, Neurocirugía y Neuropsiquiatría*, 18, 38-48.
- Horstead, K. y Bluestone, K. (2018). Who cares? Why older women's economic empowerment matters for the Sustainable Development Goals. *Age International*. <https://www.ageinternational.org.uk/contentassets/b73c56b5662f44c-2988f4018f1acb679/who-cares---age-international---nov18.pdf>
- Hwang, J. E. (2012). Development and validation of a 15-item lifestyle screening for community-dwelling older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 66, e98-e106. <https://doi.org/10.5014/ajot.2012.005181>
- Leal, E. El derecho a espacios óptimos para todos. *Enlace En Red*, 31, 33-35. <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/enlace31completa.pdf>

- Jackson, J., Clarson, M., Mandel, D., Zemke, R. y Clark, F. (1998). Occupation in lifestyle redesign: The well elderly study occupational therapy program. *The American Journal of Occupational Therapy*, 2(5), 326-336. <https://doi.org/10.5014/ajot.52.5.326>
- Johansson, A. y Björklund, A. (2016). The impact of occupational therapy and lifestyle interventions on older persons' health, well-being, and occupational adaptation: A mixed-design study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(3), 207-219. <http://doi.org/10.3109/11038128.2015.1093544>
- Jones, R., Manly, J., Glymour, M. y Rentz, D. (2014). Conceptual and measurement challenges in research on cognitive reserve. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 17(4), 593-601. <https://doi.org/10.1017/S1355617710001748>
- Jonsson, H., Josephsson, S. y Kielhofner, G. (2000). Evolving narratives in the course of retirement: A longitudinal study. *American Journal of Occupational Therapy*, 54, 463-470. <https://doi.org/10.5014/ajot.54.5.463>
- Jonsson, H., Josephsson, S. y Kielhofner, G. (2001). Narratives and experience in an occupational transition: A longitudinal study of the retirement process. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 424-432. <https://doi.org/10.5014/ajot.55.4.424>
- Jonsson, H., Kielhofner, G. y Borell, L. (1997). Anticipating retirement: The formation of narratives concerning an occupational transition. *American Journal of Occupational Therapy*, 51, 49-56. <https://doi.org/10.5014/ajot.51.1.49>
- Kielhofner, G. (2004). *Modelo de Ocupación Humana* (3ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Kielhofner, G. (2011). *Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación* (4ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Kronenberg, F., Simó, S. y Pollard N. (2005). *Occupational therapy without borders: learning from the spirit of survivors*. Elsevier.
- Krzemien, D. (2006). Afrontamiento a situaciones de crisis en la vejez femenina. *Anales de Psiquiatría*, 22(4), 171.
- Krzemien, D. (2013). *El campo multidisciplinario de la gerontología. Debate actual sobre demografía, desarrollo social e investigación del envejecimiento*. Académica Española.
- Lalive d'Epinay, Ch., Bickel, J. F., Cavalli, S. y Spini, D. (2005). Le parcours de vie: émergence d'un paradigme interdisciplinaire. En J. F. Guillaume (Ed.), *Parcours biographiques* (pp.187-210). De Boeck.
- Liberalesso, A. (2007). El legado de Paul B. Baltes a la psicología: el paradigma Life Span aplicado al desarrollo y al envejecimiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(2), 413-417.
- Lombardo, E. y Krzemien, D. (2008). La Psicología del curso de vida en el marco de la psicología del desarrollo. *Revista Argentina de Sociología*, 6(10), 111- 120. <http://www.scielo.org.ar/pdf/ras/v6n10/v6n10a08.pdf>
- Miranda, C. (2005). *La ocupación en la vejez. Una visión gerontológica desde terapia ocupacional*. Ediciones Suárez.

- Morrison, R. (2018). O que une a Terapia Ocupacional? Paradigmas e perspectivas ontológicas da ocupação humana. *Revisbrato*, 2(1), 182-203. <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/12699>
- Morrison, R., Guajardo, A. y Schliebener, M. (2016). Conferencia: Debates y reflexiones para una ciencia de la ocupación crítica y social. Diálogos para comprender la ocupación humana. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 1(2), 40-58. <http://www.revista.terapia-ocupacional.org.ar/RATO/2016jul-conf.pdf>
- Mulholland, F. y Jackson, J. (2018). The experience of older adults with anxiety and depression living in the community: Aging, occupation and mental wellbeing. *British Journal of Occupational Therapy*, 1-10. <https://doi.org/10.1177/0308022618777200>
- Oakley, F. (2008). Clinical application of the Model of Human Occupation in dementia of the Alzheimer's type. *Journal Occupational Therapy in Mental Health*, 37-50. [https://doi.org/10.1300/J004v07n04\\_04](https://doi.org/10.1300/J004v07n04_04)
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social [OISS] (2016). *Boletín periódico del programa iberoamericano de cooperación sobre adultos mayores No. 18*. OISS. [https://oiss.org/wp-content/uploads/2000/01/BOLETIN\\_18-ODS-1707def.pdf](https://oiss.org/wp-content/uploads/2000/01/BOLETIN_18-ODS-1707def.pdf)
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* (NLM: WT 104). OMS. <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- Palma, O., Hueso, C., Martí, C., Fernández, M., Campos, C. P. y Montoya, R. (2019). Understanding the occupational adaptation process and well-being of older adults in Magallanes (Chile): A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), 36-40. <http://doi.org/10.3390/ijerph16193640>
- Perlmutter, M.S., Bhorade, A., Gordon, M., Hollingsworth, H. H. y Baum, M. C. (2010). Cognitive, visual, auditory, and emotional factors that affect participation in older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 64(4), 570-579. <https://doi.org/10.5014/ajot.2010.09089>
- Peterson, E., Howland, J., Kielhofner, G., Lachman, M. E., Assmann, S., Cote, J. y Jette, A. (1999). Falls self-efficacy and occupational adaptation among elders. *Physical and Occupational Therapy*, 38, 257. [https://doi.org/10.1080/148v16n01\\_01](https://doi.org/10.1080/148v16n01_01)
- Pozo, M. (2017). La red mundial de ciudades y comunidades amigables con las personas mayores. *Enlace En Red*, 31, 25-30. <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/enlace31completa.pdf>
- Redolar, R. (2014). *Neurociencia cognitiva*. Editorial Médica Panamericana.
- Rowe, J. W. y Kahn, R. L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237(4811), 143-149. <http://doi.org/10.1126/science.3299702>
- Rubinstein, R. L. y de Medeiros, K. (2015). "Successful aging", gerontological theory and neoliberalism: A qualitative critique. *The Gerontologist*, 55(1), 34-42. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu080>

- Rudman, D. L. (2015). Embodying positive aging and neoliberal rationality: Talking about the aging body within narratives of retirement. *Journal of Aging Studies*, 34, 10-20. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2015.03.005>
- Sanders, M. J. (2018). Older manufacturing workers and adaptation to age-related changes. *American Journal of Occupational Therapy*, 72, 1-11. <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.021238>
- Schon, D. (1979). Generative metaphor: A perspective on problem-setting in social policy. En A. Ortony (Ed.), *Metaphor and thought* (pp.137-163). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139173865.011>
- Shotter, J. (2001). *Realidades conversacionales*. Amorrotu.
- Simó, S., Guajardo, A., Corrêa, F., Galheigo, S. y García, S. (2016). *Terapias Ocupacionales desde el Sur Derechos humanos, ciudadanía y participación*. Editorial Universidad de Santiago de Chile.
- Smallfield, S. y Molitor, W. L. (2018). Occupational therapy interventions supporting social participation and leisure engagement for community-dwelling older adults: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 72(4), 1-8. <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.030627>
- Soto, M. y Arcos, M. (2010). Reserva cognitiva y rendimiento neuropsicológico en una muestra de adultos mayores de la ciudad de Arequipa. *Revista de Investigación Universidad Católica San Pablo*, 1, 6-2.
- Stern, Y. (2011). Elaborating a hypothetical concept: Comments on the special series on cognitive reserve. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 17(4), 639-642. <https://doi.org/10.1017/S1355617711000579>
- Taylor, R.R. y Kielhofner, G. (2017). *Kielhofner's model of human occupation: theory and application*. Wolters Kluwer.
- Trentham, B. L. y Neysmith, S. M. (2018). Exercising senior citizenship in an ageist society through participatory action research: A critical occupational perspective. *Journal of Occupational Science*, 25(2), 174-190. <https://doi.org/10.1080/14427591.2017.1402809>
- Turcotte, P. L., Carrier, A., Roy, V. y Levasseur, M. (2018). Occupational therapists' contributions to fostering older adults' social participation: A scoping review. *British journal of occupational therapy*, 81(8), 427-449. <https://doi.org/10.1177/0308022617752067>
- Vigotsky, L. S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Grijalbo.
- Villar, F. (2005). El enfoque del ciclo vital: hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento. En S. Pinazo Hernandis y M. Sánchez Martínez (Dir.) *Gerontología: actualización, innovación y propuestas* (pp. 148-181). Pearson.
- Yarce, E., Rosas, G., Paredes, Y., Rosero, M. y Morales, A. (2014). Intereses ocupacionales de adultos mayores de 60 años de la ciudad San Juan de Pasto. *Revista UNIMAR*, 33(1), 201-212.
- Yerxa, E. (1990). An introduction to occupational science. A foundation for occupational therapy in the 21st century. *Occupational Therapy in Health Care*, 6(4), 1-17. [https://doi.org/10.1080/1003v06n04\\_04](https://doi.org/10.1080/1003v06n04_04)

Yerxa, E. (1998). Health and the human spirit for occupation. *American Journal of Occupational Therapy*, 52, 412-418. <https://doi.org/10.5014/ajot.52.6.412>

Yuni, J. y Urbano, C. (2016). *Envejecer aprendiendo. Claves para un envejecimiento activo*. Editorial Brujas.

# Expresión de la sexualidad de una habitante de una residencia terapéutica como ocio: encuentros entre Elias y Dunning y la Terapia Ocupacional

The expression of a therapeutic resident's sexuality as leisure:  
Encounters between Elias & Dunning and Occupational Therapy

A expressão da sexualidade de uma moradora de residência terapêutica como  
lazer: encontros entre Elias & Dunning e a Terapia Ocupacional

*Adriana Gonçalves Queiroz*<sup>1</sup>

*Ana Cláudia Porfírio Couto*<sup>2</sup>

*Ludimila Canário Silva Barreto*<sup>3</sup>

*Cristiane Miryam Drumond de Brito*<sup>4</sup>

Recibido: 26 de junio 2019 • Enviado para modificación: 23 de julio 2020 • Aceptado: 8 de agosto 2020

Queiroz, A.G., Couto, A.C.P., Barreto, L.C.S. y Brito, C.M.D. (2020). Expresión de la sexualidad de una habitante de una residencia terapéutica como ocio: encuentros entre Elias y Dunning y la Terapia Ocupacional. *Revista Ocupación Humana*, 20 (1), 106-117. <https://doi.org/10.25214/25907816.263>

<sup>1</sup> Terapeuta ocupacional. Postgrado lato sensu en Intervención Psicosocial en el Contexto de las Políticas Públicas. Magíster y doctoranda en Estudios Interdisciplinarios del Ocio, Universidad Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Brasil. [adrianaqueiroz.to@gmail.com](mailto:adrianaqueiroz.to@gmail.com)  <https://orcid.org/0000-0002-0634-9022> W

<sup>2</sup> Licenciada en Educación Física. Máster en Educación Física. Doctora en Ciencias del Deporte. Postdoctorado en Sociología del Deporte y el Ocio. Docente, Universidad Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Brasil. [acpcouto@gmail.com](mailto:acpcouto@gmail.com)  <https://orcid.org/0000-0003-3457-0987>

<sup>3</sup> Terapeuta ocupacional. Postgrado lato sensu en Gestión de Recursos Humanos. Especialista en Salud Mental. Estudiante de Maestría en Estudios en Ocupación, Universidad Federal de Minas Gerais. Servicio de Residencias Terapéuticas. Belo Horizonte, Brasil. [ludicsilva@gmail.com](mailto:ludicsilva@gmail.com)  <https://orcid.org/0000-0002-0942-5975>

<sup>4</sup> Terapeuta ocupacional. Magíster y doctora en Comunicación y Semiótica. Docente, Universidad Federal de Minas Gerais. [cdrumonddebrito@gmail.com](mailto:cdrumonddebrito@gmail.com)  <https://orcid.org/0000-0002-2802-2119>

## RESUMEN

La reforma psiquiátrica brasileña, además de un modelo de cuidado para las personas con trastornos de salud mental, presentó también una nueva manera de entender sus derechos y su modo de vida. En este artículo, a partir de la entrevista a una moradora de una residencia terapéutica de Belo Horizonte, Brasil, se realiza un análisis sobre el ocio a la luz del conocimiento de los autores de las Ciencias Sociales Elias y Dunning, quienes hablan de excitación y placer en el ocio, y se plantean algunas implicaciones para Terapia Ocupacional. Es posible comprender las vivencias de deseo sexual de la residente como formas de vivir el ocio que ejercen una función en su convivencia con la sociedad y resignifican sus posibilidades de probar, inventar y reinventar el ocio y la cotidianidad en su nuevo rol.

## PALABRAS CLAVE

ocio, salud mental, autonomía personal, sexualidad, Terapia Ocupacional

## ABSTRACT

In addition to a model of care for people with mental health disorders, the Brazilian psychiatric reform also presented a new way of understanding their rights and way of life. In this article, based on an interview with a resident of a therapeutic residence in Belo Horizonte, Brazil, an analysis of leisure is carried out based on the knowledge of Elias and Dunning, Social Science authors, who discuss excitement and pleasure in leisure. Subsequently, some implications for Occupational Therapy are raised. It is possible to understand the resident's experiences of sexual desire as ways of living through leisure. Sexual desire has a function in her coexistence with society and redefines her possibilities of trying, inventing, and reinventing leisure and everyday life in her new role.

## KEY WORDS

leisure, mental health, personal autonomy, sexual behavior, Occupational Therapy

## RESUMO

A reforma psiquiátrica brasileira, além de um modelo de cuidado às pessoas com transtornos psiquiátricos, também apresentou uma nova maneira de ver os direitos e o modo de vida das pessoas. Neste artigo, a partir de uma entrevista semiestruturada, realizada com uma moradora de residência terapêutica em Belo Horizonte, Brasil, foi elaborada uma análise sobre o lazer, à luz do conhecimento de autores das Ciências Sociais, Elias e Dunning (1992). Os autores falam de excitação e prazer no lazer e algumas implicações para a Terapia Ocupacional são destacadas. É possível compreender as experiências de desejo sexual da moradora como formas de viver o lazer. Tais formas exercem uma função na sua convivência com a sociedade e ressignificam suas possibilidades de experimentar, inventar e reinventar o lazer, bem como o cotidiano em seu novo papel.

## PALAVRAS-CHAVE

lazer, saúde mental, autonomia pessoal, sexualidade, Terapia Ocupacional

## Introducción

Los servicios de hogares terapéuticos, también conocidos como *residencias terapéuticas*, o simplemente como casas, son viviendas que reciben a pacientes procedentes de hospitales psiquiátricos durante el proceso de desinstitucionalización (Ordenanza Ministerial 106/2000). Se disponen para ser casas en la comunidad, vinculadas a la red de salud local.

En cumplimiento de su función como viviendas y potenciadoras del continuo proceso de desinstitucionalización, las residencias terapéuticas buscan estimular a la o el residente - expaciente de larga permanencia en un hospital psiquiátrico, paciente de la red de salud, habitante de la ciudad -, a (re)adquirir cada día mayor autonomía en sus actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales y avanzadas (Dias et al., 2011). En la práctica, esto significa que existe un intenso trabajo para que la persona se convierta cada vez más en una residente de la casa, a partir de su apropiación de este espacio, desde la elección de su habitación y enseres hasta la búsqueda de sus medicamentos en el centro de salud, la compra del pan en la panadería y la elección de sus actividades de ocio.

Para ayudarles en esa continua conquista, las y los residentes cuentan en la casa con un equipo conformado por cuidadores, practicantes y una supervisora. Este equipo tiene en la Ordenanza para la creación de las residencias terapéuticas (Ordenanza Ministerial 106/2000) el norte para sus acciones y para la cons-

trucción de los proyectos terapéuticos de cada residente. Dichos proyectos deben incluir la asistencia en vivienda, salud, educación y seguridad social, entre otras, y promover su (re) inclusión en la comunidad, en todas las dimensiones posibles. Así, además del equipo, las y los residentes cuentan fuera de la casa con aquellas relaciones que construyen en la cotidianidad - con familiares, vecinos, agentes comunitarios en salud, comerciantes locales, etc.

Son los intercambios que acontecen en el diario vivir los que tejen y modelan la nueva cotidianidad de las personas que egresan de las instituciones psiquiátricas. Esa cotidianidad, o cotidiano, se comprende en este artículo como fuente social en la que cada microevento está marcado por rasgos culturales, retratos de las situaciones sociales de la vida en las cuales se crean vínculos sociales, emocionales y racionales (Covino, 2007; Salles y Matsukura, 2013). Es a partir de esos intercambios que la o el residente hace frente a la ansiedad que le genera aquel nuevo ambiente que no es hospital ni clínica; en su lugar, es una casa con todos los significados y significantes que ello implica. Las costumbres, dichos y *hábitos manicomiales*<sup>5</sup> se dejan de lado o se reconfiguran, al tiempo que se adquieren nuevos hábitos y costumbres.

En las residencias terapéuticas, a sus habitantes se les informa que la casa es suya, por consiguiente, se les invita a asumir responsabilidades hacia esta. Como es una casa, no hay médicos,

---

<sup>5</sup> Se refiere a hábitos adquiridos en los años de reclusión en el hospital psiquiátrico, tales como comer en cuclillas, seguir rutinas marcadas por los horarios de comidas, pedir permiso para ir de una parte de la casa a otra, usar ropas con nombre, fumar colillas de cigarrillo, tomar café frío, entre otros.

tampoco enfermeras<sup>6</sup> en función clínica, pero sí hay cuidadores que cumplen jornadas de 12 horas de trabajo por 36 de descanso. Se agrega al equipo una practicante que tiene la misma formación académica de la supervisora. En Belo Horizonte, hasta el momento, existen supervisoras con formación en Enfermería, Psicología, Terapia Ocupacional y Trabajo Social. En la casa que se menciona en este artículo, la supervisora tiene formación en Terapia Ocupacional.

En este contexto, el ocio se inserta como una vivencia más en la construcción y la apropiación de la nueva cotidianidad, de la nueva vida y las nuevas relaciones. Por ser una dimensión de la cultura y estar representado por la voluntad propia de cada sujeto, la manera de experimentar el ocio, en ese proceso de construcción del rol como residente, es singular.

Reconociendo que no hay muchos estudios que aborden el tema del papel del ocio en estos procesos de desinstitucionalización y transformación de pacientes en residentes, este texto tiene como objetivo discutir con respecto a las elecciones de ocio de una de las habitantes de una residencia terapéutica de Belo Horizonte, Brasil, desde la perspectiva de los autores Nobert Elias y Erick Dunning y en relación con la Terapia Ocupacional.

Elias y Dunning (1992) son conocidos

en el campo de las Ciencias Sociales por estudiar la excitación y el placer en el ocio. Las implicaciones de esta perspectiva para la Terapia Ocupacional serán discutidas con algunos preceptos de la Ciencia Ocupacional, cuando esta considera la ocupación como forma, función y significado (Zemke y Clark, 1996).

Queiroz (2015), primera autora de este artículo, en su tesis de Maestría en Estudios Interdisciplinarios del Ocio en la Universidad Federal de Minas Gerais, Brasil, buscó comprender las ocupaciones reconocidas como ocio y su importancia en el diario vivir de 17 habitantes de residencias terapéuticas de Belo Horizonte<sup>7</sup>. Como parte de ese estudio, realizó una entrevista semiestructurada y observó desde su lugar como investigadora y supervisora de la residencia terapéutica a Frida<sup>8</sup>, una de las residentes. Las respuestas de Frida constituyeron el punto de partida para las discusiones que se condensan en este texto respecto a la autonomía y la sexualidad como ocio en el diario vivir, en la perspectiva de los autores Nobert Elias y Erick Dunning (1992).

## Frida, su llegada a la residencia

*Frida: Yo llegué aquí, a esta casa, (aquí a Sobra<sup>9</sup>), fue así. Ellos me dieron de alta allá.*

---

<sup>6</sup> En casas en las que habitan residentes más dependientes puede contratarse una supervisora con formación en Enfermería, pero su papel en la casa es de gestión; puede ayudar en los cuidados, pero no prescribirlos o dirigirlos. Aunque hay cuidadores con formación técnica en Enfermería, no les corresponde ese tipo de cuidado. Cuando se necesiten cuidados de enfermería, esto debe comunicarse al centro de salud.

<sup>7</sup> La disertación de maestría fue presentada en 2015 bajo el título *No estoy bien, necesito salir a pasear: el papel del ocio en el diario vivir de habitantes de residencia terapéutica de Belo Horizonte*. Fue una investigación cualitativa, transversal, realizada en 2014.

<sup>8</sup> Nombre ficticio.

<sup>9</sup> Nombre ficticio de la casa.

Entrevistadora: *Allá, ¿dónde?*

Frida: *Allá en la Sagrada Señora de la Luz<sup>10</sup>. Entonces yo vine para acá. Llegué aquí y la primera cosa que yo hice fue elegir mi pieza. Elegí aquella pieza, elegí aquella pieza.*

Entrevistadora: *¿Por qué elegiste esa pieza?*

Frida: *Yo quise la segunda pieza, o la tercera, yo no sé. Elegí aquella por el azulejo (...) entonces, yo elegí. La primera cosa que yo hice después de entrar a la pieza fue quemar mi foto...*

Entrevistadora: *¿Por qué quemaste tu foto 3x4?*

Frida: *No sé, quemé, ¡esa casa retumba en mi cabeza!*

Frida, de 55 años de edad, es proveniente de la región metropolitana de Belo Horizonte, tiene muchos hermanos y a su madre, su padre murió. Estuvo internada en una clínica psiquiátrica de Belo Horizonte por veinte años; como las demás personas que allí permanecían, antes de su salida, en el año 2008, recibió acompañamiento del equipo de desinstitucionalización del ayuntamiento de Belo Horizonte. En la clínica era conocida como la *fugitiva*, pues siempre huía de un ala a otra intentando, en realidad, escapar de la clínica. Esa búsqueda de libertad, mal interpretada dentro de los altos muros de

ese establecimiento ubicado en una elegante zona de la ciudad, era su marca cuando estaba institucionalizada y siguió siéndolo después de su alta de la clínica.

El 26 de diciembre del 2008, Frida llegó a la residencia; un lugar que aún intentaba descifrar: ¿es una clínica?, ¿una casita<sup>11</sup>?, ¿una casa? ¿La casa de quién?, ¿mí casa? Pero... ¿es mi casa con mi familia? ¿Dónde está el Doctor?, ¿la enfermera? ¿Yo puedo elegir? ¿Yo tengo poder de elección! Algo que realmente puede desorientar.

En la casa viven seis hombres y cuatro mujeres, incluida ella. Frida eligió a una vieja amiga de la clínica como compañera de habitación. Como en cualquier casa, existe una rutina – desayunar, tomar la medicación, ducharse, comprar pan, limpiar, cuidar sus pertenencias, dialogar, ver la televisión, llamar a amigos o familiares por teléfono, salir un rato, etc. –, pero a diferencia de la rigidez del hospital, a sus residentes no se les obliga a ducharse en la mañana, a comer en horarios específicos, ni a dormir a una hora establecida.

## **De (im)paciente a moradora: la sexualidad como ocio en la cotidianidad**

Cinco días después de llegar a la casa, Frida repitió un hábito que había adquirido en el *manicomio*<sup>12</sup>, saltó las rejas del pa-

---

<sup>10</sup> Nombre ficticio del establecimiento psiquiátrico en el que Frida permaneció. Las clínicas y los hospitales psiquiátricos tenían las mismas reglas, pero menor infraestructura física, en el caso de las primeras. Por los hábitos que allí se mantenían, a ambos se les llamaba manicomios. El término clínica, en este texto, se usa para hacer referencia al servicio hospitalario de cual Frida salió. El término hospital u hospitalario se refiere al cuidado en general. Además, el término manicomio se emplea para denominar el lugar que mantenía hábitos y cultura de exclusión y violencia.

<sup>11</sup> Término utilizado, entre el personal de psiquiatría, para el lugar en el que se realizaba terapia electroconvulsiva a las y los internos.

<sup>12</sup> Manicomio es una institución cerrada que busca normatizar a los individuos, dominarlos y ejercer su poder al institucionalizar y desconocer su subjetividad (Brito y Dimenstein, 2008).

tio y salió a las calle. Exactamente como la madre de Frida lo había dicho: - *¿ustedes creen que esa reja detendrá a Frida? ¡Tengan cuidado, ella va a huir!* - Claramente, la familia también estaba institucionalizada.

En definitiva, si Frida escapaba del ala principal del manicomio, ¿no huiría de una simple casa? Pero así como ella lo hizo, poco a poco su familia también entendió que las rejas del patio no estaban allí para aprisionar y que, en la casa, las y los residentes ejercían su derecho de ir y venir libremente. Ella ya no era una (im)paciente que daba trabajo al personal del hospital por sus constantes escapes, sino una moradora en construcción.

Fueron innumerables fugas, algunas veces Frida pasaba varios días afuera y en otras ocasiones volvía en los horarios que ella misma organizaba, generalmente, a las 9:00 a.m. del día siguiente. Cada vez, Frida sorprendía al equipo con los relatos de sus aventuras: había hecho *autostop*, sabía exactamente el camino que había recorrido, hasta sabía cuándo era necesario ir al centro de salud, pues había tenido relaciones sexuales con habitantes de la calle sin usar preservativo. Siempre compartía sus vivencias de manera detallada, incluso algunas veces parecía tener la intención de incomodar a sus oyentes, pero generalmente parecía hacerlo por consideración con el equipo de la casa, quienes se preocupaban y ponían en acción toda la red de salud, asistencia social y policía para cuidarla.

Después de dos años viviendo de esa manera, en los que otras cuestiones de adaptación a la casa y a la nueva vida fueron tomando forma (como la relación

con el centro de salud y la participación en la casa), y siguiendo el propósito de las residencias terapéuticas, explícito en su ordenanza de reinserción social, el equipo le entregó a Frida la llave de la casa. Su actitud, así como el lenguaje del equipo fueron cambiando; de manera que ya no eran *fugas*, sino *salidas*. Quien huye, huye de algo o de alguien. Finalmente, solo se puede huir de un lugar en el que se está atrapada; no era ese el caso de Frida. Quizás, hoy en día, se podría reemplazar la palabra *salidas* por *encuentros*, pues en cada salida Frida siempre encontraba alguna cosa, o a alguien, o a ella misma.

Tener la llave de la casa tornó en *oficial*, de alguna manera, que aquel espacio era suyo. Frida empezó a traer pretendientes a su morada, a su habitación. Otra mediación se iniciaba, pues el cuarto no era solo de ella, y tampoco la casa. ¿Cómo veían eso las demás personas que habitaban la residencia? Frida se encontraba en una situación complicada, ya no quería tener relaciones sexuales en la calle o en terrenos baldíos, pero sus compañeros y compañeras no aceptaban a personas desconocidas en la casa y se molestaban con las expresiones sexuales al interior de esta.

Antes, Frida dejaba la puerta abierta al cambiarse de ropa o al masturbarse (su habitación se encontraba en el pasillo entre el salón y la cocina), o usaba escotes profundos que dejaban a la vista el sostén, incluso a veces uno de sus senos. Provocaba sexualmente de manera (in)consciente a otros residentes de la casa, pero les desdeñaba para cuestiones importantes. Frente a los impases que se presentaban, empezó a prestarle atención a las pretensiones de dos residentes, pero aunque satisfacían

sus deseos, no quiso sostener con ninguno de ellos una relación duradera.

En ese contexto, el equipo comenzó a preguntarse sobre el papel de la sexualidad para Frida. A través de la entrevista realizada y de la observación, se empezó a comprender que sus vivencias de deseo sexual se asociaban con su manera de experimentar, inventar y reinventar su ocio y a sí misma.

### Ocio y excitación: excitación en el ocio

Entrevistadora: *Frida, cuando te preguntas qué es ocio, busco saber qué te gusta hacer y qué te hace feliz.*

Frida: *¿Qué me hace feliz?*

Entrevistadora: *Sí.*

Frida: *Me hace feliz... meter<sup>13</sup> [susurra].*

Entrevistadora: *¿Meter te hace feliz?*

Frida: *¡Ah, no importa! Yo chupo el pene de Jaime<sup>14</sup> [susurrando].*

Entrevistadora: *¿Qué? ¿Chupa?*

Frida: *El pene de Jaime [dice más fuerte].*

Entrevistadora: *El pene de Jaime, ¿eso te hace feliz?*

Frida: *¡Ah, no importa! Y él chupa mi vagina.*

“Los individuos que reaccionan de manera bastante excitada están sujetos a ser conducidos a un hospital o a la cárcel” (Elias y Dunning, 1992, p.102). La sociedad busca constantemente controlar el comportamiento de aquellas personas a las que llama diferentes; así, las excitaciones intensas se interpretan como descontrol, pues salen de los patrones aceptados como normales. A lo largo de la historia han existido innumerables intentos de control: reclusión de las locas y los locos en manicomios, que se fueron configurando como prisiones e institucionalización subjetividades; institucionalización de niños, niñas y jóvenes en fundaciones estatales para el bienestar de los menores -FEBEM<sup>15</sup>; aumento de la cantidad de prisiones y comunidades terapéuticas.

De esa manera, cuando Frida considera sus actividades sexuales como ocio, ella contradice el control que se espera que la sociedad imponga a una persona con un trastorno mental; denuncia que, aunque sea usuaria de servicios de salud mental y haya estado internada por muchos años, tiene deseos y se hace responsable por ellos.

En el ámbito de esta discusión, el papel del equipo de la residencia terapéutica es también el de ser mediador, que escucha y valida la manera en que el sujeto expresa su excitación como vivencia del ocio. Así, el ocio expresado por Frida, además de ser algo inherente al ser humano, un ser sexual y con sexualidad, es algo que “proporciona la esfera de acción para liberarse, de manera equilibrada, de las restricciones” (Elias y Dunning,

<sup>13</sup> Forma peyorativa de referirse a la actividad sexual.

<sup>14</sup> Nombre ficticio.

<sup>15</sup> Instituciones de acogida para adolescentes con propósitos de reparación de los efectos de la marginalidad, asistencia, corrección o castigo a menores infractores (Marazina, 2000).

1992, p.105), en este caso, civilizadoras y estigmatizantes.

Más allá del contenido del ocio de Frida (actividades que proporcionan satisfacción sexual), es importante resaltar que ella lo interpreta como algo que la hace feliz. En ese sentido, Elias y Dunning hablan de la satisfacción que proporciona el ocio y de la importancia de este “para el bienestar de las personas como individuos y como sociedad” (1992, p.105). Así, hay un largo camino por recorrer para lograr ese bienestar individual y social, especialmente si se trata de grupos estigmatizados. Las restricciones impuestas a estas personas están enraizadas en la sociedad, de manera que sus actos apasionados son leídos como devaneos, no como actuaciones legítimas de sujetos en busca de sí mismos y en defensa de sus deseos y derechos. Elias y Dunning resumen bien cuando dicen que la excitación espontánea y elemental ha sido interpretada, probablemente, como “una enemiga de la vida humana en sociedad” (1992, p.113).

Estos autores, de cierta manera, retoman este tema cuando hablan de placer y ocio. El placer es con frecuencia eliminado de las conversaciones importantes y, ya que en una sociedad capitalista, como la actual, la productividad es lo que tiene valor, las actividades de ocio se convierten en secundarias, principalmente cuando están relacionadas con el placer que proporcionan a las personas; esas actividades, como el ocio de Frida, pasan a ser un *tabú*<sup>16</sup>.

Aunque la mirada del otro, muchas veces moralista, rodee la experiencia de Frida, se percibe que ella busca cierta

tensión. Realiza sus actividades sexuales cuando la cuidadora no está o de manera rápida, pero con frecuencia lo hace en lugares de alta circulación, en los que puede ser vista o descubierta, como en la lavandería. Según lo resaltado por Elias y Dunning, el ocio puede generar y ser fuente de liberación de tensiones; de esta manera, se producen “tensiones de un tipo particular, el desarrollo de una agradable tensión-excitación como pieza clave de satisfacción en el ocio” (1992, p.136).

Los *encuentros* de Frida, sean fuera o dentro de la casa, parecen ser además una búsqueda de excitación, de evasión del deseo sexual, una ruptura en su rutina en la que “las actividades de ocio proporcionan, por un corto tiempo, la emergencia de sentimientos agradables y fuertes que, con frecuencia, están ausentes” (Elias y Dunning, 1992, p.137). Esa ruptura de la rutina es una decisión; así lo manifiesta:

Entrevistadora: *Frida, ¿cómo decides qué hacer para tu ocio?*

Frida: *Es difícil.*

Entrevistadora: *¿Es difícil?*

Frida: *Algunas veces tenemos hambre, entonces... es una decisión.*

Entrevistadora: *Es una decisión, ¿pero es ocio?*

Frida: *Sí.*

Elias y Dunning reflexionan que, en algunas ocasiones, las personas no se dan cuenta de la importancia de su pro-

<sup>16</sup> Un sistema de supersticiones relacionadas con valores morales que normalmente se clasifican y aceptan socialmente como prohibidas (Orsi, 2011).

pio placer y satisfacción en la elección de las actividades de ocio, pues estos no siempre provienen de otra persona, sino del sujeto mismo. Este postulado dialoga con el caso presentado, ya que Frida deja clara “la consideración de su propio placer, de su propia satisfacción” (1992, p.140) y toma la decisión de obtenerlos.

A veces incomoda a la sociedad, en otros momentos se adecúa a los límites socialmente establecidos (cuando usa condones o elige a un compañero conocido y no a un extraño, por ejemplo); pero tiene las decisiones en sus manos, en pleno ejercicio de su autonomía respecto a cómo vivir el ocio con su propio cuerpo. Sus experiencias de ocio, como se ejemplifica a continuación, hacen temblar el moralismo controlador que la sociedad intenta imponer.

Entrevistadora: *Frida, cuéntame una experiencia de ocio.*

Frida: *Experiencia... mmm..., es difícil para mí... Dormir.*

Entrevistadora: *¿Dormir es una experiencia de ocio?*

Frida: *Sí.*

Entrevistadora: *¿Qué más es una experiencia de ocio?*

Frida: *Experiencia, ¿sí? Experiencia es coquetear.*

Entrevistadora: *¿Coquetear es una experiencia de ocio?*

Frida: *Sí.*

El relato de Frida presenta el ocio como una ocupación humana, al com-

prender ocupación como actividad significativa presente en el diario vivir (Zemke y Clarke, 1996). Una ocupación que ella vive sin un tiempo determinado o institucionalizado. En realidad, ella utiliza su cuerpo para gozar del ocio cuando su deseo así lo pide.

La vivencia del ocio de Frida, marcado por la búsqueda de excitación y placer, que rompe patrones al negarse a ser institucionalizado, dialoga con los elementos que la Ciencia Ocupacional plantea respecto a la ocupación: forma, función y significado (Zemke y Clark, 1996). Ese diálogo, presentado por el relato de este caso, trae implicaciones para la Terapia Ocupacional como profesión que estudia y actúa en y con las ocupaciones humanas.

La forma se refiere a cómo se experimenta el ocio. En este caso, las vivencias sexuales de Frida son diversas en ambientes, pero están marcadas por el carácter desinstitucionalizado. Como función, el ocio expresa búsqueda de placer y excitación. Especialmente, de lugar de *rebeldía*, de mujer de y con deseos, de *¡feminidad viva!* En última instancia, se puede afirmar que, para Frida, el ocio, que puede parecer algo común, en realidad es la manera de encontrarse consigo misma (Fonsêca, 2008).

Algunos textos y profesionales en Terapia Ocupacional recomiendan utilizar diversos modelos y enfoques para atender a las características particulares de las y los usuarios de los servicios. En este sentido, por ejemplo, en la tercera edición del *Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional*, de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional -AOTA, el ocio es definido como “una actividad no obligatoria que

está intrínsecamente motivada y en la que se participa durante un tiempo discrecional o libre, es decir, un tiempo no comprometido con ocupaciones obligatorias tales como trabajo, cuidado propio o dormir” (Parham y Fazio, citado por AOTA, 2014, p.22).

De otro lado, la producción científica respecto a la sexualidad humana en el área de salud, particularmente en Terapia Ocupacional, es limitada. Aún es un tema que genera vergüenza y, frente al cual, las y los estudiantes no reciben una preparación que les permita lidiar con los mitos, creencias y tabúes que emergen al tratar el tema en la atención profesional. En un estudio conducido por Silveira et al. (2014) respecto a la producción científica en este campo, solamente el 5% de los hallazgos se relacionaban con Terapia Ocupacional y sexualidad, lo que indica el tradicionalismo en el área. Jones et al. (2005), entre tanto, investigando la formación de terapeutas ocupacionales, identificaron que el tema de la sexualidad se trata poco, lo que genera oportunidades perdidas en la práctica profesional.

En este sentido, se valida a Almeida (2004) cuando refiere que el cuerpo es el medio para la experiencia de sí mismo y del otro, lo que en Terapia Ocupacional amplía la perspectiva profesional respecto a las personas. Ese cuerpo, que no es solamente un componente orgánico, es también objeto de cuidado para las y los terapeutas ocupacionales, es una expresión de las relaciones históricas y culturales, de experiencias y de subjetividades.

Así, comprender la sexualidad como ocio en Terapia Ocupacional, según la orientación del *Marco de trabajo* de la AOTA (2015), es problemático, ya

que esta ocupación es considerada allí como una actividad de la vida diaria, no como ocio. Así mismo, aun cuando se mencione en el dominio de participación y la satisfacción sea un elemento señalado en su caracterización, se entiende en este artículo que el ocio no se limita a estar con otros en actividad o a la búsqueda de placer.

Por lo tanto, se opta aquí por una idea ampliada de ocio que asocie las propuestas de Elias y Dunning (1992) y los elementos anteriormente mencionados de la Ciencia Ocupacional. Este planteamiento abre posibilidades y oportunidades para reconocer los deseos respecto al propio cuerpo y la autonomía en las decisiones de las y los usuarios de servicios de salud mental atendidos o acompañados por terapeutas ocupacionales.

Se reconoce, entonces, que este artículo presenta elementos poco estudiados y que pueden aportar de manera significativa a la práctica y a la formación de terapeutas ocupacionales. Estos elementos también estimulan una visión política y transformadora del ocio en la construcción de la autonomía, la independencia y la ciudadanía. Igualmente, se destaca que este análisis fue realizado por cuatro mujeres y trata el tema del ocio de otra mujer que hace parte de una población singular (usuaria de servicios de salud mental); por lo tanto, sus hallazgos no son generalizables. Aun así, contribuye al acervo profesional relacionado con el ocio y la sexualidad.

## Consideraciones finales

El ocio cumple una función en la construcción de lo cotidiano, por supuesto, no es antítesis de las actividades obligatorias,

así que contribuye con la composición de la vida del ser humano.

Las decisiones en esa esfera pública y personal del sujeto (ocio) pueden tomarse teniendo en cuenta la satisfacción que la actividad puede proporcionar. En ese sentido, es necesario mirar más allá de los estigmas y los prejuicios sociales que tienden a controlar los comportamientos, los sentimientos y las expresiones en un mundo de sujetos diversos.

Al analizar el punto de vista de Frida sobre su propio ocio desde la perspectiva de Norbert Elias y Erick Dunning, que contempla las categorías placer y excitación, fue posible entender el significado, la forma y la función de la ocupación ocio en la vida de esta habitante de una residencia terapéutica. El diálogo entre dicha perspectiva y los elementos de la Ciencia de la Ocupación trae posibilidades de actuación distintas para la Terapia Ocupacional. Posibilidades que reconozcan las diferentes maneras de vivir el ocio y de valorar sus sutilezas, traducidas en forma, función y significado, elementos con los cuales las y los terapeutas ocupacionales pueden desarrollar acciones con las personas, en beneficio de una vida placentera, excitante y saludable.

De este modo, Frida, desde sus vivencias, permite entender el ocio como organizador de una nueva cotidianidad, la de una mujer en un nuevo escenario de la vida; también, ofrece un punto de reflexión sobre otras maneras de ser moradora y de habitar en la sociedad.

## Referencias

- Almeida, M. V. M. (2004). *Corpo e arte em terapia ocupacional*. Enelivros.
- Asociación Americana de Terapia Ocupacional [AOTA] (2014). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd Edition). *American Journal of Occupational Therapy*, 68 (sup.1), 1-48. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>
- Ministerio de Salud, Brasil (2000, 11 de febrero). *Ordenanza Ministerial 106. Crea los Servicios Residenciales Terapéuticos en Salud Mental, en el ámbito del Sistema Único de Salud, para la atención de personas con trastornos mentales*. <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>
- Brito, M.A.M. y Dimenstein, M. (2008). Contornando as grades do manicômio: histórias de resistências esculpidas na instituição total. *Aletheia*, (28), 188-203. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942008000200015&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000200015&lng=pt&tlng=pt).
- Covino, A. M. (2007). *O cotidiano nos espaços de morar e habitar em saúde mental* [tesis de maestría, Universidade de São Paulo]. Bibliothèque Numérique USP. <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-19122007-162841/fr.php>
- Dias, E., Duarte, Y., Almeida, M. y Lebrão, M. (2011). Caracterização das atividades avançadas de vida diária (AAVDS): um estudo de revisão. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 22(1), 45-51. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i1p45-51>

- Elias, N. y Dunning, E. (1992). *Memória e Sociedade a Busca da Excitação*. Difel.
- Fonsêca, M.A. (2008). A prática do terapeuta ocupacional em saúde mental a partir de uma perspectiva não excludente e de respeito as diferenças. En A. Drummond y M. Rezende (eds.), *Intervenções da terapia ocupacional* (pp.71-94). UFMG.
- Jones, M.K., Weerakoon, P. y Pynor, R.A. (2005). Survey of occupational therapy student's attitudes towards sexual issues in clinical practice. *Occupational Therapy International*, 12 (2), 95-106. <https://doi.org/10.1002/oti.18>
- Marazina, I.V. (2000). FEBEM: Os des-caminhos do pai. *Estilos da Clínica*, 5(8), 190-199. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282000000100017&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282000000100017&lng=pt&tlng=pt)
- Orsi, V. (2011). Tabu e preconceito linguístico. *Revista Virtual de Estudos da Linguagem*, 9(17), 334-348. <http://hdl.handle.net/11449/122427>
- Queiroz, A.G. (2015). *Não tô boa. Preciso passear!: o lazer de moradores de dois serviços residenciais terapêuticos de Belo Horizonte* [tesis de maestría, Universidade Federal de Minas Gerais]. Repositório Institucional da UFMG. <http://hdl.handle.net/1843/EEFF-BB6FCD>
- Salles, M.M. y Matusukura, T.S. (2013). Estudo de revisão sistemática sobre o uso do conceito de cotidiano no campo da terapia ocupacional no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 21(2), 265-273. <http://doi.org/10.4322/cto.2013.028>
- Silveira, G.F., Wittkopf, P.G., Sperandio, F.F. y Pivetta, H.M.F. (2014) Produção científica da área da saúde sobre a sexualidade humana. *Saúde e Sociedade*, 23(1), 302-312. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100024>.
- Zemke, R. y Clark, F. (1996). *Occupational science: The evolving discipline*. Davis.

# Terapia ocupacional en tiempos de pandemia: seguridad social y garantías de un cotidiano posible para todos<sup>1</sup>

Occupational therapy in times of pandemic: social security and guaranties of possible everyday life for all

Terapia ocupacional em tempos de pandemia: seguridade social e garantias de um cotidiano possível para todos

Ana Paula Serrata Malfitano<sup>2</sup>

Daniel Marinho Cezar da Cruz<sup>3</sup>

Roseli Esquerdo Lopes<sup>4</sup>

Recibido: 25 de mayo 2020 • Aceptado: 10 de agosto 2020

Malfitano, A.P.S., Cruz, D.M.C. y Lopes, R.E. (2020). Terapia ocupacional en tiempos de pandemia: seguridad social y garantías de un cotidiano posible para todos (traducción). *Revista Ocupación Humana*, 20 (1), 118-123. <https://doi.org/10.25214/25907816.950>

La pandemia causada por el SARS-CoV-2 ha demandado a todas las profesiones repensar y reestructurar sus roles para lidiar con la COVID-19, asegurando y reafirmando la importancia de sus contribuciones frente a la complejidad de las

<sup>1</sup> Este texto fue publicado originalmente por sus autores, como editorial, en portugués e inglés, en el vol. 28 n.º 2 de *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional* (Malfitano et al., 2020). Disponible en: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoed22802>

<sup>2</sup> Terapeuta ocupacional. Magíster en Educación. Doctora en Salud Pública. Docente, Universidade Federal de São Carlos. Editora, *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional/ Brazilian Journal of Occupational Therapy*. São Carlos, Brasil. [anamalfitano@ufscar.br](mailto:anamalfitano@ufscar.br)  <https://orcid.org/0000-0002-0502-3194>.

<sup>3</sup> Terapeuta ocupacional. Magíster y doctor en Educación Especial. Docente Visitante, Wrexham Glyndwr University, Wrexham, Reino Unido. Docente, Universidade Federal de São Carlos. Editor, *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional/ Brazilian Journal of Occupational Therapy*. [cruzdmc@gmail.com](mailto:cruzdmc@gmail.com)  <https://orcid.org/0000-0002-4708-354X>

<sup>4</sup> Terapeuta ocupacional. Especialista en Salud Mental. Magíster y doctora em Educación. Docente, Universidade Federal de São Carlos. Editora, *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional/ Brazilian Journal of Occupational Therapy*. São Carlos, Brasil. [relopes@ufscar.br](mailto:relopes@ufscar.br)  <https://orcid.org/0000-0001-9572-4586>.

exigencias del momento que vivimos. La Terapia Ocupacional ha venido participando de este proceso a través de diferentes iniciativas, centrando la atención en el cotidiano de las personas, quienes, en sus diferentes modos de vida, tienen en común la necesidad del distanciamiento social impuesto por la transmisión acelerada del virus y por las debilidades e imposibilidades de los sistemas de vigilancia sanitaria y epidemiológica de muchos países. No obstante, consideramos que nuestro rol es fundamental en el ámbito de la *seguridad social*, en consonancia con las políticas sociales y, especialmente, abordando importantes situaciones relacionadas con las inequidades sociales que impactan la vida de las personas, los grupos y las comunidades con quienes trabajamos, especialmente en Brasil.

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales - WFOT lanzó su posicionamiento público sobre la respuesta de la profesión a la pandemia de COVID-19, señalando el profundo impacto en la vida, la salud y el bienestar de las personas, las familias y las comunidades alrededor del mundo. La Federación hace énfasis en el papel de las y los terapeutas ocupacionales en la vida diaria de los sujetos, en los significados y propósitos de las actividades cotidianas en sus vidas. De esta forma, resalta la relevancia del desarrollo de estrategias para ayudarles a asumir sus “ocupaciones” (como se mencionan en el documento original). En particular, subraya la atención a los problemas de salud mental resultantes de la pandemia, el acceso a tecnologías de asistencia y, especialmente, la *telesalud* como nuevo

formato de trabajo (World Federation of Occupational Therapists -WFOT, 2020).

En este mismo sentido, el Consejo Federal de Fisioterapia y Terapia Ocupacional - COFFITO (2020a), por medio de la Resolución no. 516 del 20 de marzo de 2020, reglamentó la *telesalud* como una modalidad posible de trabajo para dar continuidad a la atención de terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas con algunos grupos de la población. Se han creado nuevas modalidades de cuidado (Malfitano y Sakellariou, 2019) para garantizar que no se interrumpa la atención a grupos específicos. La Asociación Brasileña de Terapeutas Ocupacionales -ABRATO (2020) manifestó su preocupación por las prácticas y las condiciones de trabajo en el escenario de la pandemia; así mismo, señaló las contribuciones de terapeutas ocupacionales y declaró su presencia en la primera línea de frente en el Sistema Único de Salud, el sistema privado de salud, el Sistema Único de Asistencia Social y, también, en instituciones del tercer sector, llevando a cabo proyectos sociosanitarios, culturales y humanitarios.

Enfocándose en la vida cotidiana de las personas, la Asociación Australiana de Terapeutas Ocupacionales -OTA (2020) publicó la guía denominada *La vida normal se ha interrumpido: manejando la ruptura causada por la COVID-19*<sup>5</sup>, la cual fue traducida al portugués por la Asociación Cultural de los Terapeutas Ocupacionales del Estado de Paraná -ACTOEP (2020) bajo el título *Orientaciones prácticas para rutinas sanas: aprendiendo a lidiar con los cambios de rutina debidos al CO-*

---

<sup>5</sup> *Normal life has been disrupted: managing the disruption caused by COVID-19.*

VID-19<sup>6</sup>. En ese documento se sistematiza información importante relacionada con la organización de la vida diaria en términos de productividad, autocuidado, recreación, ambiente, rutina y desempeño de diferentes roles ocupacionales. La guía ofrece recomendaciones prácticas para la realización de las actividades diarias en el aislamiento doméstico, así como orientaciones y sugerencias para el mantenimiento de la salud física y mental.

Considerando el *locus* de las acciones de Terapia Ocupacional, es decir, la vida cotidiana, las actividades, el hacer y las ocupaciones de los sujetos, se han producido algunos materiales dirigidos a grupos o temas específicos, tales como: salud mental (Universidade Federal de São Carlos, 2020a), autismo (Universidade Federal de São Carlos, 2020b), ergonomía (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 2020b), entre otros. Estas publicaciones se han escrito sin el enfoque en Terapia Ocupacional, pero con la participación o la colaboración de representantes de la profesión en su autoría.

Así, reconociendo la relevancia de todas esas iniciativas y contribuciones relacionadas con la ocupación y el aislamiento, igualmente reafirmamos la necesidad de que las y los terapeutas ocupacionales aborden la dimensión de la desigualdad social. Esto es importante, entre otras razones, porque las características del esparcimiento del virus y de la enfermedad en las comunidades empobrecidas de la periferia de las ciudades, por ejemplo en las *favelas*, ha traído consigo grandes desafíos.

Las indicaciones de “quedarse en casa” y mantener el distanciamiento social en este tipo de contextos se relaciona con la ausencia de garantías materiales para la supervivencia, en lugares en los que se ha naturalizado que la vida, a diario, está en riesgo (Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2020). Esta situación también se observa en grupos como las personas que viven en la calle, migrantes, refugiadas y prisioneras. Hay además otros efectos del aislamiento social, como el triste y alarmante aumento de la violencia doméstica (Vieira et al., 2020), entre otras situaciones. Es en este contexto que abogamos por la participación de terapeutas ocupacionales y otros profesionales, basada en la noción y en la defensa de la *seguridad social*.

La seguridad social está prevista en la Constitución Brasileña (1988), en el artículo 194, e involucra un conjunto de iniciativas dirigidas a asegurar los derechos relativos a la salud, el aseguramiento (pensiones y derechos de los trabajadores) y el bienestar o la asistencia social. La relevancia de este principio legislativo nacional está en determinar que solo mediante la integración de tales derechos sociales es posible lograr el derecho a la vida social para todos, en otras palabras, la *salud* requiere acciones de *aseguramiento social* que garanticen medios para la supervivencia, al menos de las y los trabajadores, independientemente de si tienen una enfermedad o envejecen; igualmente, se necesitan acciones de *asistencia social* para asegurar, a todas y todos los ciudadanos, el acceso a servicios sociales básicos. La seguridad social solo se realiza por

---

<sup>6</sup> *Orientações práticas para rotinas saudáveis: aprendendo a lidar com as mudanças de rotina devido ao COVID-19.*

medio de políticas y programas sociales en los que esos tres sectores (salud, aseguramiento y asistencia social) estén presentes, y sus acciones y servicios se garanticen y estén disponibles para toda la ciudadanía. Es importante también destacar la relación con la *educación*, reglamentada por medio del artículo 205 de la Constitución, pues esta se conecta con otros derechos y sectores, y es posible que, a través de esa integración, los promueva.

Por lo tanto, precisamos también abordar el papel de las y los profesionales en el Sistema Único de Asistencia Social, en el Instituto Nacional de Seguridad Social, en los sistemas de prisiones y judicial, en las escuelas, en los diferentes sectores de acción territorial y comunitaria, y en organizaciones no gubernamentales de interés público. Más que nunca es preciso que usemos nuestros espacios, nuestras acciones y nuestras voces para problematizar lo que viene ocurriendo en la sociedad en términos de las inequidades en el acceso a los beneficios sociales esenciales para todas las personas. Si estamos en capacidad de mostrar esas brechas, podremos tener un mayor efecto en las vidas de muchas personas y, consecuentemente, posibilitar y enriquecer su vida cotidiana. En primera instancia, debemos abogar por la calidad de esa cotidianidad; con este fin, el desafío es hacer valer la centralidad de la seguridad social, así como otros aspectos del bienestar social como derecho y deber ciudadano del Estado y de la sociedad. De esta manera es posible comprender las dimensiones sociales del aislamiento o distanciamiento social (Bezerra et al., 2020) y defender nuestra participación en campañas o acciones fundamentadas en la solidaridad, asuntos indispensables en estos momentos de pandemia.

Tal defensa se vincula con el presupuesto de que, por medio de los derechos sociales, particularmente la seguridad social, podemos abordar la vida cotidiana, las actividades, el hacer y las ocupaciones de los diferentes sujetos, grupos y comunidades. Así, la defensa de las políticas públicas sociales, especialmente de la salud pública, la seguridad y la asistencia social, hace parte de los tiempos de pandemia que atravesamos y nos empuja más allá de la adaptación y la organización de la vida diaria, desafiándonos como terapeutas ocupacionales a tejer relaciones entre contextos, políticas y vidas.

Finalizamos afirmando que el trabajo de Terapia Ocupacional en la vida cotidiana de las personas solo se concreta en la defensa de la calidad de vida para todos y todas, considerando las potencias y diferencias que le dan significado. Si asumimos la lucha por reducir las desigualdades, esta necesariamente involucra defender la seguridad social y nuestro papel profesional en este campo.

## Referencias

- Associação Brasileira de Saúde Coletiva [ABRASCO] (2020). *Coronavírus nas favelas: “É difícil falar sobre perigo quando há naturalização do risco de vida”*. ABRASCO. <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/coronavirus-nas-favelas-e-dificil-falar-sobre-perigo-quando-ha-naturalizacao-do-risco-de-vida/46098/>
- Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais [ABRATO] (2020). *Nota da ABRATO sobre a portaria do Ministério da Saúde nº 639, de 02 de abril de 2020*. ABRATO. <https://www.facebook.com/abratonacional/>
- Associação Cultural de Terapeutas Ocupacionais do Estado do Paraná [ACTOEP]. (2020). *Orientações práticas para rotinas saudáveis: aprendendo a lidar com as mudanças de rotina devido ao COVID-19*. ACTOEP. <https://www.facebook.com/actoepp>
- Bezerra, A.C.V., Silva, C.E.M., Soares, F.R.G. y Silva, J.A.M. (2020). Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*. No prelo. <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/123/173>
- Brasil. Presidência da República (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional [COFFITO] (2020a). *Resolução nº 516, de 20 de março de 2020. Dispões sobre Teleconsulta, Telermonitoramento e Teleconsultoria*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília. <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=15825>
- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional [COFFITO] (2020b). *Orientações ergonômicas para trabalho: home office*. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 15ª. Região – CREFITO-15. <https://www.coffito.gov.br/nsite/wp-content/uploads/2020/04/20200326-ErgonomiaA.pdf>
- Malfitano, A.P.S., Cruz, D.M.C. y Lopes, R.E. (2020). Terapia ocupacional em tempos de pandemia: seguridade social e garantias de um cotidiano possível para todos/ Occupational therapy in times of pandemic: social security and guarantees of possible everyday life for all. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28(2), 401-404. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoED22802>
- Malfitano, A. P. S. y Sakellariou, D. (2019). Care and occupational therapy: what kind of care definition do we have? *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27(3), 681-685. <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoar1886>
- Occupational Therapy Australia [OTA] (2020). *Normal life has been disrupted: managing the disruption caused by COVID-19*. OTA. <https://otaus.com.au/publicassets/af469002-6f6a-ea11-9404-005056be13b5/OT%20Guide%20COVID-19%20March%202020.pdf>

Universidade Federal de São Carlos [UFSCar] (2020a). *Cuidando da saúde mental em tempos de coronavírus*. Laboratório de Terapia Ocupacional e Saúde Mental – La Follia. [https://www.informasus.ufscar.br/wp-content/uploads/2020/04/coronavirus\\_saudemental-2.pdf](https://www.informasus.ufscar.br/wp-content/uploads/2020/04/coronavirus_saudemental-2.pdf)

Universidade Federal de São Carlos [UFSCar]. (2020b). *Autismo: em tempos de coronavírus como podemos ajudar?* Laboratório de Terapia Ocupacional e Saúde Mental – La Follia. <https://www.informasus.ufscar.br/wp-content/uploads/2020/04/CONSCIENTIZAÇÃO-AUTISMO-E-CORONAVIRUS.pdf>.

Vieira, P.R., Garcia, L.P. y Maciel, E.L.N. (2020). Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23, e200033. PMID:32321005. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720200033>.

World Federation of Occupational Therapists [WFOT] (2020). *Public statement - Occupational Therapy response to the COVID-19 pandemic*. WFOT. <https://www.wfot.org/about/public-statement-occupational-therapy-response-to-the-covid-19-pandemic#entry:22326>

# Lineamientos del Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional para la atención hospitalaria aguda y subaguda de pacientes con COVID-19

Guidelines of the Colombian College of Occupational Therapy for acute and subacute hospital care of patients with COVID-19

Diretrizes do Colégio Colombiano de Terapia Ocupacional para atendimento hospitalar de pacientes com COVID-19 na fase aguda e subaguda

*Pamela Talero Cabrejo*<sup>1</sup>

*Francy Guacaneme García*<sup>2</sup>

*Ruth Montufar Dulce*<sup>3</sup>

*María Helena Rubio Grillo*<sup>4</sup>

*Viviana Marcela León Perilla*<sup>5</sup>

*Laine Yolanda Beltrán*<sup>6</sup>

*Sylvia Cristina Duarte Torres*<sup>7</sup>

Recibido: 16 de mayo 2020 • Enviado para modificación: 10 de agosto 2020 • Aceptado: 15 de agosto 2020

Talero-Cabrejo, P., Guacaneme-García, F., Montufar-Dulce, R., Rubio-Grillo, M.H., León-Perilla, V., Beltrán, L. y Duarte-Torres, S. (2020). Lineamientos del Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional para la atención hospitalaria aguda y subaguda de pacientes con COVID-19. *Revista Ocupación Humana*, 20 (1), 124-145. <https://doi.org/10.25214/25907816.951>

<sup>1</sup>Terapeuta ocupacional. Doctora en Terapia Ocupacional. Docente, Thomas Jefferson University. Filadelfia, Estados Unidos de América. [Pamela.Talero@jefferson.edu](mailto:Pamela.Talero@jefferson.edu)  <https://orcid.org/0000-0002-1057-9736>

<sup>2</sup>Terapeuta ocupacional. Centro de Cuidado Clínico de Excelencia Hidrocefalia con Presión Normal, Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, Colombia. [yadydd@yahoo.com](mailto:yadydd@yahoo.com)  <https://orcid.org/0000-0001-7880-1914>

<sup>3</sup>Terapeuta ocupacional. Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, Colombia. [rmontufar@yahoo.com](mailto:rmontufar@yahoo.com)  <https://orcid.org/0000-0003-2660-8850>

<sup>4</sup>Terapeuta ocupacional. Especialista en Desarrollo Pedagógico. Magíster en Educación. Docente, Universidad del Valle. Cali, Colombia. [maria.rubio@correounivalle.edu.co](mailto:maria.rubio@correounivalle.edu.co)  <https://orcid.org/0000-0002-3612-7885>

<sup>5</sup>Terapeuta ocupacional. Magíster en Terapia Ocupacional. Candidata a Doctora en Terapia Ocupacional. Hospital Universitario Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia [vivianaleonperilla.to@gmail.com](mailto:vivianaleonperilla.to@gmail.com)  <https://orcid.org/0000-0003-2323-921X>

<sup>6</sup>Terapeuta ocupacional. Hospital Universitario Clínica San Rafael. Bogotá, Colombia. [lybeltran1@hotmail.com](mailto:lybeltran1@hotmail.com)  <https://orcid.org/0000-0003-2045-6067>

<sup>7</sup>Terapeuta ocupacional. Magíster en Bioética. Docente, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. [scduartet@unal.edu.co](mailto:scduartet@unal.edu.co)  <https://orcid.org/0000-0002-0516-2696>

## RESUMEN

El amplio espectro clínico de la enfermedad COVID-19 tiene importantes implicaciones funcionales para el cuidado hospitalario agudo y subagudo en unidades de cuidado intensivo. Ante la emergencia sanitaria desencadenada por esta enfermedad, el Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional convocó a un grupo de profesionales expertas en el área para proveer lineamientos para terapeutas ocupacionales que participan en la rehabilitación temprana de pacientes con COVID-19 en Colombia. Se realizó una revisión de literatura sobre la clasificación y las manifestaciones clínicas de la enfermedad, la efectividad de la rehabilitación temprana adulta, pediátrica y neonatal, y el rol y la experiencia de profesionales en Terapia Ocupacional en el uso de guías de salud existentes. Un consenso de expertas determinó la aplicabilidad de los lineamientos al contexto colombiano. Terapia Ocupacional, como parte del equipo de rehabilitación temprana, juega un papel fundamental en la restauración y el mantenimiento de la independencia funcional; la adaptación del ambiente y el acondicionamiento holístico gradual de las funciones respiratorias, cardiovasculares, sensoriomotoras y cognitivas durante las actividades básicas cotidianas, y la prevención del deterioro físico, mental, espiritual y social de la persona hospitalizada y su familia. Estos lineamientos constituyen un recurso técnico y educativo relevante para la Terapia Ocupacional hospitalaria.

## PALABRAS CLAVE

Terapia Ocupacional, cuidado intensivo, COVID-19, hospital, servicios de rehabilitación

## ABSTRACT

The broad clinical spectrum of COVID-19 disease has critical functional implications for acute and subacute hospital care in intensive care units. Faced with the health emergency triggered by this disease, the Colombian College of Occupational Therapy convened a group of professional experts in the area to provide guidelines for occupational therapists involved in the early rehabilitation of patients with COVID-19 in Colombia. A literature review was conducted on the classification and clinical manifestations of the disease, the effectiveness of early adult, pediatric and neonatal rehabilitation, and the occupational therapist's role and experience in the use of existing health guidelines. A consensus of experts determined the applicability of the guidelines to the Colombian context. Occupational Therapy, as part of the early rehabilitation team, plays a fundamental role in restoring and maintaining functional independence, the adaptation of the environment and the gradual holistic conditioning of respiratory, cardiovascular, sensorimotor and cognitive functions during basic daily activities, and the prevention of physical, mental, spiritual and social deterioration of the hospitalized person and their family. These guidelines constitute a relevant technical and educational resource for hospital Occupational Therapy.

## KEY WORDS

Occupational Therapy, intensive care, COVID-19, hospital, rehabilitation services

## RESUMO

O amplo espectro clínico da doença COVID-19 tem implicações funcionais relevantes para os cuidados hospitalares agudos e subagudos em unidades de terapia intensiva. Diante

da emergência sanitária desencadeada por esta doença, o Colégio Colombiano de Terapia Ocupacional reuniu um grupo de profissionais, especializados na área, para fornecer orientações aos terapeutas ocupacionais, envolvidos na reabilitação precoce de pacientes com COVID-19, na Colômbia. Foi realizada uma revisão da literatura sobre a classificação e as manifestações clínicas da doença, a eficácia da reabilitação adulta precoce, pediátrica e neonatal, bem como o papel e experiência do terapeuta ocupacional no uso das diretrizes de saúde existentes. Um consenso de especialistas determinou a aplicabilidade das diretrizes ao contexto colombiano. A Terapia Ocupacional, como parte da equipe de reabilitação precoce, desempenha um papel fundamental na restauração e manutenção da independência funcional; a adaptação do meio ambiente e o condicionamento holístico gradual das funções respiratórias, cardiovasculares, sensorio-motoras e cognitivas, durante as atividades diárias básicas; e a prevenção da deterioração física, mental, espiritual e social da pessoa hospitalizada e sua família. Essas orientações constituem um recurso técnico e educacional relevante para a Terapia Ocupacional hospitalar.

#### **PALAVRAS-CHAVE**

Terapia Ocupacional, cuidado intensivo, COVID-19, hospital, serviços de reabilitação

---

## **Introducción**

La atención hospitalaria aguda se refiere a los cuidados prestados a personas con síntomas que requieren de una intervención clínica o servicios especializados no disponibles en otro contexto de la atención en salud, desde la admisión al hospital hasta la relativa estabilidad de los signos vitales y la condición de salud. En esta fase puede requerirse atención en la unidad de cuidados intensivos (en adelante, UCI) (Coelho Filho, 2000). Por otro lado, la atención hospitalaria subaguda es el estado que sigue a la fase aguda, en la cual la o el paciente presenta síntomas clínicos más discretos, con un pronóstico más estable, pero aún requiere de equipos e instrumentos especializados, generalmente en una UCI o en una unidad de cuidados intensivos intermedios (en adelante, UCI-intermedio) (Sabartés et al., 2009).

Así pues, las UCI y las UCI-intermedio son entornos intrahospitalarios espe-

cializados en la atención de pacientes con condiciones clínicas críticas, agudas y subagudas, derivadas de un evento traumático, la progresión de una enfermedad o la aparición de una nueva afección. Estas unidades se caracterizan por una mayor intensidad en el cuidado clínico; un monitoreo constante de las y los pacientes (incluyendo monitores internos y externos del corazón y el cerebro); más horas de consulta de diferentes especialidades, y un mayor número de intervenciones tales como el uso de ventiladores mecánicos, soluciones intravenosas potentes, medicamentos y otras medidas terapéuticas. Todo ello, con el objetivo de recuperar o estabilizar la condición de salud de la persona (Popovich, 2011).

Gracias a los avances tecnológicos y farmacológicos, en los últimos años se ha incrementado la supervivencia de pacientes con enfermedades de diferen-

te índole que reciben atención en UCI y UCI-intermedio. Sin embargo, después de una estancia en tales unidades, las personas experimentan el deterioro de su calidad de vida, con nuevos impedimentos físicos, cognitivos y de salud mental (Schweickert et al., 2009; Algeo y Aitken, 2019; Hollinger et al., 2019; Ferrante et al., 2019; Rengel et al., 2019), lo que también afecta a sus familias e incide en el sistema de salud. Así, las necesidades de atención después de la estancia en UCI pueden extenderse hasta por cinco años y generar altos costos, de manera que el abordaje temprano por parte del equipo de rehabilitación resulta fundamental (Rengel, et al., 2019).

El amplio espectro clínico de la enfermedad COVID-19 tiene implicaciones funcionales de gran importancia para la atención hospitalaria aguda y subaguda por parte de los equipos de rehabilitación temprana en UCI. Hasta la fecha, no existen en el país lineamientos consensuados para terapeutas ocupacionales que se involucren en la rehabilitación temprana de pacientes con COVID-19 en Colombia. Por lo tanto, el propósito de este artículo es proporcionar evidencia sobre el rol de la Terapia Ocupacional en el cuidado agudo y subagudo, centrándose en la rehabilitación temprana en UCI y UCI-intermedio de pacientes confirmados o sospechosos de COVID-19.

## **Metodología**

Se realizó una revisión de la literatura internacional entre enero y mayo de 2020, a través de las bases de datos CINAHL, Scopus, Google Scholar, PubMed y OT-

Seeker, por parte de las autoras. Los descriptores principales seleccionados para la búsqueda fueron: COVID-19, virus SARS-Cov-2, hospitalización, unidad de cuidado intensivo, rehabilitación, Terapia Ocupacional, actividades de la vida diaria y acondicionamiento, de acuerdo con las características, la clasificación, y las manifestaciones clínicas de la enfermedad COVID-19; la efectividad de la rehabilitación temprana en las UCI y UCI-intermedio adulta, pediátrica y neonatal, y el rol y la experiencia de terapeutas ocupacionales en las guías de salud existentes. Se realizó la propuesta de lineamientos para terapeutas ocupacionales en la atención hospitalaria aguda y subaguda de pacientes con COVID-19, siguiendo un proceso iterativo de revisiones colaborativas en Google Drive entre el grupo de terapeutas ocupacionales expertas convocadas por el Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional. Se realizaron tres reuniones virtuales de discusión y socialización con otros equipos de expertos trabajando en los lineamientos para la rehabilitación intrahospitalaria y ambulatoria, con una duración aproximada de dos horas cada una, utilizando las plataformas Zoom y GoToMeeting. A partir de las discusiones en las reuniones, se realizaron ajustes a los lineamientos para su aplicabilidad en las instituciones de salud en el contexto colombiano.

## **Rehabilitación temprana en UCI y UCI-intermedio de población adulta y adulta mayor**

El objetivo de la rehabilitación temprana es promover el aumento de habi-

lidades y la reanudación de las actividades básicas de la vida diaria -ABVD<sup>8</sup> en personas con lesiones o enfermedades agudas y críticas, teniendo en cuenta sus impedimentos, las limitaciones y demandas de la actividad<sup>9</sup>, así como las restricciones en la participación que experimentan. Hasta ahora, la rehabilitación temprana multidisciplinar, que incluye Terapia Ocupacional, ha demostrado su efectividad en el restablecimiento de las funciones sensoriomotoras, cognitivas, espirituales y socioemocionales, mejorando la independencia funcional a través de la movilización temprana, la estimulación sensorial, el cuidado de la piel, la prevención y el tratamiento de edemas y contracturas (Schweickert et al., 2009; Popovich, 2011; Álvarez et al., 2017; Costigan et al., 2019; Moreno-Chaparro et al., 2019); en la disminución de la probabilidad de desarrollar síndrome de debilidad adquirida en UCI (DAUCI)<sup>10</sup> (Anekwe et al., 2019); en la reducción del tiempo de ventilación mecánica requerido (Schweickert et al., 2009; Weinreich et al., 2017; Costigan et al., 2019); en la prevención y el tratamiento del delirio, mejorando el desempeño funcional cognitivo (Álvarez et al., 2017; Cuevas-Lara et al., 2019; Pozzi et al., 2020); en la prevención de caídas (Pozzi et al., 2020); en el aumento de la participación en actividades básicas de la vida diaria

(Weinreich et al., 2017; Costigan et al., 2019), y en la reducción del tiempo de estancia hospitalaria (Needham et al., 2012; Corcoran et al., 2017).

## **Rehabilitación temprana en UCI pediátrica y UCI-intermedio pediátrica**

El aumento de la supervivencia de pacientes en cuidados críticos ha permitido un cambio de enfoque, de prevención de la mortalidad a la funcionalidad a largo plazo; esto aplica para personas adultas, niñas y niños. Así pues, al tiempo que disminuye la mortalidad, aumenta la proporción de niñas y niños que son dados de alta con una discapacidad sustancial. La disfunción motora es la principal morbilidad (Hanna et al., 2020), seguida por el delirio infantil hospitalario; respecto a este último, en niñas y niños hospitalizados en UCI pediátrica la prevalencia general es de más del 40% y alcanza hasta el 60% en menores de 5 años, incluidos lactantes (Smith y Williams, 2020), afectando especialmente a quienes ya presentaban retardos en el desarrollo (Kaur et al., 2020).

Por otro lado, los niños y niñas que sobreviven a una enfermedad crítica

---

<sup>8</sup>Se entiende como actividades básicas de la vida diaria, aquellas acciones dirigidas al cuidado del propio cuerpo, también conocidas como actividades personales de la vida diaria, actividades básicas cotidianas o de autocuidado (baño, aseo, vestido, alimentación, continencia, etc.) (Legg et al., 2006; Lesende et al., 2012; AOTA, 2014).

<sup>9</sup>Se entiende actividad como una categoría de acción o forma de obrar construida y compartida culturalmente (Pierce, 2001). La actividad es vista como un elemento que promueve el encuentro y el diálogo entre el sujeto, su grupo social, su época histórica y su tradición cultural (Lima et al., 2013).

<sup>10</sup>El síndrome de debilidad adquirida en UCI (DAUCI) se caracteriza por una disminución de la fuerza muscular que por lo general se asocia a atrofia; de comienzo agudo, difuso, simétrico y generalizado; se desarrolla luego del comienzo de una enfermedad crítica, sin otra causa identificable. Suele manifestarse de manera bilateral en las extremidades con hiporreflexia o arreflexia y preservación de los nervios craneales (Anekwe et al., 2019).

corren el riesgo de desarrollar afecciones significativas y duraderas, las cuales pueden incluir debilidad neuromuscular, deficiencias cognitivas y trastornos de salud mental (Wieczorek et al., 2016). Estas morbilidades, conocidas en su conjunto como *síndrome poscuidados intensivos pediátricos*, se manifiestan en forma de disfunciones físicas, emocionales y neurocognitivas que pueden persistir por mucho tiempo después de que es dado de alta, afectando también a sus cuidadores (Herrup et al., 2017).

El efecto de la enfermedad crítica en la función general del niño o niña, en la calidad de vida y en la reintegración al hogar y a la escuela, así como el potencial de recuperación justifican de manera contundente la rehabilitación temprana (Hopkins et al., 2015). Aunque la literatura relacionada con las prácticas de rehabilitación en UCI pediátrica apenas está emergiendo, la información disponible indica que las actividades de movilización temprana en niños y niñas en estado crítico han demostrado ser seguras y factibles, y que pueden traer beneficios a corto y largo plazo (Wieczorek et al., 2016; Betters et al., 2017; Cuello-García et al., 2018; Fink et al., 2019; Hanna et al., 2020).

Por lo tanto, las y los terapeutas ocupacionales en la UCI pediátrica, al considerar todas las áreas del desempeño, principalmente el juego, la influencia del contexto hospitalario y las co-ocupaciones<sup>11</sup> de infantes y cuidadores, están en capacidad de diseñar intervenciones centradas en la familia. Así, haciendo

uso de actividades que se ajustan al desarrollo físico, cognitivo, emocional y social de las y los pequeños, educan y alientan a las familias a aprender y aplicar intervenciones de rehabilitación apropiadas, especialmente cuando no se cuenta con recursos o condiciones para acceder a servicios de rehabilitación después del egreso de la unidad (Liang et al., 2017; Berrios et al., 2019).

### **Rehabilitación temprana en UCI neonatal y UCI-intermedio neonatal**

Aunque los avances recientes en el desarrollo tecnológico y en las prácticas terapéuticas y quirúrgicas en las unidades de cuidados intensivos neonatales han aumentado las tasas de supervivencia de recién nacidos que requieren este tipo de atención, la evidencia muestra una gran cantidad de alteraciones del desarrollo entre aquellos que superan la estancia en dichos servicios (Martell et al., 2007; Borges Nery et al., 2019). Las y los recién nacidos prematuros tienen un mayor riesgo de presentar problemas en el desarrollo o una enfermedad mental a largo plazo, como trastorno por déficit de atención e hiperactividad, dificultades del aprendizaje, retrasos motores, problemas de percepción visual y viso-motora, déficit del funcionamiento ejecutivo, parálisis cerebral y problemas de visión y audición (Ross et al., 2017; Yates et al., 2020). Además, el 74% de bebés con peso extremadamente bajo al nacer experimentan alteraciones en los resultados funcionales a los

---

<sup>11</sup> La co-ocupación se refiere a la ocupación realizada entre dos o más personas al mismo tiempo y en la cual se comparten aspectos físicos, emocionales, así como una intencionalidad y un significado (Pickens et al., 2009).

cinco años (Ross et al., 2017). De esta manera, se estima que las y los recién nacidos con estancias prolongadas tienen mayor prevalencia de enfermedades crónicas, deterioro cognitivo, alteraciones en el neurodesarrollo y alta mortalidad (Benavidez, 2006).

Por otro lado, las madres y los padres de neonatos que ingresan a la UCI neonatal experimentan niveles elevados de estrés y tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental, incluso después de que sus hijas o hijos sean dados de alta (Carter et al., 2005; Treyvaud et al., 2014; Marrugo-Arnedo et al., 2019). Adicionalmente, la indispensable priorización de las necesidades clínicas de las y los recién nacidos prematuros en la UCI neonatal resulta en la interrupción del rol de madre y cuidadora (Smith et al., 2019).

Así pues, la intervención de Terapia Ocupacional en la UCI neonatal se centra en reducir las condiciones que resultan estresantes para la o el recién nacido, debido a la inmadurez fisiológica de sus diversos sistemas corporales, incluido el sistema nervioso. La intervención terapéutica y la orientación a los padres permiten identificar condiciones ambientales que provocan desequilibrio o estrés para la o el bebé; de esta manera, la Terapia Ocupacional proporciona herramientas importantes y necesarias para responder a sus necesidades desde un abordaje integral, centrado en la familia y reconociendo la interacción entre el desarrollo y el ambiente (Hernández et al., 2016). Así mismo, facilita la maduración del sistema neurológico y la adecuada integración sensorial del bebé, teniendo en cuenta que, en el caso de recién nacidos pretérmino, sus sistemas sensoriales inmaduros no están prepa-

rados para responder a los estímulos del ambiente. Mediante su intervención, las y los terapeutas ocupacionales fomentan la estabilidad fisiológica, la serenidad, la vitalidad y la capacidad del neonato de interactuar con su entorno físico y humano (Borges Nery et al., 2019; Rubio Grillo, 2019; Smith et al. 2019).

## **Rehabilitación temprana y desafíos en pacientes con COVID-19**

La enfermedad infecciosa COVID-19, causada por un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2), es sin duda un desafío para el gremio de la salud. El espectro clínico de la COVID-19 ha demostrado variar desde formas asintomáticas o paucisintomáticas, condiciones clínicas caracterizadas por insuficiencia respiratoria que cursa en ocasiones con disfunción cardíaca, hasta manifestaciones multiorgánicas y sistémicas como sepsis, choque séptico y múltiples síndromes de disfunción orgánica que requieren de oxigenación suplementaria, transfusión de plasma convaleciente, ventilación mecánica y apoyo en UCI (Cascella et al., 2020; Leisman et al., 2020; Rajendran et al., 2020). Hasta la fecha, los casos de COVID-19 han sido clasificados clínicamente siguiendo el orden establecido por la Comisión de la Organización Mundial de la Salud -OMS de China (2020): leve, moderado, grave y crítico, de acuerdo con la gravedad de los síntomas presentados. La tabla 1 resume el cuadro asociado a cada manifestación, según las clasificaciones presentadas por Cascella et al. (2020), Gandhi et al. (2020), Hassan et al. (2020), Hu et al. (2020) y la OMS (2020) para pacientes adultos, y por Castagnoli

et al. (2020), Chen et al. (2020), de Souza et al. (2020), Dong et al. (2020) y la OMS (2020) para pacientes pediátricos.

En general, los datos sugieren que los niños y niñas tienen menos probabilidades de desarrollar síntomas de coronavirus que las personas adultas, con una incidencia del 1 al 5%. Por otro lado, las investigaciones más recientes sugieren que los hombres mueren por COVID-19 a tasas más altas que las mujeres (Ludvigsson, 2020). El estudio más grande hasta el momento, desarrollado por Dong et al. (2020), incluyó el análisis de 2.143 infantes con COVID-19 documentados entre el 16 de enero y el 8 de febrero de 2020 en China; este encontró que los síntomas de la enfermedad generalmente eran menos severos en niños, niñas y adolescentes (1 a 17 años) en comparación con personas adultas. Sin embargo, se ha observado una prevalencia más alta de enfermedad grave en menores de un año que en casos pediátricos de mayor edad (Dong et al., 2020; Ludvigsson, 2020). Adicionalmente, evidencia reciente en el Reino Unido y los Estados Unidos de América advierte sobre un número creciente de niños y niñas (aunque aún es relativamente pequeño comparado con el total de casos de COVID-19) que presentan un *síndrome hiperinflamatorio multisistémico*; hasta el momento, se sugiere que podría ser una respuesta inmu-

ne posinfecciosa al SARS-CoV-2, con síntomas similares a la enfermedad de Kawasaki o al síndrome de shock tóxico, que requieren hospitalización en UCI (Mahase, 2020; Riphagen et al., 2020).

Así pues, la evidencia disponible en la actualidad muestra que los niños y niñas de todas las edades son susceptibles a la infección por SARS-CoV-2 y que las y los neonatos parecen estar en mayor riesgo, ya que las infecciones asintomáticas son más comunes en infantes de mayor edad y en adolescentes. Aunque el curso clínico de la infección por SARS-CoV-2 en niños y niñas es más leve que en personas adultas, la mayor parte de quienes desarrollan la enfermedad COVID-19 en su manifestación grave tienen afecciones comórbidas subyacentes (Lu et al., 2020).

Las y los pacientes con cuadros graves y críticos requieren de intervención en UCI y UCI-intermedio, demostrando no solo un deterioro en su salud física y mental, sino también un cambio abrupto en sus actividades básicas de la vida diaria y en su desempeño social adaptativo, lo que conlleva a desequilibrio ocupacional<sup>12</sup> (Gonçalo et al., 2020) y privación ocupacional<sup>13</sup> (Provanca-Romeo et al., 2019). Dado el tratamiento médico intensivo que reciben algunos pacientes con COVID-19, incluida la ventilación pulmonar prolongada, la sedación y el

---

<sup>12</sup> El desequilibrio ocupacional ocurre en dos niveles: individual y social. A nivel individual, se entiende como una configuración de actividades dentro del estilo de vida de una persona que no satisface sus necesidades fisiológicas, psicológicas o sociales. A nivel social, el desequilibrio ocupacional se refiere a la distribución inequitativa de oportunidades de participación en ocupaciones significativas, beneficiosas o valoradas (Durocher, 2017).

<sup>13</sup> Se entiende como privación ocupacional a la exclusión de la participación en ocupaciones significativas, que promueven la salud o que son necesarias para la persona, debido a fuerzas más allá del control del individuo (Whiteford, 2000). Las barreras que contribuyen a la privación ocupacional incluyen: inmovilidad, privación y sobrecarga sensorial, ventilación mecánica, debilidad adquirida en la UCI, agitación, estrés y delirio (Provanca-Romeo et al., 2019).

**Tabla 1.** Clasificación y manifestaciones clínicas de la enfermedad COVID-19.

COVID-19	Población adulta y adulta mayor	Población infantil
Asintomático	Sin signos o síntomas clínicos. Imágenes torácicas normales, mientras que la prueba de ácido nucleico del SARS-CoV-2 fue positiva o el anticuerpo específico del suero fue diagnosticado retrospectivamente como infección.	
Leve	<p>Presencia de síntomas de una infección viral del tracto respiratorio superior que incluyen tos seca, fiebre leve, congestión nasal, dolor de garganta, dolor de cabeza, dolor muscular y malestar. Ausencia de síntomas graves como disnea. Sin evidencias radiográficas de neumonía.</p> <p>La mayoría de los casos (80%) de COVID-19 son de gravedad leve. Pacientes con enfermedad leve pueden deteriorarse rápidamente en casos graves o críticos.</p>	<p>Presencia de síntomas de infección aguda del tracto respiratorio superior que incluyen fiebre, fatiga, mialgia, tos, dolor de garganta, secreción nasal y estornudos. El examen físico muestra congestión de la faringe, sin anomalías auscultatorias. Algunos casos pueden no tener fiebre o solo tener síntomas digestivos como náuseas, vómitos, dolor abdominal y diarrea.</p>
Moderado	<p>Presencia de síntomas respiratorios como tos, dificultad para respirar y taquipnea. Sin embargo, no hay signos ni síntomas de enfermedad grave. Puede haber evidencia radiográfica de neumonía leve.</p>	<p>Presencia de neumonía. Fiebre y tos frecuentes, en su mayoría tos seca, seguida de tos productiva. Algunos casos pueden presentar jadeo, pero no hay hipoxemia obvia como falta de aliento; los pulmones pueden escucharse con esputo o ronquidos secos o húmedos. Algunos casos pueden no tener signos y síntomas clínicos, pero la tomografía computarizada de tórax muestra lesiones pulmonares, que son subclínicas.</p>
Grave	<p>Presencia de neumonía grave, síndrome de dificultad respiratoria aguda, sepsis o <i>shock</i> séptico (15% de los casos).</p> <p>El diagnóstico es clínico y las complicaciones pueden excluirse con la ayuda de estudios radiográficos; requerimiento de oxígeno suplementario. Presencia de disnea, frecuencia respiratoria <math>\geq 30</math>/min, saturación de oxígeno en la sangre (SpO<sub>2</sub>) <math>\leq 93\%</math>, relación PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> o P/F [la relación entre la presión sanguínea del oxígeno (presión parcial de oxígeno, PaO<sub>2</sub>) y el porcentaje de oxígeno suministrado (fracción de oxígeno inspirado, FiO<sub>2</sub>)] <math>&lt;300</math>, o infiltrados pulmonares <math>&gt; 50\%</math> en 24 a 48 horas. Incluso en las formas graves de la enfermedad, la fiebre puede estar ausente o ser moderada.</p>	<p>Los síntomas respiratorios tempranos, como fiebre y tos, pueden ir acompañados de síntomas gastrointestinales como diarrea. La enfermedad generalmente progresa alrededor de una semana y se produce disnea, con cianosis central.</p> <p>Presencia de taquipnea; respiración dificultosa, cianosis y apnea intermitente; letargo y convulsión; dificultad para alimentar y signos de deshidratación.</p> <p>Cumple cualquiera de los siguientes criterios: (1) aumento de la frecuencia respiratoria: <math>\geq 30</math> veces/min; (2) saturación de oxígeno <math>\leq 93\%</math> en estado de reposo, y (3) presión parcial de oxígeno arterial (PaO<sub>2</sub>)/concentración de oxígeno (FiO<sub>2</sub>) <math>\leq 300</math> mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa).</p>
Crítico	<p>Presencia de insuficiencia respiratoria, lesión cardíaca, <i>shock</i> séptico o disfunción o falla orgánica múltiple (5% de los casos).</p> <p>Requerimiento de ventilación mecánica y soporte vital. Datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de China sugieren una tasa de mortalidad en pacientes críticos del 49%. Pacientes con comorbilidades preexistentes, como diabetes, enfermedad respiratoria, enfermedad cardiovascular, hipertensión y complicaciones oncológicas, tienen tasas de letalidad más altas respecto a aquellos que no las presentan.</p>	<p>Los niños y niñas pueden progresar rápidamente al síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) o insuficiencia respiratoria, y también pueden tener <i>shock</i>, encefalopatía, lesión miocárdica o insuficiencia cardíaca, disfunción de la coagulación y lesión renal aguda, incluida la disfunción de múltiples órganos. Puede ser mortal. Cumple cualquiera de los siguientes criterios: (1) insuficiencia respiratoria que requiere ventilación mecánica; (2) <i>shock</i> séptico, y (3) acompañado de otra falla orgánica que necesita monitoreo y tratamiento en la UCI.</p>

**Fuente:** elaboración propia a partir de los autores antes citados.

uso de agentes de bloqueo neuromuscular, quienes ingresan a la UCI pueden tener un alto riesgo de desarrollar DAUCI; esto puede empeorar su condición de salud y aumentar la mortalidad (Herridge et al., 2011). Hasta la fecha, se han reportado síntomas como disfagia, debilidad muscular, miopatía y neuropatía críticas, movilidad reducida de las articulaciones, dolor de cuello y hombro (debido a pronación prolongada), dificultad en la verticalización, equilibrio y marcha alterados, limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria, dificultad para asumir un estado de alerta, estado confusional duradero y problemas psicológicos (Kiekens et al., 2020).

Así pues, el objetivo principal de la rehabilitación temprana en la UCI y la UCI-intermedio debe enfocarse en minimizar los efectos adversos de la enfermedad COVID-19 en el sistema respiratorio, cardiovascular y musculoesquelético, y en el desempeño neuropsicológico; restaurar, en primera instancia, la función respiratoria para la participación en actividades básicas de la vida diaria; prevenir el desacondicionamiento físico, la privación sensorial y el deterioro cognitivo, mental y social; mejorar la independencia funcional, evitando la necesidad de ventilación mecánica u hospitalizaciones posteriores, y mejorar la calidad de vida de la persona hospitalizada (Acosta et al., 2020; Yu et al., 2020).

### **Rol del terapeuta ocupacional en el tratamiento de pacientes con COVID-19 en fase aguda**

En esta fase se encuentran las y los pacientes confirmados o con sospecha viral de COVID-19, ventilados mecáni-

camente, sedados, relajados o con riesgo de falla ventilatoria, cuyo estado de conciencia se ha conservado, pero tienen dependencia funcional. Se ha observado que la duración de la estadía en la UCI es más larga de lo habitual, con un promedio de tres semanas. La fase de transición de ventilación mecánica a uso de oxígeno suplementario y la transferencia a un servicio de rehabilitación deben ser graduales, con un monitoreo preciso, ya que estas personas permanecen inestables por varios días después de la extubación (Kiekens et al., 2020); en esta fase es posible que no toleren sesiones de más de 5 minutos, debido a su rápida desaturación y a la fatiga extrema. Así pues, es esencial que la o el terapeuta ocupacional evalúe los riesgos y los beneficios, y esté al tanto de las funciones de los sistemas respiratorio, nervioso, cardiovascular, hematológico e inmune (Gonçalo et al., 2020).

### **Manejo terapéutico**

Aunque el manejo varía de acuerdo con las particularidades de cada paciente, las acciones aquí planteadas indican los aspectos generales para tener en cuenta en la intervención de Terapia Ocupacional, a partir de los resultados de la evaluación clínica integral.

#### *Acciones de intervención directa:*

- Posicionar en cama, facilitando una postura vertical. Prover ayudas de posicionamiento en cama para facilitar la eliminación efectiva de las secreciones y la expansión pulmonar, con monitoreo permanente de los signos vitales.

- Tomar medidas antiedema y de cuidado de la piel para la prevención de úlceras por presión.

- Incrementar la tolerancia a la actividad a través de la participación gradual, en sincronía con los signos y síntomas de disnea (no se debe permitir una saturación de O<sub>2</sub> percutánica < 90% o cambio desde línea base >4%).

- Facilitar la movilización temprana: movilización pasiva o activo-asistida, generalmente en cama, prestando especial atención a la facilitación de la expectoración durante las prácticas terapéuticas o las ABVD (ej., alimentación y acicalado).

- Facilitar la estimulación multisensorial para intervenir en los diferentes grados de alteración de la conciencia (en el proceso del despertar, la disminución de la sedación) y previniendo la privación sensorial.

- Manejar medidas no farmacológicas para la prevención y el manejo del delirio.

- Implementar herramientas de comunicación para pacientes conscientes con intubación orotraqueal.

#### *Acciones de intervención indirecta:*

- Revisar registros clínicos.

- Educar al equipo sobre seguridad del paciente (posicionamiento en prono<sup>14</sup>, medidas de confort, acojinamiento para el manejo y la disminución de edema, evitar posiciones antálgicas, prevenir zonas de presión, entre otras).

- Realizar estimulación multisensorial de acuerdo con las posibilidades del ambiente (visual, auditiva, táctil, propioceptiva, etc.), con el objetivo de obtener diferentes respuestas o reacciones del paciente, promover la conciencia interoceptiva<sup>15</sup> y la interacción con el medio externo. De esta manera, fomentar formas de comunicación con la o el paciente y aumentar su nivel de comprensión y de control sobre su cuerpo y el ambiente que le rodea.

---

<sup>14</sup> El posicionamiento en prono, también conocido como ventilación en prono, es una estrategia recomendada en pacientes adultos con PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> <150, para mejorar la mecánica pulmonar y la oxigenación. Esta estrategia ha sido utilizada con anterioridad a la pandemia para facilitar la oxigenación en pacientes con síndrome respiratorio grave agudo (Scholten et al., 2017). Generalmente se mantiene a la persona en prono por 12 a 16 horas. La ventilación en prono puede cesar una vez que la PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> es >150 por más de 4 horas en posición supina. Sin embargo, en entornos con recursos limitados, como disponibilidad de personal o de equipos de protección personal, puede aumentar innecesariamente el riesgo de infección para las y los trabajadores de la salud (Sundaram et al., 2020). Se ha evidenciado que el mantenimiento de la posición en prono por tiempos prolongados está asociado a riesgos de compresión neural y vascular; en consecuencia, es necesario prevenir y tratar oportunamente las lesiones de nervio periférico que pueden resultar del mismo, interfiriendo en el funcionamiento de los miembros superiores (Bouyer-Ferullo, 2013; Spruce y Van Wicklin, 2014).

<sup>15</sup> La conciencia interoceptiva se refiere al proceso sensorial de recibir, acceder y evaluar las señales corporales internas, tales como el latido cardíaco, la respiración, la saciedad y la actividad del sistema nervioso autónomo. Esta conciencia influye en la autorregulación de las emociones y en la salud mental (Critchley et al., 2004; Gafinkel et al., 2015; Price y Hooven, 2018).

- Favorecer habilidades cognitivas básicas de memoria, atención, comprensión y orientación hacia el ambiente.

- Identificar y aproximarse al núcleo familiar (de manera no presencial) para realizar un perfil ocupacional que contenga un repertorio ocupacional significativo y elementos biográficos que potencien el reconocimiento integral de la persona y la construcción de un vínculo terapéutico durante el proceso de atención. Se tienen en cuenta la historia y las experiencias ocupacionales, los patrones de la vida diaria, los intereses, los valores y las necesidades, entre otros aspectos.

- Empoderar a la familia e involucrarla en el proceso terapéutico a través de herramientas y estrategias que promuevan la estimulación multisensorial, como el uso de calendarios, cartas, fotos, entre otro material que pueda luego descartarse. Estos podrán ser ingresados al cuarto una vez la o el paciente salga de la sedación, para brindar un entorno físico humanizado y personalizado.

- Considerar estrategias para el manejo de la ansiedad en las y los familiares.

- Entrenar al equipo de tratamiento, así como a cuidadores y familiares en el uso de alternativas para facilitar la comunicación alternativa, de acuerdo con las necesidades y las posibilidades del ambiente (ej., a través de videochat, grabaciones de voz, cartas).

## **Rol del terapeuta ocupacional en el tratamiento de pacientes con COVID-19 en fase subaguda**

En esta fase se encuentran las y los pacientes con COVID-19 que han superado el síndrome respiratorio agudo y quienes se encuentran hemodinámicamente estables y concientes, requiriendo manejo clínico en la UCI-intermedio.

### **Manejo terapéutico**

Aunque el manejo varía de acuerdo con las particularidades de cada paciente, las acciones aquí planteadas indican los aspectos generales para tener en cuenta en la intervención de Terapia Ocupacional, a partir de los resultados de la evaluación clínica integral y del progreso desde la UCI.

En esta fase es importante observar el desempeño de la persona durante las actividades correspondientes a las ocupaciones que desea realizar, identificando la eficacia de la intervención en el mejoramiento de las destrezas y patrones de ejecución; identificar y medir de manera más específica los contextos o entornos, las demandas de la actividad y las características de la persona; interpretar los datos de evaluación para identificar los apoyos necesarios y los obstáculos para su desempeño, y considerar estrategias para la recuperación, teniendo en cuenta el nivel de intervención correspondiente (ej., prevención, promoción, rehabilitación).

#### *Acciones de intervención directa*

- Comunicar con el equipo de trabajo, cuidadores y familiares, los niveles de funcionalidad dentro de

las actividades básicas de la vida diaria y otras actividades significativas para la o el paciente, con miras a establecer planes de intervención seguros y eficaces.

- Evaluar y manejar las alteraciones en el área motora (arcos de movimiento, fuerza muscular, patrones funcionales e integrales, coordinación, equilibrio y ajuste postural, marcha durante actividades básicas de la vida diaria), el procesamiento cognitivo (atención, comprensión, orientación, memoria, esquema y conciencia corporal, análisis y solución de problemas, secuencias, velocidad en el procesamiento de la información, capacidad visoespacial y la función ejecutiva) y la interacción con el ambiente.

- Evaluar la funcionalidad del paciente, prestando especial atención a su relación con el dolor (ej., a través de la escala visual analógica del dolor -EAV), y monitorear su evolución durante la participación en actividades, así como los signos y síntomas de disnea asociados (ej., a través de la escala de disnea de Borg). En concordancia con ello, favorecer la modificación de actividades y el desprendimiento gradual de la necesidad de oxígeno suplementario, en sincronía con las acciones del equipo multidisciplinario.

- Educar al paciente en la incorporación de principios de conservación de energía, estrategias de simplificación del trabajo y uso adecuado de la biomecánica del cuerpo durante las ocupaciones diarias.

- Manejar la ansiedad y prevenir el síndrome de estrés postraumático con soporte familiar y entrenamiento en técnicas de promoción de la conciencia interoceptiva (ej., haciendo uso del pulsioxímetro).

- Prevenir, detectar y monitorear el delirio.

- Facilitar la estimulación multisensorial.

- Generar un puente de comunicación con las y los familiares (visitas virtuales, diario de UCI donde la familia mantiene un récord de los hechos ocurridos).

- Incrementar la comprensión de la enfermedad, del proceso de recuperación y de su posible impacto en el desempeño ocupacional.

- Educar al paciente en técnicas de respiración controlada (respiración diafragmática y de labios fruncidos) y estrategias de alivio de la disnea.

- Educar al paciente en la evasión de toxinas ambientales y en minimizar el riesgo de infección (uso correcto de tapabocas, higiene, distanciamiento social).

- Educar al paciente en técnicas de relajación y manejo del estrés.

- Desarrollar habilidades para el manejo de la ansiedad relacionada con los desórdenes respiratorios y el distanciamiento físico.

#### *Acciones de Intervención indirecta*

- Organizar un horario con los periodos de atención y cuidados brin-

dados por cada profesional, para aumentar la sensación de control de la rutina del paciente en la UCI-intermedio.

- Adaptar el entorno con apoyo de los elementos elaborados o proporcionados por la familia.

- Educar a familiares y cuidadores en técnicas de relajación y habilidades para el manejo de la ansiedad relacionada con el distanciamiento físico.

- Educar y entrenar a familiares y cuidadores para preparar el espacio del hogar y usarlo de acuerdo con las necesidades ocupacionales del paciente.

- Diseñar actividades terapéuticas para fortalecer habilidades intelectuales, motoras, emocionales y funcionales.

- Diseñar actividades lúdicas y de esparcimiento con el propósito de canalizar el estado emocional que se puede presentar por el proceso de enfermedad, el aislamiento y la estancia prolongada en el hospital.

- Orientar al personal de enfermería para que, en la medida de lo posible, haga partícipe al paciente en las actividades básicas de la vida diaria.

- Promover los cambios constantes de posición, considerando principios biomecánicos tanto para la o el paciente como para el personal que lo asiste; de esta manera, prevenir mayores compromisos osteomusculares y alteraciones en la piel por el reposo prolongado, y evitar lesiones en el personal de enfermería.

- Establecer un medio de comunicación telefónica con la familia para disminuir la sensación de abandono y el aislamiento social. Si es posible, a través de plataformas, facilitar reuniones virtuales.

- Realizar actividades motoras en las diferentes posiciones, de acuerdo con las condiciones de salud del paciente; especialmente en sedestación, favoreciendo el fortalecimiento muscular, la coordinación y el equilibrio, de manera que le permitan lograr una mayor seguridad postural y participar en las actividades básicas de la vida diaria.

## Discusión

El papel del terapeuta ocupacional en la atención de pacientes con COVID-19 durante las primeras etapas de la enfermedad (aguda y subaguda) es fundamental para evitar el desacondicionamiento físico y el delirio derivados del reposo prolongado, el tiempo de sedación y el aislamiento familiar y social, y para combatir la privación ocupacional. El objetivo de la Terapia Ocupacional en estas fases de hospitalización se centra en facilitar la participación en las ocupaciones, rutinas diarias y roles de vida de la persona, dentro de su rango de tolerancia. Sin embargo, es necesario que las y los terapeutas ocupacionales que trabajan en la atención hospitalaria en las fases aguda y subaguda, además de contar con su título profesional, tengan entrenamiento y experiencia en UCI y UCI-intermedio, así como conocimiento y manejo de los equipos propios de estas unidades.

Aunque hasta ahora sean excepcionales los casos de niñas, niños y neonatos contagiados por el COVID-19, es necesario tener en cuenta que esta condición podría agudizar las comorbilidades ya presentes en estas poblaciones, por lo que no se debería excluir la intervención temprana brindada por Terapia Ocupacional en las UCI neonatal y UCI pediátrica, siempre y cuando se cuente con las medidas de bioseguridad reglamentadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Así mismo, se debe tener en cuenta que, hasta la fecha, las personas adultas y adultas mayores más vulnerables a desarrollar la enfermedad COVID-19 grave y crítica son aquellas con comorbilidades, entre ellas, quienes tienen discapacidades. Como lo señala la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2020), a pesar de estar especialmente expuestas al COVID-19, las personas con discapacidades enfrentan incluso mayores desigualdades en la atención en salud durante la pandemia, debido a las barreras de acceso a la información y a los entornos sanitarios, así como a la existencia de pautas y protocolos que pueden aumentar la discriminación hacia ellas. En este sentido, es necesario que la atención hospitalaria en las fases aguda y subaguda esté enmarcada bajo los principios de igualdad y no discriminación, y garantice el acceso equitativo, seguro y oportuno a la rehabilitación temprana.

Por otro lado, el personal que se considere de alto riesgo no debe ser forzado, en ninguna circunstancia o bajo ninguna medida, a entrar en el área de aislamiento de pacientes con COVID-19. En la asignación y planeación de personal, debe tenerse en cuenta a quienes, en caso de resultar contagiados, presentan

un mayor riesgo de desarrollar enfermedades más graves; en consecuencia, se debe evitar su contacto con pacientes con COVID-19 (Thomas et al., 2020). Se incluyen aquellos miembros del equipo de salud que:

- Estén embarazadas.
- Tengan enfermedades respiratorias crónicas relevantes.
- Estén inmunodeprimidos.
- Sean mayores de 60 años.
- Tengan enfermedades crónicas graves, como condiciones cardiovasculares o pulmonares, o diabetes.
- Tengan deficiencias inmunitarias, como neutropenia, neoplasia maligna diseminada y afecciones o tratamientos que produzcan una inmunodeficiencia.

Para terapeutas ocupacionales que trabajan con pacientes con COVID-19 es preciso:

- Utilizar correctamente todos los elementos de protección, siguiendo los respectivos protocolos institucionales.
- Realizar la higiene de manos contemplando los cinco momentos exigidos por la OMS para la atención de pacientes (OMS, 2010).
- Realizar las debidas desinfecciones, previa y posterior a la intervención, de los elementos terapéuticos, teniendo en cuenta los protocolos institucionales.

- Monitorear los signos vitales antes, durante y después de la actividad, ya que reflejan la función cardiopulmonar del paciente.

- Observar atentamente los signos de cianosis, empalidecimiento, hipocratismos digitales de manos y pies, uso de músculos accesorios o patrones de respiración anormales.

- Modificar las actividades si la saturación de oxígeno cae por debajo del 90% (u otros parámetros establecidos por el cuerpo médico de la unidad).

- Asegurar que las y los pacientes mantengan una buena higiene oral, esto reduce la colonización bacteriana que puede llevar a desarrollar neumonía adquirida en el ambiente hospitalario. La higiene oral incluye el cepillado de dientes y lengua, y el uso de enjuague antiséptico bucal. A algunas personas se les puede haber prescrito un enjuague bucal especial (por ejemplo, cloredexina).

- Respetar todas las precauciones de aspiración y deglución consignadas en el registro médico del paciente o del cuarto.

- Trabajar en equipo con el grupo multidisciplinario, promoviendo el bienestar mental, emocional y físico del paciente, y conservando al máximo la participación y la independencia funcional.

## Conclusión

Los presentes lineamientos constituyen un recurso técnico y educativo relevante para la discusión y el desarrollo de la Terapia Ocupacional hospitalaria en Colombia. Estos lineamientos están sujetos a las revisiones y los avances en el conocimiento científico respecto a la enfermedad COVID-19, así como a los cambios que ello genere en las prácticas en salud y rehabilitación temprana, que sin duda seguirán transformando el panorama de salud a nivel local y global.

## Referencias

- Acosta, M., Ariza, M., Arribas, A.M., Blásquez, V., Fernández, J., Gómez, C., Herrera, D., Incio, M.J., Lastres, A., Martín, M., Martínez, N., Martínez, S., Moreno, M., Muñoz, V., Pérez, J. y Sancho, C. (2020). *Guía clínica de intervención de terapia ocupacional en pacientes con COVID-19*. Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de la Comunidad de Madrid [COPTOCAM]. <https://coptocam.org/wp-content/uploads/2020/05/Gu%C3%ADa-cl%C3%ADnica-de-TO-covid-19-.pdf>
- Algeo, N. y Aitken, L. M. (2019). The evolving role of occupational therapists in adult critical care in England. *Irish Journal of Occupational Therapy*, 42(7), 74-94. <http://doi.org/10.1108/IJOT-04-2019-0005>
- Álvarez, E. A., Garrido, M. A., Tobar, E. A., Prieto, S. A., Vergara, S. O., Briceño, C. D. y González, F. J. (2017). Occupational therapy for delirium management in elderly patients without mechanical ventilation in an intensive care unit: A pilot randomized clinical trial. *Journal of critical care*, 37, 85-90. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.09.002>

- Anekwe, D. E., Biswas, S., Bussi eres, A. y Spahija, J. (2019). Early rehabilitation reduces the likelihood of developing intensive care unit-acquired weakness: A systematic review and meta-analysis. *Physiotherapy*, 107, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2019.12.004>
- Benavides, A., Castillo, G., Landauro, M. y V asquez, G. (2006). Factores que prolongan la estancia hospitalaria en el Hospital Nacional PNP Luis N. S aenz. *Revista de Medicina Humana-Universidad Ricardo Palma*, 6(2), 3-12.
- Bettters, K. A., Hebbar, K. B., Farthing, D., Griego, B., Easley, T., Turman, H., Perrino, L., Sparacino, S. y de Almeida, M. L. (2017). Development and implementation of an early mobility program for mechanically ventilated pediatric patients. *Journal of critical care*, 41, 303-308. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.08.004>
- Berrios, S. G.,  lvarez, J. C., Gimpel, V. E., Bolaño, G. F. y Toro, K. S. (2019). Rol del terapeuta ocupacional en el tratamiento de niños con delirium hospitalario infantil en unidades hospitalarias de Chile. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 19(1), 69-82. <https://ultimadecada.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/53685>
- Bouyer-Ferullo, S. (2013). Preventing perioperative peripheral nerve injuries. *AORN journal*, 97(1), 110-124. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2012.10.013>
- Borges Nery, P., Snider, L., Camelo, J. S., Boychuck, Z., Khodary, F., Goldschleger, J. y Majnemer, A. (2019). The role of rehabilitation specialists in Canadian nicus: a 21st century perspective. *Physical & occupational therapy in pediatrics*, 39(1), 33-47. <https://doi.org/10.1080/01942638.2018.1490846>
- Cascella, M., Rajnik, M., Cuomo, A., Dulebohn, S. C. y Di Napoli, R. (2020). Features, evaluation and treatment coronavirus (COVID-19). En *Statpearls [internet]*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>
- Castagnoli, R., Votto, M., Licari, A., Brambilla, I., Bruno, R., Perlini, S., Rovida, F., Baldanti, F. y Marseglia, G. L. (2020). Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection in children and adolescents: A systematic review. *JAMA pediatrics*. <https://doi.org/10.1001/jama-pediatrics.2020.1467>
- Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional [CCTO] (2020, 29 de abril). *Pronunciamiento sobre el rol de la Terapia Ocupacional en la atención hospitalaria durante la pandemia por COVID-19*. [https://6e05f2cf-f3fc-4799-b443-264a49a-c10ee.filesusr.com/ugd/7ce81a\\_c46fe1c-221294fc68f41b90fa7d808b5.pdf](https://6e05f2cf-f3fc-4799-b443-264a49a-c10ee.filesusr.com/ugd/7ce81a_c46fe1c-221294fc68f41b90fa7d808b5.pdf)
- Chen, A., Huang, J., Liao, Y., Liu, Z., Chen, D., Yang, C., Yang, R. y Wei, X. (2020). Differences in Clinical and Imaging Presentation of Pediatric Patients with COVID-19 in Comparison with Adults. *Radiology: Cardiothoracic Imaging*, 2(2), e200117. <https://doi.org/10.1148/ryct.2020200117>
- Coelho Filho, J. M. (2000). Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 34(6), 666-671. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000600017>
- Corcoran, J.R., Herbsman, J. M., Bushnik, T., Van Lew, S., Stolfi, A., Parkin, K., McKenzie, A., Hall, G., Joseph, W., Whiteson, J. y Flanagan, S.R. (2017). Early rehabilitation in the medical and surgical intensive care units for patients with and without mechanical ventilation: an interprofes-

- sional performance improvement project. *PM&R*, 9(2), 113-119. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2016.06.015>
- Costigan, F. A., Duffett, M., Harris, J. E., Baptiste, S. y Kho, M. E. (2019). Occupational therapy in the ICU: A scoping review of 221 documents. *Critical care medicine*, 47(12), e1014-e1021. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003999>
- Critchley, H. D., Wiens, S., Rotshtein, P., Öhman, A. y Dolan, R. J. (2004). Neural systems supporting interoceptive awareness. *Nature neuroscience*, 7(2), 189-195. <https://doi.org/10.1038/nn1176>
- Cuevas-Lara, C., Izquierdo, M., Gutiérrez-Vallencia, M., Marín-Epelde, I., Zambom-Ferrasi, F., Contreras-Escámez, B. y Martínez-Velilla, N. (2019). Effectiveness of occupational therapy interventions in acute geriatric wards: a systematic review. *Maturitas*, 127, 43-50. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.06.005>
- Cuello-García, C. A., Mai, S. H. C., Simpson, R., Al-Harbi, S. y Choong, K. (2018). Early mobilization in critically ill children: a systematic review. *The Journal of pediatrics*, 203, 25-33. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.07.037>
- Cui, L. R., LaPorte, M., Civitello, M., Stanger, M., Orringer, M., Casey III, F., Kuch, B., Beers, S., Valenta, C., Kochanek, P., Houtrow, A. y Fink, E. (2017). Physical and occupational therapy utilization in a pediatric intensive care unit. *Journal of critical care*, 40, 15-20. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.03.003>
- Dong, Y., Mo, X., Hu, Y., Qi, X., Jiang, F., Jiang, Z. y Tong, S. (2020). Epidemiological characteristics of 2143 pediatric patients with 2019 coronavirus disease in China. *Pediatrics* [pre-print]. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0702>
- Durocher, E. (2017). Occupational justice: A fine balance for occupational therapists. In D. Sakellariou y N. Pollard (Eds.). *Occupational Therapies Without Borders. Integrating Justice with Practice* (pp. 9-18). Elsevier.
- Ferrante, L. E., Murphy, T. E., Leo-Summers, L. S., Gahbauer, E. A., Pisani, M. A. y Gill, T. M. (2019). The combined effects of frailty and cognitive impairment on post-ICU disability among older ICU survivors. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 200(1), 107-110. <https://doi.org/10.1164/rccm.201806-1144LE>
- Fink, E., Beers, S., Houtrow, A., Richichi, R., Burns, C., Doughty, L., Ortiz, R., Madurski, C., Valenta, C., Chrisman, M., Golightly, L., Kiger, M., Patrick, C., Treble, A., Pollon, D., Smith, C., Kochanek, P. (2019). Early protocolized versus usual care rehabilitation for pediatric neurocritical care patients: a randomized controlled trial. *Pediatric Critical Care Medicine*, 20(6), 540-550. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001881>
- Gandhi, R. T., Lynch, J. B. y del Rio, C. (2020). Mild or moderate COVID-19. *New England Journal of Medicine*. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp2009249>
- Garfinkel, S. N., Seth, A. K., Barrett, A. B., Suzuki, K. y Critchley, H. D. (2015). Knowing your own heart: distinguishing interoceptive accuracy from interoceptive awareness. *Biological psychology*, 104, 65-74. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2014.11.004>

- Gonçalo, T., Santos Nascimento, J., Barbieri Bombarda, T., Viera Espalenza, G., Almeida Rodrigues, E.A., Ferreira, A.P. y Rodrigues dos Santos, Z. (2020). *Terapia Ocupacional em cuidados paliativos na COVID-19*. Comitê de Terapia Ocupacional da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, ANCP.
- Hanna, E.S., Zhao, S., Shannon, C.N. y Betters, K.A. (2020). Changes in provider perceptions regarding early mobility in the PICU. *Pediatric Critical Care Medicine| Society of Critical Care Medicine*, 21(1), e30-e38. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000002177>
- Hassan, S.A., Sheikh, F.N., Jamal, S., Ezeh, J.K. y Akhtar, A. (2020). Coronavirus (COVID-19): a review of clinical features, diagnosis, and treatment. *Cureus*, 12(3). <https://doi.org/10.7759/cureus.7355>
- Herrup, E. A., Wieczorek, B. y Kudchadkar, S. R. (2017). Characteristics of postintensive care syndrome in survivors of pediatric critical illness: A systematic review. *World journal of critical care medicine*, 6(2), 124. <https://doi.org/10.5492/wjccm.v6.i2.124>
- Hollinger, A., Gayat, E., Féliot, E., Paugam-Burtz, C., Fournier, M.C., Duranteau, J., Lefrant, J.Y., Leone, M., Jaber, S., Mebazaa, A. y Arrigo, M. (2019). Gender and survival of critically ill patients: results from the FROG-ICU study. *Annals of intensive care*, 9(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s13613-019-0514-y>
- Hopkins, R. O., Choong, K., Zebuhr, C. A. y Kudchadkar, S. R. (2015). Transforming PICU culture to facilitate early rehabilitation. *Journal of Pediatric Intensive Care*, 4(04), 204-211. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1563547>
- Hu, Z., Song, C., Xu, C., Jin, G., Chen, Y., Xu, X., Ma, H., Chen, Y., Lin, Y., Zheng, Y., Wang, J., Hu, Z., Yi, Y. y Shen, H. (2020). Clinical characteristics of 24 asymptomatic infections with COVID-19 screened among close contacts in Nanjing, China. *Science China Life Sciences*, 1-6. <https://doi.org/10.1007/s11427-020-1661-4>
- Kaur, S., Silver, G., Samuels, S., Rosen, A., Weiss, M., Mauer, E., Gerber, L., Greenwald, B. y Traube, C. (2020). Delirium and developmental disability: Improving specificity of a pediatric delirium screen. *Pediatric Critical Care Medicine*, 21(5), 409-414. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000002248>
- Kiekens, C., Boldrini, P., Andreoli, A., Avesani, R., Gamna, F., Grandi, M., Lombardi, F., Lusuardi, M., Molteni, F., Perboni, A. y Negrini, S. (2020). Rehabilitation and respiratory management in the acute and early post-acute phase." Instant paper from the field" on rehabilitation answers to the Covid-19 emergency. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 06305-4. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.20.06305-4>
- Kho, M.E., Brooks, D., Namasivayam-MacDonald, A., Sangrar, R. y Vrkljan, B. (2020) Rehabilitation for patients with COVID-19. *Guidance for occupational therapists, physical therapists, speech-language pathologists and assistants*. School of Rehabilitation Science, McMaster University. <https://srs-mcmaster.ca/covid-19/>
- Legg, L., Drummond, A. y Langhorne, P. (2006). Occupational therapy for patients with problems in activities of daily living after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003585.pub2>

- Leisman, D. E., Deutschman, C. S. y Legrand, M. (2020). Facing COVID-19 in the ICU: vascular dysfunction, thrombosis, and dysregulated inflammation. *Intensive Care Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06059-6>
- Lima, E.M.F.D.A., Okuma, D.G. y Pastore, M.D.N. (2013). Atividade, ação, fazer e ocupação: a discussão dos termos na Terapia Ocupacional brasileira. *Cadernos da Terapia Ocupacional UFSCar*, 21(2), 243-254. <https://doi.org/10.4322/cto.2013.026>
- Lu, X., Xiang, Y., Du, H. y Wing-Kin Wong, G. (2020). SARS-CoV-2 infection in children—understanding the immune responses and controlling the pandemic. *Pediatric Allergy and Immunology*, 0, 1-5. <https://doi.org/10.1111/pai.13267>
- Ludvigsson, J. F. (2020). Systematic review of COVID-19 in children show milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatrica*, 109, 1088-1095. <https://doi.org/10.1111/apa.15270>
- Marrugo-Arnedo, C. A., Arrieta-Arrieta, A., Herrera-Malambo, D., Díaz-Vargas, L. C., Pérez-Yepes, C., Dueñas-Castell, C., Flórez-Tanus, A., Gómez, F., Alvear-Pájaro, R. y Alvis-Guzmán, N. (2019). Determinantes de estancia prolongada de neonatos en una unidad de cuidados intensivos. *Revista Ciencias de la Salud*, 17(2), 259-275. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7928>
- Martell, M., Burgueño, M., Arbón, G., Weinberger, M., Balbi, C., Munyo, A., Martinnotti, L., Murillo, S., Keshishian, R., Pomi, A. y Alonso, R. (2007). Asociación entre morbilidad neonatal y desarrollo en pre-terminos a la edad escolar. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 78(2), 99-109. [https://www.sup.org.uy/archivos-de-pediatrica/adp78-2/pdf/adp78-2\\_3.pdf](https://www.sup.org.uy/archivos-de-pediatrica/adp78-2/pdf/adp78-2_3.pdf)
- Moreno-Chaparro, J., Cubillos-Mesa, C. y Duarte-Torres, S. C. (2019). Rol de terapia ocupacional en la unidad de cuidado intensivo en Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, 17(1), 70-84. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7614>
- Needham, D., Davidson, J., Cohen, H., Hopkins, R., Weinert, C., Wunsch, H., Zawistowski, C., Dougherty, A., Berney, S., Bienvenu, O., Brady, S., Brodsky, M., Denehy, L., Elliott, D., Flatley, C., Harabin, A., Jones, C., Louis, D. Meltzer, W... y Brady, S. L. (2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Critical care medicine*, 40(2), 502-509. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318232da75>
- Oficina del Alto Comisionado en Derechos Humanos de la ONU (2020, abril). *COVID-19 and the rights of persons with disabilities: guidance*. [https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/COVID-19\\_and\\_The\\_Rights\\_of\\_Persons\\_with\\_Disabilities.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/COVID-19_and_The_Rights_of_Persons_with_Disabilities.pdf)
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2010, octubre). *Sus 5 momentos para la higiene de las manos. Seguridad del Paciente*. [https://www.who.int/gpsc/information\\_centre/gpsc\\_5\\_momentos\\_poster\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/gpsc/information_centre/gpsc_5_momentos_poster_es.pdf?ua=1)
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020, febrero). *Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>

- Pickens, N. D. y Pizur-Barnekow, K. (2009). Co-occupation: Extending the dialogue. *Journal of Occupational Science*, 16(3), 151-156. <https://doi.org/10.1080/14427591.2009.9686656>
- Pierce, D. (2001). Untangling occupation and activity. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(2), 138-146. <https://doi.org/10.5014/ajot.55.2.138>
- Popovich, K. (2011). Chapter 2: The intensive care unit. En H. Smith-Gabai (Ed.) *Occupational Therapy in Acute Care* (pp. 41-74). AOTA Press.
- Pozzi, C., Tatzer, V. C., Álvarez, E. A., Lanzoni, A. y Graff, M. J. (2020). The applicability and feasibility of occupational therapy in delirium care. *European Geriatric Medicine*, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s41999-020-00308-z>
- Price, C.J., y Hooven, C. (2018). Interoceptive awareness skills for emotion regulation: Theory and approach of mindful awareness in body-oriented therapy (MABT). *Frontiers in psychology*, 9, 798. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00798>
- Provancha-Romeo, A. F., Hoffman, A. L., Malcolm, M. P., Coatsworth, J. D., Laxton, L. R., Freeman, K. M. y Schmid, A. A. (2019). Mind-body interventions utilized by an occupational therapist in a medical intensive care unit: An exploratory case study. *Work (Reading, Mass.)*, 63(2), 191. <https://doi.org/10.3233/WOR-192920>
- Rajendran, K., Narayanasamy, K., Rangarajan, J., Rathinam, J., Natarajan, M. y Ramachandran, A. (2020). Convalescent plasma transfusion for the treatment of COVID-19: Systematic review. *Journal of Medical Virology*, 1-9. <https://doi.org/10.1002/jmv.25961>
- Reimer, C., y Slinger, P. (2019). Intraoperative patient positioning and neurological injuries. En *Principles and Practice of Anesthesia for Thoracic Surgery* (pp. 337-342). Springer, Cham.
- Rengel, K.F., Hayhurst, C.J., Pandharipande, P.P. y Hughes, C.G. (2019). Long-term cognitive and functional impairments after critical illness. *Anesthesia & Analgesia*, 128(4), 772-780. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004066>
- Riphagen, S., Gomez, X., Gonzalez-Martinez, C., Wilkinson, N. y Theocharis, P. (2020). Hyperinflammatory shock in children during COVID-19 pandemic. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31094-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31094-1)
- Ross, K., Heiny, E., Conner, S., Spener, P. y Pineda, R. (2017). Occupational therapy, physical therapy and speech-language pathology in the neonatal intensive care unit: Patterns of therapy usage in a level IV NICU. *Research in developmental disabilities*, 64, 108-117. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.03.009>
- Rubio-Grillo, M. H. (2019). Desempeño profesional del terapeuta ocupacional en la unidad de cuidado intensivo neonatal. *Colombia Médica*, 50(1), 30-39. <http://dx.doi.org/10.25100/cm.v50i1.2600>
- Sabartés, O., Sánchez, D. y Cervera, A. M. (2009). Unidades de subagudos. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 44, 34-38. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.01.008>
- Smith, A., Karpf, M., Jow, M., Jardon, M., Yu, T. y Hutchins, B. (2019). Mothers' experiences with infant co-occupations after NICU discharge. *American Journal of Occupational Therapy*, 73(4\_Supplement\_1),

- 7311505075p1-7311505075p1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.73S1-PO1014>
- Smith, H. A. y Williams, S. R. (2020). Pediatric delirium assessment, prevention, and management. En *Delirium* (pp. 73-92). Springer, Cham.
- Spruce, L., y Van Wicklin, S. A. (2014). Back to basics: positioning the patient. *AORN journal*, 100(3), 298-305. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2014.06.004>
- Sundaram, M., Ravikumar, N., Bansal, A., Nallasamy, K., Basavaraja, G. V., Lodha, R., Gupta, D., Odena, M., Ram, A., Jayashree, M. (2020). Novel coronavirus 2019 (2019-nCoV) infection: Part II-Respiratory support in the pediatric intensive care unit in resource-limited settings. *Indian Pediatrics*, 57, 335-342. <https://doi.org/10.1007/s13312-020-1786-x>
- Scholten, E. L., Beitler, J. R., Prisk, G. K. y Malhotra, A. (2017). Treatment of ARDS with prone positioning. *Chest*, 151(1), 215-224. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2016.06.032>
- Schweickert, W., Pohlman, M., Pohlman, A., Nigos, C., Pawlik, A., Esbrook, C., Spears, L., Miller, M., Franczyk, M., Deprizio, D., Schmidt, G., Bowman, A., Barr, R., McCallister, K., Hall, J. y Kress, J. (2009). Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomized controlled trial. *The Lancet*, 373(9678), 1874-1882. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60658-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60658-9)
- Thomas, P., Baldwin, C., Bissett, B., Boden, I., Gosselink, R., Granger, C., Hodgson, C., Jones, A., Kho, M., Moses, R., Ntoumopoulos, G., Parry, S., Patman, S. y Lee, L. (2020). Physiotherapy management for COVID-19 in the acute hospital setting: clinical practice recommendations. *Journal of Physiotherapy*, 66(2), 73-82. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.03.011>
- Treyvaud, K., Lee, K. J., Doyle, L. W. y Anderson, P. J. (2014). Very preterm birth influences parental mental health and family outcomes seven years after birth. *The Journal of pediatrics*, 164(3), 515-521. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.11.001>
- Weinreich, M., Herman, J., Dickason, S. y Mayo, H. (2017). Occupational therapy in the intensive care unit: a systematic review. *Occupational therapy in health care*, 31(3), 205-213. <https://doi.org/10.1080/07380577.2017.1340690>
- Whiteford, G. (2000). Occupational deprivation: Global challenge in the new millennium. *British journal of occupational therapy*, 63(5), 200-204. <https://doi.org/10.1177/030802260006300503>
- Wieczorek, B., Ascenzi, J., Kim, Y., Lenker, H., Potter, C., Shata, N., Mitchel, L., Haut, C., Berkowitz, I., Pidcock, F., Hoch, J., Malamed, C., Kravitz, T. y Kudchadkar, S. (2016). PICU Up! Impact of a quality improvement intervention to promote early mobilization in critically ill children. *Pediatric critical care medicine: a journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, 17(12), e559. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000000983>
- Yu, P., Wei, Q. y He, C. (2020). Early rehabilitation for critically ill patients with COVID-2019: More benefits than risks. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001445>

# Lineamientos del Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional para la rehabilitación hospitalaria de usuarios con COVID-19

Guidelines of the Colombian College of Occupational Therapy for the hospital-based rehabilitation of users with COVID-19

Diretrizes do Colégio Colombiano de Terapia Ocupacional para a reabilitação hospitalar de usuários com COVID-19

*Erika Lorena Díaz Méndez*<sup>1</sup>

*Pamela Talero Cabrejo*<sup>2</sup>

*Magda Yuliana Faustino*<sup>3</sup>

*Olga Beatriz Guzmán Suárez*<sup>4</sup>

*Flor Esperanza Rodríguez Ferro*<sup>5</sup>

Recibido: 7 de junio 2020 • Enviado para modificación: 10 de agosto 2020 • Aceptado: 15 de agosto 2020

Díaz-Méndez, E.L., Talero-Cabrejo, P., Faustino, Y., Guzmán-Suárez, O.B., Rodríguez-Ferro, F.E. (2020). Lineamientos del Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional para la rehabilitación hospitalaria de usuarios con COVID-19. *Revista Ocupación Humana*, 20 (1), 146-162. <https://doi.org/10.25214/25907816.952>

## RESUMEN

Hasta el momento, la enfermedad COVID-19 ha demostrado tener implicaciones funcionales a corto, y en ocasiones, a largo plazo. Ante la emergencia sanitaria desencadenada por esta enfermedad, el Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional convocó a un grupo de profesionales expertas en el área para proveer lineamientos para terapeutas ocupacionales

<sup>1</sup>Terapeuta ocupacional. Hospital Infantil Universitario de San José. Bogotá, Colombia. [eldiazme@gmail.com](mailto:eldiazme@gmail.com)  <https://orcid.org/0000-0002-7364-2077>

<sup>2</sup>Terapeuta ocupacional. Doctora en Terapia Ocupacional. Docente, Thomas Jefferson University. Filadelfia, Estados Unidos de América. [Pamela.Talero@jefferson.edu](mailto:Pamela.Talero@jefferson.edu)  <https://orcid.org/0000-0002-1057-9736>

<sup>3</sup>Terapeuta ocupacional. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, Colombia. [faustino\\_yuliana@hotmail.com](mailto:faustino_yuliana@hotmail.com)  <https://orcid.org/0000-0002-1437-5634>

<sup>4</sup>Terapeuta ocupacional. Especialista en Salud Ocupacional. Magíster en Administración de Salud. Magíster en Prevención de Riesgos Laborales con énfasis en Ergonomía y Psicología del Trabajo. Doctora en Ciencias de la Salud en el Trabajo. Docente, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. [obguzmans@unal.edu.co](mailto:obguzmans@unal.edu.co)  <http://orcid.org/0000-0002-6606-9380>

<sup>5</sup>Terapeuta ocupacional. Magíster en Discapacidad e Inclusión Social. Magíster en Educación. Presidenta del Consejo Directivo Nacional 2020-2022, Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional. Bogotá, Colombia. [presidencia@tocolombia.org](mailto:presidencia@tocolombia.org)  <https://orcid.org/0000-0002-2093-4164>

que se involucren en la rehabilitación intrahospitalaria y ambulatoria de usuarios con COVID-19 en Colombia. Se realizó una revisión de la literatura sobre el rol y la efectividad de la Terapia Ocupacional en la rehabilitación hospitalaria, las complicaciones reportadas en usuarios con COVID-19, y su manejo terapéutico en la rehabilitación intrahospitalaria y ambulatoria. Un consenso de expertas determinó la aplicabilidad de los lineamientos al contexto colombiano. La Terapia Ocupacional, como parte del equipo de rehabilitación, incide de manera directa en el nivel de independencia, la autonomía y la futura reincorporación a las actividades dentro de la sociedad; adicionalmente, facilitando y promoviendo actividades cognitivas, psicosociales y de ocio, aporta al mantenimiento del equilibrio ocupacional para prevenir la aparición de disfunciones de índole sensoriomotor, perceptivo y psicosocial a corto, mediano y largo plazo. Estos lineamientos constituyen un recurso técnico y educativo relevante para la Terapia Ocupacional hospitalaria.

### **PALABRAS CLAVE**

Terapia Ocupacional, atención subaguda, atención ambulatoria, COVID-19, hospital, servicios de rehabilitación

### **ABSTRACT**

Up to this date, COVID-19 disease has shown to have short-term, and sometimes long-term, functional implications. Faced with the health emergency triggered by this disease, the Colombian College of Occupational Therapy convened a group of professional experts in the area to provide guidelines for occupational therapists involved in inpatient and outpatient rehabilitation of users with COVID-19 in Colombia. A literature review was conducted on the role and effectiveness of Occupational Therapy in subacute rehabilitation, the complications reported in users with COVID-19, and its therapeutic management in inpatient and outpatient rehabilitation. A consensus of experts determined the applicability of the guidelines to the Colombian context. Occupational Therapy, as part of the rehabilitation team, directly affects the level of independence, autonomy and future reincorporation to the activities within society. It also contributes to maintaining occupational balance to prevent short, medium, and long term sensorimotor, perceptual, and psychosocial dysfunctions, by facilitating and promoting cognitive, psychosocial, and leisure activities. These guidelines constitute a relevant technical and educational resource for subacute care in Occupational Therapy.

### **KEY WORDS**

Occupational Therapy, subacute care, ambulatory care, COVID-19, hospital, rehabilitation services

### **RESUMO**

Até agora, foi demonstrado que a doença COVID-19 tem implicações funcionais de curto e, às vezes, de longo prazo. Diante da emergência sanitária desencadeada por esta doença, o Colégio Colombiano de Terapia Ocupacional reuniu um grupo de profissionais, especializados na área, para fornecer orientações aos terapeutas ocupacionais, envolvidos na reabilitação hospitalar e ambulatorial de usuários com COVID-19, na Colômbia. Foi realizada uma revisão da literatura sobre o papel e a eficácia da Terapia Ocupacional na reabilitação hospitalar, as complicações relatadas em usuários com COVID-19 e seu manejo terapêu-

tico na reabilitação hospitalar e ambulatorial. Um consenso de especialistas determinou a aplicabilidade das diretrizes ao contexto colombiano. A Terapia Ocupacional, como parte da equipe de reabilitação, afeta diretamente o nível de independência, autonomia e futura reincorporação às atividades na sociedade; além disso, facilitando e promovendo atividades cognitivas, psicossociais e de lazer, contribui para a manutenção do equilíbrio ocupacional, para prevenir o aparecimento de disfunções sensório-motoras, perceptivas e psicossociais em curto, médio e longo prazo. Tais orientações constituem um recurso técnico e educacional importante para a Terapia Ocupacional hospitalar.

#### **PALAVRAS-CHAVE**

Terapia Ocupacional, atenção subaguda, atenção ambulatorial, COVID-19, hospital, serviços de reabilitação

---

## **Introducción**

La rehabilitación es un servicio de salud fundamental para las personas con diferentes condiciones de salud, en todas las etapas del ciclo vital; aborda el impacto de una condición de salud en la vida de la persona enfocándose, principalmente, en mejorar su funcionalidad y reducir la experiencia de la discapacidad (Organización Mundial de la Salud- OMS, 2019). El objetivo central de la rehabilitación hospitalaria es recuperar u optimizar la funcionalidad de las personas, permitiéndoles maximizar su independencia, mejorar su calidad de vida y regresar a su lugar de residencia habitual para reintegrarse a la comunidad (Kuys et al., 2016). Así pues, en términos de costo-beneficio, la rehabilitación ha demostrado reducir los tiempos de estancia hospitalaria y las complicaciones derivadas de las condiciones clínicas particulares, mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de discapacidad, en especial para aquellas personas en riesgo de desarrollar enfermedades crónicas y para sus familias (OMS, 2019; Kuys et al., 2016; Gruther et al., 2017; Maistrelli et al., 2017).

La enfermedad COVID-19 ha requerido que las organizaciones y profesionales de la salud, desde cada una de las áreas de ejercicio, modifiquen y adapten sus procedimientos, no solo para la atención de personas diagnosticadas con esta enfermedad, también de aquellas sin COVID-19. En varios países, el aumento exponencial en el número de individuos con COVID-19 que requieren atención hospitalaria ha superado la capacidad de los servicios de salud, debido al incremento sin precedentes de pacientes que requieren asistencia ventilatoria y tratamiento multiorgánico en unidades de cuidado intensivo (Manto et al., 2020). Sin embargo, debido a que se ha estudiado durante un corto periodo de tiempo, la comprensión de esta enfermedad aún es incompleta, particularmente en lo que respecta a sus secuelas e implicaciones funcionales a largo plazo (Sheehy, 2020).

Hasta la fecha, la enfermedad COVID-19 ha mostrado causar un compromiso pulmonar que, en casos críticos y graves, puede llevar a insuficiencia res-

piratoria aguda, falla multisistémica y mortalidad de entre 1 y 10%. Las manifestaciones neurológicas ocurren en aproximadamente un tercio de pacientes hospitalizados, involucrando tanto el sistema nervioso central (mareos, dolor de cabeza, alteración de la conciencia, eventos cerebrovasculares agudos, ataxia, convulsiones) como el sistema nervioso periférico (pérdida del olfato y el gusto, dolor neuropático, variaciones del síndrome de Guillain-Barré), el sistema cardiaco y lesiones musculoesqueléticas (Sheehy, 2020; Padroni et al., 2020; Drigin et al., 2020; Manto et al., 2020; Li et al., 2020)<sup>6</sup>, lo que afecta la movilidad y el desempeño en actividades básicas de la vida diaria (conocidas como ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)<sup>7</sup> de aquellas personas en recuperación (Grabowski y Maddox, 2020; McNearly et al., 2020).

## Metodología

Se realizó una revisión de la literatura internacional entre enero y mayo de 2020, a través de las bases de datos CINAHL, Scopus, Google Scholar, PubMed y OT-Seeker, por parte de las autoras. Los des-

criptores principales seleccionados para la búsqueda fueron: COVID-19, virus SARS-Cov-2, hospitalización, unidad de cuidado intensivo, rehabilitación, Terapia Ocupacional, actividades de la vida diaria y acondicionamiento, de acuerdo con las características, la clasificación, y las manifestaciones clínicas de la enfermedad COVID-19; la efectividad de la rehabilitación temprana en las UCI y UCI-intermedio adulta, pediátrica y neonatal, y el rol y la experiencia de terapeutas ocupacionales en las guías de salud existentes. Se realizó la propuesta de lineamientos para terapeutas ocupacionales en la rehabilitación intrahospitalaria y ambulatoria de usuarios con COVID-19, siguiendo un proceso iterativo de revisiones colaborativas en Google Drive entre el grupo de terapeutas ocupacionales expertas convocadas por el Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional. Se realizaron tres reuniones virtuales de discusión y socialización con otros equipos de expertos trabajando en los lineamientos para la atención hospitalaria aguda y subaguda, con una duración aproximada de dos horas cada una, utilizando las plataformas Zoom y GoToMeeting. A partir de las discusiones en las reuniones, se realizaron ajustes a los lineamientos para su aplicabi-

---

<sup>6</sup> La descripción y clasificación de la enfermedad, así como sus efectos en el desempeño ocupacional pueden consultarse en el *Pronunciamento sobre el rol de la Terapia Ocupacional en la atención hospitalaria durante la pandemia por COVID-19* (Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional -CCTO, 2020) y en los *Lineamientos de Terapia Ocupacional para la atención hospitalaria aguda y subaguda* (Talero et al., 2020).

<sup>7</sup> Las actividades de la vida diaria (AVD) son actividades cotidianas que las personas realizan para mantener su salud y bienestar (Legg et al., 2017). Se agrupan tradicionalmente en *básicas e instrumentales*. Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) incluyen acciones de autocuidado (baño, aseo, vestirse, alimentación, continencia, etc.) y de movilidad y desplazamiento (transferencia de la cama-silla, moverse por el domicilio, etc.). Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) implican funciones más complejas, como responsabilizarse de la preparación y la toma de medicación; la deambulación fuera de casa; la realización de tareas y el manejo de la economía doméstica; la movilidad en diferentes medios de transporte; el uso del teléfono; las relaciones sociales; acciones en la comunidad, etc. Mientras las primeras son necesarias para mantener la autonomía en un medio más inmediato (domicilio), las segundas permiten mantener la independencia en la comunidad (Lesende et al., 2012).

lidad en las instituciones de salud en el contexto colombiano.

## **Evidencia del rol de Terapia Ocupacional en rehabilitación**

La Ley 949 (2005), que rige el ejercicio profesional de la Terapia Ocupacional en Colombia, enmarca el papel del terapeuta ocupacional en el proceso de rehabilitación funcional de personas y comunidades en Colombia “a través del manejo de habilidades sensoriomotoras, cognitivas y socioemocionales en los niveles de promoción, prevención y rehabilitación, cuando el desempeño ocupacional está sometido a riesgos o se encuentra alterado, buscando así proporcionar una mejor calidad de vida” (art. 3). De este modo, la Terapia Ocupacional en el área de rehabilitación se configura en relación con escenarios clínicos y hospitalarios, estando presente desde la etapa aguda en unidades de cuidados intensivos hasta el retorno a la vida cotidiana dentro del contexto habitual del usuario.

En estos escenarios, la Terapia Ocupacional no solo facilita la participación en actividades de la vida diaria (AVD), también restaura la función física, cognitiva y emocional de las personas; evita un mayor deterioro funcional derivado de la hospitalización, y juega un rol fundamental en la planificación de las acciones y los equipos necesarios para la transición del hospital a la comunidad. Por lo tanto, las y los terapeutas ocupacionales en entornos de rehabilitación requieren trabajar de forma coordinada dentro de equipos multidisciplinarios, graduando tareas y actividades de acuerdo con las necesidades y los niveles de desempeño ocupacional de quienes usan sus servicios (Navas

y Tenorio, 2016). Asimismo, deben tener una comprensión profunda de cómo las enfermedades o los diagnósticos pueden afectar el desempeño ocupacional (Asociación Americana de Terapia Ocupacional -AOTA, 2020).

Las intervenciones de Terapia Ocupacional han demostrado ser costo-efectivas en el tratamiento y la prevención de lesiones, así como en el mejoramiento de los resultados de salud en áreas como la prevención de caídas, las lesiones musculoesqueléticas, la rehabilitación de accidentes cerebrovasculares, la intervención temprana en trastornos del desarrollo y en la rehabilitación respiratoria (Rexe et al., 2013; Rogers et al., 2017; Cuevas et al., 2017). Adicionalmente, las revisiones sistemáticas Cochrane (Legg et al., 2017) han evidenciado que las limitaciones funcionales pueden reducirse con intervenciones de Terapia Ocupacional dirigidas a la prevención y el manejo de úlceras por presión, la movilidad al aire libre (Logan et al., 2004) y la participación en actividades de la vida diaria, mejorando el rendimiento cardiopulmonar y la calidad de vida en la ejecución de actividades, y reduciendo significativamente el riesgo de deterioro físico, cognitivo y social después de un accidente cerebrovascular (Legg et al., 2017), una enfermedad cardíaca (Martínez et al., 2002) o una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (Güell et al., 2014).

## **Rol del terapeuta ocupacional en la rehabilitación hospitalaria durante la pandemia**

Teniendo en cuenta las características epidemiológicas y clínicas de la

COVID-19, presentadas en los *Lineamientos para Terapia Ocupacional en la atención hospitalaria aguda y subaguda de pacientes con COVID-19 en Colombia* (Talero et al., 2020), quienes requieren servicios de rehabilitación hospitalaria pueden tener un cuadro de COVID-19 moderado, grave o crítico, donde el objetivo principal es optimizar su estado funcional antes de ser dados de alta y de su reintegración a la comunidad.

Las personas con COVID-19 usuarias de rehabilitación pueden presentar, en primera instancia, complicaciones de su sistema respiratorio (Huang et al., 2020), pero también en sistemas como el nervioso (Li et al., 2020), el vascular, el digestivo, el urinario, el hematológico, entre otros (Jin et al., 2020); asimismo, complicaciones multiorgánicas en las etapas agudas, con efectos cardíacos (McIntosh, 2020), renales, hematológicos

y neurológicos (Mao et al., 2020; Chen et al., 2020; Toscano et al., 2020), como se muestra en la tabla 1. Por lo tanto, es probable que tengan limitaciones significativas que requieran de apoyo continuo y generen un impacto importante en su funcionalidad y en la participación a corto y mediano plazo (Kemp et al., 2020; Simpson y Robinson, 2020). Otra complicación que se ha documentado es el *síndrome pos cuidados intensivos*, caracterizado por secuelas físicas, cognitivas y psíquicas que se presentan una vez la persona ha sido dada de alta de la unidad de cuidados intensivos y que impactan de forma negativa en su calidad de vida (González-Castro et al., 2020; Stam et al., 2020; Mikkelsen et al., 2020). Así pues, es preciso el acompañamiento de Terapia Ocupacional como parte de un equipo interdisciplinario de rehabilitación que brinde herramientas para la recuperación eficaz y el entrenamiento

**Tabla 1.** Complicaciones reportadas en personas con COVID-19 que requieren rehabilitación hospitalaria.

- Insuficiencia respiratoria aguda.
- Neumonía.
- Síndrome respiratorio agudo grave.
- Síndrome de Guillain-Barré.
- Miopatía.
- Polineuropatía.
- Encefalopatía.
- Insuficiencia hepática aguda.
- Insuficiencia cardíaca aguda.
- Evento cerebrovascular.
- Choque séptico.
- Infección secundaria.
- Insuficiencia renal aguda.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Trombosis.
- Síndrome inflamatorio multisistémico (en la población infantil).

**Fuente:** elaboración propia a partir de los autores antes citados en este documento.

progresivo en las capacidades, habilidades y adaptaciones necesarias para la participación en actividades de la vida diaria y en otras ocupaciones y roles significativos para la o el usuario y su familia (Vila Paz y de Rosende, 2016; Acosta et al., 2020; AOTA, 2020; Royal College of Occupational Therapists -RCOT, 2020). En este sentido, hasta la fecha hay evidencia de que la rehabilitación puede mejorar la función cardiopulmonar y la calidad de vida, y disminuir la ansiedad en personas de edad avanzada con COVID-19 (Liu et al., 2020).

Es necesario reconocer que, en este proceso, el personal de Medicina, Enfermería, Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Fonoaudiología, entre otras, es vulnerable debido al tiempo de exposición y al contacto físico con agentes biológicos implicados en la atención directa; por esta razón, dentro de las medidas extremas de seguridad se contemplan la exploración de la capacidad y las condiciones del usuario para continuar su rehabilitación en casa, así como el uso de la telerrehabilitación en cuanto sea posible, seguro y ético (Laxe et al., 2020).

### *Manejo terapéutico en la rehabilitación intrahospitalaria*

El comportamiento de la enfermedad COVID-19 en la población, así como su desenlace en cada persona es muy incierto, por lo tanto, se requieren intervenciones multidisciplinarias que favorezcan de manera integral las habilidades sensoriomotoras, cognitivas y psicosociales, y permitan mantener niveles de participación e independencia en actividades de autocuidado, ocio y esparcimiento, así como la recuperación de roles sociales y productivos. La intervención de Terapia Ocupacional durante la fase de rehabili-

tación del usuario es fundamental, dado que incide de manera directa en el nivel de independencia, la autonomía y la futura reincorporación a las actividades dentro de la sociedad; adicionalmente, facilitando y promoviendo actividades cognitivas, psicosociales y de ocio, aporta al mantenimiento del equilibrio ocupacional para prevenir la aparición de disfunciones de índole sensoriomotor, perceptivo y psicosocial (López, 2004).

### *Acciones de intervención directa*

Aunque el manejo varía de acuerdo con las particularidades de cada persona, las acciones aquí planteadas indican los aspectos generales para tener en cuenta en la intervención de Terapia Ocupacional, a partir de los resultados de la evaluación clínica integral y del progreso que haya alcanzado hasta el momento en la rehabilitación en la unidad de cuidado intensivo y en la unidad de cuidado intensivo intermedio (Talero et al., 2020).

- Realizar un perfil ocupacional que contenga: historia ocupacional, experiencias, patrones de la vida diaria, intereses, valores y necesidades funcionales.
- Evaluar las condiciones motoras, mentales, emocionales y funcionales, utilizando instrumentos acordes con los protocolos institucionales, para definir el plan de manejo terapéutico. Monitorear con especial atención los signos y síntomas de disnea, y el requerimiento de oxígeno suplementario durante la ejecución de actividades.
- Evaluar los posibles efectos secundarios que la COVID-19 pueda tener en el desempeño funcional y, con ello, en la reintegración a actividades de la vida diaria, de juego u ocio y productivas.

- Definir el enfoque de la rehabilitación (preventivo, restaurativo, compensatorio o paliativo), de acuerdo con los resultados de la valoración inicial en términos de la condición del usuario y de su sistema de apoyo.

- De acuerdo con el nivel de tolerancia, educar y entrenar al usuario, y de ser pertinente a sus cuidadores, en el posicionamiento, la movilización y el alineamiento postural en cama y silla para facilitar la participación en actividades de la vida diaria, de tiempo libre y productivas, y prevenir contracturas y úlceras por presión.

- Educar y entrenar al usuario, y de ser pertinente a sus cuidadores, en técnicas y estrategias de detección y manejo de la disnea y la fatiga durante las actividades de la vida diaria, de tiempo libre y productivas, de acuerdo con el nivel de tolerancia.

- Implementar actividades terapéuticas graduadas de acuerdo con la estabilidad hemodinámica del usuario y su nivel de tolerancia, dirigidas a estimular la sensibilidad, la funcionalidad y la movilidad (en cama, sedente, bípedo y ambulatorio) que le permitan ir alcanzando progresivamente el reacondicionamiento físico en sus ocupaciones.

- Educar y entrenar al usuario en la importancia de realizar cambios de posición constantes, que consideren los principios de la biomecánica corporal, para incrementar el equilibrio, el ajuste y la seguridad postural, de manera que le permitan alcanzar un mayor grado de independencia en la ejecución de las actividades de la vida diaria.

- Orientar al usuario en principios de conservación de energía y estrategias para la simplificación de actividades como la mo-

dificación de pasos y tareas que permitan disminuir el gasto energético.

- En aquellas personas que presenten trastornos neurológicos agudos, como un accidente cerebrovascular, minimizar las secuelas permanentes en la funcionalidad contemplando el uso de intervenciones para favorecer la activación muscular, como la movilización temprana de segmentos corporales o la aplicación de estímulos facilitadores o inhibidores, según el caso.

- Mantener o mejorar las habilidades cognitivo-perceptuales (atención, comprensión, memoria, análisis, orientación espacial, esquema y conciencia corporal, solución de problemas) que le permitan al usuario un mejor desempeño ocupacional, social y adaptativo.

- En aquellas personas que presenten alteraciones en los sentidos del gusto y el olfato, estimular de forma apropiada (con olores y sabores diversos, presentando estímulos neutros entre uno y otro) aprovechando los tiempos de alimentación o las actividades de baño.

- Implementar acciones que posibiliten la reestructuración de hábitos y rutinas acordes con el estilo de vida del usuario y los sistemas de apoyo con que cuenta, preparándole para el retorno a su comunidad.

- En aquellas personas que presenten alteraciones cognitivas, integrar estrategias de orientación en tiempo, espacio y situación como el uso de reloj, calendario, fotos o imágenes importantes y cotidianas (estos elementos deben ser de uso personal y desecharse al finalizar la hospitalización).

- Educar y entrenar al usuario que requiera dispositivos de asistencia o ayudas técnicas

(ej. sillas de ruedas, bastones, andaderas, tableros de comunicación, lentes, órtesis, etc.), y de ser apropiado a sus cuidadores, en el uso e higiene de lo mismos.

- Orientar al usuario y a su familia en el manejo de las emociones después del confinamiento o de la estancia en cuidados intensivos, con el fin de ir retomando el interés y la motivación por desarrollar actividades cotidianas y ocupaciones significativas.

- Educar al usuario y a sus familiares en estrategias seguras para el retorno al hogar después de la hospitalización, teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad, los límites en el contacto físico y el distanciamiento social.

### *Acciones de intervención indirecta*

Dentro de las intervenciones indirectas se contemplan todos los ajustes posibles en el entorno físico y social de la persona que contribuyan a su bienestar ocupacional. Así pues, se recomienda:

- Participar en reuniones regulares del equipo interdisciplinario, discutiendo las necesidades funcionales y los sistemas de apoyo disponibles para optimizar la independencia del usuario en su retorno a la comunidad.

- Transmitir conocimientos e información acerca de la ocupación, la salud, el bienestar, y la participación, que permitan promover comportamientos, hábitos y rutinas provechosos y saludables.

- Realizar una valoración ocupacional domiciliaria, respaldada en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud – CIF, para identificar facilitadores y barreras contextuales.

- Adoptar medidas no farmacológicas de manejo del delirio, realizando ajustes ambientales como la adecuación de la iluminación y la temperatura o el uso de sonido ambiental, que pueden minimizar el riesgo de síndrome pos cuidados intensivos.

- Orientar al equipo de salud en el uso de ayudas técnicas o adaptaciones para el mantenimiento de la autonomía.

- Orientar al equipo en estrategias de movilidad segura, prevención de caídas y participación modificada y a tolerancia en actividades cotidianas, buscando la mayor autonomía e independencia.

- Promover que la familia pueda proporcionar al usuario materiales para la realización de actividades de ocio y tiempo libre, educándola en la identificación y el uso de tecnología de asistencia (alta y baja tecnología) y en la aplicación de principios de diseño universal, y recomendándole cambios en el ambiente o la actividad que apoyen sus habilidades para participar en las ocupaciones. Esto incluye la evaluación, selección, provisión, educación y entrenamiento en el uso de los dispositivos (libros, cartas, revistas, cuadernos, crucigramas, sudokus, etc.), teniendo en cuenta las medidas de higiene adecuadas.

### *Manejo terapéutico en la rehabilitación ambulatoria*

Posterior a la estancia hospitalaria, las personas diagnosticadas con COVID-19 que presentaron complicaciones severas en su funcionamiento pueden requerir de acompañamiento ambulatorio por parte de Terapia Ocupacional, cuyo objetivo es la reincorporación satisfactoria a su entorno cotidiano (Acosta et al., 2020). A continuación, se presentan algunas sugerencias en atención directa e indirecta.

### *Acciones de intervención directa*

Se sugiere que para la selección de actividades en este tipo de intervención se tengan en cuenta los requerimientos ambientales, emocionales y de aprendizaje, además de las características de la persona y de su familia o red de apoyo social.

- Evaluar el estado actual del usuario, identificando: habilidades sensoriomotoras, cognitivas y sociales presentes, y posibles dificultades en las mismas; alteraciones en los hábitos y rutinas frente a la situación actual; gustos e intereses.
- Desarrollar actividades físicas y terapéuticas dirigidas a mejorar la movilidad, la coordinación y la fuerza muscular necesarias para la ejecución independiente de las tareas cotidianas. Estas deben ser diarias, dosificadas y acordes con el estado actual de la persona, e ir incrementando el nivel de exigencia, de resistencia y de repetición de acuerdo con su tolerancia.
- Implementar actividades orientadas a la rehabilitación de alteraciones sensoriales que interfieran en el desempeño ocupacional (técnicas de desensibilización o reeducación sensitiva, según el caso).
- Apoyar el retorno a las actividades laborales y productivas, en donde paulatinamente la persona retome sus ritmos y rutinas.
- Favorecer el equilibrio ocupacional en el desarrollo de las diferentes actividades desde casa, promoviendo una adecuada participación en actividades de la vida diaria, educación, ocio y tiempo libre, descanso y participación social. Se sugiere implementar actividades significativas, relevantes y de utilidad para la persona.

- Educar al usuario en técnicas de ahorro de energía y conservación articular para la realización de actividades de la vida diaria, productivas y de tiempo libre.

- Determinar la necesidad del uso de órtesis, adaptaciones o dispositivos de ayuda externa para favorecer la independencia.

- Entrenar al usuario en estrategias compensatorias de aquellas funciones o destrezas perdidas o deterioradas, una vez se constate que su recuperación no es viable.

- Promover y apoyar la organización de rutinas cotidianas que permitan el equilibrio en las áreas del desempeño ocupacional y el reintegro gradual a las actividades productivas, de acuerdo con la tolerancia que se vaya alcanzando.

- Dar continuidad a los procesos, implementando estrategias de telerehabilitación cuando resulte apropiado, ético y posible.

- Identificar limitaciones o secuelas y educar al usuario en la modificación de tareas para facilitar su desempeño ocupacional.

- Prescribir el uso de tecnología de asistencia (alta y baja tecnología), aplicar principios del diseño universal y recomendar cambios en el ambiente o la actividad, en aquellos casos en los que sean útiles y necesarios para apoyar a la persona en la participación en ocupaciones. Esto incluye la evaluación, selección, provisión, educación y entrenamiento en el uso de los dispositivos.

### *Acciones de intervención indirecta*

- Analizar el entorno y brindar recomendaciones en cuanto a adaptaciones que puedan favorecer la participación en las actividades de la vida diaria.

- Relacionar la información obtenida del entorno con la ejecución de las actividades de la vida diaria y productivas que la o el usuario desea realizar, identificando barreras y posibles modificaciones del ambiente.

- Apoyar al usuario en la implementación de estrategias de autorregulación del esfuerzo y de manejo de sus medicamentos mediante el uso de un cronograma o de otros elementos o técnicas de monitoreo.

- Educar al usuario en el uso adecuado de elementos de protección personal y el lavado de manos para promover la adopción de estas prácticas dentro de sus rutinas y ambientes cotidianos.

- Diseñar y adaptar órtesis, férulas o dispositivos de apoyo, de acuerdo con las necesidades del usuario (ayudas para alimentación, aseo, vestido, labores del hogar, movilidad).

- Educar a cuidadores y familiares en el uso de los dispositivos de apoyo terapéutico y en las adaptaciones necesarias en el entorno del usuario.

- Entrenar a familiares y cuidadores en las técnicas para potenciar la independencia del usuario y minimizar la sobreprotección.

- Participar en la reorientación profesional o laboral de la persona, en caso de que por secuelas de la enfermedad no pueda retomar las actividades laborales que venía desempeñando.

- Valorar de manera constante la satisfacción de la persona y de su familia en relación con su vida, el progreso en la recuperación, sus expectativas y su desempeño.

- Desarrollar acciones de promoción y prevención para el mantenimiento de la salud e implementar propuestas interdisciplinarias para la promoción del autocuidado de la población, incluyendo prácticas eficaces como el distanciamiento físico y la apropiación de medidas de higiene.

## Discusión

Teniendo en cuenta que la población usuaria puede estar en cualquier etapa del ciclo vital, es importante considerar las especificaciones para la atención de niños y niñas. Esta tendrá como objetivo principal mantener o alcanzar los hitos de neurodesarrollo acordes con la edad cronológica; de otro lado, se sugiere el uso del juego dirigido como actividad terapéutica preferente, promoviendo niveles de participación e independencia graduales, así como el entrenamiento a madres, padres y cuidadores que incluya planes caseros y medidas de protección adecuadas.

En el caso de usuarios ambulatorios que requieren rehabilitación pos COVID-19 o de quienes deban permanecer en aislamiento, una alternativa es la intervención a distancia mediante el uso de modalidades alternativas para la prestación del servicio, siempre que esto sea ético y posible. La consulta remota, la telerrehabilitación y el uso de material educativo y de capacitación a distancia son algunas estrategias para intervenir y orientar a las personas en un proceso de mejoramiento de su calidad de vida (AOTA, 2020).

Por lo tanto, como lo establece la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales -WFOT (2014), los servicios de

Terapia Ocupacional prestados por medio de telesalud deben cumplir con las mismas normas de atención que aquellos que se proveen en persona y con todas las regulaciones y políticas jurisdiccionales, institucionales y profesionales que rigen la práctica de la Terapia Ocupacional. Para el caso de Colombia, se dará cumplimiento a la Ley 949 (2005), la cual dicta las normas para el ejercicio de la Terapia Ocupacional y establece el Código de Ética Profesional y el Régimen Disciplinario correspondiente. Consecuentemente, aplican las disposiciones de la Resolución 2654 (2019), la cual establece los lineamientos para el desarrollo de la telesalud en Colombia.

No obstante, vale la pena resaltar que, aunque la puesta en funcionamiento de programas de telesalud puede incrementar la cobertura y hacer posible la atención oportuna y segura de usuarios, trae consigo grandes desafíos, ya que requiere no solo de redes robustas, sino de la ampliación del acceso a tecnologías de la información y las comunicaciones a toda la población. Esto implica, además, que los países cuenten con un sistema electrónico de información en salud, recursos para su financiamiento y disponibilidad de acceso a banda ancha de usuarios y centros de salud, lo que, especialmente en zonas rurales, presenta importantes barreras (Agudelo et al., 2020).

Es preciso que las y los terapeutas ocupacionales que trabajan en la rehabilitación intrahospitalaria de usuarios con COVID-19 sigan los lineamientos de bioseguridad establecidos por la institución, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Respetar y utilizar todos los elementos de protección, de acuerdo con los respectivos protocolos institucionales.

- Realizar la higiene de manos contemplando los cinco momentos exigidos por la Organización Mundial de la Salud para la atención de usuarios (OMS, 2010).

- Realizar la desinfección de los elementos terapéuticos utilizados en la intervención, siguiendo los respectivos protocolos institucionales.

Adicionalmente, en la atención de usuarios con COVID-19 deben tener en cuenta:

- Monitorear los signos vitales antes, durante y después de la actividad, ya que reflejan la función cardiopulmonar del usuario.

- Considerar los tiempos de intervención teniendo en cuenta el riesgo de exposición al virus para el personal de salud y la tolerancia del usuario a la intervención o a la actividad terapéutica, vigilando signos de fatiga.

- Considerar los efectos del retiro progresivo del oxígeno suplementario durante las actividades de la vida diaria. Modificar las actividades si la saturación de oxígeno cae por debajo del 90% (u otros parámetros establecidos por el cuerpo médico de la unidad).

- Observar atentamente los signos de cianosis, empalidecimiento, hipocratismos digital de manos y pies, uso de msculos accesorios o patrones de respiración anormales.

- Respetar todas las precauciones de aspiración y deglución consignadas en el registro médico del usuario o del cuarto, y educarle, junto con sus cuidadores, en las mejores técnicas de posicionamiento para la alimentación.

- Trabajar en equipo con el grupo multidisciplinario para promover el bienestar mental, emocional y físico del usuario, conservando al máximo la participación e independencia funcional.

- Monitorear el síndrome poscuidados intensivos.

- Entrenar al usuario para que incorpore técnicas de conservación de energía y de simplificación del trabajo en su programación de actividades y rutinas en el hogar.

- Educar al usuario y a sus cuidadores sobre la enfermedad y otras comorbilidades, sus efectos en las ocupaciones diarias y sobre las precauciones que deben tener de acuerdo con el plan de alta hospitalaria y las ocupaciones cotidianas.

## Conclusión

Los presentes lineamientos constituyen un recurso técnico y educativo relevante para la discusión y el desarrollo de la Terapia Ocupacional en rehabilitación, especialmente dentro del contexto hospitalario. Estos lineamientos están sujetos a las revisiones y los avances en el conocimiento científico respecto a la enfermedad COVID-19, así como a los cambios que ello genere en las prácticas en salud y rehabilitación funcional, que sin duda seguirán transformando el panorama de salud a nivel local y global.

## Referencias

Acosta, M., Ariza, M., Arribas, A.M., Blásquez, V., Fernández, J., Gómez, C., Herrera, D., Incio, M.J., Lastres, A., Martín, M., Martínez, N., Martínez, S., Moreno, M., Muñoz, V., Pérez, J. y Sancho, C. (2020). *Guía clínica de intervención de terapia ocupacional en pacientes con COVID-19*. Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de la Comunidad de Madrid [COPTOCAM]. <https://coptocam.org/wp-content/uploads/2020/05/Gu%C3%ADa-cl%C3%ADnica-de-TO-covid-19-.pdf>

Agudelo, M., Chomali, E., Suniaga, J., Núñez, G., Jordán, V., Rojas, F., Negrete, J., Bravo, J., Bertolini, P., Katz, R., Callorda, F. y Jung, J. *Las oportunidades de la digitalización en América Latina frente al COVID-19*. Corporación Andina de Fomento, Naciones Unidas. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45360/OportDigitalizaCovid-19\\_es.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45360/OportDigitalizaCovid-19_es.pdf?sequence=4&isAllowed=y)

American Occupational Therapy Association [AOTA] (2020). Occupational therapy in hospitals & inpatient care: Responding to a pandemic [Webinar]. En COVID-19 and OT CE series. <http://learn.aota.org/diweb/catalog/item/sid/84827447>

Chen, N., Zhou, M., Dong, X., Qu, J., Gong, F., Han, Y., Qui, J., Wang, J., Liu, Y., Wei, Y., Xia, J., Yu, T., Zhang, X. y Zhang, L. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet*, 395(10223), 507-513. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7)

- Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional [CCTO] (2020). *Pronunciamento sobre el rol de la terapia ocupacional en la atención hospitalaria durante la pandemia por COVID-19*. [https://6e05f2cf-f3fc-4799-b443-264a49ac10ee.filesusr.com/ugd/7ce81a\\_c46fe1c221294fc68f41b-90fa7d808b5.pdf](https://6e05f2cf-f3fc-4799-b443-264a49ac10ee.filesusr.com/ugd/7ce81a_c46fe1c221294fc68f41b-90fa7d808b5.pdf)
- Congreso de Colombia (2005, 17 de marzo). Ley 949 de 2005. Por la cual se dictan normas para el ejercicio de la profesión de Terapia Ocupacional en Colombia, y se establece el código de Ética Profesional y el Régimen Disciplinario correspondiente. *Diario Oficial No. 45.853*. [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0949\\_2005.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0949_2005.html)
- Cuevas, C., Sobrido M. y Montoto, A. (2017). Efectividad de programas de terapia ocupacional en personas con daño cerebral adquirido en el ámbito domiciliario y ambulatorio: una revisión sistemática. *Rehabilitación*, 51(2), 109-118. <https://doi.org/10.1016/j.rh.2016.11.001>
- Driggin, E., Madhavan, M. V., Bikdeli, B., Chuich, T., Laracy, J., Biondi-Zoccai, G., Brown, T., Der Nigoghossian, C., Zidar, D., Hayte, J., Brodie, D., Beckman, J., Kirtane, A., Stone, G., Krumholz, H. y Parikh, S. (2020). Cardiovascular considerations for patients, health care workers, and health systems during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American College of Cardiology*, 75(18), 2352-2371. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.03.031>
- González-Castro, A., García, D.L.A., Escudero-Acha, P. y Rodríguez-Borregán, J.C. (2020). Síndrome post-cuidados intensivos después de la pandemia por SARS-CoV-2. *Medicina intensiva*. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.011>
- Grabowski, D.C., y Maddox, K.E.J. (2020). Post-acute care preparedness for COVID-19: thinking ahead. *Jama*, 323(20), 2007-2008. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4686>
- Güell, R., Díaz, S., Rodríguez, G., Morante, F., San Miguel, M., Cejudo, P., Ortega, F., Muñoz, A., Galdiz, J., García, A. y Servera, E. (2014). Rehabilitación respiratoria. *Archivos de Bronconeumología*, 50(8), 332-344. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2014.02.014>
- Gruther, W., Pieber, K., Steiner, I., Hein, C., Hiesmayr, J. M. y Paternostro-Sluga, T. (2017). Can early rehabilitation on the general ward after an intensive care unit stay reduce hospital length of stay in survivors of critical illness? A randomized controlled trial. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 96(9), 607-615. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000000718>
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li, H., Liu, M., ... y Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The lancet*, 395(10223), 497-506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
- Jin, H., Hong, C., Chen, S., Zhou, Y., Wang, Y., Mao, L., Lin, Y., He, Q., Li, M., Su, Y., Wang, D. y Hu, B. (2020). Consensus for prevention and management of coronavirus disease 2019 (COVID-19) for neurologists. *Stroke and Vascular Neurology*, svn-2020. <https://doi.org/10.1136/svn-2020-000382>
- Kemp, H.I., Corner, E., y Colvin, L.A. (2020). Chronic pain following COVID-19: implications for rehabilitation. *BJA: British*

- Journal of Anaesthesia*. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.05.021>
- Kuys, S.S., Burgess, K., Fleming, J., Varghese, P. y McPhail, S.M. (2016). Evidence of improved efficiency in functional gains during subacute inpatient rehabilitation. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 95(11), 800-808. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000000491>
- Laxe, S., Page, J., Chaler, J., Fraguas, L.G., Gómez, A., Llavona, R., Izaguirre, N.S., Tarifa, P.S., Santandreu, M.E. y Garreta, R. (en prensa, 2020). La rehabilitación en los tiempos del COVID-19. *Rehabilitación*. <https://doi.org/10.1016/j.rh.2020.04.001>
- Legg, L.A., Lewis S.R., Schofield-Robinson, O.J., Drummond, A., Langhorne, L.A., Lewis, S.R., Schofield-Robinson, O.J., Drummond, A. y Langhorne, P. (2017). Occupational therapy for adults with problems in activities of daily living after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 17. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003585.pub3>
- Lesende, I. M., Cantero, S.Q., Atucha, V.U., Oyarbide, E.G., Minana, T.A. y Jocano, J.E.P. (2012). Fiabilidad del cuestionarioVIDA para valoración de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) en personas mayores. *Atención Primaria*, 44(6), 309-317. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.03.005>
- Li, H., Xue, Q., y Xu, X. (2020). Involvement of the nervous system in SARS-CoV-2 infection. *Neurotoxicity Research*, 38, 1-7. <https://doi.org/10.1007/s12640-020-00219-8>
- Liu, K., Zhang, W., Yang, Y., Zhang, J., Li, Y. y Chen, Y. (2020). Respiratory rehabilitation in elderly patients with COVID-19: A randomized controlled study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 39, 101166. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101166>
- Logan, P.A., Gladman, J.R.F., Avery, A., Walker, M.F., Dyas, J. y Groom, L. (2004). Randomised controlled trial of an occupational therapy intervention to increase outdoor mobility after stroke. *Bmj*, 329(7479), 1372-1375. <https://doi.org/10.1136/bmj.38264.679560.8F>
- López B. (2004). *Terapia Ocupacional en discapacitados físicos. Teoría y práctica*. Editorial Médica Panamericana.
- Maistrelli, S., Gourzoulidis, G., Vellopoulou, K., Kourlaba, G. y Maniadakis, N. (2017). The clinical, quality of life and economic outcomes of inpatient rehabilitation: A systematic review. *International Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 5(399), 2. <https://doi.org/10.4172/2329-9096.1000399>
- Manto, M., Dupre, N., Hadjivassiliou, M., Louis, E. D., Mitoma, H., Molinari, M., Shaikh, A., Soong, B., Strupp, M., Van Overwalle, F. y Schmähmann, J. D. (2020). management of patients with cerebellar ataxia during the COVID-19 pandemic: Current concerns and future implications. *Cerebellum*. <https://doi.org/10.1007/s12311-020-01139-1>
- Mao, L., Jin, H., Wang, M., Hu, Y., Chen, S., He, Q., Chang, J., Hong, C., Zhou, J., Wang, D., Miao, X., Li, Y. y Hu, B. (2020). Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurología*, 77(6), 683-690. <https://doi.org/10.1001/jama-neurol.2020.1127>
- Martínez, R., Pérez, M. y Miangolarra, J. (2002). Terapia ocupacional en los programas de rehabilitación cardíaca. *Rehabilitación*, 36(4), 227-234. [https://doi.org/10.1016/S0048-7120\(02\)73281-7](https://doi.org/10.1016/S0048-7120(02)73281-7)

- McIntosh, K. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID- 19): Epidemiology, virology, clinical features, diagnosis and prevention. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-epidemiology-virology-and-prevention>
- McNeary, L., Maltser, S. y Verduzco-Gutierrez, M. (2020). Navigating coronavirus disease 2019 (Covid-19) in psychiatry: A CAN report for inpatient rehabilitation facilities. *PM&R*, 12(5), 512-515. <https://doi.org/10.1002/pmrj.12369>
- Mikkelsen, M., Netzer, G. y Iwashyn, T. (2020). Post-intensive care syndrome (PICS). *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/post-intensive-care-syndrome-pics#H5502627>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2019, 3 de octubre). *Resolución 2654 de 2019. Por la cual se establecen disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2654-de-2019.pdf>
- Navas, A. y Tenorio, L. (coord.). (2016). *Perfil profesional y competencias del terapeuta ocupacional*. Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional y Ministerio de salud y Protección Social. <https://doi.org/10.25214/ccto.1>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2010, octubre). *Sus 5 momentos para la higiene de las manos*. Seguridad del Paciente. <https://www.who.int/gpsc/information-centre/gpsc-5-momentos-poster-es.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019). *Rehabilitation in health systems: guide for action*. OMS. <https://www.who.int/publications-detail/rehabilitation-in-health-systems-guide-for-action>
- Padroni, M., Mastrangelo, V., Asioli, G. M., Pavolucci, L., Abu-Rumeileh, S., Piscaglia, M. G., Querzani, P., Callegarini, C. y Foschi, M. (2020). Guillain-Barré syndrome following COVID-19: new infection, old complication? *Journal of Neurology*. <https://doi.org/10.1007/s00415-020-09849-6>
- Rexe, K., Lammi, B.M. y von Zweck, C. (2013). Occupational therapy: Cost-effective solutions for changing health system needs. *Healthcare Quarterly*, 16(1), 69-75. <https://doi.org/10.12927/hcq.2013.23329>
- Rogers, A. T., Bai, G., Lavin, R. A. y Anderson, G. F. (2017). Higher hospital spending on occupational therapy is associated with lower readmission rates. *Medical Care Research and Review*, 74(6), 668-686. <https://doi.org/10.1177%2F1077558716666981>
- Royal College of Occupational Therapists [RCOT] (2020). *A quick guide for occupational therapists: Rehabilitation for people recovering from COVID-19*. RCOT. <https://www.rcot.co.uk/sites/default/files/Quick%20guide%20for%20OTs%20People%20recovering%20from%20COVID-19.pdf>
- Sheehy, L. M. (2020). Considerations for post-acute rehabilitation for survivors of COVID-19. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2). <https://doi.org/10.2196/19462>
- Simpson, R., y Robinson, L. (2020). Rehabilitation following critical illness in people with COVID-19 infection. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(6), 470-474. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001443>

Stam, H., Stucki, G. y Bickenbach, J. (2020). Covid-19 and post intensive care syndrome: A call for action. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 52(4), rm00044. <https://doi.org/10.2340/16501977-2677>

Talero, P., Guacaneme, F., Montúfar, R., Rubio, M.H., León, V., Beltrán, L., Duarte, S. (en prensa, 2020). *Lineamientos para Terapia Ocupacional en la atención hospitalaria aguda y subaguda de pacientes con COVID-19 en Colombia*. Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional. [https://6e-05f2cf-f3fc-4799-b443-264a49ac10ee.filesusr.com/ugd/7ce81a\\_5bd73157e-0f34a21a048632ad745e764.pdf](https://6e-05f2cf-f3fc-4799-b443-264a49ac10ee.filesusr.com/ugd/7ce81a_5bd73157e-0f34a21a048632ad745e764.pdf)

Toscano, G., Palmerini, F., Ravaglia, S., Ruiz, L., Invernizzi, P., Cuzzoni, M. G., Baldanti, F., Postorino, P., Cavallini, A. y Miciely, G. (2020). Guillain-Barré syndrome associated with SARS-CoV-2. *New England Journal of Medicine*. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2009191>

Vila Paz, A. y de Rosende Celeiro, I. (2016). Contribución de la Terapia Ocupacional en la rehabilitación cardíaca: intervención, desafíos y reflexiones. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 24(4), 791-800. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAR0708>

World Federation of Occupational Therapists [WFOT] (2014). *Declaración de posicionamiento telesalud*. WFOT. <https://www.wfot.org/resources/telehealth>

## Guía abreviada para autores

Antes de enviar un artículo a la Revista Ocupación Humana, sus 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 las y 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, inglés y portugués, entre 150 y 200 palabras, con sus respectivas palabras clave (máximo cinco) de acuerdo al índice de Tesouro de la Unesco, los Descriptores en Ciencias de la Salud DeCS y MeSH. El título del artículo también debe presentarse en español, inglés y portugués. 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 y de buena calidad. 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 7ª 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*. 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)**