

ISSN 0122-0942

Ocupación Humana

Vol. 14 • No.1 • 2014



Tarifa postal reducida Servicio Postales Nacionales S.A. No 2014-649 4-72 Vence: 31-12-2014

Revista Ocupación Humana

Vol. 14 • Número 1 • 2014

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

ISSN: 0122-0942

Editora

Clara Yamile Duarte Cuervo. T.O. Esp. MSc.(c)

Comité Editorial

Jaqueleine Cruz Perdomo. T.O. Esp. Teorías y Métodos Sociológicos.
Mg. Filosofía. Universidad del Valle, Colombia.
Aida Navas de Serrato. T.O. Colombia.
Representante del Consejo Directivo del CCTO: Diana Rocío
Vargas Pineda, T.O., MSc. Salud Pública. Escuela Colombiana de
Rehabilitación. Colombia.

Comité Científico

Aleida Fernández Moreno. T.O. Mg. PhD. Universidad Nacional de
Colombia.
Alejandro Guajardo Córdova. T.O. Esp. Mg. Universidad Andrés
Bello, Chile.
Adriana María Ríos Rincón. T.O. Esp. Mg. PhD. Universidad de
Alberta, Canadá. Universidad del Rosario, Colombia.
Liliana Tenorio. T.O., Mg. Universidad del Valle, Colombia.

Colaboradores

Johanna Useche y Patricia Murillo: Revisión de textos en inglés.
Carlos Adriano Caso: Revisión de textos en portugués.

Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional

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

Cra. 9 B No 117A - 15
Bogotá D.C., Colombia
www.tocolombia.org
info@tocolombia.org
Tel: (57)(1) 4606559

Consejo Directivo Nacional Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional

Presidenta: Lyda Pérez Acevedo
Vicepresidenta: Marcela Elvira Rodríguez Arango
Secretaria General: María Angélica Murcia Ramírez
Tesorera: Karol Guerrero Alvarado
Suplente de Tesorera: Diana Rocío Vargas Pineda
Fiscal: Jazmine Celia Duarte
Presidenta Regional Norte: Eliana Peñaloza Suárez
Secretaria Regional Norte: Gloria Maitté Flórez Linares
Presidenta Regional Oriente: Mónica Fuentes Liévano
Secretaria Regional Oriente: Leidy Diana Cuello Reyes

Diagramación e impresión:
ARFO Editores e Impresores Ltda.
Cra. 15 No. 54-32 Tel.: 2494753
casaeditorial@etb.net.co
Bogotá, D. C.

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

Se autoriza la copia de artículos y textos para fines de uso académico o interno de instituciones, citando la fuente. Para impresos y artículos en formato digital, dirija la solicitud al correo editorial@tocolombia.org.

Contenido

Editorial	3
Consejo Directivo Nacional 2014-2016	
Caracterización del desempeño en actividades de la vida diaria en adultos con lesión de miembro superior <i>Andrea Estefanía Bernal Salamanca, Diana Marcela Fuquen Fraile, Edwin Alfonso Valenzuela Murillo, Sylvia Cristiana Duarte</i>	5
Grupo de familiares de crianças com deficiência sensorial: abordagem da Terapia Ocupacional <i>Marissa Romano da Silva, Rita de Cássia Letto Montilha, Maria Inês Rubo de Souza Nobre</i>	17
Tecnología en discapacidad: Una aproximación en la terminología <i>Diana Carolina Rincón Martínez, Johana Paola Ríos Ortegón, Mónica Romero Espinosa</i>	29



Editorial

Queremos empezar recordando a Hannah Arendt (1993) con sus reflexiones sobre el poder. Para ella el poder era entendido como capacidad para actuar de manera concertada, por tanto imposible de pertenecer a una sola persona, dada su condición de posibilidad colectiva. En otras palabras el poder es relacional, emerge de las intersecciones que se producen en nuestros encuentros con Otros, solo posible cuando actuamos juntos e imposible en el aislamiento y la división.

Es este texto entonces, una modesta invitación a activar nuestra capacidad para actuar colectivamente, para movilizar nuestro poder gremial ad portas de celebrar medio siglo de nuestra profesión en Colombia.

Somos el Consejo Directivo Nacional 2014 – 2016 del Colegio Colombiano de Terapia ocupacional (CCTO), elegido hace sólo unas semanas atrás; un nuevo – viejo Consejo, la gran mayoría de nosotras, terapeutas ocupacionales, hemos participado previamente de nuestra agremiación.

Tenemos variadas e interesantes formaciones de posgrado (docencia universitaria, administración de salud, comunicación, educación, filosofía latinoamericana, ciencias sociales, dirección y gestión de instituciones educativas, terapia de mano, desarrollo educativo y social, salud pública, seguridad y prevención de riesgos laborales y gerencia en salud ocupacional), que esperamos contribuyan a un gestionar del CCTO comprometido, riguroso y creativo.

También son variados nuestros recorridos profesionales, en particular queremos destacar nuestros puntos de encuentro en la formación universitaria y en las acciones y reflexiones con y para poblaciones vulnerables.

Nos son deseables y necesarias las miradas transdisciplinarias y multidimensionales a la hora de comprender nuestras realidades y problemáticas sociales y políticas, por eso participamos activamente de la investigación, la participación política y el desarrollo local.

Creemos en una Terapia Ocupacional situada, crítica, historizada, acorde a nuestras realidades del sur, tan complejas como dinámicas. Consideramos prioritario poner en acción nuestros legados originarios, en particular aquellos que cuestionan nuestras formas modernas e individuales de vivir y nos recuerdan que la solidaridad, el trabajo colaborativo y la filiación, representan un modo Otro de constituirnos comunitariamente. Esto último otra manera de reiterar lo planteado por Arendt.

Nuestras propuestas de inicio, que se irán enriqueciendo y ajustando en la medida que profundicemos en un mayor conocimiento de la realidad y las dinámicas del CCTO, se orientan a la consolidación científica, investigativa, ética y normativa de la profesión.

En específico queremos mencionar que para todas nosotras es una prioridad incrementar la cultura gremial de nuestra profesión, para así transformar las cifras actuales que para el 2013 reportan que sólo el 2% de los profesionales

de Terapia Ocupacional de Colombia se encuentra afiliado al CCTO (WFOT, 2014). Sin duda todas las acciones que emprendamos tienen como propósito final incrementar este porcentaje y con él, nuestro posicionamiento profesional y gremial.

Son prioritarias las alianzas y el trabajo en red con diferentes instancias y actores (prestadores de servicios, empleadores, entidades gubernamentales, agencias internacionales, entre otras), dado que construyen beneficios mutuos y sinergias que se materializan en convenios en pro de los Colegiados. En particular, estamos seguras que fortalecer y potenciar la alianza Asociación Colombiana de Facultades de Terapia Ocupacional (ACOLFACTO) y CCTO, constituye una dimensión fundamental de actualización e investigación.

Trabajaremos incansablemente para gestionar las estrategias de actualización y formación más adecuadas y pertinentes, que permitan aumentar nuestro posicionamiento y liderazgo local y nacional. Sabemos de nuestros logros y fortalezas al día de hoy, no obstante, nos interesa posibilitar aperturas a ámbitos sociales, políticos, económicos y culturales, aún poco explorados o por explorar.

Consideramos que la participación activa de los estudiantes en el Colegio no es sólo prioritaria en el presente dada su creatividad, ingenio y liderazgo, sino que se constituye en un proceso visionario que deriva en prácticas y reflexiones gremiales en los futuros egresados.

Seguiremos prioritariamente apoyando la consolidación de grupos de profesionales (capítulos) representativos de los diferentes campos de acción, así como del fortalecimiento y maduración de las distintas regionales, toda vez que creemos e impulsamos las particularidades e identidades propias de cada contexto.

Reconocemos el liderazgo asumido y los resultados obtenidos por la Editora de la Revista Ocupación Humana, Clara Duarte, y el Comité Editorial; al respecto, seguiremos priorizando las gestiones en apoyo a la indexación de la Revista Ocupación Humana y la puesta en circulación del Boletín Virtual del CCTO.

Nos encontramos en la recta final del proceso de delegación de funciones públicas por parte del Ministerio de Salud, que concreta la responsabilidad de expedir al Tarjeta profesional al CCTO. Seguiremos avanzando decididamente en todas las gestiones requeridas para concretar esta responsabilidad.

Tenemos ante nosotros no sólo los retos enunciados previamente; en poco menos de dos años celebraremos 50 años de la Terapia Ocupacional en Colombia y también para el año 2016, Colombia será por primer vez sede anfitriona de la 32^a reunión del Consejo de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT, por sus siglas en Inglés). Dos grandes motivos que requieren el acercamiento y el trabajo conjunto de los más de cuatro mil terapeutas ocupacionales actualmente en ejercicio en Colombia.

Para finalizar, los invitamos a disfrutar los artículos que son muestra de los avances por consolidar las alianzas con el Sur y por reconocer la excelencia académica de nuestros estudiantes. En su conjunto este número apuesta por visibilizar la importancia y posibles alteraciones de la independencia y autonomía del hacer diario y cotidiano; privilegia la voz, las percepciones, sentimientos y relatos de ese Otro que suele ser subalterizado, en este caso la voz de familiares de niños con discapacidad; y reconoce los universos de enunciación del área de tecnología en discapacidad.

Consejo Directivo Nacional 2014 - 2016

Referencias

- Arendt, H., & Cruz, M. (1993). *La condición humana*. Barcelona: Paidós.
World Federation of Occupational Therapists (2014). WFOT Human Resources Project.

Caracterización del desempeño en actividades de la vida diaria en adultos con lesión de miembro superior¹

Characterization of Performance in Activities of Daily Life of Adults with Injuries of Upper Limb

Andrea Estefanía Bernal Salamanca²

Diana Marcela Fuquen Fraile³

Edwin Alfonso Valenzuela Murillo⁴

Sylvia Cristiana Duarte Torres⁵

Recibido: Septiembre 12 2013 • Enviado para modificación: Noviembre 9 2013 • Aceptado: Junio 5 2014

Bernal, A.; Fuquen, D.; Valenzuela, E. & Duarte, S. (2014). Caracterización del desempeño en actividades de la vida diaria en adultos con lesión de miembro superior. *Revista Ocupación Humana*, 14 (1), pp. 5-16.

Resumen: La alteración de la independencia y la autonomía en actividades de la vida diaria (AVD) de adultos con alguna lesión de miembro superior de origen periférico, es un tema del cual se evidencia un abordaje mínimo de acuerdo a los antecedentes investigativos revisados. El objetivo de la investigación es caracterizar el desempeño ocupacional de usuarios con lesión de miembro superior en la ejecución de tareas específicas en las actividades de la vida diaria. Se realiza un estudio descriptivo de tipo trasversal, a través de la aplicación del Test de Actividades de la Vida Diaria –TAVD (Arango y Rodríguez, 1994) a 84 adultos, de los cuales se obtuvieron resultados para la caracterización de su desempeño de acuerdo a las variables de edad, género, tiempo de evolución y ocupación. Los resultados muestran que la actividad de vestido y las tareas de abotonarse, amarrar zapatos y vestir y desvestir un pantalón, constituyen las de mayor alteración. Así mismo, los participantes en condición de amputación y lesión tendinosa presentan mayores dificultades en estas actividades. La investigación aporta información valiosa para soportar el ejercicio del terapeuta ocupacional y guiar su intervención hacia las principales dificultades que se pueden encontrar en la población abordada.

Palabras clave: Actividades cotidianas, extremidad superior, lesiones músculo esqueléticas, adulto, Terapia Ocupacional.

Abstract: Alteration of independence and autonomy in activities of daily life (ADL) of adults with an injury of upper limb of peripheral origin is a subject of which there is evidence of a minimum approach according to the revised investigative background. The objective of the research is to characterize the occupational performance of users with upper limb injury in performing specific tasks during the daily life activities. Is a descriptive study of transverse

¹ Artículo basado en el trabajo de grado, realizado por los autores para optar por el título de terapeutas ocupacionales de la Universidad Nacional de Colombia bajo la dirección de la T.O. Silvia Cristina Duarte Torres.

² Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Colombia. anebernalisa@unal.edu.co

³ Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Colombia. dmfuquenf@unal.edu.co

⁴ Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Colombia. eavalezuelam@unal.edu.co

⁵ Terapeuta ocupacional. Magíster en Bioética. Docente asociada, Departamento de la Ocupación Humana. Universidad Nacional de Colombia. scduartet@unal.edu.co

type, through the application of the Daily Life Activities Test - TAVD (Arango y Rodríguez, 1994) to 84 adults, which results in the characterization of their performance according to the variables of age, gender, time of evolution and occupation. The results shows that dress activity and the tasks of buttoning, tying shoes, dress and undress trousers are those of greater alteration. Likewise, participants with amputation and tendon injury presented major difficulties in these activities. The research provides information that supported the exercise of the occupational therapist and guide its intervention towards the main difficulties encountered in the population addressed.

Key words: Daily living activities, upper extremity, musculoskeletal injuries, adult, Occupational Therapy.

Introducción

Las actividades de la vida diaria (AVD), según el marco de trabajo de Terapia Ocupacional, son definidas como las “actividades orientadas al cuidado del propio cuerpo” (Rogers y Holm, 1994; citado por AOTA, 2010, p. 10). El área de autocuidado establece, en primera instancia, la forma de supervivencia del ser humano durante todas las etapas del ciclo vital, tomando un lugar predominante dentro de la Ocupación Humana, lo que permite estructurar el cimiento de la autonomía y la independencia personal. Estas actividades constituyen una de las áreas ocupacionales (autocuidado, juego y trabajo), en la cual se refleja la independencia con la que un individuo puede ejecutar tareas de manera funcional para el cuidado de sí mismo.

En este sentido, a medida que un individuo se desempeña de manera efectiva en cada una de sus áreas ocupacionales, se refleja también la funcionalidad de sus componentes del desempeño, necesarios para la ejecución de las diferentes actividades. Las lesiones músculo-esqueléticas son ejemplos claros de las alteraciones en el desempeño que a lo largo del

ciclo vital, pueden presentarse y limitar principalmente el estado de independencia de la persona en AVD en el área de autocuidado.

Una lesión de miembro superior se define como una alteración funcional debida a una enfermedad o herida en las extremidades superiores. El traumatismo y la enfermedad del sistema músculo esquelético varían desde lesiones súbitas, agudas y fatales hasta cambios graduales en la función por el deterioro de las articulaciones, los nervios y el tejido conectivo. Pueden presentarse efectos secundarios como contracturas y atrofia muscular, limitaciones de la movilidad articular, deformidad en la alineación, debilidad, disfunción sensitiva y dolor crónico (Willard, Crepeau, Spackman, Cohn & Schell, 2005).

En Colombia los desórdenes músculo esqueléticos relacionados con el trabajo han cobrado particular relevancia en la última década, teniendo en cuenta las características de la morbilidad profesional publicadas por el Ministerio de Protección Social (2008). Es así que entre los años 2001 y 2005, la primera causa de morbi-

dad profesional fueron los desórdenes músculo esqueléticos, siendo el síndrome de túnel del carpo el de mayor prevalencia. Adicionalmente, entre los desórdenes músculo esqueléticos de origen común (no relacionadas con el trabajo), sobresale la artritis reumatoide en la población latinoamericana, con un 0.5% afectados, es decir, entre 250.000 y 450.000 personas sufren de esta enfermedad crónica (Delgado y Cols, 2006; citado por Quiceno & Vinaccia, 2011).

Los referentes epidemiológicos que dan cuenta de la prevalencia de trastornos músculo-esqueléticos y enfermedades articulares en la población adulta colombiana, sugieren la intervención oportuna de Terapia Ocupacional con miras a mantener, compensar o restaurar las habilidades necesarias para el desempeño en las AVD. Para ello se hace imprescindible contar con instrumentos de evaluación que proporcionen una base de información sólida, veraz y específica, que permita precisar las verdaderas necesidades del individuo y elegir el mejor programa de tratamiento que procure en la persona un mejor desempeño en esta área.

El objetivo de la investigación es entonces caracterizar el desempeño ocupacional de personas con lesión de miembro superior en la ejecución de tareas específicas en las AVD.

Método

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal para caracterizar el desempeño en las AVD de un grupo adultos con diferentes tipos de lesión de miembro superior según las varia-

bles género, edad, tiempo de evolución de la lesión y ocupación. Este estudio se llevó a cabo en el Laboratorio de Autonomía del Departamento de la Ocupación Humana de la Universidad Nacional de Colombia- Sede Bogotá, bajo condiciones homogeneizadas en cuanto a lugar, tiempo y materiales utilizados.

Para describir el desempeño en AVD existen varios instrumentos a nivel internacional y nacional, como el Índice de Barthel (Mahoney, 1965; citado por Ruzaña & Moreno, 1997), el Índice de Katz (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson y Jaffe, 1963), la Medida de Independencia Funcional (Martínez, Fernández, Frades, Rojo, Petidier, Rodríguez, Forjaz, Prieto y Cuesta, 2009), la Evaluación de Habilidades de la Vida de Kohlman (Gómez, 2001), la Escala de Actividades de la Vida Diaria de Klein-Bell (Klein y Bell, 1979; citado por Dahlgren, Sand, Larsson, Karlsson y Claesson, 2013), entre otros. Para este estudio se decide utilizar el Test de Actividades de la Vida Diaria (TAVD) (Arango y Rodríguez, 1994, 1995) debido a su creación y validación en el contexto colombiano, su tiempo de aplicación -30 minutos aproximadamente-, su metodología de observación directa al individuo en lugar de entrevista y lista de chequeo, la familiaridad de los objetos utilizados con la población colombiana, así como el desglosamiento de las tareas evaluadas.

El TAVD permite evaluar el desempeño funcional de la población adulta colombiana a través de 52 tareas en siete actividades básicas (Tabla 1), reconociendo el grado de independen-

cia – dependencia en sus realizaciones cotidianas y permitiendo determinar qué tipo de actividades se alteran con mayor frecuencia, según el nivel del segmento corporal afectado, la edad, y el tipo de alteración. Su calificación se da según el nivel de desempeño de la siguiente forma: 0, dependencia; 1,

semi-dependencia; 2, semi-independencia; y 3 independencia.

Para asegurar la confiabilidad de los resultados, se realizó un entrenamiento previo de los investigadores con personas que presentaban diferentes diagnósticos de lesión de miembro superior, el cual tuvo una duración de un semestre.

Tabla 1. Clasificación de actividades de la vida diaria del TAVD

Actividad 1. Movilidad en cama	Actividad 2. Vestido	Actividad 3. Alimentación
Acostarse y levantarse de la cama Acomodar almohada y cobija Adoptar posición cómoda Rolar Moverse de cabecera al pie de la cama Tomar objetos de la mesa de noche Adoptar posición semi-acostado Sentarse en la cama Sentarse al borde de la cama Desplazarse en posición sentada	Brassier/ ropa interior / pañal Camisa / chaqueta Camisa/ buzo/ vestido Pantalón / falda Media / media pantalón Zapato / cordón / mocasín / bota Botón / cremallera / velcro Acceso: reloj/anillo/cinturón/ otro	Verter líquidos Pasar sólidos de un plato a otro Manipular utensilios en el área Come: Dedos/cuchara/tenedor/cuchillo Bebe: Vaso/pocillo/ taza/ pitillo
Actividad 4. Movilidad en cama	Actividad 5. Higiene personal	Actividad 6. Ir al baño
Talco/desodorante/ posición Limpieza de nariz Limpieza de uñas: manos/pies Afeitado/cuidado de piel/ maquillaje Peinar cabello	Bañar/secar manos Bañar/secar cara Lavar cabello Bañar/ secar tronco y miembros superiores Bañar/secar miembros inferiores Colocar/retirar toalla femenina Bañar/secar espalda Bañar/secar pies Limpieza de dientes/prótesis	Uso: sonda/pañal/catéter/pato/ inodoro Manejo de ropas antes, después del acto Adoptar la posición Limpieza del periné Organización del Medio: pañal/ catéter/pato/ inodoro
Actividad 7. Traslados funcionales		
De la cama al piso/Silla de ruedas/camilla Entrar a la ducha/tina Salir del cuarto Subir escaleras Bajar escaleras Subir rampas Bajar rampas Sentarse en una silla Levantarse de una silla Moverse con carga Esquivar barreras arquitectónicas		

Fuente. Adaptado por los autores de Arango y Rodríguez (1994, 1995).

La población de interés fueron adultos con algún tipo de lesión de miembro superior de origen periférico que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: 1. Estar ubicado dentro de las etapas del ciclo vital conocidas como adultez temprana, intermedia o tardía. 2. Haber sido diagnosticado por médico general o especialista con algún tipo de lesión de miembro superior de origen periférico.

Los criterios de exclusión fueron: 1. Tener compromiso neurológico que altere el tono muscular de miembros superiores. 2. Comorbilidad con enfermedades crónicas que deterioren notablemente la calidad de vida y alteren la aplicación y los resultados del test, tales como: Cáncer, SIDA, EPOC, entre otras. 3. Manifestar de forma verbal, antes o durante la aplicación del test, el deseo de no continuar dentro de la investigación, retirando el consentimiento informado.

La población se contactó a través de un centro de rehabilitación de miembro superior, una aseguradora de riesgos laborales, la Dirección de Bienes-
tar Universitario de cada facultad de la Universidad Nacional de Colombia y finalmente, familiares y amigos que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión.

Se contó con 84 adultos, los cuales fueron caracterizados de acuerdo a las variables: género, edad en grupos etarios (Papalia, Olds y Feldman, 2005), tipo de lesión (de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, 1992), tiempo de evolución (según la Guía de Atención Integral Basada en la Evidencia para Desórdenes Músculo esqueléticos del Ministerio de Protección Social, 2006) y ocupación (acorde con la Clasificación Internacional Uniforme de las Ocupaciones adaptada para Colombia por el DANE, 2005).

Tabla 2. Caracterización de la población estudiada

Tipo de lesión		Lesión de manguito rotador	Fracturas de MMSS	Lesiones tendinosas	Amputación	Tendinitis de Quervain	Síndrome de túnel carpiano	Epicondilitis	Enfermedades de las articulaciones	TOTAL
Personas por tipo de lesión		17	17	9	7	6	10	10	8	84
Variables										
Género	Mujeres	10	3	3	0	6	7	7	8	44
	Hombres	7	14	6	7	0	3	3	0	40

(Continúa)

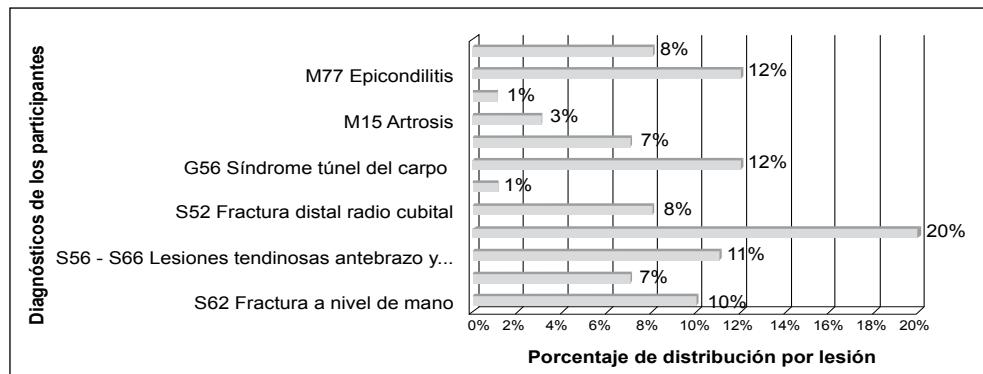
(Continuación Tabla 2)

Tipo de lesión		Lesión de manguito rotador	Fracturas de MMSS	Lesiones tendinosas	Amputación	Tendinitis de Quervain	Síndrome de túnel carpiano	Epicondilitis	Enfermedades de las articulaciones	TOTAL
Grupo Etario	Aduldez temprana	7	9	8	2	2	3	3	1	35
	Aduldez intermedia	10	6	1	5	4	7	7	6	46
	Aduldez tardía	0	1	0	0	0	0	0	1	2
Tiempo de evolución	Agudo	0	15	3	1	0	0	0		19
	Sub agudo	0	2	6	3	2	1	1		15
	Crónico	17	0	0	3	4	9	9		42
Ocupación	Grupo 2	0	6	0	0	0	2	2	1	11
	Grupo 3	0	2	2	0	0	0	0	2	6
	Grupo 4	3	2	0	1	2	4	4	0	16
	Grupo 5	1	3	0	0	2	0	0	1	7
	Grupo 7	4	2	2	2	1	0	0	0	11
	Grupo 8	2	0	4	3	0	3	3	0	15
	Grupo 9	7	2	1	1	1	1	1	4	18

Fuente. Elaboración propia.

La tabla 2 muestra la caracterización del grupo; en la Figura 1, se presenta la distribución porcentual de los participantes de acuerdo al tipo de lesión.

Figura 1. Distribución de los participantes según tipo de lesión - diagnósticos



Fuente. Elaboración propia.

Consideraciones éticas

La presente investigación tuvo en cuenta las disposiciones generadas por los estamentos legales y científicos a nivel nacional e internacional, para la protección de los derechos de las personas involucradas en el proceso investigativo. En este sentido, previo al inicio de la recolección de los datos, se informó a cada participante los alcances del estudio, la metodología de la evaluación, el propósito del mismo y el manejo de los datos generados en la evaluación. Así mismo, se explicó que la participación era voluntaria, sin ningún tipo de remuneración económica. Posterior a esto, cada participante manifestó de forma escrita su decisión voluntaria y libre de participar en la investigación, firmando el consentimiento diseñado por los autores.

Resultados

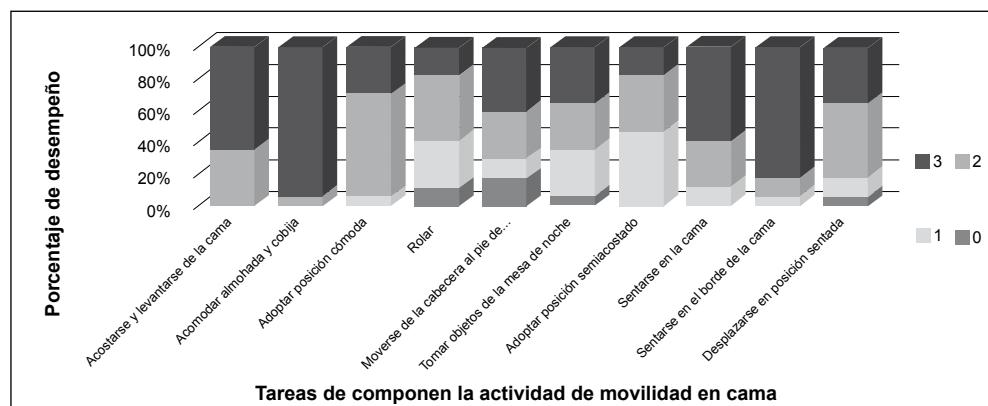
Este apartado describe los resultados de la aplicación del TAVD (Arango y Rodríguez, 1994) para cada grupo de

adultos, de acuerdo al tipo de lesión y teniendo en cuenta las variables antes mencionadas, teniendo como referencia que el instrumento de evaluación utilizado consta de una escala de puntuación que oscila entre cero (porcentaje mínimo de desempeño) y 100 (porcentaje máximo de desempeño).

Grupo de personas con lesiones de manguito rotador. La actividad en la que se presentan mayores dificultades en la ejecución para este grupo es la movilidad en cama, con un 72,9% de promedio de ejecución entre las personas evaluadas, seguido de la actividad de acicalado, con un 84,7% y la actividad de vestido con un 85,7%.

Las tareas en la actividad de movilidad en cama, en las cuales se presenta mayor dificultad, son aquellas relacionadas con adoptar la posición semi-acostado, seguida de la tarea de rolar y moverse de la cabecera al pie de la cama, las cuales se ven representadas por presentar mayor calificación cero (0) dentro del grupo evaluado. (Figura 2).

Figura 2. Distribución porcentual según tarea con menor desempeño en la actividad movilidad en cama. Grupo de adultos con lesiones de manguito rotador



Fuente. Elaboración propia.

Grupo de personas con lesiones tendinosas. Para las personas con lesión tendinosa de antebrazo y mano, la actividad en la que se presentan mayores dificultades es la de vestido, con un 72,2% de promedio de ejecución entre las personas evaluadas.

Las tareas en la actividad de vestido en las cuales se presenta mayor dificultad, son aquellas relacionadas con vestir y desvestir pantalones y faldas, seguida de abotonar, subir cremalleras y despegar velcros; estas presentan con mayor frecuencia la calificación cero (0) en el caso de la primera tarea y calificaciones menores a tres en la segunda.

Grupo de personas con fracturas de miembro superior. La actividad en que se presentan mayores dificultades para este grupo corresponde a la alimentación, con un 76,87% de promedio de ejecución entre las personas evaluadas, seguido de la actividad de acicalado, con un 77,65%, y la actividad de vestido con un 78,93%.

La tarea en la cual se presenta mayor dificultad para ser ejecutada tras una fractura de miembro superior es manipular utensilios en el área, seguida de la tarea de comer con cubiertos.

Grupo de personas con amputación de miembro superior. Para este grupo la actividad en que se presentan mayores dificultades es la de vestido, con un 60,71% de promedio de ejecución.

La tarea en la cual se presenta mayor dificultad tras una amputación de miembro superior es la tarea de abotonar, subir y bajar cremalleras y cerrar velcros.

Grupo de personas con artritis. La actividad en que se presentan mayores dificultades para la población

con artritis y artrosis corresponde a la actividad de vestido, con un 80,76% de promedio de ejecución entre las personas evaluadas, seguido de la actividad de acicalado con un 84,17% y la actividad de alimentación con un 85,84%.

La tarea de mayor dificultad fue colocar camiseta, buzo o vestido, seguida de colocar zapatos y amarrar cordones.

Grupo de personas con tendinitis de Quervain. Se presenta mayor dificultad en las actividades de alimentación y acicalado, con un promedio de 83% de ejecución entre las personas evaluadas. La mayor dificultad se da en las tareas de peinar cabello y limpieza de uñas.

Grupo de personas con síndrome de túnel del carpo. De acuerdo con los resultados del test, se presenta mayor dificultad en el área de vestido, con un promedio de 75% de ejecución entre las personas evaluadas, seguido de la actividad de acicalado con un 77% y las actividades de movilidad en cama y alimentación con un 84%.

Las tareas de mayor dificultad son apuntar botón, subir cremallera y ponerse pantalón o falda.

Grupo de personas con síndrome de epicondilitis. En este grupo se presenta mayor dificultad en la actividad de acicalado, con un promedio de 70% de ejecución entre las personas evaluadas. Se presenta mayor dificultad en las tareas de peinar cabello y aplicar talco o desodorante.

Teniendo en cuenta los anteriores resultados, la Tabla 3 resume las actividades y tareas más afectadas según el tipo de lesión.

Tabla 3. Actividades y tareas de la vida diaria con menor desempeño según tipo de lesión

Tipo de lesión	Porcentaje de desempeño	Actividad con menor desempeño	Tareas con mayor dificultad de ejecución
Lesiones de manguito rotador	72,9%	Movilidad en cama	Adoptar posición semi-acostado. Moverse de la cabecera al pie de la cama.
Lesiones de tendones	72,2%	Vestido	Vestir y desvestir pantalón o falda. Abotonar, subir cremallera, desprender velcros.
Fracturas en miembro superior	76,8%	Alimentación	Manipular utensilios en el área. Pasar sólidos de un plato a otro.
Amputaciones en miembro superior	60,7%	Vestido	Abotonar, subir cremallera, desprender velcros. Poner zapatos, amarrar cordones, poner botas.
Tendinitis de Quervain	83%	Acicalado	Peinar cabello. Limpieza de uñas de manos y de pies.
Síndrome de túnel del carpo	75%	Vestido	Abotonar, subir cremallera, desprender velcros. Vestir y desvestir pantalón o falda.
Epicondilitis	70%	Acicalado	Peinar el cabello. Aplicar talco y desodorante.
Enfermedades de las articulaciones	81%	Vestido	Colocar camiseta, buzo y vestido. Amarrar zapatos.

Fuente. Elaboración propia.

Discusión

La presente investigación provee indicios importantes respecto a las alteraciones en las AVD en adultos con diferentes tipos de lesión de miembro superior.

La información generada se constituye en una aproximación para futuros estudios, que abarcando muestras representativas de la población por tipo de lesión, puedan generar resultados generalizables, proporcionando así una evidencia aplicable a los programas de prevención y rehabilitación de Terapia Ocupacional. Así por ejemplo, en la

Guía Técnica del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Prevención de Desórdenes Músculo-esqueléticos en Trabajadores en Colombia (Ministerio de Protección Social, 2008), las AVD, como componente esencial del ámbito extralaboral, no aparecen contempladas dentro de los programas básicos de seguridad y salud en el trabajo, aun cuando este tipo de desórdenes, como se aprecia en los resultados del estudio, tienen una influencia importante en la posibilidad de las personas de realizar sus actividades cotidianas con el mayor grado de bienestar físico y mental.

En esta misma línea, los resultados por nivel de lesión, tipo de lesión y las variables edad, género, ocupación y tiempo de evolución aquí contempladas, apoyan los resultados de los estudios de Yeung (2009) y Ortega (2003), en los cuales se reporta una correlación entre el desempeño en AVD y el síndrome del túnel del carpo y la epicondilitis, lo cual sugiere que a pesar de la presencia de deterioro fisiológico leve, moderado o grave en las diferentes regiones del miembro superior aquí evaluadas, las limitaciones en el desempeño ocupacional están presentes y pueden ser un indicador temprano de la patología.

En este sentido, la presente investigación se constituye en una aproximación que soporta el ejercicio profesional del terapeuta ocupacional y guía su intervención hacia las principales dificultades que se pueden encontrar en personas con lesiones de miembros superiores de origen periférico. Se extiende de esta manera la invitación a contemplar la repercusión de este tipo de actividades dentro de diferentes escenarios ocupacionales donde se desempeña el ser humano.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que el TAVD (Arango y Rodríguez, 1994), no considera para su valoración diferencias culturales de la población colombiana, seccionando la población de estudio a participantes que se desenvuelven o tienen conocimiento de contextos urbanos, dejando de lado diferentes características y adaptaciones de la tareas, locaciones y hábitos de zonas rurales.

Las limitaciones de la investigación incluyen: un grupo de estudio con pocos representantes de las diferentes patologías abordadas, ($6 < n < 17$) y poca variedad en los tiempos de evolución de los diagnósticos contemplados. Lo anterior se deriva del tiempo dispuesto para la convocatoria de los participantes, condicionada a los tiempos exigidos en una investigación de pregrado; aun así, el estudio tiene gran relevancia, al ser un punto de partida para la creación de conocimiento a través estudios posteriores.

Conclusiones

Este estudio aporta información para la prevención de alteraciones del desempeño y la intervención que el terapeuta ocupacional puede llevar a cabo con esta población, a partir de los resultados obtenidos en torno a las características de la población, el nivel y tipo de lesión y si esta afecta o no la dominancia manual de la persona.

Los resultados muestran que la actividad de vestido, específicamente las acciones de abotonado, amarrar zapatos y vestir y desvestir un pantalón, constituyen las tareas más alteradas. Los participantes en condición de amputación y lesiones tendinosas presentan mayores dificultades en estas actividades.

Los resultados revelan una alteración significativa en actividades específicas; por ejemplo, la dificultades que presentan hombres y mujeres con lesión en el manguito rotador para llevar a cabo la movilidad en cama; la dificultad en acicalado en el grupo de

personas con tendinitis de Quervain y epicondilitis; abotonarse para el grupo de personas con Lesiones tendinosas, enfermedades de las articulaciones, síndrome de túnel del Carpo y amputaciones; y las dificultades en alimentación en el grupo de personas con fracturas. Además, se resalta como hallazgo central que en personas con lesiones de miembro superior, la actividad de vestido es la que presenta mayor compromiso a nivel ocupacional, al ser una actividad de tipo bimanual, que requiere de tareas de manipulación sostenida de objetos y accesorios a través de patrones de agarres funcionales e integrales como lo son las pinzas.

Adicionalmente, se observó que en la población masculina es más frecuente la lesión de manguito rotador bilateral, lo cual podría relacionarse con el tipo de ocupaciones desempeñadas por los hombres, que para el grupo estudiado, se caracteriza por la manipulación de maquinaria, carga y descarga de elementos, operadores de instalaciones, manejo de herramientas, entre otros. Entre tanto en la población femenina fueron más frecuentes las lesiones unilaterales, relacionadas con trabajos en servicios generales que incluyen actividades de limpieza, que en su mayoría, se ejecutan repetitivamente y con el accionar del miembro dominante (unimotor). También, resultó evidente que la actividad de acicalado suele afectar más a la población femenina, debido a la mayor utilización de elementos durante su arreglo personal, como productos de belleza, lo cual representa una diferencia importante con relación al género masculino.

De otra parte, los rangos de edades más frecuentes, adultez intermedia y adultez temprana, podrían relacionarse con la etapa productiva de la población colombiana y los rangos de edades que suelen contratar las empresas. Así mismo, podría pensarse que en el rango de edad entre 45 y 64 años (adultez intermedia) las personas, por la cantidad de tiempo trabajado, son más vulnerables a desarrollar enfermedades profesionales y de origen común, sería conveniente revisar estudios a este respecto.

Conocer el tipo de alteración en las AVD que se puede presentar según la clase de lesión de miembro superior, permite a los profesionales de la rehabilitación, en especial los terapeutas ocupacionales, enfocar sus recomendaciones y objetivos de intervención a aquellas tareas de mayor dificultad que, por las condiciones actuales de prestación de los servicios en las IPS, no pueden ser evaluadas objetivamente por observación y bajo un test estandarizado.

Finalmente, el TAVD de Arango y Rodríguez (1994) refleja ser un instrumento de evaluación adecuado, pues contempla las tareas básicas a evaluar en un compendio corto y su tiempo de administración es mínimo, comparado con otros instrumentos valorativos de esta área como la escala de AVD de Klein Bell o el test de AVD de Linda Kollman, pero mayor a listas de chequeo como el Índice de Barthel. En este mismo sentido, el test utilizado para la presente investigación, es desarrollado bajo las características socio demográficas y culturales de la población bogotana y sus tareas poseen ín-

tima relación con acciones efectuadas por el miembro superior, aunque no se tienen en cuenta características y adaptaciones locativas de las tareas y hábitos de origen rural.

Referencias

- Arango, M. y Rodríguez, E. (1994). Diseño confiabilidad y validez del test de actividades de la vida diaria (TAVD): Arango y Rodríguez. Tesis de pregrado. Universidad Nacional de Colombia.
- Arango, M., Rodríguez, E., Trujillo, A. (1995). Diseño, confiabilidad y validez del Test de Actividades de la Vida Diaria (TAVD): Arango y Rodríguez. Ocupación Humana. 6 (1): 13-63.
- AOTA (2010). Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. Segunda edición. American Journal Occupational Therapy. 62: 625-683).
- Dahlgren, A., Sand, A., Larsson, A., Karlsson, A. y Claesson, L. (2013). Linking the Klein-Bell activities of daily living scale to the International Classification of Functioning, disability and health. Journal Rehabilitation Medical. 45: 351-357.
- DANE. (2005). Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones Adaptada para Colombia. [Consultado el 21 de noviembre del 2012]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=144
- Gómez, A. (2001). Validación y estandarización de la evaluación de actividades de la vida diaria (AVD.) propuesta por Linda Kohlman, aplicada a personas mayores entre 60 y 80 años no institucionalizadas, en la ciudad de Bogotá. Tesis de pregrado. Universidad Nacional de Colombia.
- Katz, S., Ford, A., Moskowitz, R., Jackson, B. y Jaffe, M. (1963). Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA. 185: 914-919.
- Martínez, P., Fernández, G., Frades, B., Rojo, F., Petidier, R., Rodríguez, V., Forjaz, M., Prieto, M. y Cuesta, J. (2009). Validación de la escala de independencia funcional. Gac Sanit. 23 (1): 49-54.
- Ministerio de Protección Social (2006). Guía de Atención Integral Basada en la Evidencia para Desórdenes Musculo Esqueléticos (DME) relacionados con Movimientos Repetitivos de Miembros Superiores (Síndrome de Túnel Carpiano, Epicondilitis y Enfermedad de Quervain (GATI- DME).
- Ministerio de Protección Social (2008). Guía Técnica de Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Prevención de Desórdenes Músculo Esquelético en Trabajadores en Colombia. (GT SIVEDME).
- Organización Mundial de la Salud- OMS (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades. Decima revisión.
- Ortega, J. (2003). Detección de traumas acumulativos de la mano y codo en pianistas con diferente grado de experticia y su incidencia en actividades de la vida diaria. Tesis de pregrado. Escuela Colombiana de Rehabilitación.
- Papalia, D., Olds, S. y Feldman, R. (2005). Desarrollo Humano. Novena Edición. México: Mc Graw-Hill.
- Quiceno, J. y Vinaccia, S. (2011). Artritis reumatoide: consideraciones psicobiológicas. Revista diversitas – Perspectivas en psicología. 7 (1): 27-41.
- Ruzafa, J. y Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. Revista española de salud pública. 71:127-137.
- Willard, H., Crepeau E., Spackman, C., Cohn, E. & Schell, B. (2005). Terapia ocupacional.10a edición. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Yeung, K. (2009). Hand Functioning and ADL Performance of Patients with Carpal Tunnel Syndrome (CTS) After Camitz Transfer. Hong Kong Journal of Occupational Therapy. 19(2): A7.

Grupo de familiares de crianças com deficiência sensorial: abordagem da Terapia Ocupacional

Grupo de familias de niños con discapacidades sensoriales:
Enfoque de Terapia Ocupacional

Family group of children with sensory impairment:
Occupational Therapy approach

Marissa Romano da Silva¹

Rita de Cássia Ietto Montilha²

Maria Inês Rubo de Souza Nobre³

Recibido: Marzo 10 2014 • Enviado para modificación: Mayo 21 2014 • Aceptado: Junio 5 2014

Da Silva, M.R., Montilha, R. C. I. & Nobre, M.I.R.S. (2014). Grupo de familiares de crianças com deficiência sensorial: abordagem da Terapia Ocupacional. *Revista Ocupación Humana*, 14 (1), pp. 17-28.

Resumo: O objetivo é descrever a abordagem grupal como recurso terapêutico, na perspectiva terapêutica ocupacional, com familiares de crianças com deficiência sensorial. Estudo descriptivo de abordagem qualitativa, desenvolvido entre março e dezembro de 2012, com Grupos de Familiares de um centro universitário de habilitação e reabilitação sensorial. Os dados foram coletados a partir de observações e relatos de participantes, registrados em diário de campo. Os registros foram lidos exaustiva e criticamente, a fim de descrever as percepções, crenças e atitudes das participantes perante a deficiência de seus filhos, dificuldades e novas formas de enfrentamento, sentimentos e possíveis mudanças no cotidiano. Através da realização de atividades terapêuticas foram observados aspectos positivos na ação e expressão das participantes dos Grupos de Familiares. Foi possível identificar que os grupos terapêuticos, a partir da abertura de um espaço de acolhimento e escuta, favoreceram o recebimento e troca de informações a respeito da deficiência, troca de experiências, ampliação de conhecimentos, expressão de sentimentos, instrumentalização para superar atuais e futuras barreiras, construção de novas formas de lidar com o cuidado e dificuldades cotidianas, promovendo, em maior instância, a qualidade de vida dos familiares e das crianças envolvidas no processo de habilitação e reabilitação sensorial.

Descritores: Família, Terapia Ocupacional, processos grupais, pessoas com deficiência visual, perda auditiva.

Resumen: Se busca describir el abordaje grupal como acción terapéutica con familiares de niños con discapacidad sensorial desde la perspectiva de Terapia Ocupacional. Para ello se realizó un estudio cualitativo descriptivo entre marzo y diciembre de 2012, con grupos de familiares en un centro de habilitación y rehabilitación sensorial. Los datos fueron obtenidos a partir de la observación y los relatos de las participantes, registrados en diarios

¹ Terapeuta Ocupacional. Mestranda do Programa Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da FCM/UNICAMP. marissaromano.to@gmail.com

² Terapeuta Ocupacional. Doutora em Ciências Médicas/Oftalmologia e Docente do CEPRE/FCM/UNICAMP. rciotto@fcm.unicamp.br

³ Terapeuta Ocupacional. Doutora em Ciências Médicas/Oftalmologia e Docente do CEPRE/FCM/UNICAMP. inesrsnobre@hotmail.com

de campo. Los registros fueron analizados de manera exhaustiva y crítica para describir las percepciones, creencias y actitudes de las participantes ante la discapacidad de sus hijos, las dificultades y nuevas formas de enfrentamiento, los sentimientos y posibles cambios en la vida cotidiana. Mediante la realización de actividades terapéuticas, se observaron aspectos positivos en la acción y expresión de las participantes. Fue posible identificar que los grupos terapéuticos, a partir de la apertura de un espacio de amparo y escucha, favorecieron la recepción e intercambio de información acerca de la discapacidad, experiencias, ampliación de conocimientos, expresión de sentimientos, ofrecieron estrategias para superar barreras actuales y futuras y construir nuevas formas de manejar el cuidado y las dificultades cotidianas, promoviendo principalmente la calidad de vida de la familia y de los niños involucrados en el proceso de habilitación y rehabilitación sensorial.

Palabras clave: Familia, Terapia Ocupacional, procesos de grupos, personas con daño visual, pérdida auditiva.

Abstract: The objective is to describe the group approach as a therapeutic resource, in occupational therapy perspective, with family members of children with sensory impairment. A descriptive qualitative study was carried out between March and December 2012, with Family Groups in a university center of sensory habilitation and rehabilitation. Data were collected from observations and participants reports, registered in a field diary. The records were read exhaustively and critically, in order to describe the perceptions, beliefs and attitudes of participants towards disability of their children, difficulties and new ways of coping, feelings and potential changes in daily life. By conducting therapeutic activities, positives aspects were observed in action and expression of participants. It was possible to identify that therapeutic groups, from the opening of a space to receive and listen, favored the receiving and exchange of information regarding disability, exchange of experiences, increased their knowledge, expression of feelings, instrumentalization to overcome current and future barriers, build new ways of dealing with the care and daily difficulties, promoting, in greater instance, the quality of life of family and children involved in the sensory habilitation and rehabilitation process.

Keywords: Family, Occupational Therapy, group processes, visually impaired person, hearing loss.

Introdução

A chegada de um bebê na família marca o início de uma nova fase, motivo de renovação de projetos e reestruturação familiar. É natural que este filho esperado seja depositário de sonhos, expectativas e fantasias, idealizado como um filho perfeito e saudável (Costa & Garcias, 2003; Nobre, Montilha & Temporini, 2008). Entretanto, quando a gestação ou o nascimento é marcado pelo recebimento do diagnóstico de deficiência – seja visual, auditiva, intelectual e/ou física – outros

inúmeros sentimentos e mudanças nos hábitos familiares são vivenciados, mesmo que momentaneamente (Buscaglia, 1993; Amaral, 1995; Boscolo & Santos, 2005; Nobre, Montilha & Temporini, 2008; Figueiredo, Silva & Nobre, 2009; Silva & Ramos, 2014).

Ao receber o diagnóstico de deficiência, os planos distanciam-se: o filho idealizado agora passa a ser um filho que pode trazer consigo o estigma social de incapaz. Neste momento, inicia-se uma fase de sofrimento profundo, angústia e desorganização

(Barbosa & Oliveira, 2008). Os sentimentos iniciais são de perda e morte do filho desejado. Ainda é possível identificar frustração, medo, revolta, desafeto, tristeza e culpa (Costa & Garcias, 2003; Cunha & Enumo, 2003; Boscolo & Santos, 2005; Barbosa & Oliveira, 2008; Nobre, Montilha & Temporini, 2008; Silva & Ramos, 2014). A procura pelo culpado é intensa e, muitas vezes, há a culpa de si próprios enquanto pais, por terem gerado um filho com deficiência, ou ainda o questionamento constante de que forma podem ter contribuído para tal deficiência (Barbosa, Chaud & Gomes, 2008; Figueiredo, Silva & Nobre, 2009). Observa-se também que, em alguns casos, a culpa por ter rejeitado o próprio filho pode levar a superproteção, abandono ou negação da deficiência (Costa & Garcias, 2003; Barbosa & Oliveira, 2008).

Em marcos críticos no decorrer do crescimento e desenvolvimento da criança, tais como engatinhar, andar sem apoio, interagir com objetos e pessoas, inserção escolar, aprender a ler, escrever, dentre tantos outros, é possível que os sentimentos sejam novamente revividos pela família, com menor ou maior intensidade (Costa & Garcias, 2003; Cunha & Enumo, 2003; Barbosa & Oliveira, 2008). O enfrentamento e a flexibilidade de cada família dependem diretamente da gravidade da deficiência, se é visível ou não, o grau de dependência e de demandas exigidas pela criança, estrutura familiar e rede de suporte, características de cada membro e acesso aos serviços de saúde (Costa & Garcias, 2003; Barbosa & Oliveira, 2008).

A primeira referência social e modelo afetivo da criança é a família. É nesse ambiente onde acontecem as primeiras experiências e que lhe são fornecidas as possibilidades de ação, exercendo, portanto, um papel fundamental no desenvolvimento (Barbosa & Oliveira, 2008). A família da criança com deficiência tem a mesma importância em relação ao desenvolvimento saudável e deve exercer seu papel - de referência, modelo afetivo e estimulador de ações - de forma intensificada, a fim de favorecer o desenvolvimento de uma criança que se apresenta privada de alguns aspectos essenciais, seja sensorial, motor e/ou cognitivo. Entretanto, nem sempre este cuidado é realizado de forma adequada, fato este que evidencia a importância de profissionais da saúde se atentarem para este núcleo familiar.

Diversas formas de apoio aos familiares da criança com deficiência podem ser realizadas, a fim de diminuir o estresse causado pelo diagnóstico e favorecer, por meio de orientação e suporte, o desenvolvimento adequado à criança (Omote, 1980; Silva, 1988; Glat, 1996; Nobre, Montilha & Temporini, 2008). Um dos recursos possíveis é a inserção da família em um dispositivo grupal. Uma das profissões da saúde apta para coordenar grupos terapêuticos é a terapia ocupacional, preparada para lidar com as adversidades, complexidades e singularidades dos sujeitos.

Para compreender o uso do dispositivo grupal como recurso terapêutico cabe ressaltar que o homem, no início de sua história, precisou se agrupar para a própria sobrevivência. Agrupou-se para

superar as limitações humanas, ditas por Maximino (1990), como a fragilidade, a finitude da vida e as limitações inerentes à espécie humana, deixando de ver-se como onipotente e vendo o outro como semelhante, para, juntos, serem mais fortes (Maximino, 1990).

Três elementos são fundamentais para o funcionamento do dispositivo grupal: o coordenador, o grupo em si e a tarefa. Compreende-se como tarefa não a atividade, mas sim o tratamento empreendido e a aprendizagem resultante, uma vez que a atividade em si não cura, mas sim as condições nas quais ela é realizada e o tipo do vínculo estabelecido durante sua execução (Maximino, 1990).

O grupo vai além do simples juntar-se ou reunir-se. O “estar em grupo é perceber-se em grupo, isto é, ter a sensação de pertencer” (Maximino, 1990, p. 109). O terapeuta ocupacional tem como uma de suas missões, enquanto coordenador de grupos, oportunizar este sentimento de pertença nos participantes. O grupo só passa a existir a partir do vínculo estabelecido com o terapeuta, entre os participantes e com o grupo enquanto unidade (Maximino, 1990). Entretanto, torna-se importante destacar que a formação grupal também é um espaço de expressão individual, a qual é observada e alvo de ações terapêuticas (Maximino, 1990).

Na presente pesquisa, a modalidade grupal adotada é chamada de grupo de atividades, que utiliza a atividade como recurso terapêutico, promovendo o envolvimento simultâneo de seus participantes (Cunha & Santos, 2009). O grupo de atividades possui deter-

minadas propriedades intrínsecas ao seu funcionamento, dentre elas: 1) a capacidade de reproduzir ambientes, oportunizando o treinamento de papéis sociais; 2) disparador e mobilizador de criação, inter-relação e produção; 3) funcionar como “caixa de ressonância”, em que intervenções ecoam entre os sujeitos do grupo; 4) ser um Espaço Potencial, espaço confiável, para possibilitar trocas e facilitar a exploração do mundo, facilitar e estimular a experimentação através da experiência; 5) ter uma existência virtual, de maneira que cada um de seus membros tenha uma representação interna do grupo como unidade (Maximino, 1995).

O principal papel a ser desempenhado pelo terapeuta ocupacional é o de facilitador destes processos grupais. Deve agir de forma a intensificar o que emerge no encontro para ser trabalhado. Estas ações do terapeuta ocupacional são intermediadas por atividades, as quais podem ser modificadas a partir da necessidade observada. A atividade, em terapia ocupacional, é a “provocação” para externalizar, internalizar, experienciar e, com isto, transformar-se (Maximino, 1990). O foco da terapia ocupacional está no encontro do subjetivo-mundo real, interno-externo, pensar-agir, trabalhado através da ação, do fazer, da atividade, e seus processos subjetivos.

Além de ser um facilitador, o terapeuta coordenador é o porta-voz das regras daquele grupo, como horário de início e fim, local a ser utilizado, arrumação da sala e materiais, formuladas com ou sem o auxílio dos participantes (Maximino, 1990).

Apostando na prática grupal, está o centro de habilitação e reabilitação em deficiência sensorial ligado a uma universidade pública brasileira, localizada no interior do estado de São Paulo, Brasil. Dentre as ações desenvolvidas incluem-se grupos com familiares de pacientes, chamados de Grupos de Familiares, sob a coordenação da terapia ocupacional. Os grupos ocorrem semanalmente, são abertos à participação de novos integrantes a cada sessão e compostos, em sua maioria, por mães.

Os encontros são mediados por atividades, as quais visam dar apoio e orientação, oferecer um espaço de acolhida e escuta, permitir a troca de experiências e a retomada de atividades sociais, uma vez que mães de pessoas com deficiência correm o risco constante de negligenciar as próprias necessidades, interesses, atividades de lazer e trabalho, importantes para uma vida saudável, fato este observado pelas terapeutas nos Grupos e verbalizados, com frequência, pelas participantes.

Neste contexto de deficiência, cuidado, família e grupo de atividades, o presente estudo teve como objetivo descrever a abordagem grupal como recurso terapêutico, na perspectiva terapêutica ocupacional, com familiares de crianças com deficiência sensorial atendidas em um centro universitário de habilitação e reabilitação.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, desenvolvido entre os meses de março e dezembro de 2012, com três Grupos de Familiares de um centro de habilitação e re-

abilitação ligado a uma universidade pública, no Brasil. Cada Grupo ocorria com frequência semanal e duração de 1h30min. A população alvo foi constituída por 23 participantes, sendo 22 mães e uma avó de crianças com deficiência visual e/ou auditiva. A avó será aqui chamada de mãe por tomar para si as responsabilidades do papel materno, acompanhando o familiar com deficiência sensorial nos atendimentos institucionais e nas atividades cotidianas.

Os dados foram coletados a partir de observações e relatos das participantes, que foram registrados em diário de campo. Constantemente, eram realizadas discussões críticas sobre o andamento grupal com a terapeuta ocupacional responsável. Para a análise dos dados, foram utilizados os diários de campo que continham registros dos relatos das mães, suas atitudes, a atividade desenvolvida no encontro e a mediação do terapeuta. Os registros foram lidos exaustiva e criticamente, a fim de descrever as percepções, crenças e atitudes das participantes perante a deficiência de seus filhos, as dificuldades e as novas formas de enfrentamento, os sentimentos e as possíveis mudanças no cotidiano.

As participantes dos Grupos de Familiares assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP, sob o parecer 644/2007.

Resultados

Através da realização de atividades terapêuticas foram observados aspectos positivos no andamento grupal, na

ação e expressão das participantes dos Grupos de Familiares.

Um recurso utilizado nos Grupos durante o período de observação foi a Caixa de Frases, vista como possível disparadora de discussões e introduzida pela terapeuta ocupacional coordenadora destes grupos. Seu conteúdo continha papéis com frases ditas durante encontros anteriores, acerca dos filhos deficientes, sentimentos otimistas e pessimistas, desejos, sonhos, expectativas, além de perguntas sobre o cotidiano das participantes e frases de pessoas culturalmente reconhecidas, que geram discussões nos grupos sociais. Em cada encontro uma mãe se responsabilizava em retirar um papel de dentro da caixa e lê-lo ao grupo, esta mãe não necessariamente deveria respondê-lo, evitando a obrigatoriedade em tal atividade, mas seria a porta-voz daquela discussão. Esta atividade era realizada no início de cada encontro. Por vezes, a discussão era intensa e percorria todo o tempo, mesmo durante a realização das demais atividades disponíveis, ou ainda era solicitado pelas participantes que mais de uma frase fosse lida.

Através desse e de outros recursos terapêuticos, observou-se: ampliação do conhecimento sobre a deficiência, os diagnósticos e prognósticos; compreensão de conceitos da área da saúde, como: saúde, doença, funcionalidade, capacidade, dentre outros; melhor aceitação e enfrentamento das dificuldades cotidianas; conscientização das habilidades, capacidades, potencialidades e limitações de seus filhos; melhor compreensão das barreiras enfrentadas pelas crianças, gerando reflexões em torno das formas

de superação, o que poderia ser feito por elas enquanto mães, emergindo a necessidade de aproximação família/escola; maior conhecimento acerca dos direitos dos deficientes (com auxílio da assistência social da instituição). Estes resultados podem ser exemplificados com as seguintes frases de mães:

“Consegui entender que meu filho não tem como piorar. É daqui pra melhor!”

“O grupo propicia uma união e divisão das coisas... do alimento, do amor, das vivências, das histórias.”

“Muita coisa aprendo, muita coisa posso ensinar.”

“Depois que a gente conversou aqui, fiquei pensando se a minha filha também sofre com os coleguinhas de sala ou já sofreu. Vou conversar com ela sobre isso!”

Percebeu-se também que houve, a partir do sentimento de pertença ao grupo, uma progressiva facilidade em expor sentimentos; maior troca de experiências; atitudes de iniciativa, posicionamento dentro do grupo e tomada de decisões. Isto pode ser identificado em falas de diferentes mães, ditas em momentos distintos:

“Com o grupo há o diálogo, a troca, então com isso você pode achar as soluções.”

“Senti muita saudade de vocês. Faltei porque fui procurar emprego e consegui! Mas só fui, porque vocês me apoiaram!”

“O contato com outras mães faz com que você conviva com as diferenças, aqui todo mundo fica igual.”

As participantes verbalizaram maior engajamento em atividades sociais e

de lazer, grupais e/ou individuais, e a valorização destes momentos; ampliação de rede; valorização de si próprias e melhora no relacionamento conjugal. Evidenciado na fala:

“Esse final de semana eu saí com o meu marido. Foi muito bom! A gente não se divertia assim desde antes das crianças chegarem. Eu tava mesmo precisando sair!”

Discussão

A descoberta da deficiência de um filho tende a vir acompanhada por sentimentos negativos, como medo, dor, desapontamento, culpa, revolta, sensação de incapacidade e impotência diante do diagnóstico (Buscaglia, 1981; Boscolo & Santos, 2005; Barbosa & Oliveira, 2008; Figueiredo, Silva & Nobre, 2009; Pintanel, Gomes & Xavier, 2013; Silva & Ramos, 2014). Outros sentimentos como tristeza, raiva, decepção, angústia, frustração, negação, vergonha, desespero, rejeição e depressão também são evidenciados (Telford & Sawrey, 1978; Miller, 1995; Boscolo & Santos, 2005; Barbosa & Oliveira, 2008; Nobre, Montilha & Temporini, 2008; Figueiredo, Silva & Nobre, 2009; Pintanel, Gomes & Xavier, 2013; Silva & Ramos, 2014). Alguns desses sentimentos podem decorrer do desconhecimento dos pais em relação ao que é a deficiência e quais as tecnologias e serviços disponíveis para auxiliá-los (Buscaglia, 1981; Miller, 1995; Nobre, Montilha & Temporini, 2008; Figueiredo, Silva & Nobre, 2009; Pintanel, Gomes & Xavier, 2013). A não compreensão do diagnóstico pode levar à dificuldade em lidar com suas consequências e adversidades, gerando sofrimento, e significando não saber nortear as atitu-

des frente às necessidades do filho com deficiência (Barbosa & Oliveira, 2008; Figueiredo, Silva & Nobre, 2009). Por outro lado, há a luta contra a tendência à superproteção e a infantilização no cuidado (Pintanel, Gomes & Xavier, 2013).

Estudos tem demonstrado que o cuidar de uma criança com deficiência gera estresse em seus familiares, podendo desestruturá-la momentânea ou permanentemente. O apoio de profissionais tem mostrado efetividade prática no que diz respeito à redução do impacto negativo nesses familiares (Matsukura & Fernandes, 2006; Nobre, Montilha & Temporini, 2008; Pintanel, Gomes & Xavier, 2013), assim como demonstrado por esta pesquisa, em que as participantes dos Grupos passaram a compreender, com novos olhares, a deficiência de seus filhos. Este fato pode ser exemplificado com duas falas:

“Ás vezes a gente acha que tem um problema, convivendo com as outras mães você vê que problemas existem para todos, então a gente troca soluções”.

“Sabe, comecei a perceber que a minha filha é muito capaz! Fico muito feliz! Foi duro chegar até aqui, muito sofrido, só a gente sabe.”

Esta ultima fala foi dita por uma mãe referindo-se à independência que a filha tem adquirido com o passar dos anos.

Em pesquisa realizada por Figueiredo, Silva & Nobre (2009), as mães entrevistadas apontaram que houve redução de estresse e ajustamento após o apoio profissional e a troca com ou-

tras mães que passaram pelos mesmos conflitos. Estes resultados convergem aos encontrados nesta pesquisa, corroborando para a continuidade no uso deste dispositivo terapêutico na prática institucional.

Os resultados observados pela terapeuta e relatados pelas participantes foram possíveis através da constituição do grupo como uma unidade, dos vínculos estabelecidos e a partir do momento em que o grupo funciona com as propriedades descritas anteriormente - "caixa de ressonância", Espaço Potencial, capacidade de reproduzir ambientes, disparador e mobilizador de ações e ter uma existência virtual, ou seja, continuar a existir enquanto unidade para além do momento de estar junto do grupo (Maximino, 1995). Observa-se que mesmo o Grupo de Familiares tendo como característica ser aberto às entradas e saídas de participantes, seus membros pouco se modificaram no decorrer do período de observação, possibilitando que desenvolvesse as propriedades acima citadas.

Ainda sobre a importância da formação grupal e os resultados encontrados nesta pesquisa, Schmidt e Ostronoff (1999), alegam que o grupo rompe estados de isolamento e ativam laços interpessoais, contribuindo com o sentimento de pertença, enraizamento. A partir deste enraizamento, o dispositivo grupal possibilitou a abertura de um espaço que fosse acolhedor a todas as demandas que poderiam emergir daquelas mães, evidenciado na fala de uma mãe que precisou se ausentar devido à gestação de seu segundo filho:

"Vou sentir saudade de vir encontrar vocês. Aqui eu consegui entender muitas coisas que eu não entendia. Fiz grandes amizades. Deu pra gente rir bastante juntas, mas também conversar sério. Quero voltar logo e encontrar vocês aqui. Não se esqueçam de mim!"

Os grupos aqui trabalhados eram compostos por mães e uma avó, aqui chamada de mãe por assumir as funções de tal familiar, nenhum pai ou avô participava dos encontros. Este fato pode ser explicado pelas mães, culturalmente, serem colocadas como figuras centrais da família e principais provedoras do cuidado ao filho - seja ele deficiente ou não - e o pai como provedor material (Barbosa & Oliveira, 2008; Nobre, Montilha & Temporini, 2008; Pintanel, Gomes & Xavier, 2013). Este achado cultural pode reafirmar o surgimento do estresse e de sentimentos como medo, revolta e angústia, frente toda a complexidade que envolve a deficiência, contribuindo para a necessidade do acompanhamento familiar por profissionais de saúde.

O grupo em terapia ocupacional lança mão da atividade como mediadora das relações e dos objetivos que se pretende alcançar. Suas funções são de comunicar e expressar, indo além da linguagem verbal, possibilitar um espaço de produção significativa, favorecendo a relação entre mundo interno e externo, subjetividade e mundo real (Maximino, 1990). As atividades desenvolvidas dentro dos grupos auxiliaram na compreensão acerca do desenvolvimento da criança com deficiência e as implicações desta deficiência na vida da criança e de sua família.

Os Grupos de Familiares disponíveis na instituição, assim como evidenciado nesta pesquisa, são uma oportunidade de receber e trocar informações a respeito da deficiência, instrumentalizar a família para superar atuais e futuros conflitos internos, sociais, emocionais e estruturais, ser um espaço das mães e para as mães, através de atividades propostas pelas participantes e pela terapeuta coordenadora. Acredita-se que desta forma seja possível abrir um espaço onde as participantes possam, efetivamente, realizar algumas das atividades que lhes fazem falta no dia-a-dia. Como observado por Nobre, Montilha & Temporini (2008), há preferência por atividades artesanais e culturalmente consideradas femininas, como pintura, colagem, bordado, corte e costura, embora houvesse um grande interesse na leitura das frases da Caixa de Frases, elaborada pela terapeuta.

No decorrer dos encontros, os sentimentos pessimistas e atitudes inadequadas, como superproteção, negligência ou infantilização, foram sendo substituídos por verbalizações voltadas às novas formas de lidar com o cuidado e as dificuldades cotidianas. Constantemente, eram compartilhadas estratégias para ultrapassar as barreiras que antes eram vistas como difíceis de serem transpostas, como: de que forma falar sobre sexualidade com o filho deficiente? Como questioná-lo sobre os preconceitos enfrentados cotidianamente? As questões e suas respostas eram feitas pelas próprias participantes sem que, na maioria das vezes, precisasse de intervenções diretas da terapeuta.

Torna-se importante destacar que a formação grupal não anula o cuidado

e o olhar individualizado de cada mãe, filho e família, devendo o terapeuta ocupacional coordenador dos grupos encaminhar aos cuidados específicos de outros profissionais da equipe de saúde, caso se faça necessário. Desta forma, as mães participantes dos Grupos de Familiares também tinham à sua disposição atendimentos em psicologia e assistência social, principalmente, havendo um trabalho multidisciplinar e, por vezes, interdisciplinar que abarcasse o cuidado à família de forma integral.

O ajuste da família às novas situações advindas da deficiência de um ou mais de seus membros é fundamental para o desenvolvimento e bem-estar da criança e da estruturação do núcleo familiar (Miller, 1995; Nobre, 1997; Finnie, 2000; Nobre, Montilha & Temporini, 2008). Desta forma, é essencial o suporte e atenção de profissionais de diferentes campos e núcleos de saberes aptos para lidar com tais conflitos (Pintanel, Gomes & Xavier, 2013).

Araujo & Kebbe (2014), através da realização de grupo de terapia ocupacional formado por familiares de esquizofrênicos, destacaram a importância da formação grupal para que seus participantes conseguissem expressar suas ideias, sentimentos e ações. As atividades gráficas e expressivas, utilizadas como estratégias terapêuticas, mostraram-se como facilitadoras de discussões e relevantes para o compartilhamento de experiências e expressão de sentimentos. Segundo os autores, foi possível observar o que chamaram de: universalidade de problemas, ao evidenciar para os par-

ticipantes que suas vivências eram comuns e não restritas a si próprios e seu familiar com deficiência.

Estudo realizado por Nobre, Montilha & Temporini (2008) nos Grupos de Familiares do mesmo centro de reabilitação, destacam que, naquele ano, as mães ressaltaram que o dispositivo grupal as auxiliava no esclarecimento de dúvidas referentes à deficiência e outras questões trazidas por elas, conhecimento de outros pais que compartilhavam das mesmas vivências, troca de experiências, exposição de sentimentos e aprendizado de formas de lidar com as dificuldades. As mães entrevistadas por Nobre, Montilha & Temporini (2008) referem melhor aceitação dos modos como seus filhos realizam suas atividades cotidianas, após a participação nos Grupos de Familiares.

Cunha & Santos (2009) desenvolveram estudo de revisão de literatura voltada a análise teórica da formação grupal pela terapia ocupacional, especificamente com o público com transtorno psicótico. Evidenciaram como objetivos dos grupos de terapia ocupacional: expressar ideias e sentimentos, oportunizar reflexões, organizar experiências verbais, compartilhar experiências vividas e apreender a relacionar-se com os membros do grupo. Dentre os benefícios identificados destacam-se: o aprendizado e apoio mútuo entre pessoas com demandas semelhantes, desenvolvimento da troca de soluções e estratégias em conjunto, reconstrução de laços afetivos e papéis sociais, diminuição do isolamento e ampliação do repertório de atividades. Os achados dessas autoras

ancoram teoricamente os encontrados no presente estudo, em que o suporte familiar por profissionais, a formação grupal e o amparo entre as participantes levaram a mudanças nas formas de verbalizar os problemas e enfrentá-los no cotidiano.

A apostila no funcionamento desses Grupos se dá e se mantém a partir do instante em que se acredita que a interação entre os participantes, em formação grupal, possibilita a identificação de problemáticas semelhantes e o apoio entre as pessoas que vivenciam realidades próximas, o que favorece a criação de estratégias de enfretamento e a realização de discussões sobre suas influências na vida de seus filhos, seus papéis, suas relações maritais, as barreiras sociais enfrentadas, ganhos e sucessos (Boscolo & Santos, 2005; Barbosa & Oliveira, 2008; Nobre, Montilha & Temporini, 2008; Araujo & Kebbe, 2014).

Conclusão

Cuidar de uma criança com deficiência exige dos familiares disponibilidade em diversos níveis, seja emocional, temporal, organizacional. A dedicação ao cuidado, normalmente realizada por mães, as obriga a revisar, reorganizar e reconstruir suas atividades cotidianas, tornando fundamental a intervenção de profissionais especializados, dentre eles o terapeuta ocupacional, a fim de mediar esse processo.

Como uma possibilidade de atuação terapêutica, tem-se o dispositivo grupal e as atividades terapêuticas nele realizadas. Assim como evidenciado nesta pesquisa, ao descrever os registros dos diários de campo foi possível

identificar que os grupos terapêuticos, a partir da abertura de um espaço de acolhimento e escuta, favoreceram o recebimento e troca de informações a respeito da deficiência, a troca de experiências, expressão de sentimentos, levaram a reflexões, ampliação de conhecimentos, instrumentalização para superar atuais e futuras barreiras, construção de novas formas de lidar com o cuidado e as dificuldades cotidianas, promovendo, em maior instância, a qualidade de vida dos familiares e das crianças envolvidas no processo de habilitação e reabilitação sensorial.

Referências

- Amaral, L. A. (1995). *Conhecendo a deficiência*. São Paulo: Robe Editorial.
- Araujo, A. S., & Kebbe, L. M. (2014). Estudo sobre grupos de terapia ocupacional para cuidadores de familiares de pacientes com esquizofrenia. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, 22(1), 97-108.
- Barbosa, M. A. M., Chaud, M. N., & Gomes, M. M. F. (2008). Vivências de mães com um filho deficiente: um estudo Fenomenológico. *Acta Paul Enferm*, 21(1), 46-52.
- Barbosa, A. J. G., Oliveira, L. D. (2008). Estresse e enfrentamento em pais de pessoas com necessidades especiais. *Psicologia em Pesquisa*, 2(2), 36-50.
- Boscolo, C. C., & Santos, T. M. M. (2005). A deficiência auditiva e a família: sentimentos e expectativas de um grupo de pais de crianças com deficiência da audição. *Distúrbios da Comunicação*, 17(1), 69-75.
- Buscaglia, L. F. (1981). *O papel importantíssimo da família na reabilitação da criança deficiente* (pp. 5-15). Rio de Janeiro: Correio da UNESCO.
- Buscaglia, L. F. (1993). Os deficientes e seus pais: um desafio ao aconselhamento. Rio de Janeiro: Record.
- Costa, M. L. A., & Garcias, G. L. (2003). Dinâmica familiar em situação de filho com necessidades especiais: um estudo comparativo entre deficiência física e mental. *Dissertatio UFPel*, 17(18), 187-207.
- Cunha, A. C. B., & Enumo, S. R. F. (2003). Desenvolvimento da criança com deficiência visual (DV) e interacção mãe-criança: algumas considerações. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 33-46.
- Cunha, A. C. F., & Santos, T. F. (2009). A utilização do grupo como recurso terapêutico no processo da terapia ocupacional com clientes com transtornos psicóticos: aportamentos bibliográficos. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, 17(2), 133-46.
- Figueiredo, M. O., Silva, R. B. P., & Nobre, M. I. R. S. (2009). Diagnóstico de baixa visão em crianças: sentimentos e compreensão de mães. *Arq Bras Oftalmol*, 72(6), 766-70.
- Finnie, N. R. (2000). *O manuseio em casa da criança com paralisia cerebral* (3a ed.). São Paulo: Manole.
- Glat, R. (1996). O papel da família na integração do portador de deficiência. *Rev. Brasileira de Educação Especial*, 4, 111-8.
- Matsukura, T. S., & Fernandes, Q. B. (2006). Famílias de crianças com necessidades especiais: Identificando ações de intervenção e percepções dos profissionais da equipe multiprofissional. Temas sobre desenvolvimento, 15(87-88), 30-4.
- Maximino, V. S. (1990). Atendimento em grupos de terapia ocupacional. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 1(2), 105-19.
- Maximino, V. S. (1995). A constituição de grupos de atividades com pacientes graves. *Revista CETO*, 1(1), 27-32.
- Miller, N. B. (1995). *Ninguém é perfeito: Vivendo e crescendo com crianças que têm necessidades especiais*. Campinas: Papirus.
- Nobre, M. I. R. S. (1997). Atendimento de estimulação em serviço de visão subnor-

- mal: características de usuários, opinião e conduta de mães. Dissertação Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Nobre, M. I. R. S., Montilha, R. C. I., & Temporini, R. C. (2008). Mães de Crianças com Deficiência Visual: percepções, conduta e contribuição do atendimento em grupo. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*, 18(1), 46-52.
- Omote, S. (1980). Reações de mães de deficientes mentais ao reconhecimento da condição dos filhos afetados. Dissertação Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Pintanel, A. C., Gomes, G. C., & Xavier, D. M. (2013). Mães de crianças com deficiência visual: dificuldades e facilidades enfrentadas no cuidado. *Rev Gaúcha Enferm*, 34(2), 86-92.
- Schimidt, M. L. S., & Ostronoff, V. (1999). Oficina de Criatividade: elementos para explicitação de propostas teórico-práticas. In H. T. P. Morato (Org.), *Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa: novos desafios* (cap. 20). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Silva, C. C. B., Ramos, L. Z. (2014). Reações dos familiares frente à descoberta da deficiência dos filhos. *Cad. Ter. Ocup. UFS-Car*, 22(1), 15-23.
- Silva, S. F. (1988). Experiências e necessidades de mães após o diagnóstico da deficiência mental de seu filho. Dissertação Mestrado, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- Telford, C. W., & Sawrey, M. (1978). *O indivíduo excepcional*. Rio de Janeiro: Zahar.

Tecnología en discapacidad: Una aproximación en la terminología¹

Technology in disability: an approach in terminology

Diana Carolina Rincón Martínez²

Johana Paola Ríos Ortegón³

Mónica Romero Espinosa⁴

Recibido: Febrero 20 2014 • Enviado para modificación: Mayo 13 2014 • Aceptado: Junio 20 2014.

Rincón, D.; Ríos J.; Romero M. (2014). Tecnología en discapacidad: Una aproximación en la terminología. *Revista Ocupación Humana*, 14 (1), pp. 29-40.

Resumen: Esta revisión bibliográfica busca reconocer y establecer cuáles son los principales términos utilizados en el área de tecnología en discapacidad y su posible utilidad para el caso colombiano. En primer lugar, se analiza el concepto de tecnología y su evolución histórica en el campo de la rehabilitación-discapacidad; por otro lado, se realiza un recorrido por los conceptos comúnmente usados, los cuales fueron encontrados en diferentes estudios relacionados con la utilización de aparatos o dispositivos de baja complejidad en personas con discapacidad (1995-2013), obteniendo información a partir de las principales revistas científicas de Terapia Ocupacional y Rehabilitación de países como Estados Unidos, Canadá, España, Reino Unido, Colombia, Brasil, entre otros, con el fin de realizar un análisis de esta terminología y las corrientes predominantes (Americana y Europea). Por último, se discute si en Colombia existe un término específico que facilite la comprensión y clasificación de los diferentes aparatos o apoyos tecnológicos en el campo de la discapacidad.

Palabras clave: Tecnología, persona con discapacidad, dispositivos de autoayuda.

Abstract: This article is a bibliographic review that searches to recognize and establish which are the main terms used in the area of technology in disability and its possible utility for the Colombian case. In first place, it is analyzed the concept of technology and its historical evolution in the field of the rehabilitation-disability, in the other hand it is done a tour around the concepts commonly used, which were found in many studios related with the using of apparatus or devices of low complexity in persons with disability (1995-2003) getting information from the main journals of Occupational Therapy and Rehabilitation

¹ Artículo resultado de la investigación que las autoras desarrollan en su proyecto de grado, Guía para la descripción, diseño y elaboración de ayudas técnicas de baja complejidad en la actividad de alimentación, para optar por el título de terapeutas ocupacionales en la Universidad Nacional de Colombia, bajo la dirección de la profesora asociada al Departamento de la Ocupación Humana, Sylvia Cristina Duarte Torres, de la Universidad Nacional de Colombia.

² Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Colombia. dircrinconma@unal.edu.co

³ Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Colombia. jopriosor@unal.edu.co

⁴ Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Colombia. mromeroe@unal.edu.co

of countries as U.S.A, Canada, Spain, United Kingdom, Colombia, Brazil, among others, in order to do an analysis of this terminology and the prevailing currents (American and European). Finally, it is discussed if in Colombia exists a specific term that facilitates the comprehension and classification of the many apparatus or technological supports in the disability field.

Key words: Technology, disabled persons, assistive technology, assistive device, self-help devices.

Introducción

Actualmente la tecnología es una parte esencial de la vida de los seres humanos, al ser utilizada como una herramienta para simplificar el trabajo de las personas en diferentes contextos. Así mismo, existe un área de la tecnología que está pensada a favor de las personas con discapacidad, en la cual, a través de modificaciones, innovaciones o creaciones, se promueve la participación de los usuarios que presentan limitaciones en la ejecución de diferentes actividades. Este desarrollo de la tecnología ha sido conocido desde la prehistoria, hasta el siglo XXI.

Diversas definiciones se han venido configurando a través de los años para comprender el significado del término tecnología, cada una de las cuales aporta nociones que acercan el contenido a una realidad. Según la Real Academia Española (1984), tecnología se define como “el conjunto de conocimientos propios de un oficio mecánico o arte industrial, además de ser el lenguaje propio exclusivo técnico de una ciencia o arte” (p. 1291).

Para el año 2008, la tecnología se concibe como un “conjunto de conocimientos propios de una técnica y un conjunto de instrumentos, procedimientos o recursos técnicos emplea-

dos en un determinado sector o producto” (García, 2008, p. 965); mientras que en el año 2012, se reconoce como una “disciplina científica que estudia la técnica en la aplicación práctica de una ciencia o de una actividad especializada” (Real Academia Nacional de Medicina, 2012, p. 1570).

Para estas definiciones se establece como común denominador, el conocimiento técnico aplicado en diferentes áreas. Tal como afirman Cook & Hussey (2002), ninguna de estas definiciones menciona algo sobre los dispositivos y para tal efecto, se reconocen diferentes términos que se han venido utilizando indistintamente para identificar aquellos productos creados, modificados o innovados para las personas con discapacidad.

En los referentes históricos se reconocen todos aquellos dispositivos creados para facilitar el desempeño ocupacional de personas que presentan o pueden llegar a presentar alguna restricción en la participación. Desde el área de rehabilitación, se habla específicamente de dispositivos diseñados en principio para corregir, suplir funciones, facilitar tareas o mejorar el desempeño.

Durante la prehistoria, se registran algunos hallazgos, los cuales sitúan la

utilización de diferentes dispositivos en personas que lo requerieran. Según Salinas, Lugo & Restrepo (2008), en momias del antiguo Egipto se encontraron órtesis y otros dispositivos para el tratamiento de algunas discapacidades. En el año 4000 a.C. se hallaron aditamentos similares a muletas, y cerca del año 2380 a.C., se reconocen imágenes en las cuales aparece representada una persona que utiliza un bastón con apoyo en la axila (Zambudio, 2009). Para el siglo XVI, el desarrollo de la tecnología en discapacidad se relaciona fuertemente con la rehabilitación física, así como con el diseño y fabricación de órtesis y prótesis.

El desarrollo de la tecnología en discapacidad según Viosca (1999), Humphrey & Holzapfer (2002) (citados por Zambudio, 2009), está relacionado con los grandes acontecimientos bélicos. Por ejemplo, después de la I y II Guerra Mundial se incrementa la investigación y surgen los primeros laboratorios e instituciones destacados en el diseño y la construcción de los diferentes dispositivos ortoprotésicos.

En las últimas décadas, el diseño y la elaboración de productos de ayuda para las personas que presentan algún tipo de limitación en su participación, se ha acogido a los recientes conocimientos de diferentes tecnologías, apropiando la electrónica, la robótica y la domótica. Todas estas, desarrolladas para el mejoramiento del desempeño de las personas, tal como se observa en dispositivos como sillas de ruedas, en las cuales se despliega una gran variedad de alternativas, desde simples componentes mecánicos, hasta complejos circuitos electrónicos

que favorecen la independencia en la movilidad.

Es importante rescatar que “algunas de las disciplinas que han ido conformando grupos multidisciplinarios son: la medicina, la ingeniería, la ortopedia, la biomédica, el diseño, y la arquitectura, entre muchas otras que trabajan conjuntamente en el diseño de ayudas técnicas para ofrecer un alto grado de autonomía” (Sevilla, 2011, p. 29).

El desarrollo tecnológico ha permitido mejorar la calidad de vida de las personas, a partir de la satisfacción de las necesidades que se generan día a día. La tecnología en discapacidad y rehabilitación surge como un área pensada a favor de las personas que presentan alguna restricción en la participación, con el fin de facilitar o mejorar las habilidades requeridas para la ejecución de una actividad cotidiana, favoreciendo así el desempeño en la comunidad.

No obstante, al revisar los principales autores e investigadores relacionados con tecnología en discapacidad, se observa que utilizan distintos términos para referirse a este tipo de tecnología, sin mostrar diferencias claras entre unos y otros o evidenciar la complejidad de la tecnología utilizada.

Por ello, este documento tiene como objetivo presentar una revisión de la literatura de las concepciones planteadas en tecnología en discapacidad durante el periodo comprendido entre 1995 y 2013. Esta revisión, tiene en cuenta diversos autores quienes han publicado sus evidencias en revistas de Terapia Ocupacional y Rehabilitación, con el propósito de proveer conocimiento en el área de tecnología y

Terapia Ocupacional, así como esclarecer la procedencia y definición de los términos utilizados.

Se analizan los diferentes términos para hacer un acercamiento a uno solo, que abarque la función y finalidad de los diferentes dispositivos tecnológicos de baja complejidad usados por las personas con discapacidad. Por último se discute, para el caso colombiano, cómo la aproximación a un término específico facilita la comprensión y clasificación de diferentes aparatos tecnológicos en el campo de la discapacidad.

Método

Se realiza una revisión de textos publicados entre los años 1995 y 2013; se incluyen artículos científicos, trabajos de grado y textos nacionales e internacionales que cumplen con los criterios de búsqueda: textos propios de Terapia Ocupacional, literatura en español, inglés y portugués, ya que en estos idiomas se encuentra la mayor producción científica en Terapia Ocupacional; a partir del uso de términos clave: assistive technology, assistive device, technical aid, assistive aids adaptive equipment.

En una primera fase se realizó un acercamiento a los trabajos de grado de cinco universidades que ofrecen el programa de Terapia Ocupacional en Bogotá y Cali: Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá, Universidad del Rosario, Universidad Manuela Beltrán, Escuela Colombiana de Rehabilitación y Universidad del Valle.

La segunda fase de la búsqueda abarcó revistas de Terapia Ocupacional:

Revista Ocupación Humana, Revisa Chilena de Terapia Ocupacional, Revista Terapia Ocupacional Galicia, Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, The American Journal of Occupational Therapy, Canadian Journal of Occupational Therapy, British Journal of Occupational Therapy, Australian Occupational Therapy Journal, Scandinavian Journal of Occupational Therapy y The Indian Journal of Occupational Therapy.

En la última fase se llevó a cabo la búsqueda en siete bases de datos: Biblioteca Virtual en Salud, Academic Search Complete, Embase, Medline, Normas Técnicas Colombianas, Scielo y Science Direct; y revistas de rehabilitación: Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación; Assistive Technology: The Official Journal; Journal of Rehabilitation, Research & Development y Technology and Disability.

Resultados

Esta revisión arrojo diez términos relacionados con tecnología en discapacidad, específicamente con dispositivos de baja complejidad empleados comúnmente por profesionales del área de la salud, principalmente en Terapia Ocupacional (Tabla 1).

Para el reconocimiento de la terminología se establecen dos corrientes, la americana y la europea, considerando para la primera los países: Canadá, Estados Unidos, Colombia, Chile, Argentina y Brasil, de los cuales se revisaron 20 artículos científicos.

En la segunda corriente se incluye el Reino Unido, España y los Países Es-

Tabla 1. Términos comúnmente usados en tecnología de discapacidad

Términos	Traducción al español	Número de documentos consultados ⁵
Assistive technology	Tecnología de asistencia/tecnología asistida	17
Assistive device	Dispositivo de asistencia /dispositivo asistivo	13
Technical aid	Ayuda técnica	4
Adaptive equipment	Equipamiento adaptado	2
Adaptations	Adaptación	1
Adaptive technology	Tecnología adaptada	1
Assistive aids	Ayudas de asistencia	1
Dispositivos de tecnología en asistencia	Dispositivos de tecnología en asistencia	1
Equipo asistencial	Equipo asistencial	1
Sistemas adaptados	Sistemas adaptados	1

Fuente. Elaboración propia.

candinavos: Noruega, Suecia y Dinamarca; también se consideran India y Australia, pues si bien estos países no pertenecen al continente europeo, presentan similitudes en la utilización de terminología asociada a tecnología en discapacidad. Estos países se escogieron debido al mayor número de publicaciones científicas relacionadas con la temática a tratar; de la región europea se revisaron un total de 23 artículos.

La Figura 1 da cuenta de los términos comúnmente usados en la literatura consultada y los períodos de tiempo en los cuales han sido utilizados. La figura comprende una línea del tiempo desde 1995 a 2013 y dos recuadros, uno de la corriente americana y otro de la europea. En cada uno de ellos pueden apreciarse los principales términos usados: *tecnología de asistencia*, *dispositivos de asistencia* y *ayuda técnica*, los cuales son recurrentes en

las dos corrientes, salvo el término *sistemas adaptados* referido en 1995 por la Disability Discrimination Act, y un término reciente, *dispositivo de tecnología de asistencia*, referido en Colombia por Losada (2007).

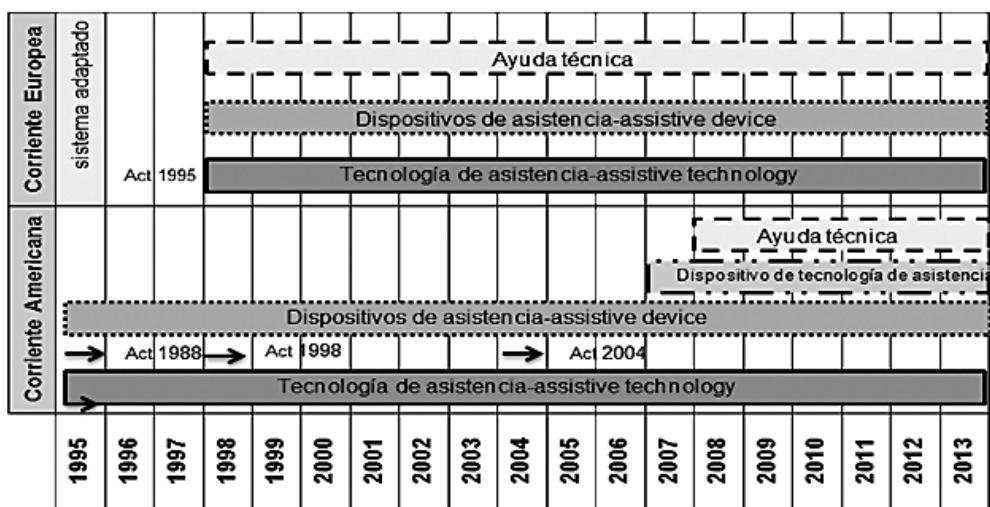
Cabe aclarar que en la figura no se hace distinción de los países que usan cada término y tampoco a qué hacen referencia específicamente. Sin embargo, se presentará una revisión de los conceptos teniendo en cuenta estos parámetros.

Corriente americana

Dentro de esta categoría se evidencia la utilización de diversos términos para dar cuenta del manejo de diferentes dispositivos en personas con algún tipo de discapacidad; se establece en la corriente americana el uso constante del término *tecnología de asistencia* o en inglés *assistive technology* (Buning,

⁵ Corresponde al número de artículos publicados entre 1995 y 2013 en los cuales aparece el término referido.

Figura 1. Utilización de términos de tecnología en discapacidad desde 1995 a 2013



Fuente. Elaboración propia.

Hammel, Schmeler, & Doster, 2004), que antes del año 1995, fue definida en Technology-Related Assistance for Individuals with Disabilities Act of 1988 como “cualquier objeto, pieza de equipo, sistema de productos, ya sea adquirido comercialmente, modificado o personalizado, que se utiliza para aumentar, mantener o mejorar las capacidades funcionales de las personas con discapacidad” (p. 98).

El concepto planteado es recurrente en el ACT-1988, reformada en 1998 y 2004 (Technology - Related Assistance for Individuals with Disabilities Act Amendments, 1998; The Assistive Technology Act, 2004), donde no existe variación alguna en la definición, manteniéndose la generada en 1988 en Estados Unidos.

Es importante explicar que el concepto *assistive technology* lo acogen en países como Canadá, Brasil y Chile, evi-

denciado en autores como Finlayson, Guglielmello & Liefer (2001); Cook & Hussey (2002); Buning, Hammel, Schmeler & Doster (2004); Miller (2006) y Polgar (2006); y que en Brasil, en la Legislación Federal Básica de 2000, se retoma el concepto *tecnología de asistencia* consignado en el ACT-1998, así lo presentan autores como Rocha & Castiglioni (2005); Alburquerque, Cesar Da Cruz, Jesús & Agostini (2010); Cesar Da cruz, Toyoda & Agostini (2012) y Guillaumon, Caires, Cesar Da Cruz & Agostini (2013).

Entre tanto, se destaca la definición que se enuncia en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud - CIF como “cualquier producto, instrumento, equipamiento o tecnología, adaptada especialmente y proyectada para mejorar la funcionalidad de una persona” (OMS, 2001, p.187), retomada de la Clasificación de ayudas técnicas ISO

9999 (segunda edición) que para el caso Colombiano sigue la última actualización (1994), en la cual se usa el término *ayudas técnicas*, aunque en otros países se considere el de *productos de apoyo*.

Estos conceptos se nutren de otras afirmaciones que apoyan la función de la tecnología de asistencia como:

- Una forma de compensación por medio de equipamiento especial y procedimientos modificados a las personas que no tienen la capacidad biomecánica para desempeñar de la manera usual las tareas de la vida cotidiana, de ocio y del trabajo. Se utiliza para salvar la distancia entre las capacidades del sujeto y las exigencias de la tarea (Kielhofner, 2005).
- Incorporar características de accesibilidad como “eludir las barreras ambientales” (Hedrick, Bender, Heinemann, Ruddell, & Reis, 2006, p. 186), maximizar la independencia, mejorar el funcionamiento con el propósito de aumentar, mantener o mejorar las habilidades funcionales y la participación de la actividad de las personas con discapacidades (CAOT Position Statement, 2012).

Por otro lado, se encuentra el concepto *dispositivo de asistencia –assistive device–*, el cual es referido como sinónimo de *tecnología de asistencia* y definido de la misma forma, tal como lo plantean los autores Mann, Hurren & Tomita (1995); Finlayson, Guglielmino & Liefer (2001) y Steggles (2004). Cabe señalar la alusión de Petterson, Appelros & Ahltrom (2007), quienes

refieren que los dispositivos de asistencia son herramientas para vivir que pueden mejorar la calidad de vida y permitir la independencia en el diario vivir de personas con discapacidades.

Corriente europea

En esta región se identifica una gran variedad de términos usados en tecnología en discapacidad: *sistemas adaptados*, *dispositivos de asistencia*, *ayudas tecnológicas*, *equipo adaptado*, *tecnología de asistencia*, *dispositivo de asistencia*, *equipo asistencial*, *adaptaciones*, *ayudas técnicas*, entre otros. En su recorrido histórico, se destaca en Europa un primer momento situado en 1995, cuando se consolida la norma *Disability Discrimination Act*, en la cual se retoma el concepto *sistemas adaptados*, haciendo alusión al impulso para la implementación de los mismos. Otros autores como Hawkins & Stewart (2002), refieren el término *adaptación*, como formas destinadas a mejorar la accesibilidad, específicamente en el ambiente del hogar.

Otro término utilizado es *equipamiento adaptable –adaptive equipment–*, referido en estudios de autores como Brittle, Lett, Littlechild & Sackley (2007) y Wielandt & Strong (2000) como cualquier dispositivo o sistema que permita a un individuo desempeñarse en una tarea; algunos dispositivos incluidos son sillas de ruedas, ayudas para el área de autocuidado, entre otras. Así mismo, autores como Schaik (2000) se refieren a la *tecnología adaptable –adaptive technology–*, como un término amplio que engloba tanto la *tecnología de asistencia* como la *tecnología adaptada*.

Por otro lado, en la región escandinava autores como Klint, Harms-Ringdahl & Seiger (1998) y Shipham & Pitout (2003), retoman conceptos propios de la literatura americana como *dispositivos de asistencia*, refiriéndose a dispositivos disponibles para las personas con limitaciones funcionales o discapacidades, en lugar de cualquier equipo técnico diseñado para la población general (Löfqvist, Nygren, Széman & Iwarsson, 2005).

De igual manera, en artículos publicados en el British Journal of Occupational Therapy se retoma el concepto de *dispositivos de asistencia*, definiéndolos como “piezas portables de equipamiento que pueden ser instaladas o removidas por personal de Terapia Ocupacional con o sin conocimientos técnicos” (Wilson, McCracken & Cummings, 1999, p. 269) y “cualquier equipo de ayuda que permita la participación de las personas con discapacidad en una actividad deseada” (Hawkins & Stewart, 2002, p.81). Entre tanto, Hopkins y Smith (1993, p. 326 citado por Shipham & Pitout, 2003), retoman el concepto del ACT-1988, que define la tecnología de asistencia. A partir de este concepto, se destaca el permitir la independencia de personas con discapacidad o adultos mayores (Percival, 2012).

El siguiente término encontrado en la literatura científica consultada corresponde a *tecnología de asistencia –assistive technology–*, referido por diferentes autores desde 1998 hasta la actualidad como Chamberlain, Evans, Neighbour & Hughes (2001); Goodacre & Turner (2005); Goodacre, McCreadie, Flanagan & Lans-

ley (2008), basados en la Comisión Real de Atención a Largo Plazo (Royal Commission on Long Term Care), la cual define *tecnología de asistencia* como un término general para “cualquier dispositivo o sistema que permite a un individuo realizar una tarea que de otro modo no podría hacer, aumentando la facilidad y la seguridad con la cual puede ser desempeñada” y como “la forma más común de atención a largo plazo a partir de la utilización de algún tipo de equipamiento que no requiera cooperación o coordinación de otros”.

Algunas investigaciones retoman varios conceptos para referirse a los *dispositivos*, tal es el caso de autores como Vincent (2000), quien usa los términos *dispositivos de asistencia y tecnología de asistencia* como sinónimos, y Löfqvist, Nygren, Széman, & Iwarsson (2005), quienes especifican que la legislación utiliza el término *ayudas técnicas*. Sin embargo, se prefiere la utilización de *dispositivo de asistencia*, porque es un término comúnmente usado en Terapia Ocupacional, tal como se observa en la Tabla 1.

Entre tanto, cabe reconocer que entre las definiciones planteadas por los diferentes autores, varían en gran medida los tipos de aparatos tecnológicos a los cuales se hace referencia, empleando el término *dispositivo de asistencia* tanto para adaptaciones al ambiente (Logan et. al., 2009) como en la descripción de algunos tipos de órtesis (Shashidhar & Manora, 2007).

Discusión

Los términos usados con mayor frecuencia por los profesionales de Tera-

pia Ocupacional y de Rehabilitación son en su orden: *tecnología de asistencia/ tecnología asistida –assistive technology–; dispositivo de asistencia/ dispositivo asistivo –assistive device–, y ayuda técnica –technical aid–*; los demás términos identificados obtuvieron frecuencias iguales o menores a dos.

Los dos primeros términos han estado presentes en las dos corrientes, americana y europea, desde los inicios del área de la tecnología pensada para las personas con discapacidad. Para la corriente americana, a partir de la creación y divulgación del Technology - Related Assistance for Individuals with Disabilities Act of 1988 y para la corriente europea, hacia el año 1998. Cabe resaltar que en las dos corrientes, ambos términos han tenido un comportamiento paralelo y una vigencia durante el periodo de estudio (1995 - 2013), lo que apoya lo postulado por autores como Mann, Hurren & Tomita (1995) y Finlayson, Guglielmino & Liefer (2001), quienes consideran que los términos *assistive technology* y *assistive device*, son usados como sinónimos.

Cabe resaltar que aunque el desarrollo tecnológico en discapacidad se dio primero en la corriente americana (1988), el término *technical aid*, es relativamente nuevo en esta literatura, siendo empleado en textos a partir del año 2009; mientras tanto en la corriente europea, este sitúa su origen en el año 1998. Esto se puede relacionar con lo encontrado en la literatura americana, donde el mayor desarrollo tecnológico en el área de la discapacidad se sitúa en la década del 90, mientras se observa una disminución en el número

de investigaciones y publicaciones en el área de rehabilitación física para el siglo XXI. Entre tanto en la región europea, se evidencia una creciente investigación en este campo, apoyada por los diversos términos desarrollados y utilizados por los profesionales de la salud; de igual modo, se observa que los términos europeos están permeando la corriente americana, lo que justifica su aparición reciente en la literatura de esta región.

A partir de la aproximación a la literatura propia de Terapia Ocupacional y Rehabilitación que tiene en cuenta la utilización de dispositivos de baja complejidad, se determina que si bien la terminología empleada para referirse a tecnología en discapacidad difiere según el país, el autor y diferentes aspectos sociopolíticos, en general los vocablos empleados buscan referirse a los dispositivos que facilitan o mejoran las habilidades necesarias para desempeñar una actividad cotidiana. La evidencia muestra que en la corriente americana se han realizado esfuerzos por regular el uso de términos en cuanto a tecnología en discapacidad, esto se refleja en la legislación, donde se consigna la terminología y conceptos que se ratifican en los diferentes documentos de Estado. Aun así, tanto en la corriente europea como en la americana se siguen utilizando indistintamente las expresiones relacionadas con tecnología de baja complejidad, dando prioridad a términos como *assistive device*, *assistive technology* o *technical aid*.

En el caso colombiano, al ser un país suramericano, la literatura referente a tecnología en discapacidad es ob-

tenida principalmente de la corriente americana; ya que la producción bibliográfica contempla aspectos socio demográficos que aplican al contexto del país, en los autores colombianos que se afilian al tema de tecnología es posible observar la tendencia a seguir la terminología propuesta por esta corriente. Esto lo reafirman autores como Sánchez & Laserna (2002); Rincón, Ortiz & Patiño (2005); Cerquera, Parada & Robles (2005); Lizarazo (2012), al referirse a los diferentes aparatos tecnológicos dirigidos a las personas con discapacidad como *dispositivos de tecnología en asistencia*, así mismo autores como Ríos, Laserna, Melo & Vargas (2007), quienes apoyan sus investigaciones en la Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9999-1994 que adopta el término *ayudas técnicas*, definiéndolas como "cualquier producto, instrumento, equipo o sistema técnico utilizado por una persona con limitación, fabricado especialmente o disponible en el mercado, para prevenir, compensar, mitigar o neutralizar la deficiencia, incapacidad o impedimento", siendo este el concepto utilizado con mayor frecuencia en los textos científicos colombianos en el campo de la discapacidad.

Conclusiones

La tecnología en discapacidad ha permitido facilitar el desempeño ocupacional de personas que presentan alguna restricción en la participación; se habla específicamente de dispositivos diseñados en principio para corregir, suplir funciones, facilitar tareas o mejorar el desempeño (área de rehabilitación). La misma, ha ido evolucionando de acuerdo a las necesidades

de las personas, apropiándose a su vez del desarrollo y el avance científico, lo que ha permitido hacer más sofisticados diversos aparatos, para así satisfacer las metas de independencia, autonomía y calidad de vida.

Por esta razón, en el contexto de la rehabilitación y la tecnología, se vio la necesidad de darle un nombre propio a todos aquellos dispositivos diseñados o adaptados a favor de las personas con discapacidad. De acuerdo a esto, se han dispuesto legislaciones en las cuales se reivindica la importancia de utilizar dispositivos que favorezcan el desempeño de aquellas personas que presentan una limitación para interactuar con el ambiente. Sin embargo, la literatura científica de los últimos 18 años muestra que si bien la terminología empleada para referirse a tecnología en discapacidad difiere según el país, el autor y diferentes aspectos sociopolíticos, siempre llega a un punto en común, que es facilitar el desempeño ocupacional.

Lo anteriormente expuesto, deja en evidencia la necesidad de generar reglamentaciones o disposiciones que contemplen una terminología uniforme donde se describan claramente los términos asociados a la tecnología, para facilitar así la comprensión por parte de los profesionales y la comunidad en general respecto al tema, además de permitir la interpretación similar de conceptos por parte de todos los actores relacionados con la tecnología en discapacidad y de esta manera, orientar hacia las mismas metas la investigación, las políticas, la participación social y demás ámbitos en los que ésta esté inmersa.

Referencias

- Alburquerque, A., Cezar Da Cruz, D., Jesús, A. & Agostini, R. (2010). Tecnología asistida en Brasil: reflexiones. TOG (A Coruña) revista internet. 7 (12). Disponible en: <http://www.revistatog.com/num12/pdfs/original5.pdf>.
- Brittle, N., Lett, K., Littlechild, R. & Sackley, C. (2007). The Disability Profile of Adults who Receive Adaptive Equipment from Local Authority Occupational Therapy Services. British Journal of Occupational Therapy. 70 (11), 479-482.
- Buning, M., Hammel, J., Schmeler, M. & Doster, S. (2004). Assistive Technology within Occupational Therapy Practice (2004). The American Journal of Occupational Therapy. 58 (6), 678-680.
- CAOT. Position statement. Assistive technology and Occupational Therapy. (2012) Canadian Journal of occupational therapy.
- Cerquera, C.; Parada, A.; & Robles, M. (2005). Base de datos en dispositivos de Tecnología de Asistencia para alimentación disponibles en Bogotá. Tesis de pregrado. Universidad Manuela Beltrán. Colombia. Disponible en: http://unicornio.umb.edu.co/tesis_terocup/2005/1105%20C416.pdf
- Chamberlain, E., Evans, N., Neighbour, K & Hughes, J. (2001). Equipment: is it the answer? An audit of equipment provision. British Journal of Occupational Therapy. 64(12), 595-600.
- Cook, A. & Hussey, S. (2002). Assistive technologies. Principles and practice. Estados Unidos: Mosbt, Inc.
- Da Cruz, D., Toyoda, C. & Agostini, R. (2012) Revisión de literatura sobre adaptación de bajo costo para el desempeño de actividades de la vida diaria. TOG (A Coruña) revista en internet. 9 (15). Disponible en: <http://www.revistatog.com/num15/pdfs/original6.pdf>.
- Finlayson, M., Guglielmello, L. & Liefer, K. (2001). Describing and Predicting the Possession of Assistive Devices among Persons with Multiple Sclerosis. American Journal of Occupational Therapy. 55 (5), 545-551.
- García, T. (2008). El pequeño Larousse ilustrado. México: Ediciones Larousse S.A.
- Goodacre, K., McCreadie, C., Flanagan S. & Lansley, P. (2008) Enabling Older People to Stay at Home: the Costs of Substituting and Supplementing Care with Assistive Technology. British Journal of Occupational Therapy. 71 (4), 130-140.
- Goodacre, L. & Turner, G. (2005). An Investigation of the Effectiveness of the Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology via a Postal Survey. British Journal of Occupational Therapy. 68 (2), 93-96.
- Guillaumon, M., Caires, D., Cezar Da cruz, D & Agostini, R. (2013) Catálogos de productos de tecnología asistiva para adaptaciones de la vida diaria: utilización de los terapeutas ocupacionales. TOG (A Coruña) revista en internet. 10 (17). Disponible en: <http://www.revistatog.com/num17/pdfs/original18.pdf>
- Hawkins, R. & Stewart, S. (2002). Changing Rooms: The impact of adaptations on the meaning of home for a disabled person and the role of Occupational Therapists in the process. British Journal of Occupational Therapy. 65 (2), 81-87.
- Hedrick, B., Bender, T., Heinemann, A., Ruddell, J. & Reis, J. (2006). Employment issues and assistive technology use for persons with spinal cord injury. Journal of Rehabilitation Research & Development [Versión electrónica]. 43 (2). Disponible en: <http://www.rehab.research.va.gov/jour/06/43/2/pdf/Hedrick.pdf>
- Hopkins & Smith (1993). En Shipham, M. & Pitout, B (2003) Rheumatoid arthritis: hand function, activities of daily living, grip strength and essential assistive devices. Curationis, 98-105.
- Humphrey & Holzapfer (2002) En Zambudio, R. (2009). Prótesis, órtesis y ayudas técnicas. Barcelona: Elsevier Masson.

- Kielhofner, G. (2005). Conceptual Foundations of Occupational Therapy (3.^a Ed). Pp.6-74. Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Klint, C., Harms-Ringdahl, K. & Seiger, A. (1998). Lift/transfer and technical aids for persons with severe acquired brain injury. *Scand J Caring Sci.* 12, 154-159.
- Lizarazo, D. (2012). Dispositivos de tecnología de asistencia para el cuidado y protección personal que existen a nivel distrital para facilitar el desempeño ocupacional de personas que presentan parálisis generadas por el plexo braquial. (Tesis de grado). Terapia ocupacional. Universidad Manuela Beltrán. Colombia.
- Löfqvist, C., Nygren, C., Széman, Z. & Iwansson, S. (2005). Assistive devices among very old people in five European countries. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy.* 12,181 -192.
- Logan, P., Murphy, A., Drummond, A., Bailey, S., Radford, K., Gladman, J. ,Conroy, S. (2007). An Investigation of the Number and Cost of Assistive Devices used by Older People who had fallen and Called a 999 Ambulance. *British Journal of Occupational Therapy.* 70 (11), 475-478.
- Losada, A. (2007). Dispositivos de tecnología de asistencia para alimentación. TOG (A Coruña) [revista en Internet] (5). Disponible en: <http://www.revistatog.com/num5/pdfs/ORIGINAL3.pdf>
- Mann, W., Hurren, D. & Tomita, M. (1995). Assistive Devices Used by Home-Based Elderly Persons with Arthritis. *The American Journal of Occupational Therapy.* 49 (8), 810-820.
- Miller, J. (2006). Assistive technology as an enabler to occupation: what's old is new again. *Canadian Journal of Occupational Therapy.* 73 (4), 199-204.
- Norma Técnica Colombiana- ISO 9999-1994 (1994). Ayudas técnicas para personas con limitación- Clasificación. Bogotá, Colombia: ICONTEC.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Disponible en: <http://www.conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/Clasificacion-CIF.pdf>
- Parliament of the United Kingdom. (1995). Disability Discrimination Act 1995. Disponible en: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1995/50/contents>
- Percival, J. (2012). Introducing daily living products to older people with sight loss: practice implication of an innovate demonstration programme. *British Journal of Occupational Therapy.* [Versión electrónica]. 75(12), 570-573. Disponible en: <http://www.ingentaconnect.com/search/article?option1=tka&value1=british+journal+occupational+therapy&pageSize=10&index=1>

Guía abreviada para autores

Antes de enviar un artículo a la Revista Ocupación Humana, los autores deben asegurarse de haber leído la "Guía de Autores" completa, disponible en la página <http://www.tocolombia.org/revistaoh/>. Los artículos o documentos deben enviarse al correo electrónico editorial@tocolombia.org, adjuntando la carta remisoria con los nombres y firmas del autor o autores, especificando sus correspondientes datos de identificación (nombre, dirección, dirección electrónica y teléfonos). Se anexará además una carta con la certificación de responsabilidad del (los) autor(es), la cesión de los derechos de publicación y la declaración de conflictos de interés. Una vez recibido el artículo y tras la verificación del cumplimiento de los requisitos, la Editora hace su presentación ante los Comités Editorial y Científico, quienes evalúan su mérito científico. Posteriormente el artículo será sometido a evaluación por pares, quienes revisarán y aprobarán su contenido y podrán realizar observaciones sobre el mismo.

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

Los textos presentados reunirán las siguientes características: Elaboración en tamaño carta, letra Arial, tamaño 12, interlineado 1.15, y referencias bibliográficas en letra tamaño 10. La extensión máxima será de 15 páginas, las cuales deben ir numeradas. Debe incluirse un resumen en español e inglés, entre 150 y 200 palabras, con sus respectivas palabras clave (máximo cinco) de acuerdo al índice de Tesoro de la Unesco, los Descriptores en Ciencias de la Salud DeCS y MeSH. Es responsabilidad de los autores asegurar la calidad de la traducción presentada.

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 enviados en archivos separados del texto, en formato Word para Windows; deben ser legibles, presentados en blanco y negro o en escala de grises. Se deben seguir las

normas de la American Psychological Association (APA), en su última versión publicada.

Las referencias bibliográficas 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:

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

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

Suscripción a la Revista

Los profesionales y estudiantes colegiados reciben en su dirección de correspondencia en Colombia y sin costo alguno, los dos números anuales de la Revista.

Para los interesados no colegiados los costos son:

- Valor unitario: \$20.000
- Suscripción anual para residentes en Colombia (dos números + gastos de envío a nivel nacional): \$50.000.
- Suscripción anual para residentes fuera del país: \$50.000 + gastos de envío (tarifa vigente al momento del envío).

Para suscribirse a la Revista Ocupación Humana diligencie el formato y envíelo por correo postal a la Cra. 9B # 117 A 15, Bogotá - Colombia, o escaneado al correo electrónico editorial@tocolombia.org

Formato de suscripción:

Nombre	<input type="text"/> Nombre(s)	<input type="text"/> Apellido(s)
Documento de identidad	<input type="text"/> Tipo	<input type="text"/> Número
Correo Electrónico	<input type="text"/>	
Teléfono fijo	<input type="text"/> Código de área	<input type="text"/> Número
Celular	<input type="text"/> Código de área	<input type="text"/> Número
Dirección de correspondencia	<input type="text"/>	
	<input type="text"/> Ciudad/Municipio/Estado	<input type="text"/> País



**Centro Día de atención terapéutica,
Especializado en la atención a personas
Mayores con trastornos cognitivos alteración
de memoria y/o enfermedades demenciales.**



Contamos con un grupo de Profesionales con amplia experiencia, dispuestos a brindarles un servicio cálido eficiente e integral.

- Terapia Ocupacional
- Fonoaudiología
- Fisioterapia
- Musicoterapia
- Capacitación al grupo Familiar
- Reminiscencia musical
- Terapia de Reminiscencia
- Salidas socioculturales
- Artes y manualidades
- Material tecnológico de estimulación cognitiva

CARRERA 72 C No 23 D 22 Barrio Modelia
295 06 87 - 810 36 18
www.trasmnesis.com
trasmnesis@gmail.com

**El mejor servicio
a domicilio con
Amor y Calidad**



- ✓ Terapia Respiratoria
- ✓ Terapia Física
- ✓ Terapia Ocupacional
- ✓ Terapia de Lenguaje
- ✓ Terapia de Relajación
- ✓ Oxímetria



2555784 - 2487695
311 2594432 - 311 2420335
info@encasassalud.com
www.encasasalud.com

"TRABAJAMOS CON SERES HUMANOS PARA EL SERVICIO
DE SERES HUMANOS"

PROGRAMAS PROFESIONALES



Fisioterapia
Código SNIES 3789

Fonoaudiología
Código SNIES 3788

Terapia Ocupacional
Código SNIES 3790

Además de un variado y actualizado portafolio
de diplomados, cursos y talleres.

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA

ECR 
ESCUELA COLOMBIANA DE REHABILITACIÓN

POSGRADOS

Especialización en Audiología
Código SNIES 3789

Especialización en Ergonomía
Código SNIES 3789

**Especialización en Fisioterapia en
Neurorehabilitación**

Ser

Parte, es muy fácil:

- Afíliese o renueve su afiliación
- Suscríbase a nuestra Revista
- Avalé su evento académico
- Participe en nuestros eventos y jornadas de actualización

Informes:

www.tocolombia.org info@tocolombia.org
facebook.com/ColegioColombiano.TerapiaOcupacional



Colegio Colombiano de
Terapia Ocupacional

Miembro de la World Federation of Occupational Therapists (WFO)

Miembro de la Confederación Latinoamericana de Terapeutas Ocupacionales (CLATO)

Convocatoria a envío de artículos para el
Vol. 14 No. 2 de 2014

Fecha límite
Agosto 15 de 2014

Seguimos firmes en nuestros propósitos de consolidarnos nuevamente como referente de la Terapia Ocupacional latinoamericana, contribuir al avance del conocimiento y lograr la indexación.

Invitamos a terapeutas ocupacionales profesionales y en formación, así como a otros profesionales interesados en el campo de conocimiento de la Ocupación Humana y sus relaciones con la discapacidad, el desarrollo humano, la rehabilitación y la salud, a postular sus artículos derivados de investigaciones terminadas o en proceso, experiencias profesionales, estudios de caso, revisiones temáticas, entre otros documentos.

La **Guía de autores** está disponible en:
www.tocolombia.org/revista-oh/

Lea detenidamente los requisitos de postulación y prepare sus escritos de acuerdo a las especificaciones que allí se indican.



Colegio Colombiano de
Terapia Ocupacional

Entregando lo mejor de los colombianos



Línea de atención al Cliente Nacional: **01 8000 111 210**

Línea de atención al Cliente Bogotá: **(57-1) 4199299**

➤ www.4-72.com.co