

**margen** N° 116 – marzo de 2025

## Producir salud y cuidados a través de prácticas interdisciplinarias: una lectura de terapia ocupacional en la guardia de salud mental

Por Fernando Colombero

**Fernando Colombero.** Licenciado en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional del Litoral, Argentina. Diplomado en Juego, Universidad Abierta Interamericana, Argentina. Egresado de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria (Puerto Madryn, Chubut, Argentina). Profesional del Servicio de Salud Mental Comunitaria del Hospital Zonal Andrés Ísola de Puerto Madryn, Argentina.

### Introducción

En el presente texto se pretende compartir una producción de articulación teórico-práctica a partir de la experiencia de rotación por el Dispositivo de Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental realizada durante los meses de octubre de 2022 a diciembre de 2023. Ésta se desarrolló en el marco de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria (RISMC) de la provincia de Chubut (Argentina), en el segundo y tercer año de la misma, en los cuales se contempla que los residentes roten por los dispositivos de la Red Sociosanitaria del Servicio de Salud Mental Comunitaria del Hospital A. Ísola de Puerto Madryn (HZPM).

En el escrito se caracteriza brevemente el dispositivo y luego se comparten interrogantes y reflexiones en torno a la urgencia subjetiva en tanto interrupción del cotidiano y la construcción interdisciplinaria de la praxis.

### Fundamentación

*Se necesita tener con quienes imaginar un porvenir  
que no se reduzca a que cada cual  
tenga que salvarse como pueda.  
Ya nadie sabe cuánto vale una cosa.  
¡Pronto algunas vidas valdrán mucho y otras nada!  
¿Quién quiere vivir en un tiempo así?*

**Marcelo Percia (2024)**

Escribo este relato dando lugar a una escritura más personal porque conmueve un eje transversal a toda mi práctica: la construcción interdisciplinaria en tanto praxis respetuosa de los derechos, que posibilita reflexionar sobre los modos de producir salud y cuidados. El contexto socioeconómico y político del país en el último año estuvo marcado por la crisis económica, el corrimiento estatal, la

precarización de los servicios públicos, la vulneración de derechos que estaban protegidos, el aumento de las violencias y los discursos de odio, por lo que toma nuevos sentidos y resulta aún más vital la disposición al encuentro con otros y al diálogo.

El modelo de abordaje comunitario en salud mental tiene como premisa el acompañamiento de los equipos de salud en el ejercicio efectivo de los derechos de las comunidades con las que trabajamos. Esto se plantea desde una perspectiva de salud integral a través de estrategias interdisciplinarias e intersectoriales, en un abordaje en red desde el enfoque de Atención Primaria de la Salud (APS).

Esto motiva algunos interrogantes: ¿cómo se corporizan estas ideas y fundamentos en las prácticas cotidianas?, ¿de qué modo esto se hace visible al pensar la estrategia de abordaje con los equipos en el dispositivo de guardia interdisciplinaria de salud mental?, ¿en qué medida este modelo aparece en lo concreto de nuestro accionar al acompañar urgencias subjetivas y con los problemas que aparecen en la guardia con el rótulo de “salud mental” pero que encubren otros malestares, otras afectaciones corporeizadas que no encuentran respuesta en el tejido social?

El anteriormente mencionado modelo comunitario de salud mental nos invita a pensar los procesos salud-enfermedad-cuidados indisociables de las condiciones de existencia de las personas, incorporando la reflexión y consideración sobre el contexto social en el cual se desarrolla la vida cotidiana de las mismas (Freytes Frey, 2009). Desde esta perspectiva, resulta fundamental una lectura de los procesos socioeconómicos, políticos y culturales que constituyen la cotidianidad de los sujetos. Desde un posicionamiento afín, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 Argentina (2010) introduce el trabajo interdisciplinario como parte fundamental de la atención en salud mental. Por su parte, como Terapeutas Ocupacionales (TO) nuestro campo de praxis está enfocado en la cotidianidad de las personas y colectivos (Paganizzi, 2023). Es así que este escrito pretende abonar a la construcción de la práctica interdisciplinaria en la guardia de salud mental, así como situar algunas intersecciones posibles entre el campo disciplinar y este dispositivo, espacio poco reconocido históricamente como área de desempeño para nuestra profesión.

A continuación se presentan las características actuales de este dispositivo, que fue transformándose en proceso desde su origen, a través de las acciones de quienes habitaron el dispositivo cotidianamente y la interrelación con quienes ocupan temporalmente las figuras de toma de decisiones.

### **Descripción del dispositivo**

El dispositivo de guardia interdisciplinaria de salud mental forma parte de la red sociosanitaria del servicio de salud mental comunitaria del HZPM. Cada día, dos profesionales del servicio conforman la dupla de guardia interdisciplinaria, con modalidad pasiva durante 24 horas. Al momento de realizar la rotación, 15 profesionales formaban parte de este dispositivo y las duplas pueden estar conformadas por distintas disciplinas: psicología (13), trabajo social (1) y terapia ocupacional (1).

A su vez, desde las 8:00 a las 20:00 se encuentra asignado a la guardia un psiquiatra, quien es convocado por la dupla en las situaciones en que se considera necesario.

El dispositivo de guardia de salud mental, al estar emplazado en un hospital general, es convocado por la guardia médica (unidad médica de urgencias - UMU), la que recepciona la situación en primera instancia evaluando tanto la urgencia como el estado físico de la persona. En

caso de criterio de urgencia de salud mental y de alta de “lo clínico”, se interconsulta a la dupla interdisciplinaria (o de psicólogos) la cual tiene media hora para acceder a la guardia. El objetivo general de la guardia de salud mental es la evaluación de riesgos para delinear una estrategia a corto plazo (Manual operativo, 2016). La dupla es quien ofrece una primera escucha y evaluación, y si la urgencia subjetiva de la persona requiere una intervención médica-psiquiátrica se interconsulta con el psiquiatra que se encuentre de guardia ese día.

Posterior a la evaluación de las situaciones, una de la estrategias de cuidado a implementar puede ser la internación, considerada como un “recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social” (Ley N° 26.657, 2010: 23). Ésta puede ser voluntaria o involuntaria, esta última sólo en el caso en que se determine la presencia de riesgo cierto e inminente para le usuaria o para terceros. En caso en que la internación no se considere necesaria, se construyen diferentes estrategias contemplando la singularidad de la situación y procurando la continuidad de cuidados: derivación a primer nivel u otro dispositivo de la red, reevaluación posguardia, articulación con otra institución o alta, entre otras.

A continuación, comparto algunas reflexiones surgidas a partir de mi tránsito por este dispositivo en modo de *comentarios* (Testa, 2020), como herramienta que permita compartir algunas intuiciones, algo del orden de un cierto saber que no está cerrado; comentarios destinados a ir y venir o a quedarse flotando, a disposición de quien quiera hacer algo con ellos, posibilitando pensar en conversación (Segato, 2018).

## Reflexiones

*Se necesita interrumpir la desesperación para  
conversar la desesperación.  
Suspender el enmudecimiento para decir la mudez.  
Interceptar automatismos certeros para alojar la  
vacilación, el estupor, la nada.  
Interrumpir, suspender, interceptar para morar, hacer  
silencio, habitar la espera.  
Marcelo Percia (2024)*

La guardia de salud mental se sitúa como un dispositivo hospitalario preparado para alojar personas que se presentan con una *urgencia subjetiva* cuando atraviesan una crisis que irrumpe, que produce una *ruptura de lo cotidiano*, dejando al sujeto sin recursos para responder, ante lo cual es necesario ofrecer un espacio/tiempo para que la misma pueda alojarse y desplegarse. Se intenta introducir una demora para que el sujeto pueda escucharse y escuchar, “como sujeto capaz de elaborar, significar y reconstruir aquello que le genera malestar” (Arias, 2019: 8).

En este dispositivo se sostiene como premisa realizar una evaluación integral del estado de la persona y de la situación, incluyendo estado psíquico global, desencadenantes de la crisis, antecedentes, condiciones contextuales, factores de riesgo y protectores (DNSMyA, 2019). Se intenta dar protagonismo a la voz de la persona, de su familia o referentes afectivos, contemplando su historia y su vida cotidiana. Esto implica intentar comprender la singularidad del sujeto, en la

trama de condiciones estructurales y colectivas que la posibilitan (Galheigo, 2003).

Las presentaciones habituales que frecuentan la guardia están relacionadas con situaciones como: descompensaciones psicóticas, intentos autolíticos, crisis de angustia, consumos problemáticos de sustancias, entre otras. Si bien se presenta esta generalización, cabe mencionar que cada institución, en función de su historia y su contexto, tiene su particularidad en cada tiempo/espacio, su casuística. A su vez, la complejidad y singularidad de cada sujeta y cada proceso no se reduce a un síntoma o “modo de presentación” (Colombero et al, 2023). Ante esto, Kleiban (1997) propone “acompañar con la mirada y la escucha, buscar y sostener la singularidad, generando acciones particularizadas por sobre la estructura psicopatológica y por sobre la estructura institucional” (p. 67). Es en esta complejidad de la tarea que se convoca al quehacer interdisciplinario en la atención-cuidado de la urgencia.

### **Lo interdisciplinar en la guardia de salud mental**

Como sabemos, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) supuso para Argentina un cambio de paradigma en materia legislativa, especialmente por la protección de los derechos de las personas y, entre otros puntos destacables, da lugar al trabajo interdisciplinario. Esta normativa establece que

“debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes” (p. 19).

El que nombremos la guardia como interdisciplinaria marca una forma de pensar, articular, hacer y releer la clínica (Arias, Peltzer, 2014). Esta perspectiva en el campo de la salud intenta pensar en procesos, conflictos, efectos. Como señalan Arias y Peltzer (2014), esto posibilita dar lugar a prácticas que subjetivizan, en tanto consideran de una manera compleja la subjetividad, el contexto, los derechos y los recursos con los que cuenta quien consulta en la guardia.

Muchas veces nos preguntamos cuál es el aporte que hace cada disciplina, como si fuera posible establecerlo a priori cual sumatoria de saberes recortados y descontextualizados. Quizás justamente la riqueza se encuentre en el tejido de una lectura interdisciplinaria. Quienes abonamos por esta perspectiva creemos que la interdisciplina posibilita aportar algo diferente a que todos los profesionales de salud mental encasilemos cada “presentación” en la misma terminología y que todo lo que el usuario trae sea acomodado al discurso esperado (según el poder psiquiátrico y judicial) con la consecuente protocolización y burocratización de la respuesta sanitaria. ¿A qué me refiero con el tejido de una lectura interdisciplinaria? Al intento por resistir a la urgencia de los tiempos que corren, pudiendo hacer lugar al detenimiento y a la pregunta, ya que como dice de la Aldea (2014), en la urgencia no se puede pensar. El pensamiento como acto colectivo (Najmanovich, 2022) invita a hacer lugar la discusión de saberes plurales, intentando contemplar la singularidad y diversidad de cada situación, y poder introducir preguntas sobre como interpretamos por qué sufre esta persona y como poder acompañarla en su devenir.

Aquí caben otros interrogantes posibles, ¿pensamos en términos de diferentes sujetos de la intervención para cada disciplina? O incluso, ¿habría diferentes urgencias para cada disciplina?,

¿cada profesión se circunscribe a tratar una parte específica de modo que cada quien tiene la potestad de determinar sólo el riesgo que reclama como propio, por ejemplo, les TS evaluarán el riesgo social, TO el riesgo ocupacional y el riesgo para sí o terceros quedará en manos de las profesiones psi? Pienso que una alternativa a que cada profesional se reserve una pregunta diferente según el recorte que está mirando, sea poder pensar qué condiciones de posibilidad hay para que esa escucha, ese saber-hacer pueda atender a la multiplicidad de condiciones que afectan al sujeto desde una mirada integral y compleja.

Según Arias (2013), la interdisciplina se traduce en ceder poder, en hacerlo circular. Y esto se produce cuando instalamos la real posibilidad de que la deliberación y la toma de decisiones se construya también desde la mirada de quienes portan un saber diferente al “médico” o al saber “psi”. Especialmente, cabe preguntarnos si este es el fin último o también podemos pretender que la deliberación interdisciplinaria posibilite la construcción conjunta de la respuesta con las personas protagonistas de la demanda de atención.

### **Lo disciplinar en la guardia de salud mental**

¿Por qué TO en la guardia de salud mental?, ¿por qué aún nos hacemos esta pregunta?

Si bien es necesario problematizar e “identificar asimetrías entre las profesiones, dar cuenta de la existencia del rol dominante de algunas y subordinado de otras” (Berman, 2023: 45), hasta el momento se ha intentado ponderar las prácticas en las que es posible la cooperación y la colaboración entre ellas a favor de les usuaries como sujetxs de derecho. Sin embargo, cabe también la revisión y problematización del contenido y las acciones de cada campo disciplinar.

No hay dudas de que la TO es una disciplina desde siempre interrogada, tal como señala una colega (Arias, 2017), proceso en el que como TO renegamos pero también apelamos a una reflexión de las posiciones que asumimos en el cruce permanente de los lugares que le fueron y le son atribuidos con la coexistencia de fundamentos, desarrollos teóricos y experiencias que habitamos en la actualidad. En este sentido, asumo que lo problemático no es la pregunta sobre qué hace una TO en la guardia (interrogante que refiere quizás a un desconocimiento de la disciplina en el campo de la SMC en general y en este dispositivo en particular) sino qué lectura hace de las urgencias, qué saber-hacer trae a la conversación y qué deseo hay puesto en ello, ya que, al igual que las demás disciplinas, tal como dice dicha autora (2013), no todes les TO desearán hacer guardias. En ese “hacer guardia”, cada profesional -dependiendo de las perspectivas desde donde se posiciona y entienda las situaciones en las que intervenga- podrá experimentar que en el desarme de la urgencia es necesario hacer cuerpo, constituirnos como equipo interdisciplinario.

En relación con las perspectivas y tradiciones en la disciplina, en los últimos años podemos observar el desplazamiento epistémico de la Terapia Ocupacional focalizada en la ocupación como actividad individual hacia el campo de lo cotidiano, haciendo lugar al estudio de las condiciones colectivas en las cuales se desarrolla la vida, comprendiendo que toda vida posible requiere de soportes que le permitan desarrollarse y sostenerse (Grandon, 2020). En lo relativo con una lectura posible en situaciones de urgencia de salud mental, Arias y Peltzer (2014) expresan que “muchas veces encontramos en los lazos que un sujeto establece con el trabajo, con su casa, con sus objetos, con sus diversas ocupaciones y actividades los elementos que facilitan su descompensación. En estos lazos con lo cotidiano encontramos los facilitadores y también el efecto devastador de una crisis” (p.2).

Cuando mencionamos que la urgencia subjetiva se produce a raíz de una ruptura de lo cotidiano,

el mundo de lo habitual, lo domestico y soportable (en términos de lo que da soporte a la existencia) se torna intolerable, extraño o amenazante. Si se piensa a la intervención como una respuesta que busca aliviar un momento crítico, tendrá que haber una respuesta vinculada a rearmar algo de ese cotidiano que aparece desarmado. Rearmar lo cotidiano es intervenir también sobre la forma de ese cotidiano: ¿qué hacer de ahora en más?, ¿qué de lo cotidiano se presenta como problemático?, ¿qué puede decir sobre ese hacer? y ¿qué no puede decir?, ¿cómo organizar el día a día?, ¿quién cuida o acompaña?, ¿qué tratamiento sigue? Que en la urgencia pueda haber una escucha en relación a cómo es ese cotidiano, qué lo sostenía a ese sujeto, qué le daba cuerpo a su existencia, vuelve necesaria y pertinente una acción para construir esa “forma” (Arias, 2013).

Entendemos que la salud “se expresa y se produce a la vez en ese mundo complejo que es la vida cotidiana, en cada una de sus prácticas, en ese mundo que producimos cada día nuevamente” (Nabergoi, 2022: 23), siendo algo que ocurre habitualmente como mera repetición hasta que algo irrumpe su curso y aparece en toda su complejidad. Esta concepción remite a la idea de proceso (Benassi et al, 2016) y trasciende la idea de salud como ausencia de enfermedad, marcando también un sentido posible en tanto dirección de la praxis. El malestar que aqueja a los sujetos tiene relación con las condiciones de existencia en las que se desenvuelve su vida (laboral, educativa, de vivienda, etc.) y por ende, en las posibilidades de acceder o no al ejercicio de sus derechos, en el marco de las políticas públicas vigentes (Arias, Peltzer, 2014) y la coyuntura particular de cada espacio-tiempo.

Desde este encuadre, nuestra praxis enfoca a reconstruir las intersecciones entre el hacer, la salud y la ciudadanía, la autonomía y el cuidado, entramando oportunidades para el proceso creador, de autoría y de producción de sentido en esa vida cotidiana. Para ello no resulta suficiente un solo marco teórico proveniente de un campo disciplinar, sino que, se intenta asumir una perspectiva epistemológica y ético-política que pueda hacer lugar a la producción colectiva de saberes, entre ellos, el del campo de la salud mental comunitaria, de otras disciplinas (de la salud, humanas y sociales) y otros saberes populares.

## Conclusiones

Hasta aquí se ha intentado presentar algunas delimitaciones de lo que se espera del dispositivo de guardia interdisciplinaria de salud mental, lo que establece la normativa y algunas disquisiciones sobre teorizaciones sobre la clínica y el posicionamiento en las prácticas. Se intentó argumentar para qué el tejido de lo interdisciplinario, procurando hacer lugar a las especificidades de las disciplinas, del dispositivo de guardia y de cada usuaria, de cada presentación y cada situación. Se intentó poner en tensión la cuestión del poder médico hegemónico (o judicial-psiquiátrico) y priorizar que el riesgo sea evaluado en función de la situación y no de la persona con tal o cual característica.

Por último, quiero mencionar que en las escenas cotidianas muchas veces la interdisciplina, eje transversal de este artículo, trasciende lo escrito y se hace cuerpo en la búsqueda de una mirada de complicidad con la/el compañera, se oye en un susurro alentador que se desliza por lo bajo, se siente en el vaivén más o menos acompasado que da lugar a la palabra de cada quién. La interdisciplina se percibe también al disponerme a cuidar sabiendo que no voy a hacerlo en soledad y con la confianza que habrá alguien dispuesto a cuidarme también.

A veces, ante la adversidad hay quien puede introducir demora a lo que está urgido o toma la posta y le imprime movimiento al ritmo de la espera que a veces desespera. Interdisciplina también

se da en la distribución de historias clínicas para llenar, en las risas ante la duda sobre qué juzgado toca notificar o sobre cuál es el código de algún diagnóstico repetido hasta el hartazgo. Los cuidados también están ahí, en las charlas coloquiales durante alguna espera, los relatos de anécdotas de guardias pasadas que dejaron huella, la desazón compartida cuando luego de varias horas en la guardia alguien avisa que hay una interconsulta más para salud mental. En ocasiones, la dupla, la confianza al hacer equipo, es lo único que hace posible que este trabajo se sostenga, se trata de condiciones muchas veces necesarias para que algo devenga posible cuando todo parecería indicar lo contrario.

### Referencias bibliográficas

- Arias, A. (2013). *La urgida interdisciplinaria*. Ateneo RISaM. Paraná, Entre Ríos.
- Arias, A. (2017). *Dispositivo de guardia en salud mental. El hacer del terapeuta ocupacional en el abordaje interdisciplinario de la experiencia de urgencia subjetiva*. En: Yujnovsky, N., Arrieta, L. *El encuentro con el otro transforma escenarios. IX Congreso Argentino de Terapia Ocupacional* (pp. 508-512). Editorial Fundación La Hendija.
- Arias, A. (2019). Cartografía de las urgencias subjetivas en un hospital público. *Revista La Plaza AT*, 6, 1-10.
- Arias, A., Peltzer, P. (10 de marzo de 2014). *Guardia Interdisciplinaria*. <https://www.elpsitio.com/Noticias/NoticiaMuestra.asp?Id=2354>
- Benassi, J., Fraile, E., Nabergoi, M., Yujnovsky, N. (2016). *Procesos del hacer. Aspectos temporales de la actividad humana*. En: Simó Algado, S., Guajardo, A., Corrêa Oliver, F., Galheigo, S.M., y García-Ruiz, S (comp.). *Terapias Ocupacionales desde el sur. Derechos Humanos, ciudadanía y participación*. (pp. 129-140). Ed. USACH.
- Berman, R. (2023). Repensando las intervenciones desde una perspectiva sistémico-ecológica de la sociología de las profesiones. Acciones y estrategias a partir de la Ley Nacional de Salud Mental. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 14, 38-56.
- Colombero, F., Lucca, A., Rivera Birri, M.L. (2023). *Algunas coordenadas para pensar los procesos de internación de salud mental*. [Resumen de presentación de la conferencia]. IX Congreso Argentino de Terapia Ocupacional. Córdoba.
- Corradi, A. (2022). *Relato de experiencia Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental*. Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria, Hospital A. Ísola, Puerto Madryn, Chubut, Argentina.
- De la Aldea, E. (2014). *La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias*. En A. Gallini (coord.) (2014). *Los talleres. Cuidar al que cuida*. Editorial Los talleres, Argentina.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones [DNSMyA] (2013). *Lineamientos para la atención de la Urgencia en Salud Mental*. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. <https://www.psicologosgca.org.ar/wp-content/uploads/Lineamientos-atencion-urgencia-en-salud-mental.pdf>
- Freytes Frey, M. (2009). *Red de servicios socio sanitarios*. Escuela Bienal de Especialización para Operadores de Empresas Sociales. Trelew, Chubut, Argentina.

- Galheigo, S. M. (2003). O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. *Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo*, 14(3), 104-109. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v14i3p104-109>
- Grandón-Valenzuela, D. (2020). Negar la cotidianidad: una propuesta epistémica para la terapia ocupacional a partir de una autoetnografía de la revuelta popular en Chile. *Revista Ocupación Humana*, 20(2), 25-46. <https://doi.org/10.25214/25907816.881>
- Kleiban, S. (1997). T.O. *Una apuesta singular*. En C.O.L.T.O.A. *Terapia Ocupacional*. Grupo Editor.
- Ley N° 26.657 de 2010. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Nación Argentina. 2 de diciembre de 2010. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Manual Operativo (2016). *Servicio Salud Mental y Adicciones*. Hospital Andres Ísola. Puerto Madryn. Ministerio de Salud del Chubut, Argentina.
- Nabergoi, M. (2022). *Memorias de una profesión feminizada. Terapia ocupacional y salud mental en Argentina 1957 – 1976*. UNLa: Doctorado en Salud Mental Comunitaria.
- Najmanovich, D. (2022). *Violencias y autolesiones. Intervenciones desde una ética del cuidado*. [Curso de actualización en infancias y adolescencias]. Asociación Fórum Infancias. Argentina.
- Paganizzi, L. (2023). *Lo cotidiano y la cotidianeidad como foco de análisis e intervención de la Terapia Ocupacional*. [Resumen de presentación de la conferencia]. IX Congreso Argentino de Terapia Ocupacional. Córdoba.
- Percia, M. (2024). Ay, este tiempo. *Revista Adynata*, 6 de febrero de 2024. <https://www.revistaadynata.com/post/ay-este-tiempo-marcelo-percia>
- Segato, R (2018). *Contra-pedagogías de la crueldad*. Prometeo Libros.
- Testa, D. (2020). “Un cuarto propio” y dinero en la billetera: condiciones de producción en terapia ocupacional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 28(4), 1357–1364. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF2047>