

Vol. 16 (1) Junio de 2017

ISSN 1692-1879

EDITORA

Gloria Isabel Bermudez J.

COMITÉ EDITORIAL

**Gloria Isabel Bermúdez MSc.**  
**María Fernanda Lara PhD.**  
**Marco Antonio Morales PhD.**  
**Daniel Catalán-Matamoros PhD**

**Escuela Colombiana de Rehabilitación**  
**Universidad Nacional de Colombia**  
**Universidad de San Buenaventura**  
**Universidad de Almería**

COMITÉ CIENTIFICO

Alfredo Ardila PhD.  
Fernando Cárdenas PhD.  
María Adelaida Restrepo PhD.  
Fabricio Balcázar PhD.  
Liliana Isabel Neira MSc.

Memorial Regional Hospital  
Universidad de Los Andes  
Arizona State University  
University of Illinois at Chicago  
Universidad Nacional de Colombia

ARBITROS

Yenny Rodríguez Hernandez  
Eliana Isabel Parra Esquivel PhD  
Martha Peña Sánchez MSc  
Mariluz Camargo Mendoza PhD  
Adriana Marcela Rojas Gil MSc.  
Diana Carolina Benjumea MSc.  
Ovidio Rincón Becerra MSc.  
William Germán Barón MSc.  
Mónica Yamile Pinzón MSc.  
Carlos Alberto Pérez Gómez MSc.  
Karol Susana Velasco MSc  
María Constanza Segura MSc.  
Eulalia María Amador MSc.  
Liliana Roza MSc.  
Leonardo Enrique Olate MSc  
María del Carmen Botero  
Franci Esmít Aroca MSc.  
Esther Cecilia Wilches Esp.  
Wilder Andrés Villamil MSc.  
Diana Rocío Vargas MSc.  
Mayra Zuley Martínez Esp.  
Angela Carolina Zambrano Esp.

Corporación Universitaria Iberoamericana  
Universidad Nacional de Colombia  
Escuela Colombiana de Rehabilitación  
Universidad Nacional de Colombia  
Fundación Universitaria María Cano  
Escuela Colombiana de Rehabilitación  
Pontificia Universidad Javeriana  
Pontificia Universidad Javeriana - Instituto de Salud Pública - ISP  
Universidad Autónoma de Manizales  
Escuela Colombiana de Rehabilitación  
Universidad Santiago de Cali  
Escuela Colombiana de Rehabilitación  
Universidad Libre Seccional Barranquilla  
Universidad Andrés Bello, Santiago de Chile  
Universidad Andrés Bello, Santiago de Chile  
Escuela Colombiana de Rehabilitación  
Centro día para el desarrollo de la Memoria y la cognición.  
Universidad del Valle  
Escuela Colombiana de Rehabilitación  
Escuela Colombiana de Rehabilitación  
Arcángeles Fundación para la Rehabilitación integral  
Escuela Colombiana de Rehabilitación



## Contenido

<b>Editorial</b> 15 años de la Revista Colombiana de Rehabilitación	3
<b>Programa de intervención para mejorar la dislalia</b> <i>Intervention program to improve dyslalia functional in school</i>  María Isabel Montenegro Muñoz, Oscar Iván Campo Salazar	6
<b>Habilidades de procedimiento que influyen en la adquisición de hábitos</b> <i>Procedural skills that affect habits and routines of daily activities</i>  María Helena Rubio-Grillo	16
<b>Actitudes de jóvenes sordos de básica secundaria hacia el proceso de escritura</b> <i>Attitudes of deaf young of high school towards the writing process</i>  Leyla Esther Utria Machado	24
<b>Repercusiones sociales de la disfagia: Revisión Sistemática</b> <i>Social impact of dysphagia: a Systematic Review</i>  Miguel Antonio Vargas García	32
<b>Importancia del proceso de evaluación fisioterapéutica en neurorehabilitación</b> <i>The importance of the physical therapy assessment process in neurorehabilitation</i>  Liliana Maya Hijuelos	40
<b>Resúmenes IX Congreso internacional Rompiendo Límites : construyendo capacidades para el buen vivir V Encuentro la ECR investiga</b>	51



## 15 AÑOS DE LA REVISTA COLOMBIANA DE REHABILITACIÓN

La difusión del conocimiento científico no es una empresa fácil y en estos 15 años los retos han variado. La Revista Colombiana de Rehabilitación ha evolucionado adaptándose a las nuevas tecnologías, llegando a más lugares en el mundo y analizando en nuestro idioma las realidades de nuestros contextos, todo lo cual no se refleja en los índices bibliográficos citacionales. Rehabilitación, salud, educación e inclusión, son palabras clave a menudo lejanas en las agendas de nuestros gobiernos.

Desde el Comité Editorial la experiencia incluye el crecimiento profesional, la admiración hacia el trabajo, la creatividad de colegas y la observación de transformaciones en los estudiantes. El reconocimiento a multiplicadores de conocimiento que nos remite entrañablemente a nuestros maestros, a ese conocimiento difícil de obtener, a las revistas que llegaban de fuera dos meses después de su publicación, a los libros importados y exclusivos, y a los documentos nacionales producidos con altos esfuerzos personales. Fueron épocas de un conocimiento cristalizado, restringido y empírico.

Mucho han cambiado las universidades con respecto a hace quince años. Ha aumentado la demanda de formación superior, se ha internacionalizado la investigación, las universidades cooperan con la industria, se multiplican los lugares de producción de conocimientos, las barreras disciplinares se difuminan y se considera la formación como un aspecto clave a lo largo del ciclo vital. La práctica basada en la evidencia nos enseñó que la experiencia era una condición necesaria mas no suficiente. La combinación de esta y del análisis cuidadoso de los estudios, nos transformó en científicos clínicos, y acercó esa realidad del conocimiento distante de la práctica a una herramienta absolutamente indispensable.

En estos 15 años también nos hemos familiarizado con los sistemas de clasificación, índices bibliográficos, el Science Citation Index, Scopus, Índice H y otros términos que nos evalúan, nos retan y muchas veces nos frustran. De hecho, la comunicación científica es un curso intensivo de cómo obtener una alta tolerancia a la frustración, mejorar la persistencia e innovar para obtener resultados. Estos factores son característicos y comunes entre los profesionales que trabajamos en rehabilitación y las personas que constituyen nuestro objeto de estudio. En temas como los nuestros, la rehabilitación y la inclusión que incluyen temas locales, estos criterios podrían considerarse como de “difícil y cuestionable validez” tal y como lo analiza el libro blanco de la investigación en humanidades publicado en 2006.

Estos patrones estandarizados han sido definidos para establecer y medir los criterios de calidad, que incluyen la calidad editorial y de los contenidos, la capacidad de atracción e interés, la calidad de la difusión, visibilidad y accesibilidad, la presencia en bases de datos y la calidad de la repercusión. En este sentido, Colciencias en 2016 presenta la Política Nacional para mejorar el impacto de las publicaciones científicas nacionales. En su diagnóstico se realiza un llamado hacia la renovación, reorganización e innovación. Son muchas las barreras que las publicaciones colombianas debemos superar: mantener la regularidad de la publicación, el control científico de los contenidos y el uso del inglés.

Al margen de esta discusión, el seguimiento de esta política nos impone una tarea titánica llena de retos. Algunos dirigidos a los profesionales de la Rehabilitación para que constituyan un nicho y prefieran publicar en esta Revista y no en otras con temas afines. Otros dirigidos a nuestros colegios profesionales y asociaciones para trabajar en que se incluya la investigación en las políticas públicas, dándole un lugar de importancia en la agenda política, más allá del slogan y pasar a acciones presupuestales que lo garanticen.

A las universidades nos obliga a mejorar la calidad de la formación en investigación desde el pregrado, a generar maestrías con énfasis investigativos, facilitar la movilidad de estudiantes e investigadores, establecer prioridades y agendas de investigación, invertir en laboratorios y pensar en una sociedad cambiante en la que el país en el postconflicto espera de nosotros respuestas claras, directas y efectivas en el tema de la reintegración y la generación de tejido social en el marco de la reconciliación. Una economía basada en el conocimiento y la innovación favorece la cohesión social y territorial, mundo cambiante y competitivo que nos exige renovación, reorganización e innovación.

Los invitamos a motivarse, a dedicar tiempo y conocimientos en la escritura de artículos originales, con metodologías adecuadas y reflexiones interesantes. A vincular diferentes generaciones en sus artículos. A generar una cultura de la publicación desde el pregrado. Decía la profesora Clemencia Cuervo que escribir es vestir de lenguaje las ideas, vistan sus ideas con la última moda.

Las revistas requieren coherencia, sistematicidad y apoyo. La Escuela Colombiana de Rehabilitación ha contribuido a ello mediante la difusión del conocimiento en torno a temáticas en salud, rehabilitación, discapacidad e inclusión. La Revista Colombiana de Rehabilitación ha servido como una plataforma de cohesión de los esfuerzos de los investigadores. Todos agradecemos este esfuerzo invaluable y respondemos al “pensando en el futuro”. Futuro que nos presenta retos importantes: lograr que el conocimiento favorezca el crecimiento sostenible mediante la investigación, la innovación y la creatividad. Felicidades a la ECR y a su revista. Agradecemos como Comité Editorial su voto de confianza.

María Fernanda Lara  
Miembro Comité Editorial

## REFERENCIAS

Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (2006). Libro blanco





Marinela Álvarez Borrero.  
Fonoaudióloga, Magister en Educación.  
Docente Universidad de Sucre.  
Carrera 22E # 33 – 202 Urbanización Buenos Aires.  
Sincelejo – Sucre - Colombia  
marinela.alvarez@unisucree.edu.co

Katía Zambrano Ruiz  
Fonoaudióloga, Magister en patología del lenguaje y el habla.  
Maestrante en neuropsicología y educación.  
Docente Universidad de Sucre.  
Carrera 11 # 12 - 69 Barrio la Esmeralda.  
Sincelejo – Sucre – Colombia.  
katia.zambrano@unisucree.edu.co

“programa Arte y Talentos Especiales”  
Academia de Artes Guerrero

# PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA DISLALIA FUNCIONAL EN ESCOLARES

## intervention program to improve dyslalia functional in school

*Fecha de recepción: 31 de agosto de 2016 - Fecha de aprobación: 22 de marzo de 2017*

### RESUMEN

El objetivo de la investigación estuvo encaminado a determinar el efecto de un programa de intervención en los procesos articulatorios funcionales en escolares de 6 a 8 años. La metodología se enmarcó bajo un tipo de estudio cuasi experimental con pre y post-prueba, a una población de 24 escolares con dislalia funcional, seleccionados a través de un muestreo aleatorio simple; 12 conformaron el grupo experimental y 12 el grupo control, con una edad media de 6 años 6 meses. Se implementó el programa de intervención al grupo experimental basado en el modelo fonético durante tres meses luego de lo cual se aplicó la postprueba. Los datos obtenidos se procesaron mediante SPSS versión 15.0., la asociación entre variables se constató con pruebas no paramétricas, chi-cuadrado para variables cualitativas, prueba de los signos para dos muestras relacionadas y Kolmogorov-Smirnov para dos muestras independientes con una significancia de probabilidad  $<.05$ . Los hallazgos evidencian mejoría en el grupo intervenido, pues las derivaciones mostraron que existe significación bilateral en el grupo experimental, en la pre y postprueba, pues los niños del grupo experimental superaron los errores articulatorios. Existe diferencia entre las muestras, por consiguiente se hallaron asociaciones altamente significativas entre el grupo control y grupo experimental en la postprueba, al igual relación recíproca, entre la funcionalidad lingual y el tipo de dislalia funcional. Se concluye que con la implementación del programa de intervención los errores articulatorios disminuyen.

### PALABRAS CLAVE

Habla, dislalia, dislalia funcional, Intervención fonoaudiológica.

### ABSTRACT

The objective of the research was to determine the effect of an intervention program on functional articulatory processes in schoolchildren aged 6 to 8 years. The methodology was framed under a quasi-experimental type with pre and posttest, to a population of 24 students with functional dyslalia, selected through a simple random sampling; 12 formed the experimental group and the remaining 12 were in the control group with a mean age of 6 years 6 months. The intervention program was implemented to the experimental group based on the phonetic model for three months and after the end of the treatment the posttest was applied. The data obtained were tabulated with the SPSS software version 15.0., The association among variables was verified with non-parametric tests; For the qualitative the chi-square test, for two related samples test of the signs and for two independent samples the Kolmogorov-Smirnov test, with a probability significance of  $<.05$ . The findings showed an improvement in the intervention group, since the leads showed bilateral significance in the experimental group, in the pre and posttest, as the children in the experimental group overcame the articulatory errors. There was a difference between the samples; therefore, there were highly significant associations between the control group and the experimental group in the posttest, as well as the reciprocal relationship between the lingual functionality and the type of functional dyslalia. We conclude that with the implementation of the intervention program the articulatory errors decrease.

### KEY WORDS

Speech, dislalia, functional dislalia, speech therapy intervention.

## INTRODUCCIÓN

El habla es un hecho netamente individual del lenguaje, por lo tanto no es homogéneo sino cambiante, circunstancial, siendo además, un objeto concreto de orden físico y fisiológico, por ser que en ella intervienen órganos auditivos y articulatorios (Aules-tia, 2012). De allí que el habla se considere como una facultad propia e innata del ser humano, que se adquiere de forma integrada con el desarrollo físico, fisiológico y lingüístico; el cual se perfecciona en la medida que el contexto se lo permita. Correderas (1982) refiere que cuando el niño está adquiriendo el lenguaje, no habla correctamente porque no sabe cómo ni donde tiene que colocar los órganos de la articulación, qué esfuerzo debe realizar, ni es capaz de medir el gasto de su corriente aérea. Es por ello, que el habla aparece como un proceso evolutivo de modificación, en el cual algunos patrones se diferencian a partir de pre existentes y se integran a patrones nuevos (Ygual y Cervera, 2016).

Para el desarrollo normal del habla, debe existir una correcta maduración de los órganos fonoarticuladores, que se da gracias a los procesos estomatognáticos de succión, masticación y deglución, logrando que los grupos musculares adquieran mayor tonicidad, fuerza y agilidad; con el fin, de preparar a la musculatura bucofonatoria y así favorecer el desarrollo de movimientos finos y precisos dando lugar a la correcta articulación de los fonemas. De hecho, Ygual y Cervera (2016) refieren que los sonidos del habla son praxias fonoarticulatorias, por lo tanto pronunciar implica un dominio práxico.

Por consiguiente, para lograr una correcta articulación del habla, los elementos necesarios para su obtención serán una indemnidad anatómica faringobucal, una praxia lingual correcta a la vez que una conformación auditiva correcta (González, 2003). Así mismo, se podrá conseguir un buen sonido, en la medida que el articulador activo se mueva en la dirección correcta hacia el articulador pasivo, a una velocidad adecuada, haciendo la cantidad justa de contacto superficial y realizándolo con una exacta precisión (Crystal, 1983).

Pues bien, cuando existe torpeza en la coordinación motriz de los órganos articulatorios, en el niño no se han fortalecido sus praxias bucofonatorias, como consecuencia se mostrará una musculatura inmadura, con poca resistencia, y escasa movilidad y/o limitación de movimientos debido a la incoordinación que presentan estas estructuras, ocasionando así alteraciones en la producción fonemática, es decir dislalia.

La dislalia es conceptualizada por Pascual (1984) como un trastorno en la articulación de los fonemas, bien por ausencia o alteración de algunos sonidos concretos, o por la sustitución de éstos por otros de forma impropia. Actualmente, es considerada como la dificultad para pronunciar o formar correctamente ciertos fonemas o grupos de fonemas que pueden hacer que el habla del niño sea ininteligible (Namasivayam et al., 2013). De allí, que las alteraciones articulatorias se presenten con mayor frecuencia en escolares, incluso, si se pregunta a cualquier profesor/a por los problemas de lenguaje de sus alumnos/as, en un gran porcentaje nos proponen los errores articulatorios como los primeros y muchas veces los únicos (Gallardo y Gallego, 1995). De hecho, Del Río y Bosch (citado por Moreno, Suárez y Martínez, 2003) piensan que los trastornos de la articulación son el grupo de alteraciones del lenguaje oral más co-

munes en el entorno escolar. Por consiguiente, el ambiente escolar es un medio que posibilita la identificación de alteraciones articulatorias a través de los docentes.

Ahora bien, se señala que existen diversas causas que pueden generar los trastornos articulatorios, dentro de los cuales se encuentran las dislalias de origen funcional descritas por Pascual (1984) como un defecto en la articulación por una función anómala de los órganos periféricos sin que existan trastornos o modificaciones orgánicas en el sujeto, sino tan solo una incapacidad funcional.

Existen estudios que demuestran la prevalencia de la dislalia funcional, como el trastorno del habla de mayor frecuencia. Ta-boada, Torres, Cazares y Orozco (2011) refieren que el trastorno del habla frecuente entre los escolares lo constituyen las alteraciones en la pronunciación conocidas como dislalias. Es entonces oportuno plantear la rehabilitación, pues la no ejecución de un tratamiento fonoaudiológico a temprana edad repercutirá en el proceso comunicativo, las interacciones diarias y ocasionalmente en la personalidad y la conducta del estudiante, pues quien padece y es consciente de la alteración, sentirá la necesidad de inhibir palabras que reflejen su dificultad o bajar la intensidad de su voz e incluso llegar a comunicarse con menor frecuencia. En otras palabras, los niños con dislalia infantil tienen dificultades para relacionarse con los demás, se muestran inhibidos, son más propensos a perder el control emocional y manifiestan una ansiedad, tensión e inseguridad (Moreno y Mateos, 2005).

Es pues de gran importancia entender cómo se trabajan las bases funcionales de la articulación y conocer la labor que realiza el fonoaudiólogo al tratar el trastorno articulatorio desde un enfoque pluridimensional, pues plantea su tratamiento habitualmente trabajando la respiración, el soplo, la discriminación auditiva, las praxias articulatorias y su integración al lenguaje espontáneo, repetido e inducido (Gallardo y Gallego, 2003). Sin embargo, existen otros enfoques terapéuticos que se concentran en trabajar exclusivamente las praxias bucofonatorias, entendidas como la realización de movimientos programados y organizados de forma intencional y coordinada que favorecen la producción de fonemas y palabras (Schrager y O' Donnell, 2001), autores como Dodd (2014) afirman que son la mejor terapia posible para los trastornos articulatorios. El quehacer del fonoaudiólogo en su cotidianidad implementa y aplica estrategias de intervención, en busca de investigar las diferentes alternativas de rehabilitación de las dislalias teniendo en cuenta las características particulares del paciente y de los grupos poblacionales.

Gallego (2015) evaluó los efectos de una intervención para prevenir trastornos en la articulación infantil, aplicando un diseño cuasi experimental con medidas pretest y posttest en 32 niños, los resultados mostraron que los niños que participaron en el programa habilitaron su articulación, después de implementado el programa, demostrando la efectividad del mismo para satisfacer los problemas articulatorios a temprana edad.

Andrade, Pérez, Sandí, Vildoso y Orellana (2014) aplicaron un programa psicopedagógico a un grupo de niños de jardines infantiles de la Ciudad de Sucre - Bolivia en el cual detectaron, asistieron y estimularon lingüísticamente problemas de dislalia, utilizando un enfoque mixto con metodología de investigación acción participati-

va, concluyeron que la primera causa de la dislalia funcional está relacionada con los factores ambientales como la sobreprotección y la falta de estimulación, y en segundo lugar, los factores relacionados con la escasa habilidad motora como son las praxias o movimientos linguales y del velo del paladar.

Por otra parte, Pilco y Barrera (2013) evaluaron e intervinieron niños con dislalia funcional debido a una alteración en la motricidad bucolinguofacial, el grupo poblacional lo integraron 373 niños y niñas, de los cuales el 13% presentó dislalia, una vez aplicada la intervención, el 7% superó la dificultad; sin embargo, en la población restante, persistieron los errores articulatorios, en los fonemas /s/, /r/ diptongos /ai/, /io/ dífonos y sílabas inversas. En la misma línea investigativa Calderón, Qhizhpi y Medina (2012) exploraron la prevalencia de la dislalia funcional en niños/as de 5 a 8 años, en los grados de primero a tercer año de básica primaria, como resultado hallaron la dislalia funcional en el 36% de la muestra, los fonemas más afectados fueron los dífonos consonánticos y concluyeron que a la edad de 5 años aumenta el riesgo de la dislalia funcional.

En Ecuador, se refiere un macro proyecto liderado por la Universidad de Cuenca, en el cual evaluaron e intervinieron logopédicamente dislalias funcionales en niños y niñas de primero a tercer año de varias instituciones de educación básica. Deleg y Sucunota (2010) trabajaron con 484 niños y niñas en la cual el 11.8% presentaron dislalia funcional; una vez aplicada la intervención se evidenció que el 5.8% superó el trastorno, mientras que el 6% persistió la dificultad. En la misma línea, Abril y Loja (2010) hallaron en una población de 440 niños, un 8.4% con dislalia funcional, una vez aplicada la intervención logopédica, el 6.5% superó el trastorno articulatorio; todos a su vez concluyeron que una vez detectada la dislalia funcional, la intervención logopédica es un pilar fundamental para rehabilitar los trastornos del habla.

El presente estudio se propuso determinar el efecto de la intervención fonoaudiológica en la superación de las dificultades articulatorias de base funcional. Para ello, fue conveniente evaluar los procesos articulatorios en los escolares, aplicar estrategias terapéuticas de intervención y revalorar los procesos articulatorios en los escolares intervenidos. Planteándose como hipótesis alterna y nula la existencia o no de diferencias significativas entre las muestras, antes y después de la intervención. Igualmente, se pretendió determinar si existía asociación entre la funcionalidad de lengua y el tipo de dislalia presentado. Para ello, se elaboró y aplicó un programa estructurado con ejercicios de discriminación auditiva, motricidad buco facial, respiración, soplo, afianzamiento y generalización en el habla repetida, dirigida y espontánea, fundamentados en el modelo fonético de Gallego (2000).

## METODO

Se realizó un estudio de tipo cuasi – experimental con diseño intergrupo (grupo experimental y grupo control). Participaron 24 estudiantes (12 niños y 12 niñas) entre 6 y 8 años de edad, que cursaban entre primero y tercer grado de educación básica primaria de una institución de carácter público del municipio de Sincelejo. Los grupos se seleccionaron de manera aleatoria simple, uno experimental (GE) y otro de control (GC). Para seleccionar la muestra se tuvieron en cuenta como criterios de inclusión: entre 6 y 8 años de

edad, con audición normal y autorización de los padres firmando el consentimiento informado. No se consideraron aquellos niños que presentaran dificultades en la conciencia fonológica y con daños orgánicos oro - faciales y/o centrales.

Se realizaron audiometrías tonales para descartar posibles pérdidas auditivas de la población sujeta a estudio. Igualmente, se valoró la percepción auditiva a través de los criterios evaluativos de Gotzens y Marro (1999), que incluyó la evaluación de habilidades específicas de reconocimiento auditivo, discriminación auditiva, figura fondo auditivo, análisis y síntesis auditivo y rasgos suprasegmentales. La metodología de pasación y registro facilitaron la interpretación de resultados, detectando con precisión las habilidades perceptivas de los niños.

Para la evaluar el proceso de articulación, se utilizó el protocolo de evaluación de Gallardo y Gallego (1995), el cual valora el lenguaje espontáneo, dirigido sin y con referente visual e imitación provocada de frases y palabras. Para sistematizar y analizar la información se emplearon formatos de registro que permitieron anotar los fonemas articulados incorrectamente e identificar errores específicos (omisión, sustitución y distorsión) en las diferentes posiciones de la palabra.

Para la evaluación de la motricidad buco facial y praxias bucofonatorias, se tuvo como referente los postulados de Gallego (2000) quien plantea que las capacidades motoras dependen de la disfunción articulatoria concreta, incluyen aspectos de precisión, movimientos lentos y rápidos, proyección y tensión/relajación de la musculatura labial, lingual, palatal y maxilar. Para realizar el perfil práctico articulatorio, se asignó una puntuación de 5: Praxia correcta, 4: Praxia reconocible pero torpe o incompleta, 3: Praxia irreconocible pero con uno o varios componentes correctos de movimiento. 2: No hay respuesta o apenas intenta iniciar la praxia y 1: Realiza una praxia diferente a la solicitada. Así mismo, se valoró la funcionalidad respiratoria mediante la evaluación del tipo respiratorio, prueba de Glaztel y Rosenthal, frecuencia respiratoria y duración del soplo espiratorio; los datos recolectados fueron registrados en un formato de registro la cual permitió analizar la habilidad del paciente para controlar la respiración en el habla.

El programa de intervención se justificó bajo el modelo Fonético que propone una intervención directa e indirecta; en busca de conseguir la producción correcta del fonema y mejorar las funciones que inciden en la expresión oral trabajando las bases funcionales de la articulación como audición, habilidades motoras de los órganos articulatorios y respiración (Gallego, 2000). Las actividades facilitadoras planteadas para la intervención se realizaron entre 30 – 40 minutos de forma grupal e individual, y se basaron en ejercicios de motricidad bucofacial de menor a mayor dificultad, específicos para movilidad, elasticidad, control tónico y fuerza, ejercitar la presión, elasticidad y relajación labial; ejercicios de discriminación auditiva con sonidos onomatopéyicos y ambientales, con fonemas vocálicos y consonánticos, discriminar logotomas y palabras, tareas de reconocimiento e imitación de ruidos, sonidos y cualidades sonoras, tareas de memoria auditiva secuencial, juegos de articulación de repetición, automatización, sistematización y generalización; ejercicios de respiración y soplo, para mejorar la intensidad, fuerza y direccionalidad, dominio y control espiratorio.

En cada sesión se realizaron actividades de concientización perceptiva del error articulatorio, luego se continuaba con ejercicios prácticos trabajando diez niveles de dificultad progresiva para mejorar la habilidad motora de labios, lengua y paladar, seguida de actividades facilitadoras de respiración y soplo, juegos de articulación, que incluía onomatopeyas con sonidos dominantes, imitaciones, discriminación del fonema problema, articular palabras con ausencia y presencia del fonema, estableciendo las diferencias, repetición de sílabas y logotomas que incluyeran el fonema a trabajar, automatizando y afianzando la pronunciación de los fonemas a trabajar. Los avances y desaciertos eran anotados inmediatamente en un registro.

Se planteó como variable dependiente el trastorno articulatorio y/o dislalia funcional y la variable independiente, el programa de intervención fonoaudiológica. La primera conceptualizada por Pascual (1984) como una alteración de la articulación producida por un mal funcionamiento de los órganos articulatorios, la segunda consistente en todas las actividades realizadas dentro de la intervención con el objetivo de modificar comportamientos comunicativos a fin de que la competencia comunicativa del individuo sea óptima (Ortiz y Sepúlveda, 2004).

Para el desarrollo de la investigación se plantearon las siguientes fases:

- *Selección de participantes: incluyó la autorización institucional para realizar el estudio y trabajar con los estudiantes que cumplieran con los criterios de inclusión. Así mismo, reuniones con los docentes y padres de familia a fin de explicar el proceso de investigación, derechos y deberes del sujeto a estudio y firma del consentimiento informado, atendiendo los criterios propuestos por la Declaración de Helsinki (2013).*
- *Evaluación pretest durante tres semanas de los procesos articulatorios en los estudiantes sujetos a estudio a través del protocolo de evaluación de Gallardo y Gallego.*
- *Aplicación individualizada del programa de intervención, realizando actividades de motricidad bucofacial, respiración, discriminación auditiva y juegos de articulación para repetición, automatización, sistematización y generalización. Se desarrollaron 33 sesiones durante tres meses con terapias de 30 a 40 minutos, tres veces por semana y en cada sesión se diligenció un registro de evolución.*
- *Evaluación posttest durante tres semanas para comparar la evolución de los pacientes intervenidos y no intervenidos, y así verificar la eficacia del programa de intervención.*

Para el análisis de datos se estableció un nivel de confiabilidad del 95% en todas las pruebas. Para la tabulación de los datos se utilizó el programa SPSS versión 15.0. Se realizó un análisis descriptivo, en el cual se obtuvieron frecuencias y porcentajes de las variables para caracterizar estadísticamente la muestra antes y después de la aplicación del programa de intervención. Para buscar la asociación estadística se emplearon pruebas no paramétricas tomando en cuenta el tipo de variables comparadas, para las cualitativas se usó la prueba de chi - cuadrado, para las cuantitativas: dos muestras relacionadas (grupo experimental pre-prueba y post-prueba) prueba de los signos y para dos muestras independientes (grupo experimental y grupo control en la post-prueba) prueba de Kolmogorov-Smirnov,

con una significancia de probabilidad  $<.05$ . Se trabajó como Hipótesis Nula-Ho: No existe diferencia entre las muestras. E Hipótesis Alterna-Ha: Existe diferencia entre las muestras.

Para dar cumplimiento al proceso investigativo, se consideraron los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, al igual que la firma voluntaria del consentimiento informado por los acudientes y/o padres de los sujetos a investigar.

## RESULTADOS

Los resultados de las características socio demográficas, están determinadas por una media de 6,63 con una desviación estándar .77 y una frecuencia de 50%(12) niños y un 50%(12) niñas. (Tabla 1.)

*Tabla 1. Datos descriptivos de la muestra del aspecto socio-demográfico.*

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS	Media	D.E	P. Máx.	P. Mín.
Edad	6,63	,77	8,00	6,00
Género	Frecuencia	Porcentaje		
Femenino	12	50%		
Masculino	12	50%		

DE: Desviación estándar, P. Máx.: Puntuación Máxima, P. Mín.: Puntuación Mínima.

Los datos obtenidos permitieron realizar un análisis descriptivo de ambos grupos antes de aplicar el programa de intervención. En la Tabla 2, se detallan los resultados del grupo control, indicando que 3 niños (25%) presentaron dislalia del fonema vibrante múltiple /rr/; 2 (17%) dislalia de la /r/ en sílaba directa acompañada de la vibrante simple /r/ en contexto (CV – VC); igualmente 2 (17%) con dislalia de la /r/ en contexto CCV y el fonema /rr/ en sílaba directa. Con el mismo porcentaje el 17% reflejó dislalia del fonema linguo-alveolar /l/ y vibrante simple /r/ ambos en contexto CCV, y el fonema /rr/ en sílaba directa; con menor frecuencia 1 estudiante (8%) dislalia de la vibrante simple /r/ en contexto CCV; con igual porcentaje el 8% dislalia del fonema vibrante simple /r/ en contexto CCV, acompañado del fonema alveolar fricativo /s/ y por último 1 (8%) restante evidenció dislalia del fonema linguo-alveolar /l/ y vibrante simple /r/ en contexto CCV, vibrante múltiple /rr/ y fonemas linguo alveolares, oclusivo sordo /k/ y sonoro /g/ en sílabas directas.

En el grupo experimental el 25% (3 escolares), evidenciaron mayormente dislalia del fonema alveolar vibrante múltiple /rr/ en sílaba directa; el 17% (2 estudiantes), dislalia de la vibrante simple /r/ en el contexto CCV; 2 escolares (17%) dislalia de la /r/ en contexto CCV y /rr/ en sílaba directa; con igual porcentaje el 17% (2 estudiantes) mostró dislalia de los fonemas vibrante múltiple /rr/ en sílaba directa y en los fonemas alveolares, oclusivos, sonoro /g/ y sordo /k/ en sílaba directa; así mismo el 17% (2 estudiantes) presentaron dislalia de los fonemas linguo-alveolar /l/ y vibrante simple /r/ en contexto CCV y el fonema /rr/ en sílaba directa. Por otra parte el 8% (1 escolar), se halló con dislalia de la /rr/ en sílaba directa y /r/ en sílaba directa e inversa.

Como se deduce de la tabla 2, la dificultad articulatoria en la totalidad de la muestra se presenta en los fonemas vibrantes, determi-

nado por el 83% (20 estudiantes) en el fonema vibrante múltiple /rr/, seguido por el fonema vibrante simple /r/ en un 67% (16 alumnos).

Tabla 2. Distribución porcentual del Tipo de Dislalia funcional detectada en la pre-prueba del grupo control y experimental.

Grupo	Tipo de Dislalia	Frecuencia	Porcentaje
Control	Dislalia de RR	3	25%
	Dislalia de R – RR	2	17%
	Dislalia de RR Y R (CCV)	2	17%
	Dislalia de RR Y L - R. (CCV)	2	17%
	Dislalia de R (CCV)	1	8%
	Dislalia de S Y R (CCV)	1	8%
	Dislalia de K, G, RR Y R - L (CCV)	1	8%
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>
Experimental	Dislalia de RR	3	25%
	Dislalia de R (CCV)	2	17%
	Dislalia de RR Y R (CCV)	2	17%
	Dislalia de G,K,RR	2	17%
	Dislalia de RR Y L – R (CCV)	2	17%
	Dislalia de R, RR	1	8%
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

La tabla 3, muestra la estadística descriptiva entre grupos, posterior a la aplicación del programa de intervención, se evidencia que el grupo experimental, 12 estudiantes (100%) lograron articular correctamente los fonemas en los que inicialmente presentaron dificultades, es decir, no se hallaron dislalias, por el contrario, en el grupo control los 12 niños/as se halló la persistencia de las dificultades articulatorias, el tipo de dislalias encontradas en la pre-prueba.

Tabla 3. Distribución porcentual del Tipo de Dislalia en la post-prueba del grupo control y experimental.

Grupo	Tipo de Dislalia	Frecuencia	Porcentaje
Control	Dislalia de RR	3	25%
	Dislalia de R – RR	2	17%
	Dislalia de RR Y L - R (CCV)	2	17%
	Dislalia de RR Y R. (CCV)	2	17%
	Dislalia de S Y R (CCV)	1	8%
	Dislalia de K, G, RR Y R - L (CCV)	1	8%
	Dislalia de R (CCV)	1	8%
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>
Experimental	Sin Dislalia	12	100%

La prueba de Kolmogorov-Smirnov para dos muestras independientes se aplicó para observar si existían diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control tras el tratamiento. En la Tabla 4 se presentan las diferencias más extremas de las frecuencias acumuladas (absoluta, positivo y negativo) entre las funciones de distribución de ambas muestras. Así mismo, se estableció el resultado de la tipificación de la diferencia más extrema en valor

absoluto de K-S ( $Z=2,449$ ), junto con el nivel crítico bilateral (Significación asintótica bilateral = .000). Pues bien, al ser el valor del nivel crítico muy pequeño (menor que .05), se evidencian diferencias significativas entre ambos grupos, siendo mayor para el grupo experimental en la aplicación de la post-prueba; lo cual permite rechazar la hipótesis nula.

En otros términos, la variable independiente intervino positivamente en los cambios encontrados en la variable dependiente. Los resultados son reveladores porque en el grupo experimental todos los niños y niñas superaron la dificultad articulatoria tras el tratamiento, mientras que los niños del grupo control permanecían igual, es decir, con los mismos errores articulatorios. Indicándonos entonces, la efectividad de la intervención para la mejora de la articulación, en los trastornos articulatorios de base funcional, es decir las dislalias funcionales.

Tabla 4. Cruce grupo control y grupo experimental en la post-prueba.

Dislalia		
Máximas diferencias extremas	Absoluta	1,000
	Positivo	1,000
	Negativo	,000
Z de Kolmogorov-Smirnov		2,449
Sig. asintótica (bilateral)		,000

Así mismo, mediante la prueba de los signos para muestras relacionadas se observaron diferencias en el grupo experimental en la pre y postprueba. Se encontraron diferencias positivas (Dislalia antes – Dislalia después) y su correspondiente nivel crítico bilateral (significancia asintótica bilateral). En el nivel de significación obtenido, se halló un valor de probabilidad positiva de .000 en la post-prueba, en efecto, al ser este valor menor a .05 se afirma que existe una diferencia estadística altamente significativa entre las dos mediciones, es decir antes y después. Es así como al aplicar la post-prueba la disminución de la dislalia es alta, en comparación a la pre-prueba.

En el análisis estadístico se realizó de igual manera el cruce de asociación entre funcionalidad de lengua y el tipo de dislalia, utilizando la prueba de Chi-cuadrado de Pearson (Tabla 5), al ser el valor de la probabilidad .000 para la post-prueba, se asevera que existe asociación estadística altamente significativa. Estas derivaciones permiten inferir que la relación es recíproca, indicando que a mayor ejercitación lingual, se optimiza su funcionalidad, y consecuentemente mayores serán los cambios que se producirán en el punto articulatorio de los fonemas.

Tabla 5. Asociación entre funcionalidad de lengua y tipo de dislalia.

Evaluación		Valor	gl.	Sig. asintótica (2 caras)
ANTES	Chi-cuadrado de Pearson			
	No. de casos válidos	24		
DESPUES	Chi-cuadrado de Pearson	24,000	7	,001
	Razón de verosimilitud	33,271	7	,000
	No. de casos válidos	24		

En lo concerniente a la asociación entre las variables, se concluye que posterior a la implementación del programa de intervención y al aplicar la post-prueba la investigación ha develado la eficacia del programa al hallar diferencias estadísticamente significativa entre el grupo experimental y grupo control. Más bien, en el grupo experimental no se hallaron dificultades articulatorias, mientras que en el grupo control permanecía el trastorno articulatorio encontrado en la pre-prueba. Por lo tanto, se da respuesta a las hipótesis planteadas previamente, negando la hipótesis nula y validándose la hipótesis alterna.

## DISCUSIÓN

La intervención fonoaudiológica centrada en el trabajo orientado a estimular bases funcionales de la articulación, como las habilidades motoras de los órganos articulatorios, la respiración y audición son efectivas para superar y/o corregir la dislalia de tipo funcional; lo cual es consistente con estudios previos como el realizado por Gallego (2015) al mostrar que los niños que participaron en el programa de entrenamiento articulatorio, habilitaron su habla (articulación). De hecho Parra, Olmos, Cabello y Valero (2015) resaltan el enfoque global que debe tener toda intervención, al combinar ejercicios de respiración, soplo, discriminación auditiva, integrados en el lenguaje repetido, inducido y espontáneo y considera la utilidad de las praxias fonoarticulatorias para el tratamiento de los trastornos fonéticos. Esto indica, que la intervención contribuye a reducir la probabilidad de que estos patrones de error del habla se visualicen en la edad escolar (Preston, Hull y Edwards, 2013).

De allí radica la importancia de destacar de manera positiva el rol del fonoaudiólogo frente a este trastorno, pues este profesional al desarrollar acciones asistenciales de evaluación e implementando estrategias terapéuticas puede coadyuvar en la mejora de dicho trastorno. En coherencia, Gallego (2000) afirma que el logopeda deberá poseer un conocimiento lo más amplio posible sobre la forma, tamaño e interrelaciones de los elementos anatómicos y de la funcionalidad de los mismos durante la producción verbal. Así mismo, argumenta que habrá que analizar la anatomía y fisiología de los órganos que intervienen, en función de la dificultad articulatoria que se presente; pues esto es de vital importancia a la hora de planificar la intervención. Todo lo anterior es consistente con otros estudios como los de Maldonado Ochoa y Vanegas (2010) quienes concluyeron que la intervención logopédica es el pilar fundamental posterior a la detección de una dislalia funcional para una buena rehabilitación de los trastornos del habla.

Igualmente, se evidenciaron diferencias entre las mediciones pre y post prueba del grupo experimental, pues se obtuvieron cambios en los puntos y modos articulatorios de los sonidos, al observarse una declinación en los errores articulatorios como distorsiones y sustituciones tras la intervención. Es decir, después del tratamiento la dislalia disminuyó; estos datos son congruentes con los hallados por Gallego (2015) quien expresó que la capacidad articulatoria de los infantes mejora de manera significativa una vez se ejercite o entrene. En la misma línea, Deleg y Sucunota (2010) y Abril y Loja (2010) indicaron que la intervención logopédica es un pilar fundamental para rehabilitar los trastornos del habla.

Por otro lado, tanto el grupo control como el experimental presentaron en pre prueba, funcionalidad de lengua inadecuada en el total de la población objeto de estudio, por lo que no realizaban correctamente praxias linguales. Sin embargo, tras la implementación del programa de intervención uno de los órganos bucofonatorios, que mejoró notablemente en cuanto a agilidad y precisión fue la lengua, y al constatar la asociación entre la funcionalidad de esta y el tipo de dislalia se halló asociación estadísticamente significativa. Es así que al mejorar la fuerza, velocidad, precisión y coordinación de los movimientos linguales, se corrige notablemente el punto articulatorio de los sonidos.

Es en este sentido que Pascual (1984) refiere que existe una relación directa entre el grado de retraso motor y el grado de retraso del lenguaje en los defectos de pronunciación. Por tanto, estos defectos irán desapareciendo al mismo tiempo que se va desarrollando la motricidad fina, pues el niño irá adquiriendo la agilidad y coordinación de movimientos que precisa para hablar correctamente. Igualmente Perelló (1990), considera que las perturbaciones en la motricidad lingual son un factor causal de la incorrecta articulación; por lo tanto al comparar los resultados de distintas investigaciones, este concluye que existe una relación entre la dislalia y la torpeza lingual. En definitiva, el entrenamiento en praxias fonoarticulatorias, es una buena medida en la intervención de trastornos de los sonidos del habla de tipo fono articulatorio (Parra, Olmos, Cabello y Valero, 2016).

Ahora bien, los hallazgos investigativos deben difundirse ante comunidad científica, escuelas de formación de programas de pregrado de fonoaudiología y profesionales, resaltando la utilidad práctica y beneficios en la aplicación del programa de intervención basado en el modelo fonético para la rehabilitación de las dislalias funcionales, de forma individual y/o grupal, permitiendo realizar acciones de prevención y promoción de la salud comunicativa.

Por otra parte, en el estudio se evidenciaron limitaciones importantes como el tamaño de la muestra. Se considera pertinente ampliar la población para observar las variabilidades de los resultados teniendo en cuenta criterios de inclusión como una misma edad y un error específico articulatorio. Asimismo, se considera importante como criterio de inclusión que no se encuentre en tratamiento Fonoaudiológico. No obstante, tales limitaciones fundamentan y justifican la ejecución de diferentes estudios con edades específicas y relacionar con otras variables tomando como referencias el paradigma comparativo y correlacional.

Así mismo, se observaron similitudes específicas en el estudio de Gallego (2015) en relación a la metodología y tamaño muestral. No obstante, con las investigaciones de Andrade et al (2014), Pilco y Barrera (2013) Deleg y Sucunota (2010), Abril y Loja (2010) solo en las características de la población, diagnóstico, y estrategias de intervención; al igual que diferencias significativas en el tamaño muestral. Sin embargo, las distintas investigaciones concuerdan en que la aplicación de estrategias de intervención favorecen los procesos articulatorios de los escolares.

Finalmente, se agradece a los estamentos de la Institución Educativa Normal Superior de Sincelejo por permitir la ejecución del estudio investigativo.

## REFERENCIAS

- Abril, V., & Loja, C. (2010). *Evaluación e intervención logopédica de dislalias funcionales en niños y niñas de primero a tercero año de educación básica- escuelas Francisca Dávila de Muñoz, Ezequiel Crespo - Cuenca, Octubre 2009- Marzo 2010*. Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
- Andrade, H., Pérez, L., Sandí, M., Vildoso, L., & Orellana, G. (2014). Programa psicopedagógico de detección, asistencia y estimulación lingüística de problemas de dislalia en niños de jardines infantiles de la Ciudad de Sucre. *ECORFAN*, 1(8), 249 – 260. Recuperado de <http://www.ecorfan.org/bolivia/handbooks/ciencias%20sociales%20I/Articulo%2019.pdf>
- Aulestia, V. (2012). *La poca difusión cultural de las leyendas y mitos dificulta el conocimiento de la oralidad ancestral en la parroquia la matriz de la ciudad de Ambato durante el periodo enero - julio 2011*. Universidad Técnica de Ambato, Ecuador.
- Calderón, C., Quizhpi, A., y Medina, V., (2012). *Prevalencia de la dislalia funcional en niños/as de 5 años a 8 años matriculados en primero, segundo y tercer año de básica en la Escuela Ciudad de Azogues, durante el período febrero-agosto 2012*. Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
- Correderas, T. (1982). *Defectos en la dicción infantil: procedimientos para su corrección*. Buenos Aires, Argentina: Kapelusz.
- Crystal, D. (1983). *Patología del lenguaje*. Madrid: Cátedra.
- Declaración de Helsinki (Octubre de 2013). *Principios Éticos Para Las Investigaciones Médicas en Seres Humanos*, 64<sup>a</sup> Asamblea General, Fortaleza, Brasil.
- Deleg, G., & Sucunota, J. (2010). *Evaluación e intervención logopédica de las dislalias funcionales en niños y niñas de primero a tercero de educación básica- escuelas Eugenio Espejo y Aurelio Aguilar Vásquez- Cuenca, Octubre 2009- Marzo 2010*. Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
- Dodd, B. (2014). Differential diagnosis of pediatric speech sound disorder. *Current Developmental Disorders Reports*, 1 (3), 189-196.
- Gallardo, J. & Gallego, J. (1995). *Manual de logopedia escolar: Un enfoque práctico*. Barcelona, España: Aljibe.
- Gallardo, J. & Gallego, J. (2003). *Manual de logopedia. Un enfoque práctico*. Málaga: Aljibe.
- Gallego, J. (2000). *Dificultades en la articulación en el lenguaje infantil*. Málaga: Aljibe, S.L.
- Gallego, J. (2015). Estudio piloto sobre el efecto de una intervención para prevenir trastornos en la articulación infantil. *ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 30 (2), 155-172. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5386474.pdf>
- González, J. N. (2003). *Alteraciones del habla en la infancia. Aspectos Clínicos*. Buenos Aires: Editorial medica Panamericana.
- Gotzens, B. & Marro, C. (1999). *Prueba de valoración de la percepción auditiva explorando los sonidos y el lenguaje*. Barcelona: Masson, S.A.
- Maldonado, M., Ochoa, J., & Vanegas, G. (2010). *Evaluación e intervención logopédica de dislalias funcionales en niños y niñas de primero a tercer año de educación básica, unidades educativas "Manuela Cañizares", "Ignacio Escandón" y "Fe y Alegría"*. Noviembre 2009- Mayo 2010. Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
- Moreno, M. & Mateos, G. (2005). Estudio sobre la interrelación entre la dislalia y la personalidad del niño. *Revista electrónica de investigación psicoeducativa*, 3(7), 133 – 150. Recuperado de <http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/new/ContadorArticulo.php?75>
- Moreno, J. M., Suarez, A. & Martínez, J. (2003). *Trastornos del habla, Estudios de casos*. Madrid: Editorial EOS.
- Namasivayam, A. K., Pukonen, M., Goshulak, D., Yu, V. Y., Kadis, D. S., Kroll, R., Pang, E.W., & De Nil, L. F., (2013). Relationship between speech motor control and speech intelligibility in children with speech sound disorders. *Journal of Communication Disorders*, 46(3), 264-280. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/236580034\\_Relationship\\_between\\_speech\\_motor\\_control\\_and\\_speech\\_intelligibility\\_in\\_children\\_with\\_speech\\_sound\\_disorders](https://www.researchgate.net/publication/236580034_Relationship_between_speech_motor_control_and_speech_intelligibility_in_children_with_speech_sound_disorders)
- Ortíz, M., & Sepúlveda, A. (2004). *Diccionario de fonoaudiología*. 2ed. Bogotá: Universidad Cooperativa de Colombia.
- Parra, P., Olmos, M., Cabello, F y Valero, A. (2016). Eficacia del entrenamiento en praxias fonoarticulatorias en los trastornos de los sonidos del habla en niños de cuatro años. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*. 37 (2), 77-84. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-logopedia-foniatria-audiologia-309-pdf-So214460315000418-S300>
- Pascual, P. (1984). *La dislalia: Naturaleza diagnóstico y rehabilitación*. Madrid: CEPE, S.A.
- Perelló, J. (1990). *Trastornos del habla*. Barcelona: Masson, S.A.
- Pilco, V., & Barrera, F. (2010). *Evaluación e intervención logopédica en niños/as de primero a cuarto de básica con alteración de la motricidad bucolinguo-facial relacionada a dislalia funcional*. Escuela "Fe y Alegría". Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
- Preston, J., Hull, M. & Edwards, M. (2013). Preschool speech error patterns predict articulation and phonological awareness outcomes in children with histories speech sound disorders. *American Journal of Speech-Language*, 22 (2), 173-184.

Scharager, O.L. & O' Donnell, C. M. (2001). Actos motores orofaringofaciales y praxias fonoarticulatorias. *Fonoaudiología de la Asociación Argentina de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 47(3), 22-32.

Taboada, A., Torres, A., & Cazares, L., (2011). Prevalencia de maloclusiones y trastornos del habla en una población preescolar del oriente de la Ciudad de México. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*,

68(6), 425-430. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462011000600004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000600004)

Ygual, A., & Cervera, J. (2016). Eficacia de los programas de ejercicios de motricidad oral para el tratamiento logopédico de las dificultades de habla. *Revista de Neurología*; 62(Supl1), 59 - 64. Recuperado de: <http://www.neurología.com/pdf/Web/62So1/bpSo1So59.pdf>







María Helena Rubio-Grillo  
Terapeuta Ocupacional. MSc. Educación  
Universidad del Valle - Escuela de Rehabilitación Humana, Cali,  
Colombia  
[maria.rubio@correounivalle.edu.co](mailto:maria.rubio@correounivalle.edu.co)

*“programa Arte y Talentos Especiales”  
Academia de Artes Guerrero*

# HABILIDADES DE PROCEDIMIENTO QUE INFLUYEN EN LA ADQUISICIÓN DE HABITOS\*

## Procedural skills that affect habits and routines of daily activities in a pre-school group

*Fecha de recepción: 9 de mayo de 2016 - Fecha de aprobación: 19 de enero de 2017*

### RESUMEN

En la etapa pre-escolar los niños adquieren competencias motrices, procedimentales, sociales, cognitivas, comunicativas; todas ellas básicas para el desempeño del escolar y dependientes de la autonomía, el contexto, las tareas. El estudio se propuso describir la adquisición de hábitos en un grupo de niños en edad pre-escolar y valorar la enseñanza de acciones procedimentales que fomentan la realización de actividades secuenciales en la participación y el desempeño de los niños. Se realizó una investigación descriptiva secuencial en donde se realizaron registros observacionales cuantitativos de habilidades procedimentales de los niños. Así mismo se identificaron conocimientos, percepciones, prácticas y necesidades en la enseñanza de acciones procedimentales, mediante grupos focales con los docentes. Finalmente se desarrollaron talleres de actividades secuenciales para la adquisición de hábitos necesarios en actividades cotidianas. Los resultados muestran que hay necesidad de formar a cuidadores y docentes en el proceso de adquisición de hábitos en niños preescolares por su importancia en el desarrollo posterior. Los talleres apoyaron a niños y docentes en el proceso de aprendizaje y enseñanza de actividades secuenciales. Se concluye que el aprendizaje de la estructuración de hábitos mediante la realización de actividades secuenciales es necesario para el desempeño de actividades cotidianas. La deficiencia presenta riesgo para el posterior desarrollo y desempeño en la ejecución de tareas. Los talleres interdisciplinarios para establecer habilidades procedimentales, promueven la identificación y disminución del riesgo.

### PALABRAS CLAVE

Actividades cotidianas, escuelas de párvulos, autonomía personal, habilidades procedimentales, actividades secuenciales, acciones procedimentales.

### ABSTRACT

The purpose of this study was to present the results of the habits acquisition in a group of children in a pre-school setting and to evaluate the teaching of procedural actions that promote sequential activities in the children's participation and performance. Methodology: A descriptive, sequential research was held. The procedural skills of the children were recorded through non-participant quantitative observation. Focal groups with teachers were made to identify their knowledge, perceptions, practices and needs in procedural actions teaching. Finally, workshops were developed for promoting sequential activities to allow children to acquire habits that are necessary for daily activities. Results: Caregivers and teachers need to be trained on the preschool children's process of acquiring habits because of their vital importance in their future development. The workshops supported children and teachers in the process of learning / teaching sequential activities. Conclusions: Learning how to structure habits through the execution of sequential activities is necessary to perform of daily activities. Deficiency in this area risks the subsequent task's development and performance. Interdisciplinary workshops to establish procedural skills promote the identification and reduction of this risk.

### KEY WORDS

Activities of Daily Living, Schools Nursery, Personal Autonomy, Procedural Skills, Sequential Skills.

\* Del proyecto de investigación titulado: Acercamiento a las prácticas pedagógicas de los agentes educativos en la enseñanza de actividades de autocuidado en niños de párvulos. Realizado como tesis académica. Universidad del Valle (2013).

La autora agradece a Lina Mesa y Natalia Palacios por su contribución en el trabajo de grado. A los niños y agentes educativos que participaron en la investigación.

## INTRODUCCIÓN

### Habilidades de procedimiento que influyen en la adquisición de hábitos

La Política Pública Nacional de Primera Infancia del Ministerio de Educación Nacional, en su documento Desarrollo Infantil y Competencias en la Primera Infancia, consigna los “estándares de aprendizaje temprano”, y en el documento Conceptualización de las Prácticas Pedagógicas se declara la importancia del “saber y saber hacer” de los niños para que alcancen el desarrollo de los dominios: físico motor, cognitivo, socio-emocional, del lenguaje y alfabetización, y actitudes hacia el aprendizaje (Brito y Kagan, 2007; Hart, 1999; Organización Mundial de Educación Pre-escolar, 2007). Al mismo tiempo, Christiansen, Baum y Bass-Haugen (2005) divulga acerca de la importancia de desarrollar habilidades, destrezas y capacidades motrices, cognitivas y sociales, para acceder al desempeño del rol como estudiantes, e iniciar la estructuración de hábitos, que les permite a los niños interactuar dentro del contexto.

Es en el hogar donde se inician las primeras actividades cotidianas, pero son los agentes educativos quienes se encargan de estructurar los hábitos de éstas actividades en el aula escolar; sin embargo, son escasas las evidencias sobre cómo los agentes educativos llevan a cabo las prácticas pedagógicas y sobre la forma del trabajo en conjunto con otros profesionales.

Welch (2006) planteó que los terapeutas ocupacionales son los encargados de favorecer el desempeño escolar de los niños que presentan alguna dificultad en los contextos educativos; quienes están acreditados para incrementar la función independiente, facilitar el desarrollo de habilidades, adaptar las tareas y el entorno para mejorar la calidad de vida de los escolares, y colaborar con equipos interdisciplinarios para lograr las metas en el desempeño del escolar.

Los niños con dificultades, solían ser segregados del aula escolar y requerían de un proceso terapéutico para integrarlos nuevamente. Cruz (2008) insistió en la importancia de integrarlos al sistema educativo, y de capacitar a los agentes educativos para implementar estrategias que faciliten las tareas de los escolares dentro del contexto. A partir de esto se han formalizado estrategias que se materializan en las prácticas pedagógicas de los agentes educativos, quienes en la enseñanza del “saber y saber hacer”, implementan éstas prácticas, refuerzan la repetición y la disciplina en la realización de tareas, para que la actividad se vuelva rutinaria, y así la tarea conduzca a la adquisición de hábito. Particularmente son los pre-escolares quienes inician el desarrollo de las tareas cotidianas paralelo al desarrollo de hábitos, la percepción de competencia, la identidad personal, e intereses (Christiansen et al., 2005; Hakansson, Dahlin-Ivanoff y Sonn, 2006).

La formación de hábitos trae innumerables beneficios para los niños, entre ellos, supone límites, les aporta seguridad y confianza, les permite acrecentar sentimientos de responsabilidad y autonomía, los asiste en el autocontrol de la conducta; facilita el reconocer que toda acción va seguida siempre de unas consecuencias, fomentan la capacidad de “manejarse” en el mundo, lo cual promueve finalmente, la ad-

quisición de habilidades procedimentales para lograr un determinado objetivo en el aula escolar (Fisher y Bray Jones, 2010).

Las habilidades procedimentales son el requisito para la ejecución de las actividades de la vida cotidiana, tienen que ver con el mantenimiento personal y la supervivencia, con responsabilidades particulares, roles, y van en la búsqueda habitual de la calidad de vida. Las actividades de la vida cotidiana dependen de las habilidades procedimentales que a su vez dependen de las experiencias individuales de atención, conceptualización, organización, planeación y adaptación en el contexto escolar (De Pablos, Gomez y Pascual, 1999; Talavera, 2015; Romero, 2010; Moruno y Romero, 2006; Msall, 2002).

Frente a la necesidad de profundizar en el entendimiento de las dinámicas que influyen en los procesos de desarrollo de habilidades de los pre-escolares, y con el fin de generar herramientas de apoyo en las prácticas pedagógicas para favorecer estos procesos algunos autores proponen el acercamiento a estos procesos a través de la mirada integrativa: (a) persona (párvulo, agente educativo), (b) ocupación (actividades cotidianas, procedimentales), y (c) contexto (aula escolar) (Clark et al, 2002; De Pablos et al., 1999; Talavera, 2015; Romero, 2010, Romero, 2007; Moruno y Romero. 2006; Christiansen et al, 2005; Pitonyack, 2014).

Esta mirada nos permite entender la complejidad de las dinámicas y así mismo proponer y generar prácticas que Britto (2007) y Comellas (2003) aseguran debe apuntar al cumplimiento de las políticas de primera infancia y deben ser producto del trabajo de equipos interdisciplinarios de salud-educación capacitados en la estimulación adecuada para el desarrollo físico, neurológico y socio-afectivo de los niños.

Es de notar, sin embargo, que a diferencia de la mayoría de los autores, autores como Cepeda, Guarín, Williams y Ospina (2011), Brito de la Nuez (2004), Grupo de Atención Temprana (GAT), (2000) enfatizan en la necesidad de que los agentes educativos de la primera infancia reciban apoyo y formación interdisciplinaria para el desarrollo de prácticas pedagógicas adecuadas en la enseñanza de actividades cotidianas, y así mismo para identificar el riesgo en este proceso.

## MÉTODO

Se desarrolló una investigación descriptiva con el apoyo de técnicas cuantitativas y cualitativas, siguiendo la propuesta de Creswell y Tashakkori (2007), con una muestra propositiva de dos grupos de niños y cuatro profesores. Se implementó un proceso sistemático en la recolección y análisis de los datos, acciones y evaluación de resultados con énfasis en el co-aprendizaje (Cockburn, 2007).

### Participantes

En el estudio participaron 24 niños de 2 y 3 años, diez de ellos del nivel Párvulos 1 y catorce de Párvulos 2; el 58,33% niñas y el 41,66% niños; cuatro agentes educativos dos de cada uno de los grupos.

## Instrumentos

Evaluación de Habilidades Procedimentales (AMS). Para determinar las necesidades de los niños y su autonomía en las actividades cotidianas se aplicó la evaluación de habilidades procedimentales (AMS) descrita por Fisher y Bray Jones (2010). Esta evaluación fue seleccionada por la pertinencia en el uso de herramientas y materiales y la relación costo-efectividad. Esta herramienta evalúa las variables de energía (ritmo y atiende), uso del conocimiento (escoge, utiliza, agarra, se concentra, pregunta y observa), organización temporal, (inicia, continúa, secuencia y termina), espacio y objetos (busca, reúne, organiza y arregla), y adaptación (se acomoda, se ajusta, se contornea y aprovecha); elementos que contienen las habilidades procedimentales requeridas para la instauración de hábitos y rutinas.

Se midió la calidad del desempeño, el impacto sobre la progresión y el resultado de la actividad, según los estándares de clasificación propuestos por Fisher y Bray Jones (2010) según lo muestra la tabla 1.

**Tabla 1.** Estándares de clasificación propuestos por Fisher y Bray Jones (2010)

Desempeño	Progresión	Resultado
Competente	4	Rendimiento esperado en todas las actividades.
Aceptable	Osciló entre 3,99 y 3,0	Su ejecución crea riesgo, el resultado es incierto.
Insuficiente:	Osciló entre 2,99 y 2,0	Sus actuaciones interfieren en la progresión de la acción y por tanto el resultado es indeseable.
Deficiente	Osciló entre 1,99 y 1,0	Impide la progresión de la acción y el resultado es inaceptable.

Observación No Participante (ONP). Mediante la observación no participante se registró actividades relacionadas con alimentación, vestido e higiene. Durante el espacio de almuerzo de los niños se identificaron las prácticas de los agentes educativos. Los puntos principales a observar fueron la enseñanza, el control, el seguimiento, la realización de actividades según la edad, el apoyo brindado a los niños que lo requerían, la secuencia de ejecución de las actividades, la resolución de problemas, la ubicación de los objetos y la modalidad de consignas (verbal o demostrativa) proporcionadas.

Grupos Focales. Para conocer la percepción de los agentes educativos acerca de los enfoques pedagógicos utilizados en las actividades cotidianas, se hicieron grupos focales. Estos espacios también sirvieron para el intercambio conocimientos en relación a actividades secuenciales y la instauración de hábitos y rutinas. Se debatió sobre los hitos del desarrollo, los métodos de enseñanza y las necesidades educativas. Esta información fue audio-grabada, transcrita y digitada en una base de datos para su posterior análisis mediante el software ATLAST versión 6. El análisis permitió identificar las categorías principales entre ellas: los vacíos conceptuales, las necesidades educativas, la toma decisiones acerca de las acciones requeridas para los apoyos.

## Procedimiento.

Se efectuó una observación no participante en el ámbito escolar con el fin de determinar las condiciones procedimentales de los niños las barreras y los facilitadores en la ejecución de actividades de la vida cotidiana.

Las observaciones se enfocaron en las categorías de alimentación, vestido e higiene personal de los pre-escolares, siguiendo las categorías descritas por Comellas (2003), Blank (2007) y Msall (2002), y por las guías de desarrollo de la Organización Mundial para la Educación Pre-escolar (2007).

Las observaciones se registraron cuantitativamente y se sistematizaron estableciendo una curva promedio del agregado de variables para su posterior análisis.

Se analizaron las observaciones hechas en los grupos focales y en la ONP en un grupo interdisciplinar y con base en los análisis se discutieron estrategias y se diseñaron talleres educativos para dar respuesta a los vacíos conceptuales; y se hicieron folletos, con el fin de sintetizar las estrategias y los procesos en un medio de fácil distribución.

Posteriormente se realizaron los talleres y se implementaron las estrategias durante un periodo de tres semanas, tras lo cual se volvió a realizar ONP para generar una retroalimentación sobre la apropiación de las estrategias.

El resultado de esta observación permitió hacer retroalimentación, reflexión y los correspondientes ajustes.

Finalmente se hizo nuevamente un grupo focal con el fin de conversar acerca de los cambios y los resultados de la implementación de las estrategias y los talleres, y con el propósito de servir de apoyo en el proceso de apropiación.

La investigación contó con el aval de Comité de Ética de la Universidad del Valle, y la aceptación de la Institución Educativa participante. Para el desarrollo de este estudio, se consideró las especificaciones estipuladas en la Declaración de Helsinki y la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Fue una investigación de riesgo mínimo. Los padres y agentes educativos firmaron el consentimiento y asentimiento informado correspondiente.

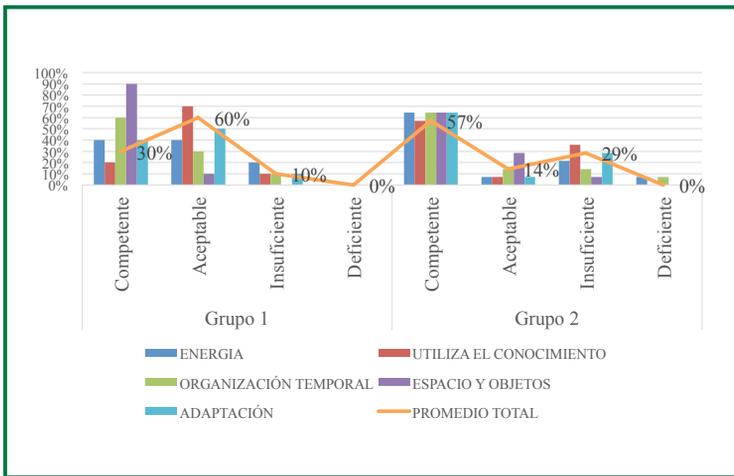
## RESULTADOS

Durante la fase de planeación se conformó el grupo de trabajo que incluyó a los investigadores y tres agentes educativos. El grupo identificó la necesidad de aprendizaje de estrategias para instaurar los hábitos y rutinas y realizar el control y seguimiento de las actividades.

### Habilidades Procedimentales

Con los resultados de la evaluación del AMPS se calculó el promedio de cada variable por, así como el promedio del agregado total

de las variables, y con esta información, se contabilizó la frecuencia de casos en cada uno de los dos grupos de niños como se muestra en la figura 1.



**Figura 1.** Porcentaje de niños que clasificaron en cada variable del AMPS, en las diferentes categorías.

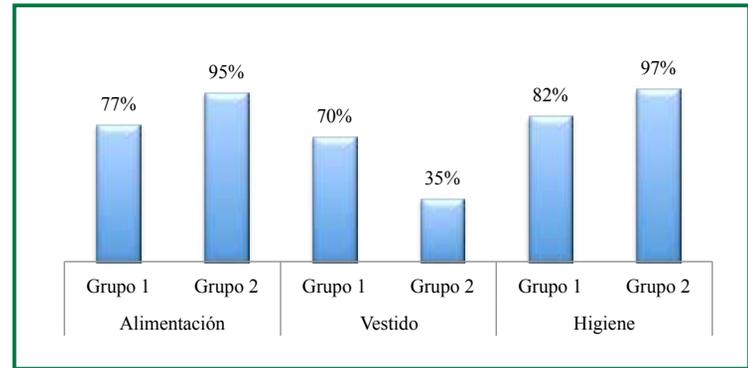
De manera general se encontró un mejor rendimiento del Grupo 2, la mitad de los niños se ubicaron en el nivel competente, con un porcentaje del 57%, distribuido de manera equilibrada entre las variables. Por su parte, el Grupo 1, concentró solo el 30% de niños en el nivel competente, mientras que la mayoría (60%) se ubica por debajo en el nivel aceptable. Sin embargo, las variables de espacio y objetos en el Grupo 1 tienen un rendimiento del 90%, ubicándose en un nivel competente.

A pesar de que el Grupo 2 aparentemente tiene un mejor desempeño, esto es matizado ligeramente, ya que tiende a haber un comportamiento dicotómico, dado el engrosamiento que se presenta en el nivel insuficiente que alcanza en promedio el 29%; y aparecen unos pocos casos en el nivel deficiente para las actividades de energía y organización temporal. Por el contrario, en el Grupo 1 el nivel insuficiente es bajo, llega sólo al 10% en promedio y no registra ningún caso en el nivel deficiente. Esto quiere decir que el Grupo 1, aunque en niveles intermedios, tiene una distribución más equilibrada; el Grupo 2, por su parte, tiene una distribución irregular con casos marcados hacia los extremos, y concentra un grupo significativo de niños en niveles altos.

### Actividades de alimentación, vestido e higiene.

Los pre-escolares fueron observados durante el proceso de la alimentación para identificar barreras y facilitadores. Se realizaron tres encuentros con cada grupo.

El registro de la ONP se hizo de manera grupal, calculando el porcentaje de niños que en cada grupo desarrollaron la actividad de alimentación, higiene y vestido. Se calculó un promedio entre los que integran cada una de las tres categorías como se registra en la figura 2.



**Figura 2.** Porcentaje de ejecución de los dos grupos en las actividades cotidianas de alimentación, vestido e higiene.

El resultado general obtenido determinó nuevamente que el Grupo 1 presenta un comportamiento regular entre las distintas categorías, todas oscilan en niveles altos, entre el 70% para vestido, 77% para alimentación y el 82% para higiene. Contrariamente, el Grupo 2 tiene una tendencia difusa, presenta valores cercanos al 100% en las categorías de alimentación e higiene, pero se quiebra en el caso de vestido, donde solo el 35% de los niños lo hacen de manera adecuada.

Si se analizan en conjunto los datos de AMPS y los datos de ONP de los dos grupos, a pesar de que la unidad de análisis empleada en la captura de los datos no permite hacer una correlación estadística entre estos, hay una coincidente proximidad entre los porcentajes: 36% de uso del conocimiento, 29% de adaptación y 35% de vestido.

Ahora bien, visto al interior de cada categoría se puede apreciar que hay actividades que se ejecutan de manera más adecuada que otras y por lo tanto vale la pena destacarlas a continuación: Referente a la categoría de alimentación en la figura 2 se puede observar que hay acciones básicas que no presentan ningún inconveniente, entre ellas el uso de la cuchara, del vaso, o recoger el alimento; casi el 100% lo ejecutan de manera adecuada en ambos grupos de niños; pero si hay significativa tendencia a comer con los dedos, dificultad en la utilización funcional del patrón mano-boca y derramar del cubierto, especialmente este último; no lo dominan cerca de la mitad de los niños en ambos grupos.

Respecto a la categoría vestido, el rendimiento promedio general fue intermedio-bajo (70% y 35% respectivamente para ambos grupos). Hay actividades que son realizadas de manera inadecuada en los dos grupos; igual o inferior al 50%, entre ellas el uso de botones, cierres, quitarse la ropa de la parte superior. En el Grupo 1 ningún niño tiene dificultad para ponerse o quitarse la ropa ya sea de la parte superior o inferior. En el Grupo 2, es irregular, puesto que mientras en un día la mayoría pueden hacer adecuadamente la acción, al siguiente día no sucede lo mismo, y por el contrario, son muy pocos los que lo ejecutan.

Finalmente, abordando la categoría de higiene, se encontró que a pesar de tener el mejor nivel de ejecución de todas las categorías, la única dificultad significativa fue la limpieza por parte del Grupo 1, sólo el 30% de niños la realizó adecuadamente, en el Grupo 2 el

100% la realizó. En este caso habría que determinar que tanto la adaptación, el uso de conocimiento y la energía (ver gráfica N°1), que fueron regulares en este grupo, pudiera estar afectando el desarrollo de la misma.

### Agentes educativos

Los datos sobre las prácticas relacionadas con hábitos y rutinas se analizaron, identificando la frecuencia de respuesta para cada ítem del formato de observación. Adoptando la estructura para el análisis de estudios previos, el análisis de contenido se realizó de manera deductiva. De acuerdo a la información obtenida, se destacó la dificultad en la organización de las actividades y la secuencia de la ejecución. Se identificó poco conocimiento de las etapas específicas y la secuencia de las actividades y por esa razón no se pone en práctica al ejecutar las actividades; esto se vio reflejado especialmente en la forma de llevar a cabo las actividades de alimentación y cepillado de dientes. No se apreció que dieran demostraciones o que insistieran en la actividad secuencial. Ocasionalmente, proporcionaron apoyo verbal; pocas veces retroalimentan las acciones que los párvulos llevan a cabo; de vez en cuando, aportaron refuerzos positivos por haber dejado su espacio limpio.

### DISCUSIÓN

El desempeño de una tarea de la vida diaria (Moruno y Romero, 2006; Romero, 2007) varía de acuerdo a las acciones que el niño utiliza para organizar y adaptar lógicamente su comportamiento a fin de completar la tarea especificada; esto, a su vez, depende de las habilidades procedimentales.

En esta investigación los niños manifestaron dificultades en atención, organización temporal, secuencia en las actividades, entre otras; esto incidió sobre sus actividades cotidianas. Los agentes educativos presentaron problema en seguir una secuencia en las actividades cotidianas, en las consignas, el uso de herramientas, el propósito y significado de dichas actividades. La ejecución, por supuesto, no tenía la disposición lógica necesaria para iniciar la estructuración de hábitos y rutinas. Se invita a los agentes educativos a realizar la labor de modelar y hacer cumplir normas en un ambiente seguro con la intención de lograr el dominio de estas experiencias (Clark et al., 2002; Moron, 2010), la capacidad de asumir iniciativas, el desarrollo de habilidades de procedimiento Kott Kottorp, Bernspång y Fisher, (2003); Redondo, Ferra y Sierra (2014); Blank (2007); Msall, (2002); Vacas (2009), y como resultado, la autonomía y la formación de hábitos y rutinas.

En el caso de que los niños no alcancen los hitos del desarrollo esperados, ante la presencia de un factor de riesgo o trastorno, se debe detectar en forma efectiva y pronta como lo propone Olson (2004),

detallar estrategias, entre ellas la comunicación con la familia, para establecer pautas de observación y actuación coordinadas, o, como lo propone Pitonyak (2014), GAT (2000), y Brito y Kagan (2007), la derivación y consultas oportunas al profesional o profesionales pertinentes, para poder establecer un diagnóstico completo.

Según los resultados del estudio la manera en que se resuelven las necesidades individuales se determina a partir de la deliberación y la negociación; el propósito y ejecución guiada [ocupación], en interacción con el entorno [ambiente], como propone Ballesteros, (2003); Redondo et al., (2014); y Marchamalo, (2007). Así pues, es a través de herramientas de enseñanza secuencial que se favorece la instauración de hábitos y rutinas que trascienden a la vida independiente y son la base para el desempeño académico futuro (Olson, 2004).

Los resultados le señalan a los profesionales que trabajan con poblaciones infantiles la importancia de la detección temprana, por medio de la observación o aplicación de evaluaciones estandarizadas, de las variaciones en el desarrollo de las actividades cotidianas y poner en marcha los distintos mecanismos de actuación para su corrección en el desarrollo del pre-escolar, quien se encuentra en el periodo de la vida de mayor plasticidad del sistema nervioso.

La estructuración de los hábitos y rutinas en las actividades cotidianas son el prerrequisito para el éxito escolar. Por tanto, corroborar la calidad del desempeño individual que ponga de manifiesto las habilidades del pequeño en el ambiente natural, facilita plantear tareas con retos acordes a la edad, lo cual favorece los desempeños académicos y repercute en la autoestima; y de esta manera se cumple con la integración de la triada ocupacional (a) pre-escolar, agente educativo, (b) actividades cotidianas, procedimentales y (c) aula escolar.

La intervención interdisciplinaria es imprescindible para evitar que síntomas incipientes de alteraciones puedan llegar a establecerse en formas patológicas. En cada una de las edades hay una secuencia lógica para la estructuración de hábitos y rutinas; un desempeño dependiente en estas actividades, requiere del apoyo tanto de la familia como de los agentes educativos ya que si no se reconocen a tiempo pueden desatenderse y atribuir a otros factores.

En el ámbito educativo hay muchos estudios, pero pocos evidencian la relación entre las prácticas pedagógicas y la participación interdisciplinaria en la secuenciación en las actividades cotidianas, por tanto, es importante continuar con procesos investigativos que aporten al conocimiento de los profesionales sobre “cómo lograr el equilibrio en las actividades cotidianas” propuesto por Hakansson et al. (2006), ya que “el niño autónomo en las actividades cotidianas lo es también en el aprendizaje escolar”.

## REFERENCIAS

- Acevedo Tarazona, A. Samacá A. (2012). La política educativa para la enseñanza de la historia de Colombia (1948-1990): de los planes de estudio por asignaturas a la integración de las ciencias sociales. *Revista Colombiana de Educación*, 62, (1)
- Ballesteros, M. B. (2003). Diseño de intervención educativa en la adquisición de hábitos de la vida diaria. Programa de la Vida Diaria, 47, 597-605.
- Blank, R. (2007). Measurement of activities of daily living in children standardization of a screening questionnaire. *Klinische Pädiatrie*, 219(1), 32-36. doi:10.1055/s-2005-872494
- Brito de la Nuez, A. G. (2004). Prevención en el ámbito de las poblaciones de riesgo biológico. En Pérez López J C (coord) Manual de atención temprana (pp.85-102)
- Britto, de la Nuez, A. G. (2006). La prevención primaria en escuelas infantiles desde el servicio de prevención y promoción del desarrollo infantil y atención temprana. *Revista de atención temprana*, 9(2), págs. 91-94.
- Cepeda, A. M., Guarín, H., Williams, K., & Ospina Martínez, Y. (2011). *Concepciones de las prácticas pedagógicas estudiantes de IX semestre Licenciatura en Pedagogía Infantil*. Pereira: Universidad tecnológica de Pereira.
- Christiansen, C., Baum, C. M., & Bass-Haugen, J. (Eds.). (2005). *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being* (pp. 243-259). Thorofare, NJ: Slack.
- Clark, G. F., Avery-Smith, W., Wolf, L. S., Anthony, P., Holm, S. E., Hertfelder, S. D., & Youngstrom, M. J. (2002). Specialized knowledge and skills in eating and feeding for occupational therapy practice. *The American journal of occupational therapy*, 57(6), 660-678.
- Cockburn, T. (2007). Investigación acción participativa creando conocimientos y oportunidades para la involucración ocupacional. En Kronenberg F. Simó Algado S. & Pollard, N. (eds) *Terapia ocupacional sin fronteras: aprendiendo del espíritu ocupacional* (pp. 415-28) Madrid: Médica Panamericana.
- Comellas, M.J. (2001). *Los hábitos de autonomía. Procesos de adquisición*. España: Ediciones CEAC.
- Creswell, J. & Tashakkori, A. (2007). Salient attributes of publishable mixed methods manuscripts. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 3-9.
- Cruz, I. (2008). La enseñanza problemática: una alternativa para desarrollar y fomentar los hábitos de higiene personal en los niños de las escuelas comunitarias. V *Encuentro Nacional de Investigación Educativa y XII Regional/* marzo 2008 Tepic, Nayarit. Recuperado de: <http://upn25b.edu.mx/ae%2004/cruz%20lopez%20oivan.pdf>.
- De Pablos, J. C., Gómez, Y. & Pascual, N. (1999). El dominio sobre lo cotidiano: la búsqueda de la calidad de vida. Centro de investigaciones Sociológicas. *Reis*, 86, 55-78. doi 102307/401841457.
- Fisher, A.G. & Bray Jones, K. (2010). *Assessment of Motor and Process Skills. Vol. 1: Development, Standardization, and Administration Manual (7th ed.)* Fort Collins, CO: Three Star Press.
- Grupo de Atención Temprana (GAT) (2000). *Libro Blanco de Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Hakansson, C., Dahlin-Ivanoff, S. & Sonn, U. (2006). Achieving balance in everyday life. *Journal of Occupational Science*, 13, 74-82. doi: 10.1080/14427591.2006.9686572
- Hart, R. (1999). *La participación de los niños. De la participación simbólica a la participación auténtica*. Bogotá: UNICEF.
- Kott Kottorp, A., Bernspång, B., & Fisher, A. G. (2003). Validity of a performance assessment of activities of daily living for people with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(8), 597-605.
- Marchamalo, G. (2007). *Experiencia: A la hora de comer: propuesta de intervención para el momento higiénico-alimenticio*. España: OMEP.
- Ministerio de Educación Nacional de Colombia. (2017). Documento No.10 *Desarrollo infantil y competencias en la Primera Infancia*. Recuperado de <http://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-210305.html>
- Ministerio de Educación Nacional. *Política Pública Nacional De Primera Infancia, Colombia por la Primera Infancia*. Documento CONPES social. Recuperado de [http://www.colombiaaprende.edu.co/html/familia/1597/articles-304202\\_109.pdf](http://www.colombiaaprende.edu.co/html/familia/1597/articles-304202_109.pdf)
- Moron, C. (2010). La autonomía personal infantil: hábitos higiénicos, alimenticios y de actividad y descanso. *Temas Para La educación. Revista Digital para Profesionales de la Enseñanza*. No 10. Recuperado de: <http://www2.fe.ccoo.es/andalucia/docu/p55d7498.pdf>
- Moruno, P. & Romero, D.M. (2006). *Actividades de la vida diaria*. Barcelona-España: Elsevier Masson.
- Msall, ME. (2002). Tools for Measuring Daily Activities in Children: Promoting Independence and Developing a Language for Child Disability. *Pediatrics*, 109, 317-319. doi 10.1111/j.1469-8749.2011.04133.
- Olson, J. A. (2004). Mothering co-occupations in caring for infants and young children. En Esdaile, S. A. & Olson, J. A. (Eds.), *Mothering occupations* (pp. 28-51). Philadelphia: F. A. Davis.

- Pitonyak J. (2014). Occupational Therapy and Breastfeeding Promotion: Our Role in Societal Health. *Am J Occup Ther.* 68(3):e90-6. doi: 10.5014/ajot.2014.009746.
- Redondo, M. Ferrá, M. & Sierra, B. (2014). Incidencia de los hábitos educativos en el aprendizaje del alumnado de educación infantil. *Enseñanza & Teaching*, 32(2), 147-175.
- Romero, A. (2010). El sentido de la ocupación. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 7 (6), 59 -77. Recuperado de <http://www.revistatog.com/supl/num6/romero.pdf>
- Romero, D. M. (2007). Actividades de la vida diaria. *Anales de Psicología*, 23, 264- 271.
- Talavera, MA. (2015). El valor del objeto en lo cotidiano. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 9(16) Recuperado de <http://www.revistatog.com/num16/pdfs/presentacion.pdf>.
- Vacas, p. (2017). Hábitos de higiene en la Escuela. *Innovación Y Experiencias Educativas*. Recuperado de [http://www.csi-csif.es/andalucia/mod\\_ense-csifrevistad\\_16](http://www.csi-csif.es/andalucia/mod_ense-csifrevistad_16). Html
- Welch, A. Dawson, P. (2006). Closing the gap: collaborative learning as a strategy to embed evidence within occupational therapy practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12, (2), 227–238 doi:10.1111/j.1365-2753.2005.00622.x





Leyla Esther Utria Machado  
Fonoaudióloga. Esp. en Salud Ocupacional.  
Magister en Educación.  
Docente Programa de Fonoaudiología - Grupo de Investigación  
Educación, Salud y Rehabilitación - EDUSAR Universidad  
Metropolitana.  
Calle 76 # 42 – 78 Barranquilla - Colombia.  
[leyla.utria@unimetro.edu.co](mailto:leyla.utria@unimetro.edu.co)

*“programa Arte y Talentos Especiales”  
Academia de Artes Guerrero*

# ACTITUDES DE JÓVENES SORDOS DE BÁSICA SECUNDARIA HACIA EL PROCESO DE ESCRITURA.

## Attitudes of deaf young of high school towards the writing process

*Fecha de recepción: 1 de septiembre de 2016 - Fecha de aprobación: 20 de enero de 2017*

### RESUMEN

En el mundo ha despertado gran interés entre los profesionales y docentes que trabajan en el contexto educativo con estudiantes sordos, el manejo y acceso que ellos tienen del código escrito; sin embargo, son escasos los estudios en el contexto local que indaguen las actitudes hacia la escritura, considerado uno de los factores más influyentes en el proceso de composición de un texto escrito. El objetivo de la investigación se orientó a determinar las actitudes hacia el proceso de escritura de jóvenes sordos de 10° y 11° grado de educación básica secundaria y media, pertenecientes a instituciones públicas y privadas de la ciudad de Barranquilla y Soledad (Atlántico – Colombia). El estudio fue descriptivo transversal. Para la recolección de la información se aplicó una ficha de identificación de los estudiantes y la escala de actitud hacia la escritura de Harris y Graham (1992) traducida por Salvador Mata (1997). Los resultados de la investigación son coherentes con estudios internacionales, en los que se determinó que a los estudiantes sordos les genera duda el proceso de composición escrita, principalmente cuando deben realizar su producción sin acompañamiento. Consideran la escritura como un proceso importante, pero una tarea compleja, con poco valor práctico, lo cual puede derivarse de las escasas experiencias enriquecedoras que tiene el sordo en su entorno escolar, familiar y social, en el aprendizaje del castellano escrito como segunda lengua.

### PALABRAS CLAVE

Escritura, Pérdida Auditiva, Actitud, Motivación.

### ABSTRACT

The handling and access that deaf students have to the written code has generated interest around the world during the last few years; nevertheless, the amount of researches that study deaf people's attitudes towards writing in our context are very few. These attitudes are some of the most influential factors in the composition process of a written text. Therefore, this research's objective was oriented to determine the attitudes towards the writing process of young deaf of 10th and 11th grades, from public and private institutions in the cities of Barranquilla and Soledad (Atlántico – Colombia). in 2015. The study was descriptive and transversal. An identification sheet was applied to collect the data. And Salvador Mata's (1997) translation of the Harris and Graham (1992) scale of attitude towards writing was applied. The results of the research process are coherent with international studies. It was determined that the process of written composition generates doubt in deaf students, mainly when their writings are performed without assistance. In general terms, deaf students consider writing as an important but complex task with low practical value. This idea may arise from the few enriching experiences that deaf people have in their scholar, familiar and social environment while they are learning Spanish as a second language.

### KEY WORDS

Writing, Hearing Loss, Attitude, Motivation.

## INTRODUCCIÓN

La lengua escrita reviste especial importancia para la comunidad sorda, en la medida en que el manejo eficiente de este código lingüístico le permitirá acceder al conocimiento, tener mejores oportunidades a nivel laboral y mejores interacciones en lo social, facilitando la comunicación con la población oyente (Tovar, 2000).

Los profesionales que abordan desde la fonoaudiología escolar a los sordos, y que están interesados en mejorar su calidad de vida, han enfocado todos sus esfuerzos en promover en ellos conocimientos para la construcción de lengua escrita, al ser éste código “el único medio por el cual tienen acceso a la lengua mayoritaria y es un elemento indispensable para que no permanezcan en una situación marginal” en la sociedad (Tovar, 2000, p. 74), aumentando sus posibilidades de inclusión en todas las esferas de la vida escolar y cotidiana, que le permiten a estas personas gozar de una mejor calidad de vida.

La realidad de nuestra región muestra una situación distinta, en la que lamentablemente al finalizar el nivel escolar de básica secundaria y media, aún los estudiantes sordos no manejan eficientemente la escritura, lo que lleva a preguntarnos ¿qué ocurre con el acceso de los estudiantes sordos al código escrito? Diversas investigaciones muestran que parte de la problemática se centra en que estos sujetos, al ser hijos de padres oyentes en más de un 95% no exponen al niño a un sistema lingüístico (primera lengua: lengua de señas) lo más tempranamente posible; por tanto, al no estar en contacto con un entorno favorable para su desarrollo lingüístico y cognitivo, lo convierte en un sujeto de alto riesgo comunicativo, por cuanto no desarrollan de manera adecuada el lenguaje y su pensamiento, condición necesaria para acceder posteriormente a su segunda lengua, el castellano escrito (Marchesi, 1987, Sánchez, 2010).

Una posible hipótesis sobre el fracaso en el manejo de la escritura por las personas sordas, es la perspectiva con la que por muchos años se ha visualizado a las personas sordas, esto es, la visión clínica o rehabilitadora, que concibe al Sordo como un sujeto con severas limitaciones en su capacidad para los aprendizajes (Veinberg, 1997); esta visión predispone a los docentes, directivos docentes, a los Sordos y su familia, a tener “bajas expectativas y comunicarles a los educandos mensajes subliminales que les bajan la autoestima” (Tovar, 2013, p.25), que perpetúan su situación de personas con pocas oportunidades de inserción en la vida social, laboral, excluidas de la sociedad.

En el afán de alfabetizar a los Sordos, las instituciones educativas convirtieron la enseñanza de la lengua escrita en una práctica sin ningún sentido y significado, es decir descontextualizada para los sujetos Sordos. Estas formas de enseñanza se fundamentan en la enseñanza del código, pero no a la enseñanza de la escritura como ejercicio mental que contribuye al desarrollo intelectual y al aumento de la participación en el contexto en el que se encuentran. (Portilla, Bejarano y Cárdenas, 2006, p. 22, 23)

En general, los sordos poseen pocos recursos lingüísticos comunicativos y por ello, encuentran barreras comunicativas en todas las esferas de su vida, al observarse la poca sensibilización y concientización de la sociedad hacia la situación de las personas sordas y de esta situación en particular, se deriva que sean muy pocos los que pueden acceder a realizar estudios superiores e incluirse integralmente en la sociedad (Gutiérrez, 2004). Así mismo, los problemas que tienen los sordos en el manejo de la escritura, “se deben al déficit experiencial, lingüístico, contextual y social que implica la deficiencia auditiva, lo cual deriva en un proceso de aislamiento social” (Gutiérrez, 2004, p. 10). Influye en esta situación la ausencia o insuficiente exposición del Sordo a un sistema lingüístico - comunicativo (lengua de señas) y la escasa respuesta educativa acorde con las necesidades específicas de esta población.

En el proceso de escritura uno de sus factores determinantes hace referencia a los componentes afectivos y emocionales que se refieren “al querer”, es decir a la motivación, la disposición, la intención, la persistencia y la creencia de las propias posibilidades de los estudiantes en las tareas de escritura. La actitud se define como “la disposición y motivación hacia la escritura, que depende de factores afectivos y socioculturales” (Gutiérrez, 2013, p. 387). En la actualidad, se considera que la actitud es uno de los factores influyentes más importantes en el proceso de composición escrita, no solo desde el punto de vista del producto, sino también del proceso de escribir. Según Cassany (1995), para poder escribir bien, la motivación o disposición hacia este proceso, es un factor determinante al realizar tareas escritoras, pues las actitudes se refieren a lo que pensamos, opinamos y sentimos internamente sobre el proceso de escritura.

En el contexto local, a la fecha no se han encontrado estudios, enfocados a determinar las actitudes hacia la escritura en estudiantes Sordos, y en Colombia, es muy poca la información que se ha generado en esta área del conocimiento, evidenciándose un vacío importante, necesario investigar, para contribuir con el mejoramiento de la calidad de la educación que reciben los estudiantes Sordos; en ellos se justificó el presente trabajo de investigación, orientado a determinar las actitudes de jóvenes Sordos de 10° y 11° grado de básica secundaria hacia el proceso de escritura, pertenecientes a instituciones públicas y privadas de Barranquilla y su área metropolitana, Soledad, en el II período 2015.

### MÉTODO:

La investigación de tipo descriptivo transversal se adelantó en el segundo semestre de 2015. Participaron en el estudio 24 estudiantes Sordos (usuarios de la Lengua de Señas Colombiana), provenientes de familias oyentes, pertenecientes a dos instituciones públicas y una privada, de la ciudad de Barranquilla y Soledad – Atlántico (Colombia). El 41.7% (10) de los estudiantes pertenecen al sexo femenino y el 58.3% (14) al masculino.

Se tuvieron como criterios de inclusión, a estudiantes que cursaran 10° y 11° sin patologías asociadas, con Hipoacusia Neurosensorial Profunda Bilateral. El 54.1% (13) cursaban 10° y el 45.8% (11) 11° del nivel básica secundaria y media. La media de las edades es de 18.6

años. El 29.1% (7) usa audífonos y el 45.85% (11) no hace uso de ayuda auditiva. El 25% (6) tiene implante coclear.

En el contexto familiar de los estudiantes Sordos, el sistema de comunicación más empleado es la Lengua de Señas Colombiana. Una de las principales características de este contexto, tiene que ver con los hábitos de lectura y escritura de la familia de los estudiantes Sordos de 10° y 11°.

Para mediar la comunicación entre los estudiantes sordos, sus compañeros oyentes y los docentes, las instituciones públicas participantes en la investigación, cuentan con intérpretes. En la institución privada, los docentes manejan la Lengua de Señas Colombiana y cuentan con una profesora Sorda.

Con el fin de conocer las características individuales de los estudiantes y de su contexto, se aplicó una ficha de identificación, por medio de un intérprete de Lengua de Señas Colombiana. Posteriormente se aplicó la escala de actitud hacia la escritura que se presenta en la tabla 1, extraída de Harris y Graham (1992) y traducida por Salvador Mata (1997). A éste último autor, se le solicitó su consentimiento para su aplicación en la población objeto de estudio.

**Tabla 1.** Escala de actitud hacia la escritura.

	No	Algunas veces	Si
1. Me gusta escribir.			
2. Me gusta más escribir que leer.			
3. Escribo yo solo.			
4. Escribo fuera de la escuela.			
5. Aunque el profesor no me obligue, escribo.			
6. Me gusta más escribir que hacer matemáticas.			
7. Escribir es importante.			

La escala tiene una estimación numérica comprendida en tres valores o puntuaciones 1= NO (si está en desacuerdo o rechazo), 2= algunas veces (en ocasiones, no muy frecuentemente) o 3= Si (si está de acuerdo o aceptación).

Para la recolección de los datos, a las instituciones educativas participantes en el estudio, se les solicitó su autorización (consentimiento informado institucional), para la realización del mismo. La escala se aplicó a cada uno de los estudiantes, luego de la firma del consentimiento informado. Su aplicación tomó un tiempo aproximado de 60 minutos, por cada grupo de estudiantes.

Con base en la recolección de la información obtenida se construyeron tablas de distribución de frecuencia, gráficas; se emplearon medidas de tendencia central, desviación estándar, a fin de dar respuesta a los objetivos planteados en la investigación.

## RESULTADOS

Los resultados son coherentes con los hallazgos del estudio realizado por la investigadora Gutiérrez (2003). En lo concerniente a las

respuestas de los estudiantes Sordos a cada uno de los ítems de la escala o puntuación global, la media es de 2.21 y la desviación estándar es de 0.81. Esta puntuación corresponde con el valor verbal “algunas veces” como se observa en la tabla 2.

**Tabla 2.** Resultados descriptivos por estudiante de la Escala de Actitud hacia la Escritura.

Estudiante	Media	Desviación Estándar
1	1.43	0.79
2	1.71	0.76
3	2.71	0.49
4	2.00	1.00
5	1.86	0.90
6	2.29	0.49
7	2.43	0.53
8	2.43	0.79
9	2.43	0.98
10	2.71	0.49
11	2.14	0.90
12	2.29	0.76
13	2.57	0.79
14	2.00	0.82
15	2.71	0.49
16	2.29	0.95
17	2.57	0.79
18	2.43	0.79
19	1.43	0.53
20	2.29	0.76
21	2.71	0.49
22	2.29	0.76
23	1.29	0.49
24	2.14	0.90

De acuerdo a los estudios realizados por Gutiérrez (2003), se puede afirmar de igual forma, que dadas las respuestas tan variadas de los estudiantes participantes en la investigación, en cada uno de los ítems de la escala, las actitudes hacia la escritura se encuentran entre valores positivos y negativos; en la medida en que la media de sus respuestas están cercanas al valor numérico 3, indica aceptación de las tareas escritoras; sin embargo, la media de las puntuaciones cercanas al 1, correspondiente al valor verbal no, evidencian total rechazo a estas actividades.

**Tabla 2.** Media y desviación estándar de puntuaciones por ítem de la escala.

ITEM DE LA ESCALA	MEDIA (M)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (S)
1	2.38	0.65
2	1.96	0.86
3	1.83	0.76
4	1.96	0.81

5	2.42	0.83
6	2.33	0.76
7	2.63	0.71

De acuerdo a los resultados obtenidos en cuanto a la disposición y motivación frente al proceso de escritura (“me gusta escribir”), la media de las respuestas de los estudiantes Sordos fue de 2.38, lo que evidencia una actitud de indecisión hacia el proceso de escritura. Se halló una diferencia estadísticamente significativa entre los estudiantes de las instituciones públicas y la privada, evidenciándose que, en el caso de las primeras, hay mayor disposición y motivación hacia la producción escrita que sus pares de instituciones públicas ( $p < 0,05$ ). Así mismo, los estudiantes que utilizan implante coclear y audífonos, manifiestan que les gusta más escribir que a los Sordos no usuarios de ayudas auditivas ( $p: 0.026$ ).

En cuanto al ítem # 2 de la escala, los estudiantes respondieron que prefieren la actividad lectora que la tarea escritora, al obtenerse una puntuación promedio de 1.96 valor que se acerca al “no”.

Los estudiantes de 10° y 11° prefieren realizar la actividad escritora, que hacer las actividades escolares relacionadas con las matemáticas, probablemente por la exigencia y demanda que requiere desarrollar este tipo de tareas. La media del grupo en este ítem (“me gusta más escribir que hacer matemáticas”) fue de 2.33, que corresponde al valor verbal “algunas veces” o “no muy frecuentemente”, mostrando así mismo, en coherencia con lo expresado anteriormente, que aunque sus actitudes no son completamente negativas, manifiestan duda hacia la tarea escritora. Se halló una diferencia estadísticamente significativa en este ítem de la escala con relación al género, en el que se pudo evidenciar que las mujeres tienen mayor motivación para escribir que hacer matemáticas, en comparación con sus compañeros hombres ( $p: 0.04$ ).

Por otra parte, los valores de la desviación estándar permiten evidenciar que las respuestas expresadas por los estudiantes Sordos son variables; es decir el 16.6% (estudiantes 3, 10, 15 y 21) tienen la puntuación media máxima  $\bar{x} = 2.71$ , es decir muy cercano al valor verbal “sí”, lo cual evidencia actitudes positivas en la medida en que este valor se acerca a la puntuación máxima de la escala, indicando satisfacción o disposición hacia la producción escrita;  $\bar{x} = 1.29$ , lo cual manifiesta una actitud de rechazo o de no disfrute de la actividad de escribir. Esta variabilidad, también se observa en los datos obtenidos en cada uno de los ítems pertenecientes a la escala (ver tabla 2).

Se logró determinar que los estudiantes Sordos “no” realizan de forma independiente la producción escrita. Es decir, no escriben solos al observarse en promedio una puntuación de 1.83, lo que corresponde al valor verbal “no”;  $\bar{x} = 1.96$ , aunque este último valor es cercano a algunas veces. Es importante señalar que, a mayor edad de los estudiantes, hay mayor disposición a realizar este tipo de actividad sin acompañamiento ( $p: 0.032$ ).

Al indagarse sobre si los estudiantes Sordos realizan el proceso de escritura “aunque su profesor no los obligue”, la media de las

respuestas en este ítem es de 2.42, correspondiente al valor verbal “algunas veces”, indicando una vez más actitudes de indecisión o frustración hacia la tarea de escribir. Para estos estudiantes, sus actitudes son algunas veces positivas y otras veces negativas, al realizar la actividad escritora por iniciativa propia. En este ítem de la escala, se destaca una diferencia estadísticamente significativa entre el género femenino y masculino, al evidenciarse que en el primer caso, hay mayor disposición y motivación para escribir sin que su profesor las obligue, que los estudiantes del género masculino.

Finalmente, la población objeto de estudio evidencia actitudes hacia lo positivo al valorar el proceso de escritura como algo “importante”, la puntuación media obtenida es 2.63 y aunque corresponde al valor verbal “algunas veces”, se acerca al valor positivo “sí” (escribir es importante). Es importante señalar que los estudiantes de la institución privada expresaron valorar más la escritura, que sus compañeros de las instituciones públicas ( $p < 5$ ). Así mismo, a nivel de grado escolar en este ítem, se evidenció una diferencia estadísticamente significativa, al otorgarle una mayor valoración positiva a la escritura los estudiantes de 11°, que los de 10° ( $p: 0.01$ ).

Pese a valorar el proceso de escritura como algo importante, los estudiantes Sordos participantes en el estudio, se sienten inseguros, ansiosos, frustrados al realizar las actividades de producción escrita. En términos generales, se sienten insatisfechos con sus habilidades para la escritura.

## DISCUSIÓN

A partir de la interpretación y análisis de los resultados obtenidos, se logró determinar que los jóvenes sordos de 10° y 11° poseen actitudes de duda hacia el proceso de escritura.

Los resultados del presente estudio son coherentes a los hallazgos encontrados por Gutiérrez (2003), en los que la mayoría de los estudiantes participantes en su estudio, evidenciaron actitudes de duda hacia la escritura, al experimentar sentimientos de inseguridad al realizar solos la tarea de escribir, lo cual se debe al “déficit experiencial que se produce como consecuencia de la interacción entre el individuo y su entorno social” (Gutiérrez, 2004, p.10).

Otros estudios realizados por la misma investigadora muestran que los estudiantes Sordos analizados (básica primaria), han manifestado actitudes negativas o de rechazo, oposición hacia las actividades escolares relacionadas con la expresión escrita (Gutiérrez y Gallejo, 2001). En contraste, los resultados del presente estudio, muestran que los estudiantes Sordos del nivel educativo de la media (10° y 11°) manifiestan duda, no rechazo a este proceso. Así mismo, los resultados también son similares con los encontrados por Brokop y Persall (2010). En este estudio al entrevistar a estudiantes Sordos sobre cómo se sentían en el proceso de producción escrita, manifestaron sentirse insatisfechos con sus habilidades para la escritura, nerviosos y frustrados cuando se les pedía escribir.

El proceso de aprendizaje de la escritura para los Sordos, es percibido como una tarea difícil, con un propósito netamente académico y con poco valor social. Esta creencia de la comunidad sorda, evi-

dencia su condición pasiva en el aprendizaje de su segunda lengua (lengua escrita), desde la perspectiva bilingüe (Rojas, 2005).

Según Gutiérrez (2011), la anterior situación puede explicarse por el escaso o insuficiente conocimiento del nivel discursivo y sintáctico del texto escrito por los Sordos. Así mismo, la autora señala que éstos, no presentan una buena disposición hacia la escritura y sus dificultades, derivando de esta situación una actitud de incertidumbre y una autopercepción negativa acerca de sus capacidades para la producción escrita, dificultando a su vez el adecuado control meta - cognitivo de las actividades de escritura.

De acuerdo con Cassany (1995), para poder escribir bien, la motivación o disposición hacia este proceso, es un factor determinante al realizar tareas escritoras, pues las actitudes se refieren a lo que pensamos o sentimos internamente sobre el proceso de escritura. Algunos estudiantes en la puntuación de cada uno de los ítems de la escala, estuvieron muy cerca del valor verbal “Sí”, lo cual muestra actitudes positivas en la medida en que este valor se acerca a la puntuación máxima de la escala, indicando satisfacción o disposición hacia la producción escrita.

Se logró establecer que los estudiantes Sordos “no” realizan de forma independiente la producción escrita. Por tanto, para realizar actividades relacionadas con la composición escrita requieren del apoyo de otras personas, requieren acompañamiento al sentirse inseguros al desarrollar esta actividad. Según Rojas (2005), en el proceso de composición escrita, los sujetos Sordos solicitan la aprobación permanente de los oyentes al considerarlos, como los “expertos” en el uso de la lengua escrita. Lo anterior evidencia, que no tienen un adecuado manejo de las habilidades de planeación, transcripción y edición del proceso de escritura.

Los estudiantes sordos perciben otras tareas escolares, como leer, menos complejas que escribir y por ello prefieren realizarla antes que producir a nivel escrito, lo cual puede relacionarse con los sentimientos de inseguridad, contradicción o duda, que experimentan al enfrentarse a la actividad escritora, la cual es percibida por los estudiantes Sordos de 10° y 11°, como más compleja que la lectura, es decir, “no se sienten suficientemente capaces como para afrontar independiente, activa y positivamente todos los problemas y las exigencias que encuentran en la escritura” (Gutiérrez, 2013, p. 397).

En términos generales, los estudiantes de educación secundaria y media, que participaron en la investigación, consideran que escribir es importante, aunque manifiestan actitudes de duda hacia la producción escrita.

Finalmente, se destaca que el presente estudio representa un avance significativo en las investigaciones realizadas con la población sorda de la región, en cuanto a la comprensión de los procesos de lengua escrita, específicamente a lo que subyace en las actitudes hacia el proceso de escritura. Sin embargo, es importante señalar que dada las respuestas tan variadas de los estudiantes participantes en el estudio, no se pueden hacer generalizaciones a toda la población de Sordos.

Los hallazgos permitieron conocer algunos factores que pueden estar influyendo en la motivación y disposición de los jóvenes Sordos hacia las tareas escritoras, posibilitando establecer estrategias de intervención (fonoaudiológica y pedagógica) que conlleven a plantear propuestas educativas más significativas para la población sorda, acordes a sus necesidades, como comunidad usuaria del castellano escrito como segunda lengua y a generar nuevos procesos de investigación que favorezcan un adecuado aprendizaje de la escritura por parte de los estudiantes Sordos.

## CONCLUSIONES

Los estudiantes de 10° y 11° participantes en el estudio, manifiestan actitudes de incertidumbre hacia la producción escrita. Consideran la escritura como una tarea difícil y compleja, con poco valor práctico.

Evidencian aceptación y motivación hacia el proceso de composición escrita, en la medida en que algunas veces “les gusta escribir” y al considerar que escribir es una actividad muy importante para mejorar su calidad de vida. Sin embargo, en su mayoría evidencian poca competencia en la composición escrita, por tanto se sienten insatisfechos con las producciones que realizan.

Esta situación se debe a la insuficiente respuesta educativa a las necesidades específicas de los estudiantes Sordos en el aprendizaje de su segunda lengua, relacionada con las prácticas pedagógicas (didácticas y metodologías para favorecer el aprendizaje de la lengua escrita como segunda lengua) y a las pocas experiencias significativas que pueden tener los estudiantes en el contexto escolar, familiar y social, con las actividades relacionadas con la producción de textos escritos; impactando de esta manera en las actitudes que manifiestan hacia el proceso escritor.

Se determinó que los estudiantes Sordos de la básica secundaria y media, prefieren realizar “en ocasiones” los procesos de escritura, que realizar otras actividades escolares como las matemáticas. Sin embargo, prefieren más leer que escribir.

En general, presentan dificultades para realizar de forma independiente las producciones escritas. Para realizar actividades relacionadas con la escritura requieren del apoyo de oyentes, lo cual se relaciona con los sentimientos de inseguridad y duda que les genera desarrollar esta actividad. Lo anterior evidencia que, estos jóvenes no tienen un adecuado manejo de las habilidades de planeación, transcripción y edición del proceso de escritura.

Como recomendaciones se formulan las siguientes:

Desarrollar estudios que permitan comparar las actitudes hacia el proceso de composición escrita de estudiantes Sordos, en los diferentes niveles educativos (primaria, bachillerato y media) con sus pares oyentes.

Diseñar estrategias de intervención para promover en los estudiantes Sordos las actitudes en el proceso de composición escrita y

a partir de la aplicación de estas estrategias, determinar su impacto en la población (estudio experimental).

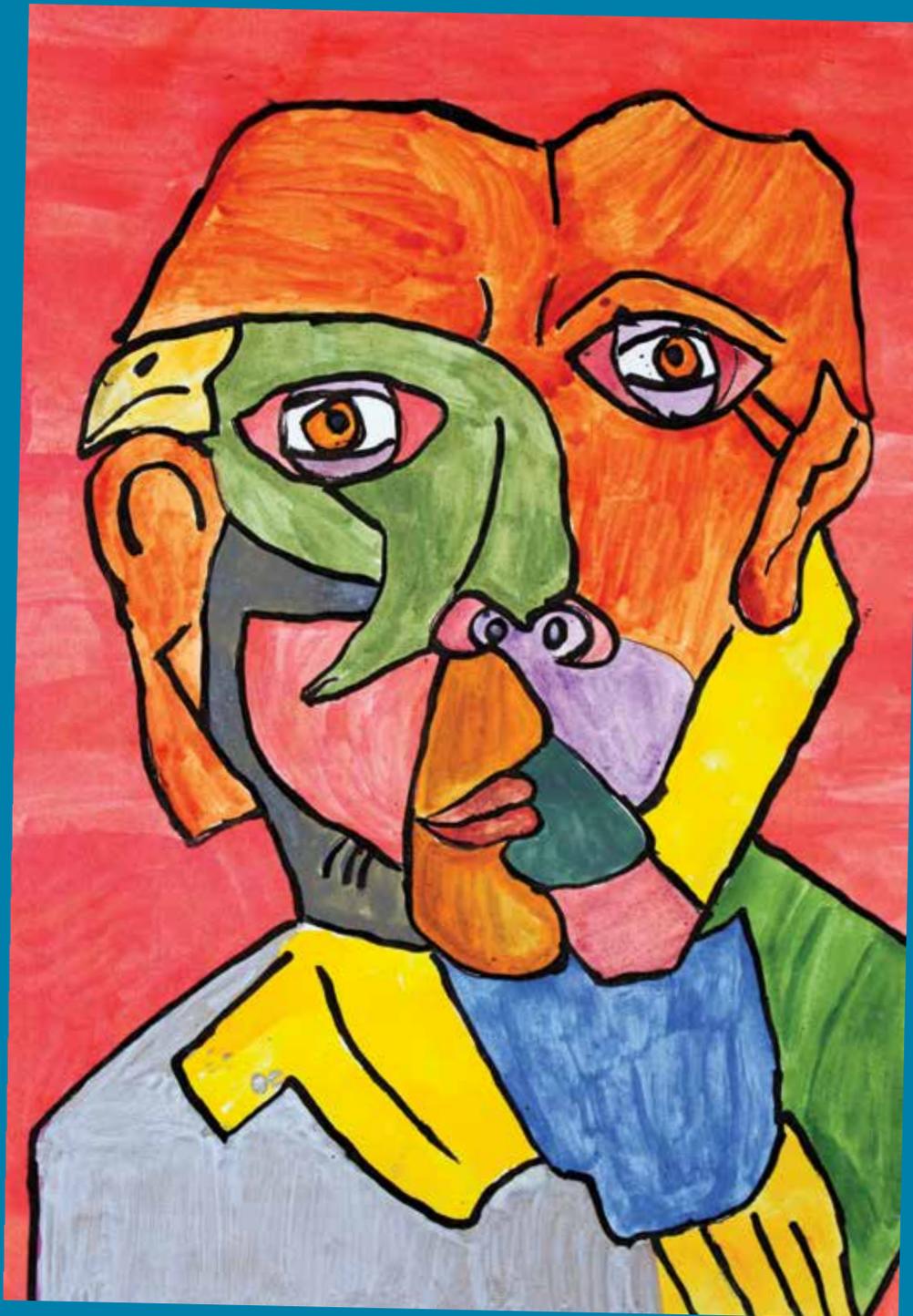
Diseñar en las instituciones educativas con estudiantes Sordos, contextos y ambientes de aprendizaje que favorezcan la motivación desde edades tempranas hacia los procesos de escritura.

Realizar nuevas investigaciones que permitan: establecer la relación entre las actitudes de estudiantes Sordos hacia la escritura

y factores tales como hábitos de escritura, métodos de enseñanza utilizados por los docentes, determinar cómo influyen los factores de tipo individual y contextual en las actitudes hacia la escritura en estudiantes Sordos, evaluar las habilidades cognitivas en el proceso de composición escrita, tales como planeación, transcripción y revisión en estudiantes Sordos de básica secundaria, en las instituciones participantes en la presente investigación.

## REFERENCIAS

- Brokop, F., Persall, B. (2010). *Writing strategies for learners who are deaf*. Norquest College, Edmonton. Recuperado de <https://www.norquest.ca/NorquestCollege/media/pdf/centres/learning/CELS-Writing-Strategies.pdf>
- Cassany, D. (1995). *La cocina de la escritura*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Gutiérrez, R. (2013). Actitudes hacia la escritura en alumnos Sordos y oyentes integrados en contextos escolares bilingües. Profesorado. Revista de Currículum y Formación de Profesorado, 17(1), 385-400. Recuperado de: <http://www.ugr.es/~recfpro/rev171COL8.pdf>.
- Gutiérrez, R; (2011). Auto-percepción de la eficacia en la escritura de alumnos sordos y oyentes de Educación Primaria y Secundaria. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9 1353-1376. Recuperado de <http://333.redalyc.org/articulo.oa?id=293122852018>
- Gutiérrez, R. (2004). *Cómo escriben los alumnos Sordos*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Gutiérrez, R. (2003). *Estudio descriptivo sobre actitudes hacia la escritura en alumnos Sordos de educación secundaria*. Recuperado de: <http://docplayer.es/4981177-Estudio-descriptivo-sobre-actitudes-hacia-la-escritura-en-alumnos-Sordos-de-educacion-secundaria.html>
- Gutiérrez, R., y Gallego, J. L. (2001). *Estudio descriptivo sobre actitudes de los alumnos Sordos hacia la escritura*. Recuperado de: <http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/11058/CC-63%20art%2025.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Harris, K. R., y Graham, S. (1992). *Helping young writers master the craft: Strategy instruction and self regulation in the writing process*. Brookline Books.
- Marchesi, A. (1987). *El desarrollo lingüístico y cognitivo de los niños Sordos. Perspectivas educativas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Portilla, L, Bejarano, O y Cárdenas, M. (2006). *Educación bilingüe para Sordos. Etapa escolar*. Orientaciones pedagógicas. Bogotá: INSOR.
- Rojas, A. (2005). Representaciones sociales de un grupo de estudiantes Sordos frente a la lectoescritura. *Revista Areté. Fonoaudiología*, 7(5), 12-17.
- Sánchez, C. (2010). *Decálogo para una buena educación de los Sordos*. Recuperado de [http://www.cultura-sorda.org/wp-content/uploads/2015/03/Sanchez\\_C\\_-Decalogo\\_buena\\_educacion\\_Sordos\\_2011.pdf](http://www.cultura-sorda.org/wp-content/uploads/2015/03/Sanchez_C_-Decalogo_buena_educacion_Sordos_2011.pdf)
- Tovar, L. A. (2013). *Reflexiones acerca de la educación de los Sordos colombianos para el siglo XXI*. Recuperado de <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/5546/1/REFLEXIONES%20ACERCA.pdf>
- Tovar, L. A (2000). La lengua escrita como segunda lengua para el niño Sordo. *El bilingüismo de los Sordos*. 1 (4), 74 - 87.
- Veinberg, S. (1997). Perspectiva Socio - antropológica de la Sordera. *El Bilingüismo de los Sordos*. 1 (3), p. 37 - 44.



*“programa Arte y Talentos Especiales” Academia de Artes Guerrero*

Miguel Antonio Vargas García  
Fonoaudiólogo. Esp. en Terapia Miofuncional. Esp. en Práctica Pedagógica Universitaria.  
MSc en Educación. Candidato a Doctor en Fonoaudiología.  
Programa de Fonoaudiología. Universidad Metropolitana Barranquilla – Colombia  
mig.flgo@gmail.com

# REPERCUSIONES SOCIALES DE LA DISFAGIA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

## Social impact of dysphagia: a systematic review

*Fecha de recepción: 26 de septiembre de 2016 - Fecha de aprobación: 23 de febrero de 2017*

### RESUMEN

Se propuso reunir la evidencia disponible acerca de los factores discapacitantes de la disfagia, abordando sus alteraciones desde un aspecto social y definiendo a partir de la revisión cuáles son esos factores que desde la disfagia, generan obstáculos para el desempeño social. Los métodos de búsqueda obedecieron a una revisión sistemática Cochrane, la cual objetiva la estructuración cronológica de la información y la evidencia científica alrededor de un tema específico, teniendo en cuenta criterios de elegibilidad establecidos. Se precisó la búsqueda a través de descriptores en inglés: Quality of life; Social; Dysphagia; Impact. Es importante resaltar que el 54.5% de los estudios incluidos en la revisión, utilizaron como instrumento de indagación acerca de la relación entre calidad de vida y disfagia al cuestionario Quality of life in swallowing disorders (SWAL-QOL). Los resultados demuestran la injerencia de la disfagia en aspectos sociales del sujeto, sin embargo se puede concluir según los factores encontrados, que estos dependerán de aspectos de comorbilidad, de la edad y del procedimiento terapéutico a lugar. Proyectando al hombre como un ente social, emocional y biológico, desde una perspectiva funcional y basando el análisis en la definición de la disfagia, el estudio la permite conceptualizar como una condición discapacitante para el individuo. Se hace necesario que en la práctica clínica se estructure un trabajo interdisciplinario con Psicología, dado que es indispensable para la rehabilitación del sujeto que el estado anímico, el deseo de vivir sean fortalecidos como aspectos vinculados a la psiquis y a la inteligencia emocional.

### PALABRAS CLAVE

Calidad de vida; Trastornos de la deglución; Fonoaudiología; Aislamiento social; Estado de Salud.

### ABSTRACT

The purpose of the research was to gather the available evidence about the disabling factors of dysphagia, addressing the pathological signs from a social aspect and defining which of those factors generated from dysphagia are obstacles to social performance. The searching methods obeyed a Cochrane systematic review, which aims a chronological structuring of information and scientific evidence around a specific topic, considering established eligibility criteria. The searching process was made through English descriptors: Quality of life; Social; Dysphagia; Impact. It is important to emphasize that 54.5% of the studies included in the review used the survey Quality of life in swallowing disorders (SWAL-QOL) as an instrument of inquiry about the relationship between quality of life and dysphagia. Results show the interference of dysphagia in social aspects of the subject, however it can be concluded according to the factors found that this interference will depend on aspects of comorbidity, age and the therapeutic procedure in place. Projecting the human being as a social, emotional and biological entity, from a functional perspective and basing the analysis on the definition of dysphagia, the study allows conceptualizing it as a disabling condition for the individual. The systematic review shows the necessity of an interdisciplinary work with Psychology to face the possible repercussions on the person's mental state, his desire to live and the strengthening of the psyche and the emotional intelligence.

### KEY WORDS

Quality of Life; Deglutition Disorders; Speech, Language and Hearing Sciences; Social Isolation; Health Status.

## INTRODUCCIÓN

El ámbito terapéutico en la actualidad presenta un nuevo modelo de atención que prioriza al sujeto como una entidad formada por diversos factores. El biológico, que determina la homeostasis del cuerpo. Fundamenta la atención clínica de la salud, el bienestar sistémico del cuerpo humano. Por otro lado el factor psicológico; que contempla los aspectos de pensamiento, el bienestar psicológico y emocional del sujeto. Por último, el equilibrio social, el cual se preocupa por contemplar las relaciones contextuales y el desarrollo del sujeto en sociedad.

Este modelo actual de atención en salud, denominado biopsicosocial (Suárez Rodríguez, Fajardo Dolci, Higuera Ramirez, y Iglesias Fernández, 2006), fundamenta la atención integral del sujeto en discapacidad, y busca la rehabilitación en todos los factores que contempla. Bajo las circunstancias en las que se presentan la disfagia (Queiroz, 2002; Furkim y Salviano, 2008), los sujetos que la padecen generan algunas restricciones sociales que influirán negativamente en su bienestar como sujeto social, lo cual sin duda influye y deteriora la homeostasis corporal y psíquica.

Dentro de un sistema de atención biopsicosocial, es necesario que los profesionales de la salud se apresten a abordar no solo el factor biológico, sino también el factor psicológico y social, sus causas y sus repercusiones, entendido desde el psicoanálisis (Rodríguez y Frías, 2005) como esos factores emocionales que acompañan al hombre y a la mujer y que planteados desde las teorías psicoanalíticas de Freud se postulan como la resistencia y la represión del inconsciente, que obstaculiza los procesos de mejoría de la enfermedad por aspectos emocionales, debilitamiento mental, tristeza y demás que repercuten de forma negativa tanto en la persona, como en la vida en sociedad.

El hombre como ser social necesita de aspectos contextuales funcionales, además de factores biológicos y psicológicos equilibrados para gozar de plenitud. Ahora bien, en la enfermedad, los factores psicológicos y sociales juegan un papel importante. La puesta en juego de la motivación y la fuerza de voluntad en la búsqueda de una posible rehabilitación, es indispensable.

Desde la Fonoaudiología, la atención a la disfagia no debe suponer solo la intervención al paciente, sino también a su contexto, pues será este, finalmente, el encargado de poner en marcha y mantener estrategias de cuidado que estimulen y permitan una pronta rehabilitación (Furkim, Gomes y Macedo, 2000).

Bajo esta dinámica es importante para el profesional y para el paciente iniciar la búsqueda de todos aquellos factores vinculados a la biología, la psicología y al contexto de la persona con disfagia, que alteren el desarrollo funcional, psicoemocional y su desempeño social como sujeto.

Se proyecta entonces bajo herramientas metodológicas ordenadas, una revisión sistemática Cochrane que dé cuenta de los estudios realizados alrededor de la búsqueda de factores influyentes en

el desmejoramiento de la salud integral de la persona con disfagia, su desempeño social y su calidad de vida.

## MÉTODO

La metodología desarrollada se aplicó a partir de los fundamentos conceptuales adoptados por la revisión sistemática Cochrane, en busca de información sistematizada acerca de las repercusiones sociales de la disfagia y su impacto en la calidad de vida de los sujetos que la padecen.

Como criterio de inclusión al estudio se determinaron aptos aquellos trabajos investigativos que plantearan aspectos alterados a nivel social, psicológico y biológico como resultado directo de la Disfagia, entendida como una alteración funcional u orgánica del paso del alimento de boca a estómago.

Se definieron como artículos válidos encontrados, aquellos que cumplieran con la condición de full text available, full text o free full text y que se encontraran escritos en idioma español, inglés o portugués.

Como criterio de exclusión se tuvieron en cuenta los textos dirigidos al estudio de calidad de vida de pacientes terminales con disfagia. También estudios que objetivaran las repercusiones de la malnutrición en la salud, esto en ausencia de algún tipo de disfagia. De igual forma, aunque estuviesen ligados estrechamente a distintos tipos de disfagia, se excluyeron estudios que detallaban las repercusiones y la calidad de vida de sujetos con alteraciones de voz, reflujo gastroesofágico y cualquier tipo de atresia esofágica.

Como métodos de búsqueda e identificación de estudios, la revisión privilegió artículos full text que contemplaran el tema de estudio; para materializar el hallazgo, se realiza una búsqueda avanzada-multicampo en cada una de las seis bases de datos trabajadas. Estas fueron: Scencedirect; Pubmed; Lilacs; Scielo; Doaj; Ovit.

Se llevó a cabo la búsqueda de tres formas distintas, combinando criterios de búsqueda, así:

1. Quality of life (AND) Social (AND) Dysphagia
2. Dysphagia (AND) Impact (AND) Quality of life
3. Dysphagia (AND) Impact (AND) Social

La búsqueda se hizo con términos en idioma inglés dada las características de acceso a la información científica.

Los estudios se identificaron teniendo en cuenta su desarrollo temático, evaluando el contenido del texto en toda su extensión. Cada texto que pasó el filtro inicial fue incorporado en un archivo de Excel en donde se enumeró por base de datos y por combinación de criterios de búsqueda. Se especificaron el título original del texto, su traducción y el resumen. Posteriormente se hizo el debate del texto completo para definir su relevancia y pertinencia en la revisión. El documento de texto de cada artículo se colgó en repositorios, guardando el carácter sistemático y ordenado de la búsqueda. Se generó una base de datos en Excel para evitar repeticiones.

Fecha de revisión y análisis. La búsqueda sistemática de la información se inició el 03 de febrero de 2016; la búsqueda más reciente se realizó el 24 de febrero del mismo año. Los resultados arrojaron estudios comprendidos entre 2005 y 2016, línea de tiempo de 11 años con la cual se generó el análisis de la información.

## RESULTADOS

La distribución del hallazgo según cada una de las bases de datos indagadas se presenta en la Tabla 1. Esta búsqueda se realizó en cada una de las bases de datos teniendo en cuenta la combinación de los criterios de búsqueda. Se hallaron un total de 880 documentos que respondieron a las categorías detalladas, sin embargo muchos salieron del interés de la revisión. El resultado por criterio de búsqueda se encuentra en la Tabla 2, que indica la cantidad de estudios filtrados teniendo en cuenta la combinación de descriptores.

**Tabla 1.** Estudios encontrados de acuerdo a la búsqueda de bases de datos.

Bases de datos	No. De trabajos encontrados.
Sciencedirect	230
Pubmed	228
Lilacs	25
Scielo	17
Doaj	22
Ovit	358
Total	880

**Tabla 2.** Número de trabajos encontrados según criterios de búsqueda en las bases de datos.

Fuentes o bases de datos	Combinación de criterios de búsqueda	Trabajos encontrados
<b>Sciencedirect</b>	Quality of life (AND) Social (AND) Dysphagia	55
	Dysphagia (AND) Impact (AND) Quality of life	113
	Dysphagia (AND) Impact (AND) Social	62
<b>Pubmed</b>	Quality of life (AND) Social (AND) Dysphagia	53
	Dysphagia (AND) Impact (AND) Quality of life	145
	Dysphagia (AND) Impact (AND) Social	30
<b>Lilacs</b>	Quality of life (AND) Social (AND) Dysphagia	11
	Dysphagia (AND) Impact (AND) Quality of life	10
	Dysphagia (AND) Impact (AND) Social	4
<b>Scielo</b>	Quality of life (AND) Social (AND) Dysphagia	5
	Dysphagia (AND) Impact (AND) Quality of life	9
	Dysphagia (AND) Impact (AND) Social	3
<b>Doaj</b>	Quality of life (AND) Social (AND) Dysphagia	10
	Dysphagia (AND) Impact (AND) Quality of life	11
	Dysphagia (AND) Impact (AND) Social	1
<b>Ovid</b>	Quality of life (AND) Social (AND) Dysphagia	78
	Dysphagia (AND) Impact (AND) Quality of life	179
	Dysphagia (AND) Impact (AND) Social	101
<b>TOTAL</b>		880

La tabla 3, por su parte, define el número de estudios seleccionados por combinaciones de búsqueda; cada uno de los estudios enumerados en esta tabla aporta algún tipo de factor bio-psico-social alterado como efecto de la disfagia en sujetos. Las combinaciones que arrojaron o presentaron por lo menos 1 estudio seleccionado en otras bases de datos u otras combinaciones de búsqueda.

**Tabla 3.** Número de trabajos incluidos en el primer filtro, de acuerdo con la combinación de criterios de búsqueda.

Fuentes o bases de datos	Combinación de criterios de búsqueda	Trabajos encontrados
<b>Ovid</b>	Quality of life (AND) Social (AND) Dysphagia	12
	Dysphagia (AND) Impact (AND) Quality of life	4
	Dysphagia (AND) Impact (AND) Social	4
<b>Doaj</b>	Quality of life (AND) Social (AND) Dysphagia	4
	Dysphagia (AND) Impact (AND) Quality of life	2
	Dysphagia (AND) Impact (AND) Social	0
<b>Sciencedirect</b>	Quality of life (AND) Social (AND) Dysphagia	0
	Dysphagia (AND) Impact (AND) Quality of life	0
	Dysphagia (AND) Impact (AND) Social	0
<b>Pubmed</b>	Quality of life (AND) Social (AND) Dysphagia	5
	Dysphagia (AND) Impact (AND) Quality of life	4
	Dysphagia (AND) Impact (AND) Social	0
<b>Lilacs</b>	Quality of life (AND) Social (AND) Dysphagia	5
	Dysphagia (AND) Impact (AND) Quality of life	3
	Dysphagia (AND) Impact (AND) Social	0
<b>Scielo</b>	Quality of life (AND) Social (AND) Dysphagia	2
	Dysphagia (AND) Impact (AND) Quality of life	0
	Dysphagia (AND) Impact (AND) Social	0
<b>TOTAL</b>		45

La revisión arroja textos en idioma español, portugués, inglés y japonés, aun y cuando la búsqueda se realizó a través de descriptores en inglés (ver tabla 4).

Idioma	Frecuencia
Español	2
Inglés	35
Portugués	7
Japonés	1
Total	45

Los textos seleccionados en primera instancia (45), fueron sometidos a una lectura exhaustiva como filtro final. Se seleccionaron finalmente trabajos que definieron factores intervinientes en el marco de la disfagia, que interfieren en la calidad de vida (Cassol, Ferreira, Zamberlan, & Dassist-Leite, 2012) (Faria, Sant'Ana, Senff, Sampaio, & Dias, 2015) (Pinchot, Youngwirth, Rajamanickam, S Schaefer, & Chen, 2012), las condiciones de salud y el desempeño social. Como resultado del último filtro, fueron incluidos a la revisión 22 estudios referidos en la tabla 5.

Tabla 5. Estudios incluidos en la revisión.

No.	Título del estudio	Año
1	Acceptability and outcomes of the Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) tube placement- patients' and care givers' perspectives (Anis, y otros, 2006)	2006
2	Hard to swallow: dysphagia in Parkinson's disease (Miller, Noble, Jones, & Burn, 2006)	2006
3	Autopercepção da desvantagem vocal (VHI) e qualidade de vida relacionada à deglutição (SWAL-QDL) de pacientes laringectomizados totais (Brandão, Godoy, Santos, Lehn, & Dedivitis, 2007)	2007
4	Social importance of dysphagia: its impact on diagnosis and therapy (FARri, Accornero, & Burdese, 2007)	2007
5	Alimentación asistida a largo plazo consideraciones médicas, sociales y económicas (Sánchez, 2008)	2008
6	Dysphagia: epidemiology, risk factors and impact on quality of life--a population-based study (Eslick & Talley, 2008)	2008
7	Voz, deglutição e qualidade de vida de pacientes com alteração de mobilidade de prega vocal unilateral pré e pós-fonoterapia (Mangilli, Moscato, Nobuko, Brandão, & Carrara-de-Angelis, 2008)	2008
8	Functional capacity and quality of life among elderly patients with or without dysphagia after an ischemic stroke (Silva, Lopes, & Gomes, 2010)	2009
9	Senescent Swallowing: Impact, Strategies and Interventions (Ney, Weiss, Kind, & Robbins, 2009)	2009
10	Swallowing and quality of life after total laryngectomy and pharyngolaryngectomy (Santos, Godoy, Aparecido, Neutzling, & Brandão, 2009)	2009
11	The relationship between quality of life and swallowing in Parkinson's disease (Plowman-Prine, y otros, 2009)	2009
12	Changes in Swallowing-Related Quality of Life after Parathyroidectomy for Hyperparathyroidism: A Prospective Cohort Study (Pinchot, Youngwirth, Rajamanickam, S Schaefer, & Chen, 2012)	2012
13	Qualidade de vida em deglutição em idosos saudáveis (Cassol, Ferreira, Zamberlan, & Dassie-Leite, 2012)	2012
14	Quality of life and deglutition after total laryngectomy (Araújo, y otros, 2012)	2012
15	Baseline health perceptions, dysphagia, and survival in patients with head and neck cancer (Lango, y otros, 2014)	2014
16	Parents' Perceptions of Gastrostomy Feeding for Children With Neurological Disabilities: A Multicenter Study (Matuszczak, y otros, 2014)	2014
17	The epidemiology of dysphonia in the aging population (Marino & Johns, 2014)	2014
18	What do parents of children with dysphagia think about their MDT? A qualitative study (Cowpe, Hanson, & Smith, 2014)	2014
19	Avaliação da qualidade de vida em pacientes com disfagia neurogênica (Faria, Sant'Ana, Senff, Sampaio, & Dias, 2015)	2015
20	Quality of Life in Swallowing Disorders after Nonsurgical Treatment for Head and Neck Cancer (Halina, Dedivitis, Santos, & Nascimento, 2015)	2015
21	Swallowing assessment and management pre and post head and neck cancer treatment (Riffat, Gunaratnea, & Palme, 2015)	2015
22	Hard to Swallow: A Phenomenological Exploration of the Experience of Caring for Individuals With Myotonic Dystrophy and Dysphagia (LaDonna, Koopman, Ray, & Venance, 2016)	2016

El filtro final eliminó trabajos que hablaban de las repercusiones de la disfagia como signo de comorbilidad de alteraciones cancerígenas, neurológicas u orgánicas. De igual forma se excluyó el texto en japonés. Es importante resaltar que el 54.5% de los estudios incluidos en la revisión, utilizaron como instrumento de indagación acerca de la relación entre calidad de vida y disfagia el cuestionario Quality of life in swallowing disorders (SWAL-QOL) (McHorney y otros, 2002), validado para el inglés y el portugués. Es un instrumento que intenta comprender el porcentaje de calidad de vida en los sujetos con disfagia a partir de las respuestas generadas por el

paciente, las cuales proyectan una calificación que permitirá al final ponderar la percepción de la calidad de vida del sujeto encuestado.

Los resultados demuestran la injerencia de la disfagia en aspectos sociales del sujeto, sin embargo se puede concluir según los factores encontrados, que estos dependerán de aspectos de comorbilidad, de la edad y del procedimiento terapéutico a lugar, esto quiere decir que la disfagia propondrá restricciones en el normal desarrollo social de la persona que la padezca siempre y cuando se presente con algunos otros factores como restricciones en la movilidad corporal,

alteraciones en la producción oral, disminución de la conciencia y factores asociados a la edad y a la actividad planteada como desempeño social. Ahora bien.

## DISCUSIÓN

Proyectado el hombre como un ente social, emocional y biológico, desde una perspectiva funcional y basando el análisis en la definición de la disfagia, el estudio permite conceptualizarla como una condición discapacitante para el individuo, dado que lo obstruye consecuentemente de su vida en sociedad, además por ser la deglución la materialización de una acción vital, gustativa, y placentera, su limitación acarrea acciones emocionales y psicológicas que, consciente o inconscientemente, generan auténticos síntomas físicos o psicósomáticos que no permiten un desempeño normal y que además inhiben los procesos evolutivos de las alteraciones presentes (LaDonna, Koopman, Ray y Venance, 2016).

El análisis de la información detalla repercusiones teniendo en cuenta las comorbilidades con las cuales convive la disfagia; en el estudio del impacto sobre la calidad de vida, la disfagia juega un papel fundamental, no solo con el paciente sino también con su contexto.

La selección de la alimentación favorable, no desde el aspecto nutricional sino desde la seguridad, en ocasiones es un factor que altera los nervios del paciente y su familia; esta condición que además estimula el miedo y desfavorece el deseo de comer, impide la aparición en público del sujeto con disfagia, evadiendo reuniones y encuentros sociales que contengan espacios de alimentación. Ahora bien, una sonda de alimentación no favorecería este aspecto; por el contrario, según el análisis de la información revisada, la utilización de vías alternativas de alimentación repercute en el estado emocional de la persona, generando ansiedad, preocupaciones, sentimiento de vergüenza, e incluso, disminución de la esperanza de supervivencia (Anis y otros, 2006; Brandão, Godoy, Santos, Lehn y Dedivitis, 2007).

La etiología de la disfagia juega un papel importante en el estudio de sus repercusiones; algunas causas exigen mayor cuidado, o generan mayores riesgos de aspiración: estos factores, inherentes a la alteración, exigen al cuidador y al paciente ansiedad y desgaste físico, causando un mayor nivel de estrés, factores que a su vez impactan la salud mental y el desempeño social (Miller, Noble, Jones y Burn, 2006; Eslick y Talley, 2008); todos estos factores ligados a repercusiones económicas dado los altos costos de las intervenciones, serán definitivos en la forma de contemplar la calidad de vida del sujeto con disfagia. Cabe destacar que los altos costos estarán dados en la disfagia por la selección de la alimentación sugerida para la ingesta (en dado caso haya vía oral libre), la compra de espesantes y utensilios especiales. Por su parte, la existencia de vías alternativas repercutirá además en la compra de elementos que propicien la asepsia y en los requerimientos nutricionales que pueda definir el Nutricionista.

Los efectos de la disfagia convierten el momento de la alimentación en un espacio de desagrado y en un impacto negativo a la autoestima. Desde el aspecto biológico la disfagia acarrea distintos

efectos. Factores infecciosos a nivel pulmonar, aspectos nutricionales y de hidratación, son quizás los más preocupantes; sin embargo, a pesar de ello, el paciente y su familia solo quieren habilitar la vía oral y valoran esto como un signo de evolución de la enfermedad (Ney, Weiss, Kind y Robbins, 2009).

Una de las características que acompaña a la disfagia, que apoyan el detrimento de la calidad de vida del sujeto, son las alteraciones vocales; por su proximidad anatómica, la deglución y la voz están fisiológicamente relacionadas (Marino y Johns, 2014; Santos, Godoy, Aparecido, Neutzling y Brandão, 2009). La alteración en una de estas funciones desencadenará de inmediato riesgos de aparición de la otra, por lo tanto a la falta de placer por comer se le debe sumar la alteración en procesos comunicativos, factores que impactan directamente sobre la calidad de vida (Mangilli, Moscato, Nobuko, Brandão y Carrara-de-Angelis, 2008).

Por su parte, estudios incluidos en la revisión definen que la disfagia si bien es cierto ataca el equilibrio del sistema, no es la causante del aislamiento social, sin embargo mencionan que a raíz del patrón de dieta y los macro y micro nutrientes que se dejan de ingerir, el sujeto presenta una alteración funcional general (Silva, Lopes y Gomes, 2010). Factores, desde una perspectiva particular, contradictorios.

Los padres de sujetos con disfagia, especialmente los de edades iniciales, definen como factores de impacto las cargas emocionales atribuidas al contexto, el desgaste físico y la capacidad financiera familiar, dado que la disfagia en sí es una alteración que acarrea costos económicos (Sánchez, 2008). Se señala también el cambio comportamental de la persona y de la familia como efecto del estrés, de la monotonía, del desgaste físico, causante muchas veces del Síndrome de Burnout en cuidadores. Comportamientos como melancolía, tristeza, ansiedad y hasta violencia comandado por frustración e impotencia; la vida cambia y los hábitos acostumbrados se modifican (Boltz, Chippendale, Resnick y Galvin, 2015). Los padres atribuyen al trabajo multidisciplinar la necesidad de ser proactivos, sobre todo en la etapa diagnóstica y en el apoyo de especialistas (Cowpe, Hanson y Smith, 2014; Matuszczak y otros, 2014).

## CONCLUSIÓN

La disfagia, como alteración funcional que implica riesgos para la vida, es una condición clínica que se ha venido estudiando a nivel mundial, que exige procesos investigativos que proporcionen componentes terapéuticos que permitan abordar los distintos casos. El mundo científico en fonoaudiología cada vez se ha volcado más a su estudio y comprensión.

La revisión sistemática deja implicaciones importantes para la práctica terapéutica; la necesidad de un trabajo interdisciplinar con el Psicólogo, indispensable para afrontar las posibles repercusiones en el estado anímico de la persona y fortalecer las herramientas psíquicas que tenga la persona para afrontar su deseo para vivir.

Define también factores importantes de observación al momento de la evaluación, El compromiso y la favorabilidad del contexto,

la fuerza de voluntad, las proyecciones personales del paciente y el deseo de rehabilitación; en conclusión, aspectos psicosociales que se deben tener en cuenta en un abordaje integral. Aspectos tan importantes como la propia alteración de orden biológico.

Las conductas terapéuticas no pueden estar mediadas solo por el profesional, el contexto facilitador juega un papel muy importante en la rehabilitación de las alteraciones. De la misma forma, la planeación del tratamiento no puede estar solamente encaminado al factor biológico, ya que aspectos psicosociales también influyen significativamente en la gravedad del problema, incluso pueden ser un factor fundamental en los procesos de rehabilitación. La necesidad de tratamiento de la disfagia entonces no solo se debe enfocar hacia el aspecto clínico, sino también la preocupación del fonoaudiólogo debe girar en función a la participación del sujeto en acciones sociales que indiquen o requieran de la deglución. Los aspectos emocionales, psicológicos, y el desarrollo social del sujeto con disfagia

tienden a verse comprometidos debido a las múltiples restricciones en la ingesta, los riesgos clínicos de la disfagia, el miedo de asfixia y de muerte. Estas características limitantes aíslan al sujeto, repercutiendo en sentimientos de tristeza, impotencia, vergüenza y falta de ganas y de voluntad de mejoría.

El estudio recoge información relevante que debe seguir siendo estudiada. La mayoría de los estudios relacionaban de forma particular la disfagia con una enfermedad específica (el cancer, el parkinson, entre otros) (Araújo y otros, 2012; Halina, Dedivitis, Santos y Nascimento, 2015; Plowman-Prine, y otros, 2009; Qiu, Cambeiro y Hontanilla, 2014; Riffat, Gunaratnea y Palme, 2015). Es importante valorar el perfil de la deglución en cada una de ellas, las distintas repercusiones posibles y los factores terapéuticos a lugar. De igual forma, es importante consultar al cuidador, no solo sobre la salud de la persona que cuida, sino la propia; descartando posibles efectos del burnout.

## REFERENCIAS

- Anís, M., Abid, S., Jafri, W., Abbas, Z., Shah, H., Hamid, S., & Wasaya, R. (2006). Acceptability and outcomes of the Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) tube placement- patients' and care givers' perspectives. *BMC Gastroenterology*, 6(37). doi:10.1186/1471-230X-6-37
- Araújo, L. d., Profiro, J., Freitas, R., deLima, L., Bezerra, A., Mendes, P., Justino, H. (2012). Quality of life and deglutition after total laryngectomy. *Int Arch Otorhinolaryngol* 16(4), 460-465. doi:10.7162/S1809-97772012000400006
- Boltz, M., Chippendale, T., Resnick, B., & Galvín, J. (July–September de 2015). Anxiety in Family Caregivers of Hospitalized Persons With Dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 29(3), 236-241.
- Brandão, A., Godoy, J., Santos, D. D., Lehn, C., & Dedivitis, R. (janeiro-março de 2007). Autopercepção da desvantagem vocal (VHI) e qualidade de vida relacionada à deglutição (SWAL-QOL) de pacientes laringectomizados totais. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, 36(1), 32-37.
- Cassol, K., Ferreira, J., Zamberlan, N., & Dassié-Leite, A. (2012). Qualidade de vida em deglutição em idosos saudáveis. *J Soc Bras Fonoaudiol.*, 24(3), 2223-232.
- Cowpe, E., Hanson, B., & Smith, C. (2014). What do parents of children with dysphagia think about their MDT? A qualitative study. *BMJ Open*, July, 01-08 doi:10.1136/bmjopen-2014-005934.
- Eslick, G., & Talley, N. (2008). Dysphagia: epidemiology, risk factors and impact on quality of life – a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther*, 27(1), 971-979.
- Faria, M. d., Sant'Ana, G. d., Senff, R., Sampaio, R., & Dias, V. (Nov-Dez de 2015). Avaliação da qualidade de vida em pacientes com disfagia neurogênica. *1939Rev. CEFAC*, 17(6), 1939-1945.
- Farri, A., Accornero, A., & Burdese, C. (2007). Social importance of dysphagia: its impact on diagnosis and therapy. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 27(1), 83-86.
- Furkim, A., & Salviano, C. (2008). *Disfagias Orofaríngeas (Vol. 2)*. Barueri – Brasil: Pró-Fono.
- Furkim, A., Gomes, G., & Macedo, D. (2000). *Manual de cuidados do paciente com disfagia*. São Paulo: Editora Iovise Ltda.
- Halina, M., Dedivitis, R., Santos, D., & Nascimento, P. (2015). Quality of Life in Swallowing Disorders after Nonsurgical Treatment for Head and Neck Cancer. *Int Arch Otorhinolaryngol*, 19(1), 46–54. doi:10.1055/s-0034-1395790
- LaDonna, K., Koopman, W., Ray, S., & Venance, S. (February de 2016). Hard to Swallow: A Phenomenological Exploration of the Experience of Caring for Individuals With Myotonic Dystrophy and Dysphagia. *Journal of Neuroscience Nursing*, 48(1), 42-51. doi:10.1097/JNN.000000000000178
- Lango, M., Egleston, B., Fang, C., Burtness, B., Galloway, T., Liu, J., . . . Ridge, J. (March de 2014). Baseline health perceptions, dysphagia and survival in head and neck cancer. *Cancer*, 120(6), 840-847. doi:10.1002/cncr.28482

- Mangilli, L., Moscato, M., Nobuko, I., Brandão, A., & Carrara-de-Angelis, E. (2008). Voz, deglutição e qualidade de vida de pacientes com alteração de mobilidade de prega vocal unilateral pré e pós-fonoterapia. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.*, 13(2), 103-112.
- Marino, J., & Johns, M. (2014). The epidemiology of dysphonia in the aging population. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*, 22(1), 455-459. doi:10.1097/MOO.000000000000098
- Matuszczak, E., Hermanowicz, A., Klek, S., Komarowska, M., Pawlowska, D., Zoubek-Wojcik, A., . . . Debek, W. (2014). Parents' Perceptions of Gastrostomy Feeding for Children With Neurological Disabilities. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 521-525. doi:10.1097/NJH.0000000000000113
- McHorney, C., Robbins, J., Lomax, K., Rosenbek, J., Chignell, K., Kramer, A., & Bricker, D. (2002). The SWAL-QOL and SWAL-CARE outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: III. Documentation of reliability and validity. *Dysphagia.*, 17(2), 97-114.
- Miller, N., Noble, E., Jones, D., & Burn, D. (2006). Hard to swallow: dysphagia in Parkinson's disease. *Age and Ageing*, 35(1), 614-618. doi:10.1093/ageing/af110
- Ney, D., Weiss, J., Kind, A., & Robbins, J. (2009). Senescent Swallowing: Impact, Strategies and Interventions. *Nutr Clin Pract.*, 24(3), 395-413. doi:doi:10.1177/0884533609332005
- Pinchot, S., Youngwirth, L., Rajamanickam, V., S Schaefer, R. S., & Chen, H. (2012). Changes in Swallowing-Related Quality of Life after Parathyroidectomy for Hyperparathyroidism: A Prospective Cohort Study. *The Oncologist*, 17(1), 1271-1276.
- Plowman-Prine, E., Sapienza, C., Okun, M., Pollock, S., Jacobson, C., Wu, S., & Rosenbek, J. (July de 2009). The Relationship Between Quality of Life and Swallowing in Parkinson's Disease. *Movement Disorder Society*, 24(9), 1352-1358. doi:10.1002/mds.22617
- Qiu, S., Cambeiro, M., & Hontanilla, B. (2014). Comparison of Quality of Life in Head and Neck Stage IV Squamous Cell Cancer Patients Treated With Surgery and Reconstruction Versus Radical Radiotherapy. *Annals of Plastic Surgery*, 73(2), 208-209.
- Queiroz, I. (2002). *Fundamentos de Fonoaudiologia*. Sao Paulo: Panamericana.
- Riffat, F., Gunaratnea, D., & Palme, C. (December de 2015). Swallowing assessment and management pre and post head and neck cancer treatment. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*, 23(6), 4540-447. doi:10.1097/MOO.000000000000205
- Rodríguez, M., & Frías, L. (Julio-Diciembre de 2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Psicología y salud*, 15(2), 169-185.
- Sánchez, S. (2008). Alimentación asistida a largoplazo-consideraciones medicas, sociales y economicas. *Rev.Argent.Resid.Cir.*, 13(1), 18-23.
- Santos, D. d., Godoy, J., Aparecido, R., Neutzling, C., & Brandão, A. (2009). Swallowing and quality of life after total laryngectomy and pharyngolaryngectomy. *Braz J Otorhinolaryngol.*, 75(4), 556-564.
- Silva, D. d., Lopes, J., & Gomes, L. (2010). Functional capacity and quality of life among elderly patients with or without dysphagia after an ischemic stroke. *Rev Assoc Med Bras*, 56(6), 738-743.
- Silva, D. d., Lopes, J., & Gomes, L. (2010). Functional capacity and quality of life among elderly patients with or without dysphagia after an ischemic stroke. *Rev Assoc Med Bras*, 56(6), 738-43.
- Suárez Rodríguez, J., Fajardo Dolci, G., Higuera Ramírez, F., & Iglesias Fernández, L. (Septiembre-Diciembre de 2006). Enseñanza del modelo biopsicosocial de la Medicina Familiar. *Rev Hosp Gral Dr. M Gea González*, 7(3), 132-140.



*“programa Arte y Talentos Especiales” Academia de Artes Guerrero*

Liliana Maya Hijuelos  
Fisioterapeuta. Esp. en Fisioterapia en Neurorehabilitación  
Docente Escuela Colombiana de Rehabilitación  
[lilimahijuelos@yahoo.com](mailto:lilimahijuelos@yahoo.com)

# IMPORTANCIA DEL PROCESO DE EVALUACION FISIOTERAPEUTICA EN NEUROREHABILITACION\*

## The importance of physical therapy assessment process in neurorehabilitation

*Fecha de recepción: 26 de mayo de 2016 - Fecha de aprobación: 26 de agosto de 2016*

### RESUMEN

En esta revisión se buscó identificar la evolución del concepto de evaluación fisioterapéutica desde su publicación oficial en la primera versión de la guía de práctica fisioterapéutica en 1999 hasta la fecha y los elementos de la evaluación que enmarcan un factor diferencial en la neurorehabilitación. La recolección de información se realizó identificando en la bibliografía la evaluación como proceso de análisis en referentes internacionales, como paso posterior al examen y un paso previo y clave para la formulación del diagnóstico fisioterapéutico con propuestas que han evolucionado desde tomas de decisión basadas en datos clínicos hasta análisis fenomenológicos del movimiento. La evaluación ocurre al inicio de la atención y continúa a lo largo de todo el episodio de atención para determinar la respuesta individual a las intervenciones y el progreso hacia los logros identificados. El concepto de evaluación se amplía solo ratificando su importancia, pero no se centra en el proceso de la misma. No está reportado en la literatura el proceso explícito de evaluación, de la interpretación que realizan los fisioterapeutas sobre las conclusiones del análisis de los elementos del sistema de movimiento humano, relacionadas especialmente con el elemento modulador y el área de desempeño en neurorehabilitación. La “evaluation” y el “assessment” son sinónimos, la sutil pero importante diferencia está en que la evaluación no se debe quedar en el proceso de juicio, debe avanzar hasta la toma de decisión. En neurorehabilitación la evaluación es un punto de encuentro pero a la vez es el sello diferencial en las intervenciones interdisciplinarias que permiten un abordaje integral de los pacientes, con énfasis en el aprendizaje motor teniendo en cuenta el contexto del paciente.

### PALABRAS CLAVE

Evaluación, Toma de Decisiones, Fisioterapia, Rehabilitación Neurológica

### ABSTRAC

This review sought to identify the evolution of the physiotherapeutic evaluation concept since its official publication in the first version of the physiotherapeutic practice guide in 1999 and the elements of the evaluation that frame a differential factor in neurorehabilitation. The data collection was done through a bibliographic review, where the evaluation was identified as a process of analysis in international referents as well as a key step that comes after the examination and before the formulation of the physiotherapeutic diagnosis. The evaluation process has evolved from decision making based on clinical data to phenomenological analysis of the movement. Evaluation occurs at the beginning of the assistance and continues throughout the assistance process to determine individual response to interventions and progress toward identified outcomes. The evaluation concept is broadened only by ratifying its importance, but it does not focus on the process itself. The evaluation process is not reported explicitly in the literature. Nevertheless, it was conceived as the interpretation process performed by physiotherapists using the conclusions made from analyzing the elements of the human movement system, especially those related to the modulating element and to specific neurorehabilitation areas. Evaluation and assessment are synonyms, the subtle but significant difference between them is that evaluation should not be left in the judgment process, it should advance up to the decision making. The evaluation in interdisciplinary neurorehabilitation interventions is a point of meeting and differentiation that allows an integral approach to patients, with emphasis on motor learning considering the patient's context.

### KEY WORDS

Evaluation, Assesment, Decision Making, Physical Therapy, Neurological Rehabilitation.

\* La autora agradece la Escuela Colombiana de Rehabilitación que como institución formadora de seres humanos al servicio de seres humanos, me ha permitido reconocer mis capacidades y redimensionar la pasión por mi profesión.

## INTRODUCCIÓN

El propósito de esta revisión es identificar la importancia de la evaluación como paso posterior al examen y como un paso previo y clave para la formulación del diagnóstico fisioterapéutico; la evolución y consolidación del concepto de evaluación desde la primera publicación oficial de su definición en la guía de práctica fisioterapéutica se ha dinamizado, tiene un papel protagónico para la formulación del diagnóstico y está constantemente retroalimentado por los elementos de entrada y salida de la guía.

De los cinco elementos de la práctica fisioterapéutica el examen, evaluación, diagnóstico, pronóstico, e intervención-logros, los elementos con mayor evidencia en la literatura han sido inicialmente el examen y posteriormente la intervención. El proceso del examen avanza con la validez, confiabilidad, reproducibilidad y sensibilidad de los test y medidas y la intervención se fortalece con la práctica basada en la evidencia, con el uso consciente y riguroso de la mejor evidencia existente para realizar la toma de decisiones acerca del cuidado de un paciente; pero en la literatura no hay reporte del proceso de sistematización de las experiencias en evaluación realizadas por un fisioterapeuta, como integrante de un equipo de neurorehabilitación.

De la revisión en la literatura, queda claro que la evaluación es un proceso dinámico en el quehacer profesional de un fisioterapeuta, que ha evolucionado desde tomas de decisión basada en datos clínicos hasta análisis fenomenológicos del movimiento. Inicialmente en esta revisión se da una visión general de la evaluación como proceso, el cual se enriquece con diferentes referentes teóricos como la Guía de Práctica Fisioterapéutica, que establece que cada uno de los elementos de la guía es el producto del proceso de la evaluación; la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) que sistematiza el proceso de evaluación y elabora perfiles de funcionamiento; el proceso de evaluación partiendo de una agrupación de test y medidas considerando signos y síntomas asociados que permite plantear un diagnóstico diferencial; la evaluación vista como una práctica comunicativa intersubjetiva entre paciente y fisioterapeuta a través de la intercorporeidad donde deben existir dos agentes activos: el paciente y el fisioterapeuta mediados por el contexto y la evaluación vista como narrativa y enactivismo. El proceso de evaluación no se queda en el proceso de juicio, debe avanzar hasta la toma de decisión, el fisioterapeuta neurorehabilitador realiza un análisis de las estrategias que utiliza el paciente con énfasis en el aprendizaje motor teniendo en cuenta el contexto del paciente.

### RELACIÓN ENTRE EXAMEN, EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

La evolución y consolidación del concepto de evaluación ha estado asociado a los periodos históricos de la fisioterapia, en el siglo XX hay un resurgimiento mundial de la Fisioterapia, según Sahrman (2006) en el segundo periodo histórico de la profesión hacia los años setenta, la intervención estaba centrada en la disfunción del sistema nervioso central, pero la falta de consenso entre los profesionales creó una dinámica de tratamientos altamente individuales y eclécticos, con un precedente de tratamientos con poco rigor

científico. En esta época se hace un avance muy significativo en la relación evaluación-diagnóstico y tratamiento, ya que los diagnósticos médicos de las enfermedades del sistema nervioso no proporcionaban las herramientas para el tratamiento fisioterapéutico (lo cual es ratificado posteriormente por Hislop en 1975 con el origen de la patokinesiología). Los fisioterapeutas comienzan a lanzar hipótesis que sustentan las acciones terapéuticas, pero estas eran imprecisas y fácilmente malinterpretadas.

Las teorías medias desarrolladas desde los años 1950 relacionadas por Bouman (1967) como el concepto de Bobath en el tratamiento de desórdenes neurológicos, la técnica de Brunnstrom en el tratamiento de la hemiplejía, la terapia refleja neuromuscular de Temple Fay, la facilitación neuromuscular propioceptiva y la interpretación de técnica de Rood en el tratamiento de la disfunción neuromuscular, dan lugar a las explicaciones específicas de las alteraciones del movimiento en pacientes con compromiso del sistema nervioso y es así como surgen terapéuticamente las técnicas de facilitación mencionadas y es desde la experticia y formación que los fisioterapeutas aplicando baterías de evaluación específicas redactan conclusiones fisioterapéuticas que enmarcan enfoques de tratamiento. Se inicia así una formación de maestros o expertos en una o varias técnicas de intervención específica.

En el área de ortopedia es donde se encuentran mayores avances en procesos de conclusiones fisioterapéuticas y es en esta área donde más se relaciona la evaluación con el proceso de razonamiento clínico, según Edwards, Jones, Carr, Braunack-Mayer y Jensen (2004) mediante entrevistas retrospectivas y análisis reflexivo, se analizaron las habilidades de razonamiento clínico de una fisioterapeuta experimentada en ortopedia durante su evaluación y tratamiento de pacientes con dolor lumbar y se revelaron dos dimensiones fundamentales de su razonamiento clínico: la influencia de la experiencia clínica y la influencia de la formación avanzada en una filosofía específica de tratamiento de la columna vertebral (MacKenzie). En este caso, la fisioterapeuta empleó una estrategia de reconocimiento de patrones y un proceso de razonamiento avanzado para realizar un diagnóstico. Este proceso implica la formulación de hipótesis y pruebas para confirmar o refutar la hipótesis, conocida como “razonamiento retroactivo”. En esta investigación se hicieron preguntas relacionadas con todos los elementos de la guía de práctica fisioterapéutica, desde el examen subjetivo, la elección del examen objetivo, cómo llegó al diagnóstico, si formuló varios diagnósticos, proyección de logros, hasta la intervención y variaciones de acuerdo a la evolución del paciente. Todo lo anterior incluye procesos de evaluación.

La evaluación también involucra el proceso de formulación de hipótesis y Fritz y Wainner (2001) ya relacionaban que los test deberían tener un carácter diagnóstico y estos determinan resultados negativos y positivos. Varios test utilizados en fisioterapia, aunque son bien reconocidos, tienen un criterio de graduación muy variado o no claro o no se pueden confirmar con referencias documentadas. El proceso de diagnóstico es una tarea esencial para el fisioterapeuta porque sirve de conexión entre el examen, la evaluación y la intervención. Hay una conclusión importante que se puede sacar de la relación entre evaluación y diagnóstico: la aplicación de test debe tener un carác-

ter diagnóstico y clasificatorio. Meadows (2000) refrenda este enfoque con el diagnóstico diferencial y Boissonnault (2000) propone una fase 1 de diagnóstico diferencial realizando un screening por sistemas incluyendo interrogatorio, con el fin de identificar en una fase 2 las deficiencias y limitaciones funcionales. Así lo sustenta ampliamente Sahrman (2006) al desarrollar cada uno de los síndromes de alteraciones de movimiento con énfasis en el sistema musculoesquelético. Caballero (2013) enfatiza en la importancia de realizar diagnósticos diferenciales entre dolor musculoesquelético y dolor de origen sistémico, por lo tanto la evaluación incluiría el proceso de planteamiento de los cuatro pasos principales para un diagnóstico diferencial: 1) anamnesis con un completo interrogatorio, 2) formas y tipos de dolor musculoesquelético y dolor sistémico, 3) signos y síntomas asociados de enfermedades sistémicas y 4) revisión de los sistemas orgánicos con panorámica de signos y síntomas cardiovasculares, pulmonares, musculoesqueléticos, hematológicos, gastrointestinales, renales y urológicos, hepáticos y biliares, endocrinos y metabólicos, oncológicos e inmunológicos, endocrino y genitourinario.

La evaluación debe ser un proceso eficiente, como se evidencia en Lord, Menz y Tiedemann (2003) en una revisión sistemática de las intervenciones para prevenir caídas en las personas mayores, donde afirma que la protección contra la caída puede maximizarse con intervenciones dirigidas a múltiples factores de riesgo, por lo tanto los instrumentos que proponen como el PPA (Physiological Profile Assessment) utilizan un modelo basado en funciones y es cuantitativo que complementa la evaluación médica, por lo tanto proporciona una herramienta eficaz para determinar el factor de riesgo de caídas e identificar y evaluar las intervenciones con el fin de maximizar la funcionalidad; esto hace que las evaluaciones partan de agrupaciones de test.

La evaluación tiene un desarrollo importante con el trabajo de los fisioterapeutas Moffat, Bohmert y Hulme (2008) quienes realizaron una descripción de los elementos de la evaluación asociada con el desarrollo de los patrones de clasificación diagnóstica, llamados patrones preferidos de la práctica fisioterapéutica. Para la última versión American Physical Therapy Association (APTA, 2014) éstos no se incorporaron porque no se llegó a un consenso acerca de su validez para ser incluyentes de todos los pacientes manejados clínicamente por un fisioterapeuta. Según Moffat et al. (2008) en el análisis de caso de pacientes con Enfermedad Cerebrovascular (ECV) o Trauma Craneoencefálico (TCE), los factores que influyen en la complejidad del proceso de evaluación incluyen los hallazgos clínicos, la extensión de la pérdida de la función, consideraciones sociales, la función física general y el estado de salud. La evaluación refleja la cronicidad o severidad del problema actual, la posibilidad de compromiso multisistémico o en múltiples segmentos, la presencia de condiciones sistémicas o enfermedades pre-existentes y la estabilidad de la condición. El fisioterapeuta también considera la severidad o complejidad de las deficiencias actuales y la probabilidad de deficiencias prolongadas de las estructuras y funciones corporales, limitaciones en las actividades y restricción en la participación; el medioambiente; posible destino una vez concluya el episodio de cuidado y el soporte social. La evaluación ocurre al inicio de la atención y continúa a lo largo de todo el episodio de

atención para determinar la respuesta individual a las intervenciones y el progreso hacia los logros identificados.

De acuerdo con Umphred, Lazaro, Roller y Burton (2013), la evaluación es un proceso utilizado por el fisioterapeuta para analizar los resultados del examen y determinar la mejor intervención teniendo en cuenta todas las variables medioambientales internas y externas. El proceso de examen, evaluación, diagnóstico, pronóstico e intervención es un proceso completo utilizado para analizar las personas con disfunciones del movimiento con el fin de identificar deficiencias y limitaciones funcionales y determinar cómo la intervención aumentaría la habilidad de la persona para participar en su vida y mejorar la calidad de la misma. Desde la publicación de la guía de práctica fisioterapéutica en 1999 hasta su última versión APTA (2014) se han evidenciado aportes importantes sobre el concepto de evaluación, desde conclusiones fisioterapéuticas hasta hipótesis diagnósticas.

#### CONCEPTO DE EVALUACION DESDE LA GUIA DE PRACTICA FISIOTERAPEUTICA HASTA CIF-IA

La guía de práctica fisioterapéutica crea un lenguaje universal para el examen y evaluación relacionado con las categorías del movimiento. Las diferencias observadas en las definiciones, con especial énfasis en las categorías del dominio neuromuscular, empiezan a establecer la importancia de la evaluación para analizar la información y ser el punto de partida de la elaboración de una hipótesis diagnóstica, trabajo previo para establecer la intervención. Por ejemplo en la guía de práctica fisioterapéutica, aunque tienen la misma definición, cambia la denominación de la categoría de integración sensorial de la versión 2.0 APTA (2003) a la versión 3.0 APTA (2014), pasando a ser categoría de procesamiento sensorial. Ambas categorías son definidas como la habilidad para integrar la información relacionada con el movimiento que se deriva del medio ambiente, pero se da un punto de encuentro en el análisis de la integración sensorial e inicia un proceso importante de interpretación de test y medidas o baterías, que son ampliamente usados tanto por terapeutas ocupaciones como fisioterapeutas. Esta situación, es un punto de encuentro pero a la vez es el sello diferencial en las intervenciones interdisciplinarias.

La evaluación según APTA (2014), es entendida como un proceso dinámico de interpretación de los test y medidas, de las respuestas individuales integrada con información recolectada durante la historia por el cual el fisioterapeuta determina el diagnóstico, el pronóstico y desarrolla un plan de cuidado, lo que hace que esté constantemente retroalimentada por los elementos de entrada y salida de la guía, modificándose así en un esquema dinámico con varias posibilidades de entrada y deja de ser un esquema solo circular con una sola entrada y salida.

La división del estudio del movimiento en sistemas fisiológicos fortaleció la experticia por áreas de dominios, pero sacrificó la visión integral del movimiento, visión que se rescata en el planteamiento del concepto de sistema humano de movimiento creado por Norton (2007) con el grupo de discusión de Washington University School of Medicine – St Louis citado por Sahrman (2014): el sistema hu-

mano de movimiento es un sistema que compromete los sistemas orgánicos fisiológicos relacionados con el movimiento. Los sistemas efectores primarios son los sistemas musculoesquelético (elemento base y elemento biomecánico) y neuromuscular (elemento modulador) y los sistemas primarios de soporte son los sistemas respiratorio, cardiovascular y endocrino (elemento de sostén), tanto los sistemas efectores como de soporte se afectan por el movimiento. Es un progreso importante en la consolidación del objeto de estudio de la fisioterapia, la visión de las estructuras cada vez más relacionadas con la función, es así como se parte de un concepto de sistema neuromuscular APTA, pasa a un sistema musculoesquelético en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud versión Infancia y Adolescencia (CIF-IA) y avanza a ser considerado un sistema de control y regulación. Más recientemente se concibe como un sistema complejo relacionado con el control motor y el aprendizaje motor según Agamez (2002), lo cual indica mayor agrupación de conceptos alrededor de la función, la funcionalidad y el funcionamiento.

En experiencias con el uso de CIF en pacientes con trauma raquímedular en la interfase entre la guía de atención fisioterapéutica y CIF, hay una consideración interesante de términos originales en inglés y su traducción: ejemplo examination (examen) y evaluation - assesment (valoración) (Steiner et al, 2002; Rundell, Davenport y Wagner, 2009; Escorpizo et al, 2010; Atkinson y Nixon-Cave, 2011; Rauch et al, 2010).

En CIF el término “assessment” corresponde a un proceso de evaluación y enmarca un significado relacionado con el proceso de análisis del examen. El aporte significativo en el proceso de evaluación es que CIF plantea un perfil de funcionamiento en positivo partiendo de las capacidades del individuo, lo cual se resalta al involucrar al paciente en la evaluación, teniendo en cuenta sus perspectivas, lo que piensa, siente y expresa de su función, funcionalidad y funcionamiento.

Tomey y Sowers (2009) propone un “assessment” del funcionamiento físico teniendo en cuenta un modelo conceptual medioambiental, que integra el medioambiente externo e interno, las estrategias compensatorias y la ejecución física de funcionamiento, es un modelo que recoge información tanto de la comunidad como de los individuos para identificar las barreras y facilitadores. La “evaluation” y el “assessment” son sinónimos, la sutil pero importante diferencia esta en que la evaluación no se debe quedar en el proceso de juicio, debe avanzar hasta la toma de decisión.

#### LA EVALUACION COMO PROCESO DE ANALISIS DESDE ENFOQUES INSTRUMENTALES HASTA ENFOQUES NARRATIVOS

La evaluación implica procesos de análisis de razonamiento clínico. Ajjawi (2006) realiza una relación de los tipos de razonamiento en la práctica fisioterapéutica: hipotético deductivo, reconocimiento de patrones, modelo integrado centrado en el paciente, razonamiento clínico como un proceso interpretativo, decisiones compartidas, razonamiento clínico como un proceso dialógico y un lenguaje fenomenológico. Atkinson y Nixon-Cave (2011) proponen algunos puntos de reflexión en el proceso de análisis de la evaluación relacionado con

el diagnóstico y pronóstico: incluye el análisis a partir de cuestiones sobre ¿cómo afectan los factores sociales y medioambientales?, ¿cómo realizará una relación terapéutica con el paciente?, ¿cómo influyen los factores culturales?, ¿cuáles son las consideraciones acerca del comportamiento, motivación y disposición?

Según Oberg, Normann y Gallagher (2015), existen enfoques instrumentales y recientemente enfoques narrativos en la guía del proceso del razonamiento clínico, en el entendimiento de las alteraciones de movimiento del paciente y en la planeación de estrategias para mejorar la función. Los autores se acercan a un enfoque fenomenológico de representación cognitiva (llamada enactivismo) para sugerir que las dinámicas del cuerpo vivido comprometen tanto al fisioterapeuta como al paciente y contribuyen y ayudan a constituir el proceso de razonamiento clínico. Como lo referencia el autor, en la representación del movimiento son claves los conceptos de cuerpo objetivo observado en tercera persona, es el cuerpo como objeto que puede ser medido a través de un examen médico y el cuerpo subjetivo como experiencia desde la perspectiva vista en primera persona, es el cuerpo como sujeto, como agente; al igual que los conceptos de esquema corporal, imagen corporal, sentido de pertenencia y sentido de ser agente activo pero de una manera no-conceptual y no-propositiva. La reflexión acción informa durante el proceso de razonamiento clínico, sobre lo que el paciente expresa y experimenta sobre su propia representación en la vida cotidiana y en un escenario de atención fisioterapéutica. Las expresiones de tales experiencias se acompañan de palabras, gestos y aspectos corporales que son pre-reflexivos para el paciente pero que con frecuencia el fisioterapeuta las percibe en aspectos como evaluación del tono, postura o movimientos habituales.

Aunque la narrativa lingüística suministrada por el paciente puede ser de gran utilidad, no es necesariamente suficiente para capturar su experiencia corporal completa porque nosotros no reflejamos o describimos nuestros propios movimientos con mucha frecuencia. Adicionalmente a esas narraciones lingüísticas, la “representación narrativa” no propositiva, no verbal, que son expresiones de la vivencia corporal del paciente, desde su perspectiva en primera persona, que no es tan fácil o posible comunicar a través de palabras, deberían ser integradas al proceso de razonamiento clínico, como parte de la contribución del paciente al proceso mismo. Es así como la evaluación, como proceso de razonamiento clínico se perfila como un proceso de comunicación interactiva entre representaciones de agentes activos (paciente y fisioterapeuta), que puede ayudar a facilitar el inicio del movimiento en el paciente que normalmente se guía táctilmente por medio de sistemas de esquema corporal y conciencia pre-reflexiva del movimiento durante objetivos orientados a una tarea. Los autores proponen un esquema de una práctica comunicativa intersubjetiva entre paciente y fisioterapeuta a través de la intercorporeidad. Esto indica que en la evaluación deben existir dos agentes activos: el paciente y el fisioterapeuta mediados por el contexto.

Según Greenfield et al (2015) se reconoce cada vez más la necesidad de un mayor equilibrio entre los aspectos humanísticos y técnicos de la práctica fisioterapéutica. Las narrativas y las preguntas que inducen a la reflexión narrativa proporcionan un vehículo para des-

cubrir los aspectos más amplios del contexto de un paciente. Trabajan para apoyar el razonamiento clínico, que incorpora elementos psicosociales y socioculturales de la atención al paciente. Es importante destacar que las narrativas ayudan a redefinir las concepciones dominantes de lo que se considera como la práctica del fisioterapeuta y expandir el pensamiento y la práctica clínica para incluir no sólo el uso del conocimiento técnico epistémico, sino también el uso del conocimiento fonético y ético, que tal expansión en el uso del conocimiento y la reflexión es vital para la profesión de la fisioterapia.

De acuerdo con la figura 1 la evaluación permea todos los elementos de la práctica fisioterapéutica y la evaluación como proceso de razonamiento tiene como referentes las grandes teorías de movimiento (como la teoría de movimiento continuo y la perspectiva funcional y fenomenológica de cuerpo y movimiento), las teorías medias de movimiento (como las técnicas específicas de facilitación neuromuscular) y CIF-IA. El proceso se ve permeado por el contexto y la interacción entre el paciente y el fisioterapeuta que igualmente se ve influenciado por las experiencias en teorías de control y aprendizaje motor relacionadas con teorías socio-culturales y cognitivas.

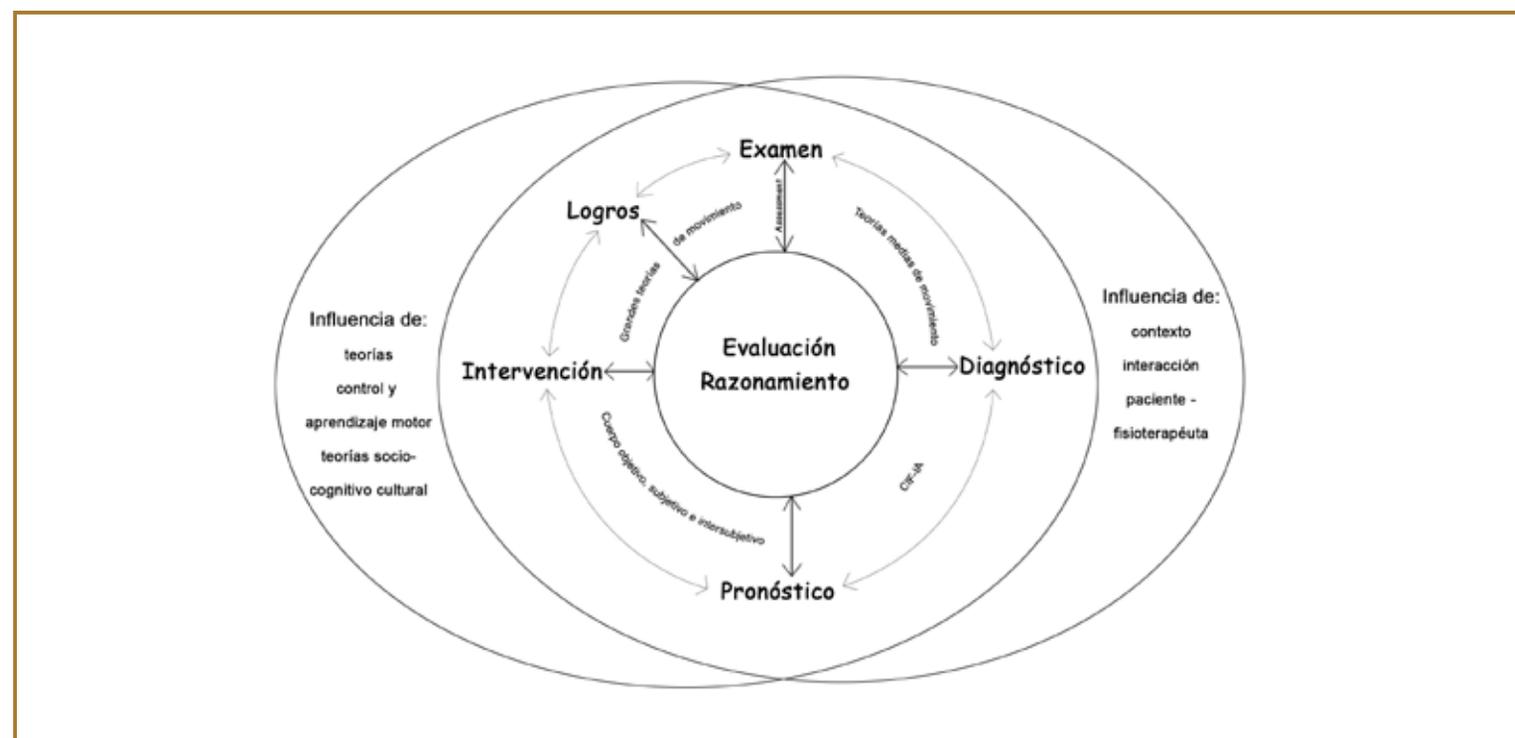
### PROCESO DE EVALUACION EN NEUROREHABILITACION

Scheets, Sahrman y Norton (2007) proponen categorías diagnósticas en neurología como: deficiencia en coordinación de patrones motores, producción de fuerza, detección sensorial, selección sensorial y soporte de peso, perceptual, fragmentación de movimiento, cognitiva, y otros diagnósticos como hipermetría, hipokinésia; esto lo plantea realizando un proceso de evaluación partiendo

de una agrupación de test y medidas considerando signos asociados. El control postural está incluido tanto en análisis de tarea, como en signos y síntomas asociados y en diagnóstico diferencial, lo cual implica un análisis de información acorde a las características y contexto del individuo, aunque en neurorehabilitación la evaluación debe ser una propuesta desde el control motor y aprendizaje motor.

Según Stergiou, Harbourne y Cavanaugh (2006), reconocen que hay una amplia gama de herramientas de medición disponibles para los fisioterapeutas pero no son suficientes para comprender y medir el cambio en el control del motor de los pacientes con alteraciones neurológicas. Los autores proponen un modelo teórico para explicar la variabilidad del movimiento y su relación con el aprendizaje motor y la salud; se basa en la idea de que las habilidades motoras maduras y estados saludables se asocian con una óptima variabilidad del movimiento que refleja la adaptabilidad del sistema de control subyacente. Esta variabilidad tiene forma y es caracterizado por una estructura caótica y en la alteración del sistema estos son menos adaptables a las perturbaciones. El modelo apoya la proposición de que el objetivo de la terapia física neurológica debe ser fomentar el desarrollo de la cantidad óptima de variabilidad del movimiento mediante la incorporación de un rico repertorio de estrategias de comportamiento, como lo propone Van Schouwen-van Kranen (2014), que mediante la formulación de hipótesis perceptivas se pueden generar comportamientos motores que le permitan al paciente interactuar con el medio externo.

En el área del dominio neuromuscular los análisis de evaluación han estado centrados principalmente en control motor; el aporte del neurorehabilitador está en el análisis de las estrategias



**Figura 1.** Elementos involucrados en la evaluación como proceso de análisis. Adaptado de Edwards et al. (2004). *Clinical reasoning strategies in physical therapy. Physical therapy, 84(4), 312.*

con énfasis en el aprendizaje motor pero teniendo en cuenta el contexto del paciente, según Jensen (2011) el estudio del desempeño humano tiene mayor énfasis en la ciencia del movimiento del control motor y aprendizaje motor, pero es necesario inclinar la balanza hacia el significado de la construcción social del movimiento integrando las teorías socio culturales y sociocognitivas. Según Cano-de-la-Cuerda et al (2015) hay factores que influyen en el aprendizaje motor como los aspectos relacionados con instrucciones verbales, características y variabilidad de la práctica, participación activa y motivación, posibilidad de cometer errores, control postural, memoria y retroalimentación, teniendo en mente que en la práctica se deben proponer nuevas estrategias terapéuticas que refuercen y fortalezcan las ya existentes.

Otros referentes teóricos como el enactivismo amplían la perspectiva de evaluación del neurorehabilitador, según Ataria (2015) y de acuerdo al enactivismo (EA) nosotros existimos en medio de una danza de un devenir constante, nosotros somos una parte integral del mundo y por lo tanto el sentido de subjetividad, de cuerpo y de mundo están todas unidas en el sentido más íntimo. La percepción no es algo que nos pasa a nosotros o esta dentro de nosotros, es algo que hacemos, por lo tanto el mundo se hace disponible a quien percibe a través del movimiento y la interacción. Entonces de acuerdo al EA “el percibir es una forma de actividad corporal habilidosa” y más específicamente percibir es el ejercicio del conocimiento sensoriomotor. El autor refiere que en oposición a esta noción, se podría argumentar que mientras se está sentado en un sillón mirando la televisión, el cuerpo no se mueve, sin embargo, una persona es perfectamente capaz de disfrutar de la película en la pantalla. Es cierto que uno puede percibir (casi) sin mover el cuerpo, pero en esta situación una persona (1) tiene la capacidad de moverse - aunque el cuerpo permanece inmóvil, los ojos se mueven realmente; (2) tiene la capacidad de predecir, pre-reflexivamente, las consecuencias de mover el cuerpo en general, y los ojos en particular; y (3) no pierde la capacidad de dominar sus acciones. Estos factores se pueden resumir de la siguiente manera: al sentarse inmóvil frente a una televisión, el sentido de saber “cómo” no está afectado, sino que permanece completamente funcional.

Según Noë, citado por Seth (2014) la presencia perceptiva se explica por una “teoría sensoriomotora” en la que la percepción depende de un dominio práctico de las dependencias sensorimotoras o “contingencias sensorimotoras” que subrayan la importancia de las interacciones cerebro-cuerpo, interacciones con el mundo en los procesos cognitivos y da como ejemplo las personas sinestésicas que disfrutaban de un mundo perceptivo notablemente rico en el cual los estímulos en una modalidad (inductores) inducen de manera fiable experiencias perceptivas adicionales (concurrentes) ya sea en la misma modalidad, son personas que ante la música continúan escuchando la música así como probándola, saboreándola.

La evaluación de las respuestas que presenta el paciente ante el contacto manual del fisioterapeuta con el paciente es muy importante. Estableciendo una relación con la osteopatía manipulativa, según Esteves (2015) presenta el diagnóstico como todo un proceso de redes neurocognitivas. Incluye las experiencias personales del clínico, el entorno interno del paciente y la red neurocognitiva com-

binada con la aferencias para llevar al clínico a un diagnóstico: el cuerpo del paciente es un área de trabajo dinámico, con procesos cognitivos, percepción del “ser” (osteópata) y la integración sensoriomotora. En la OMM (Osteopathic Manipulative Medicine) las manos de un clínico son instrumentos cruciales de la mente. A medida que las manos del clínico exploran el cuerpo de un paciente, detectan áreas de disfunción y el clínico utiliza imágenes mentales para identificar problemas basados en los patrones de disfunción que están almacenados en la mente del clínico. En esta propuesta, la cognición emerge de las interacciones dinámicas entre el cerebro, el cuerpo y el mundo, y la cognición es en gran parte orientada a la acción. Con esto en mente, es probable que los sistemas cognitivos tanto de un osteópata como de un fisioterapeuta, se asocien con sus manos para formar una unidad funcional que se relaciona con el entorno del individuo.

La importancia de las evaluaciones realizadas en neurorehabilitación, radica en la interpretación que se da a partir de la estructura de pensamiento que haya formado por la experiencia y estudios realizados. El neurorehabilitador debe tener una capacidad de análisis y juicio desde el control y aprendizaje motor con el fin de brindar estrategias al paciente que le permitan a él, escoger entre diferentes opciones de movimiento, que decida la que mejor responde ante las demandas de la actividad o tarea. Es importante realizar investigaciones sobre el papel central del aprendizaje motor en el cuidado de la salud a cargo del Fisioterapeuta y sobre los procesos de integración del aprendizaje motor y la teoría del control motor con las teorías sociales y culturales. Algunos avances al respecto los presentan Skjaerven, Kristoffersen y Gard (2010) quienes proponen estrategias para promover la calidad del movimiento como la conciencia del movimiento, guías de ciclos de aprendizaje versus la corrección durante el movimiento; Albert y Kesselring (2012) expresan que los pacientes con accidente cerebrovascular no sólo sufren de déficit neurológico, sino también diferentes grados de descondicionamiento físico asociado a comorbilidad cardíaca; varios estudios abordan el beneficio del fortalecimiento muscular general y los ejercicios aeróbicos.

En la población con parálisis cerebral se ha pasado según Pierce et al (2008), del énfasis en evaluación de la espasticidad y actividad refleja con dinamometría isocinética a, según Moll y Cott (2013), colocar la mayoría de los esfuerzos de rehabilitación, no en intentos de normalizar las funciones físicas en la infancia, sino en ayudar a las personas con discapacidades a aprender a manejar sus propios cuerpos y moverse tan eficaz y eficientemente como necesiten para controlar su entorno y participar en actividades que sean significativas para ellos a través del curso de la vida. Según Normann, Fikke y Øberg (2015) y acorde a Dukelow (2011) aunque muchos protocolos de evaluación en rehabilitación de pacientes con accidentes cerebrovasculares son “estandarizados y validados”, para hacer juicios sobre el desempeño del paciente, se registra su desempeño en una escala categórica ordinal, y determinar si un paciente está realmente mejorando en una escala ordinal puede ser difícil, además porque ofrecen al usuario pocas opciones para elegir, resultando así en herramientas que no son sensibles a cambios funcionales sutiles pero clínicamente importantes del paciente.

Los dispositivos robóticos podrían utilizarse para cuantificar las características del sistema motor clasificado clásicamente durante el examen físico neurológico: fuerza, reflejos de estiramiento muscular, espasticidad / tono, amplitud de movimiento y coordinación motora básica. La capacidad de los robots para aplicar perturbaciones discretas los hacen ideales para cuantificar el comportamiento reflexivo y en particular, explorar respuestas de latencia larga más complejas que no pueden ser obtenidas, por ejemplo, con un golpe de martillo. Según Reinkensmeyer et al (2016) en el marco de los modelos de neurorehabilitación computacional estos modelos predicen los resultados funcionales del paciente al relacionar las representaciones computacionales de la plasticidad y el aprendizaje con la actividad sensoriomotora lograda en la neurorehabilitación y/o durante la vida diaria.

Tomando como base la premisa que la rehabilitación modula la recuperación biológica espontánea y el aprendizaje motor, llevando a mejoras en las estrategias de movimiento, Calabró et al (2016) ratifica que los dispositivos de rehabilitación robótica se basan en el fenómeno de aprendizaje motor, que resulta de unas actividades motoras intensas y repetitivas orientados a una tarea que requieren de la atención y esfuerzo del paciente, por lo tanto, el entrenamiento de la marcha asistido por robot en neurorehabilitación debe considerarse actualmente una herramienta complementaria al tratamiento estándar en lugar de un sustituto de la terapia física convencional. Aunque las investigaciones en robótica y bioingeniería médica son cruciales para asegurar una rehabilitación física y funcional adecuada, el uso de exoesqueletos robóticos para mejorar la marcha y la postura es prometedor y puede ser considerado un buen ejemplo de simbiosis entre las necesidades crecientes de las personas con discapacidad y la promoción de la salud.

## CONCLUSION

La evaluación es un proceso que involucra examen, diagnóstico, pronóstico, intervención y logros. Exige cada vez más involucrar las perspectivas del paciente y una práctica comunicativa intersubjetiva entre paciente y fisioterapeuta como agentes activos. En este artículo se exponen algunos referentes teóricos de cómo un fisioterapeuta selecciona, agrupa, prioriza, interpreta, integra, determina, desarrolla y decide los procesos relacionados con la evaluación. Es necesario,

en un futuro conocer y sistematizar el proceso de evaluación de los fisioterapeutas que se desempeñan en el dominio neuromuscular especialmente en el campo de la neurorrehabilitación con el propósito de avanzar en la consolidación de categorías diagnósticas que orienten las intervenciones y afiancen el quehacer profesional del fisioterapeuta en neurorrehabilitación.

Existen unos retos importantes como realizar investigaciones sobre la relación de la fisioterapia y la ciencia cognitiva, para conocer las implicaciones del enactivismo y las teoría sensorio-motoras en el movimiento corporal humano, que nos permita comprender diferentes tipos de fenómenos, que nos permita entender cuando un paciente tiene una falta de conocimiento sobre cómo moverse (para actuar con el propio cuerpo), cómo se da la alteración para percibir el lazo de percepción-acción y la capacidad para predecir; los cuales son procesos importantes de aprendizaje motor. Para ello se debe investigar sobre los parámetros de evaluación del aprendizaje motor en neurorehabilitación, no está bien establecida la capacidad de las medidas elegidas para identificar el aprendizaje, por ejemplo parámetros relacionados con adaptación, control anticipatorio, efectos posteriores, desempeño, adquisición, retención o transferencia.

Otro reto es encontrar maneras de ver nuestro conocimiento y construcción del mismo en su sentido más amplio con evidencia de múltiples fuentes. Según Shaw y DeForge (2012) el fisioterapeuta es un “bricoleur”, el término “bricoleur” se refiere a un hombre o mujer de “mantenimiento” que utiliza todas las herramientas y tipos de conocimiento disponibles. La noción de fisioterapeutas como “bricoleurs” reconoce que todo el conocimiento práctico se sitúa dentro de contextos sociales, culturales e históricos que dan forma a nuestras creencias sobre lo que cuenta como conocimiento de fisioterapia. Este reconocimiento lleva a los fisioterapeutas a que actúen como “bricoleurs” al abrazar múltiples epistemologías, descubriendo nuevas formas de conocimiento y estrategias de razonamiento clínico para proporcionar un enfoque más holístico de la práctica fisioterapéutica.

A futuro es necesario identificar y sistematizar el proceso de evaluación realizado por los fisioterapeutas en el ámbito de la neurorrehabilitación, con el fin de afianzar el quehacer profesional.

## REFERENCIAS

- Agamez, J. & cols. (2002). *Cuerpo movimiento perspectiva funcional y fenomenológica*. Manizales: Universidad Autónoma de Manizales.
- Ajjawi, R. (2006). *Learning to communicate clinical reasoning in physiotherapy practice*.
- Albert, S. J., & Kesselring, J. (2012). Neurorehabilitation of stroke. *Journal of neurology*, 259(5), 817-832.
- American Physical Therapy Association (2003). Guide to Physical Therapist Practice. Second Edition. *Physical Therapy*, 8 (1), 9-7 44 2003: 8:1;9-744
- American Physical Therapy Association (2014). *Guide to Physical Therapist Practice 3.0*. Physical Therapy. Alexandria, VA: American Physical Therapy Association.
- Ataria, Y. (2015). Trauma from an enactive perspective: the collapse of the knowing-how structure. *Adaptive Behavior*, 23(3), 143-15
- Atkinson, H. L., & Nixon-Cave, K. (2011). A tool for clinical reasoning and reflection using the international classification of functioning, disability and health (ICF) framework and patient management model. *Physical Therapy*, 91(3), 416-430.
- Boissonnault, W. (2000). Differential diagnosis: taking a step back before stepping forward. *PT-ALEXANDRIA*, 8(11), 46-85.
- Bouman, H. D. (1967). An exploratory and analytical survey of therapeutic exercise. *Am J Phys Med*, 46, 1-1191.
- Caballero, G. C. (2013). *Differential diagnosis for physical therapists: screening for referral*. Estados Unidos de America: Elsevier.
- Calabró, R. S., Cacciola, A., Bertè, F., Manuli, A., Leo, A., Bramanti, A., ... & Bramanti, P. (2016). Robotic gait rehabilitation and substitution devices in neurological disorders: where are we now?. *Neurological Sciences*, 37(4), 503-514.
- Cano-de-la-Cuerda, R., Molero-Sanchez, A., Carratala-Tejada, M., Alguacil-Diego, I. M., Molina-Rueda, F., Miangolarra-Page, J. C., & Torricelli, D. (2015). Teorías y modelos de control y aprendizaje motor. Aplicaciones clínicas en neurorehabilitación. *Neurología*, 30(1), 32-41.
- Dukelow, S. P. (2011). Potential of robots as next-generation technology for clinical assessment of neurological disorders and upper-limb therapy. *Journal of rehabilitation research and development*, 48(4). 335.
- Edwards, I., Jones, M., Carr, J., Braunack-Mayer, A., & Jensen, G. M. (2004). Clinical reasoning strategies in physical therapy. *Physical therapy*, 84(4), 312.
- Escorpizo, R., Stucki, G., Cieza, A., Davis, K., Stumbo, T., & Riddle, D. L. (2010). Creating an interface between the International Classification of Functioning, Disability and Health and physical therapist practice. *Physical Therapy*, 90(7), 1053-1063.
- Esteves, J. E. (2015). Embodied clinical decision making in osteopathic manipulative medicine. *American Academy of Osteopathy Journal*, 25 (2), 13-6.
- Fritz, J M, & Wainner R. S. (2001). Examining diagnostic tests: an evidence-based perspective. *Physical Therapy*, 81 (9): 1546-1564.
- Greenfield, B. H., Jensen, G. M., Delany, C. M., Mostrom, E., Knab, M., & Jampel, A. (2015). Power and promise of narrative for advancing physical therapist education and practice. *Physical therapy*, 95(6), 924.
- Hislop H. (1975). The not so imposible dream. *Physical Therapy*. Volume 55 (10), 1069 -1080.
- Jensen, C. M. (2011). 42nd Mary McMillan Lecture: Learning: what matters most. *Phys Ther*. 91. 1674-1689.
- Lord, S. R., Menz, H. B., & Tiedemann, A. (2003). A physiological profile approach to falls risk assessment and prevention. *Physical therapy*, 83(3), 237-252.
- Meadows, J. (2000) *Diagnóstico diferencial en Fisioterapia*, Madrid España: McGrawHill.
- Moffat, M., Bohmert, J. & Hulme, J. (2008). *Neuromuscular essentials: applying the preferred physical therapist practice patterns*. United States of America: Slack.
- Moll, L. R., & Cott, C. A. (2013). The paradox of normalization through rehabilitation: growing up and growing older with cerebral palsy. *Disability and rehabilitation*, 35(15), 1276-1283.
- Normann, B., Fikke, H. K., & ØBerg, G. K. (2015). Somatosensory impairments and upper limb function following stroke: Extending the framework guiding neurological physiotherapy. *The European Journal of Physiotherapy*, 17(2), 81-88.
- Norton, B. J. (2007). "Harnessing our collective professional power": diagnosis dialog. *Physical therapy*, 87(6), 635-638.
- Oberg, G. K., Normann, B., & Gallagher, S. (2015). Embodied-enactive clinical reasoning in physical therapy. *Physiotherapy theory and practice*, 31(4), 244-252.
- Pierce, S. R., Barbe, M. F., Barr, A. E., Shewokis, P. A., & Lauer, R. T. (2008). Roles of reflex activity and co-contraction during assessments of spasticity of the knee flexor and knee extensor muscles in children

- with cerebral palsy and different functional levels. *Physical therapy*, 88(10), 1124.
- Rauch, A., Escorpizo, R., Riddle, D. L., Eriks-Hoogland, I., Stucki, G., & Cieza, A. (2010). Using a case report of a patient with spinal cord injury to illustrate the application of the International Classification of Functioning, Disability and Health during multidisciplinary patient management. *Physical therapy*, 90(7), 1039-1052.
- Reinkensmeyer, D. J., Burdet, E., Casadio, M., Krakauer, J. W., Kwakkel, G., Lang, C. E., ... & Schweighofer, N. (2016). Computational neuro-rehabilitation: modeling plasticity and learning to predict recovery. *Journal of neuroengineering and rehabilitation*, 13(1), 42.
- Rundell, S. D., Davenport, T. E., & Wagner, T. (2009). Physical therapist management of acute and chronic low back pain using the World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability and Health. *Physical Therapy*, 89(1), 82-90.
- Sahrman, S. (2006). *Diagnóstico y tratamiento de las alteraciones de movimiento*. España: Paidotribo.
- Sahrman, S. A. (2014). The human movement system: our professional identity. *Physical therapy*, 94(7), 1034-1042.
- Scheets, P. L., Sahrman, S. A. & Norton, B. J. (2007). Use of movement system diagnoses in the management of patients with neuromuscular conditions: a multiple-patient case report. *Phys Ther*, 87(6):654-669.
- Seth, A. K. (2014). A predictive processing theory of sensorimotor contingencies: Explaining the puzzle of perceptual presence and its absence in synesthesia. *Cognitive neuroscience*, 5(2), 97-118.
- Shaw, J. A., & DeForge, R. T. (2012). Physiotherapy as bricolage: Theorizing expert practice. *Physiotherapy Theory and Practice*, 28(6), 420-427.
- Skjaerven, L. H., Kristoffersen, K., & Gard, G. (2010). How can movement quality be promoted in clinical practice? A phenomenological study of physical therapist experts. *Physical Therapy*, 90(10), 1479.
- Steiner, W. A., Ryser, L., Huber, E., Uebelhart, D., Aeschlimann, A., & Stucki, G. (2002). Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Physical therapy*, 82(11), 1098-1107.
- Stergiou, N., Harbourne, R. T., & Cavanaugh, J. T. (2006). Optimal movement variability: a new theoretical perspective for neurologic physical therapy. *Journal of Neurologic Physical Therapy*, 30(3), 120-129.
- Tomey, K. M., & Sowers, M. R. (2009). Assessment of physical functioning: a conceptual model encompassing environmental factors and individual compensation strategies. *Physical therapy*, 89(7), 705.
- Umphred, D. A., Lazaro, R. T., Roller, M. L., Burton, G. U (2013). *Neurological Rehabilitation*. United States of America: Elsevier.
- Van Schouwen-van Kranen, E. T. (2014). Clinical reasoning in cognitive rehabilitation therapy. *NeuroRehabilitation*, 34(1), 15-21.



# RESÚMENES

## IX Congreso Internacional Rompiendo Límites: Construyendo capacidades para el buen vivir V Encuentro la ECR Investiga

GRUPO DE INVESTIGACION CAPACIDADES HUMANAS SALUD E INCLUSIÓN  
Noviembre de 2016

### PRESENTACIÓN<sup>1</sup>

Este documento da cuenta de los resúmenes de las ponencias presentadas en el V Encuentro: La ECR Investiga, realizado anualmente por el Grupo de Investigación Capacidades Humanas, Salud e Inclusión – CHSI, y del IX Congreso Internacional Rompiendo Límites: Construyendo capacidades para el buen vivir, llevado también a cabo anualmente por el aliado para el 2016, la Fundación Misioneros de la Divina Redención FUMDIR, entidad que brinda atención especialmente a las personas con discapacidad a través de capacitación, rehabilitación integral, formación e inserción familiar, social y productiva para el ejercicio de los derechos y deberes. Los eventos fueron realizados de manera conjunta en la ciudad de Bogotá, los días 27 y 28 de octubre de 2016.

Los referentes acogidos para orientar y alimentar el debate y las reflexiones del evento, en consonancia con las apuestas del Grupo CHSI y la Fundación Misioneros de la Divina Redención – FUMDIR, son las capacidades humanas y el buen vivir. Tales posturas alimentan las diferentes líneas de investigación del grupo, especialmente la línea diversidad e inclusión social y se acogieron con miras a alcanzar el objetivo del Congreso, establecido así: “consolidar un espacio académico internacional de reflexión sobre los enfoques y experiencias de inclusión social que los diferentes sectores ofrecen a las personas diversamente hábiles a lo largo del ciclo vital humano, en los ejes de salud, educación, productividad y participación social, que permita identificar retos y logros frente a la responsabilidad de los diferentes actores involucrados”.

La ECR Investiga tradicionalmente ha estado permeado por posturas conceptuales acogidas desde una mirada interdisciplinar que desea aproximarse a una comprensión cada vez más amplia de la diversidad, la inclusión social y los debates profesionales y disciplinares en torno a la ocupación, la comunicación y el movimiento corporal humanos. Lo anterior, con el fin de dar respuesta a las necesidades en salud y rehabilitación que puedan tener las comunidades y los diferentes grupos sociales en los cuales se enfoca la atención de la terapia ocupacional, la fisioterapia y la fonoaudiología.

En total se presentan 17 resúmenes de los cuales tres corresponden a ponencias centrales y de apertura del evento, cuatro son participaciones realizadas desde la academia y la investigación; cinco resúmenes corresponden a participaciones desde el sector público y la gestión social y cinco resúmenes más, de participaciones desde la experiencia en la atención a personas con discapacidad. Se cierra la presentación de los artículos con las conclusiones y reflexiones finales.

---

1. Resumen y compilación por las profesoras: Diana Rocío Vargas Pineda y Anita Cristina Yandun Reina, a partir de las relatorías realizadas por las profesoras Yenny Marcela Morera Niño, Nubia Florián, Cristina Rodríguez Espinosa, Liliana Maya, Olga Lucía Montoya, Carolina Benjumea, María Elizabeth Fonseca, Marian Amaya Quintero y Angélica María Salgado.

## PONENCIAS CENTRALES

### Buen Vivir

#### Luis Alfonso Tutakimba<sup>2</sup> - Ecuador

El ponente inicia su presentación realizando una corta caracterización de la comunidad Kichwua, la cual tiene su desarrollo en una zona compartida entre Colombia y la República del Ecuador. El Buen vivir se relaciona con el significado de la palabra Kichwa SumakKawsay, no obstante, no se tiene una palabracorrespondiente muy clara en la lengua española. Es indispensable buscar las traducciones más fidedignas para las Suma Gamaña en lengua Aymara y para el SumakKawsay en Kichwa. La Suma Gamaña utilizada en Bolivia, es interpretada como vida en plenitud, aunque formalmente se le traduce como vivir bien. Desde los Kichwua, el SumakKawsay es simplemente vivir a plenitud.

En cambio, el SumakKawsay utilizado en Ecuador, se representa en su parte inicial o Sumak como plenitud, sublime, excelente, magnífico, hermoso (a), superior, integral, simbiótico y holístico. Luego, Kawsay significa vida, ser – estando, estar – siendo, con lo cual la traducción del SumakKawsay sería la plenitud de vida, aunque formalmente se lo traduce como buen vivir, tal como lo acoge la Constitución de la República del Ecuador de 2008.

Desde esta cosmovisión se plantean entonces ciertos principios, que favorecen el mantenimiento de este equilibrio y su relación con la salud, así: El SumakMikuna que se refiere al saber alimentarse, el SumaKUpiana referente al saber beber, el SumaKpuñuna es saber dormir, el SumakLlankana es el saber trabajar y el Suma Yuyarina está relacionado con el saber meditar.

A través de un trabajo conjunto con la Secretaría Distrital de Salud, hoy se trabaja en el reconocimiento de taitas, médicos tradicionales y de quienes practican la medicina ancestral y también las parteras, ya que los principios de cuidado son importantes desde la cosmovisión de los pueblos indígenas. Producto de ello es tener espacios habilitados para atención en salud del pueblo Kichwa. El principio de vida o paradigma se fundamenta en cuatro principios basados en la cosmovisión indígena andina y en los saberes ancestrales en general: La relacionalidad que se refiere a la interconexión entre todos los elementos de un todo; la reciprocidad que tiene que ver con la relación entre los mundos de arriba, abajo, ahora, entre seres humanos y naturaleza, una especie de coparticipación. La correspondencia se refiere a los elementos de la realidad, como se interrelacionan de una manera armoniosa, a manera de proporcionalidad y la complementariedad que se basa en los opuestos que pueden ser complementarios, ya que nada está de demás.

De acuerdo con la comunidad Kichwa, con solo cumplir estos principios se logra la paz duradera y concreta, se aspira a llegar a un equilibrio total para el buen vivir, y así las cosas serán duraderas.

En la cosmovisión andina todo vive y necesita alimento, es por eso que a través de las ofrendas damos alimentos también a la Madre Tierra, a las montañas, a los ríos. La Madre Tierra nos da los alimentos que requerimos, por eso debemos comer el alimento de la época, del tiempo, y el alimento del lugar. Saber comer al igual que el saber beber es comer los buenos alimentos, no colorantes, no químicos, cultivando para nuestro abastecimiento.

Desde los Kichwua, el SumakKawsay es simplemente vivir a plenitud. La dualidad, no es la contraposición de sistemas, es la complementariedad de los mismos; como ejemplo natural está la mujer quien va al lado del hombre como esa cosmogonía, esa compañía, y complemento. El silencio cumple un papel armonizador.

Desde la cosmovisión indígena se han planteado recomendaciones al mundo, que con anterioridad se manifestaron pero que no se tuvieron en cuenta, pues los saberes ancestrales, presentan informaciones para el buen vivir, pero no se les ha dado históricamente la misma importancia, minimizando sus saberes. Es evidente que en espacios comerciales, especialmente en ferias artesanales se fusiona el saber ancestral con el actual.

A modo de conclusiones, el vivir bien lo puede hacer cualquier persona, pero el buen vivir se refiere a los diferentes valores y la calidad que se puede generar a través de los principios Kichwa. El buen vivir es un paradigma con prácticas

---

2. Gobernador del Cabildo Mayor Indígena Kichwa de Bogotá. Profesional en cine y televisión. Administrador Público. Etno musicólogo. Conservatorio Universidad Nacional.

y principios arraigados a la cosmogonía indígena. La ponencia permite reconocer la diversidad de pensamientos y comprensiones hacia la vida diaria e implica la necesidad de valorarlos en la práctica profesional y en el contexto ciudadano.

### Teatro de sordos y el buen vivir. El caso de “seña y verbo” - México Hitandehui Pérez<sup>3</sup>

La ponente presenta la experiencia que relaciona las artes escénicas y la discapacidad planteando la puesta del desarrollo humano de personas con discapacidad, brindando un proceso de resiliencia comunitaria e individual a través del teatro.

Toma como punto de partida la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad – CDPD, que en su artículo 30 habla sobre los derechos culturales de las personas con discapacidad. Con respecto al arte sordo, se incursiona en Latinoamérica con propuestas socioculturales, asumidas desde los derechos culturales, estableciendo el buen vivir como la satisfacción de necesidades, tiempo libre de contemplación y emancipación, con énfasis en prácticas de libertad, espacios de diálogo, de construcción emocional y espiritual, para el logro de acciones que fomenten la calidad de vida y la vida digna. Lo anterior, en defensa de una cultura propiamente sorda, cuyo eje es la lengua de señas de cada país por lo cual el teatro se genera como un espacio de oportunidad, capacidad y potencialidad.

La compañía de teatro “seña y verbo” es un referente sobre el tema de trabajo de arte para población sorda en México. El grupo actoral se ha ido consolidando a través del tiempo, es así como algunas de las actrices están desde 1993, año en el que se creó. Aunque el camino no ha sido fácil, debido a las prácticas hegemónicas dentro del arte, se han logrado cosas importantes por ésta compañía. El grupo hace giras a nivel nacional e internacional, desarrollando acciones enfocadas hacia la consolidación de nuevas propuestas de teatro de la comunidad sorda, favoreciéndose de esta manera la visibilización de la población. De la misma manera se ha convertido en un referente educativo y cultural para la comunidad sorda, con una repercusión social y cultural, aportando a la imagen del buen vivir.

La ponente presenta los integrantes de la compañía teatral, sus intereses, proyecciones y los aportes que el teatro de sordos ha logrado en sus vidas. En el grupo se encuentra Eduardo Santana quien se consolida como el primer dramaturgo y director sordo de México. Los actores tienen estudios de primaria y secundaria, este es su nivel educativo. Los integrantes de la compañía hablan de la realidad de la población de los sordos, quienes luchan por sus derechos culturales. Ellos han realizado giras internacionales y han comparado con otros actores sordos.

Cada año el grupo desarrolla talleres en verano e invierno y realiza una convocatoria abierta hacia los interesados en hacer teatro. Se proponen procesos a través de talleres y formación actoral, de allí, dependiendo cuál sea el plan anual de trabajo, se seleccionan los actores; con este insumo se construyen nuevas compañías a nivel nacional. El interés está en abrir más propuestas teatrales a nivel nacional, especialmente al sur donde hay más problemas de marginación y segregación de esta comunidad.

A modo de conclusiones, se evidencia que el teatro de sordos es una práctica de libertad, que tiene impacto en la vida de los actores de la compañía y en la comunidad sorda de México. Al ser el teatro un espacio social en el que se comparte y se generan vivencias, se posibilita el reconocimiento de las capacidades de la comunidad sorda, reduciendo brechas de inequidad y favoreciendo la participación, desde sus cuerpos y peculiares experiencias humanas en tanto tienen la capacidad de crear imágenes, es decir, son teatrales por naturaleza.

Se plantea un tema muy interesante con respecto a las posibilidades ontológicas emergentes y nuevas formas de ser, por medio de estas prácticas artísticas. Existe diferencia entre teatro de sordos y teatro inclusivo, donde la persona no es un actor pasivo sino un protagonista, y asume el arte como posibilidad para tener una vida activa. El teatro de sordos como reto de la inclusión social, debe entenderse como un proceso que rompe esquemas y provoca nuevas formas de comunicación y participación.

---

3. Licenciada en Educación Especial, Maestra en Artes Escénicas por la Universidad Veracruzana.

El ponente inicia su presentación explicando cómo a través del tiempo se han venido planteando nuevas categorías o paradigmas relacionados con la inclusión. Los cambios en los mismos, la forma de nominar los eventos, las palabras de las cuales hacemos uso y el lenguaje políticamente correcto (Diversidad – alteridad), (Integración – inclusión) tienen que ver en estos tiempos con la forma de abordar la diferencia. Esto lleva a pensar en otras poblaciones que han sido también excluidas como las mujeres y grupos étnicos, a pensar en la interpretación de los nuevos paradigmas.

En los años 90 se hablaba de diversidad en la declaración de Salamanca de 1994. La integración estaba enmarcada en el concepto de “Escuela para todos” - es decir, escuela integradoras. Para esta época se reconocen grupos de personas discapacitadas, quienes exigen a la UNESCO, la disminución desde la escuela de procesos normalizadores y avanzar hacia el paradigma de escuela para todos.

Hacia comienzos del siglo XXI, en occidente se empieza a hablar de inclusión como fenómeno reciente; es un fenómeno económico por mutación del capitalismo, en el sentido de incluir a todos los individuos productivos pero con menos poder. Lo anterior va ligado a la globalización y al neoliberalismo que hace que aparezca la promesa de inclusión generada desde la escuela.

Se plantean tres categorías de discusión: La inclusión, la cual se debe plantear desde el ámbito político, traducido a la necesidad de crear modelos económicos justos que no excluyan. Promesa de la escuela: Un mundo que excluye le pide a la escuela que incluya, esto es una trampa que impide plantear la demanda donde se debe plantear, es decir, en el ámbito político, como necesidad de crear modelos económicos justos, igualitarios pero sobre todo que no excluyan. Promesa de alteridad o reconocimiento del otro que ingresa a la academia con la promesa de la emancipación. Pero ¿quién es el otro? Son grupos o comunidades que históricamente han sido estigmatizados, subalternados o colonizados. Ellos no son personas con discapacidad, se mencionan como sordos, entonces esta noción alude a aquellos sujetos que han caído a un cono de sombras y han sido invisibilizados. “La libertad es una elección del sujeto, es un acto del sujeto no es algo que nos dan”.

Es esencial apuntar a los cambios en las políticas que den alternativas al neoliberalismo, pero no basta con tener las políticas adecuadas sino que se deben tener espacios de autonomías locales, comunidades de enunciación como nuevas formas de relación con el otro dentro de las comunidades de base, que permitan hablar de libertad.

Los asistentes reflexionan en torno a la segmentación que también se da por las mismas políticas que se establecen en lo social y llevan muchas veces a excluir de forma inconsciente; la participación ciudadana en nuestra sociedad aún es muy débil, poco consciente, aún teniendo los espacios en lo local y territorial, lo que hace que no se realice una adecuada exigibilidad de los derechos de las personas con discapacidad. Por último, se señala que la ECR se encuentra apuntando a la transformación de realidades.

La reflexión propuesta por el ponente, permite reconocer la otredad. La exclusión persistente más allá de las diferencias de los seres humanos, que son transversales, tienen que ver con la pobreza extrema y por qué estos individuos se quedan por fuera de la línea de producción. Es importante resaltar la necesidad de reconocer que la escuela o el mismo sistema educativo por sí mismo, no puede llevar a cabo procesos de inclusión sin que se lleven a cabo procesos de transformación de todo el sistema.

---

4. Psicólogo, Doctor en Filosofía de la Universidad del Rosario.

## PARTICIPACIONES DESDE LA ACADEMIA Y LA INVESTIGACIÓN

### Capacidades humanas y migraciones epistémicas desde la decolonialidad Fernando Andrade<sup>5</sup> – Colombia

De acuerdo con la postura de este ponente, nos encontramos en una época de ceguera peligrosa, que es la ceguera del entendimiento. Mediante un video que presenta cómo un elefante se asombra al descubrirse él mismo y encontrar sus diferencias con otros animales, así se propone reflexionar sobre peligro de no reconocer quiénes somos y quien es el “otro”

Cada quien deja atrás lo que quiere dejar y de esta manera asciende de forma personal. La inclusión es vista desde el saber-poder de la norma y sus determinismos, que favorece el hecho de actuar en escenarios inmersos en la desposesión, lo que a la vez implica hacer visibles las opresiones y violencias que simbólicamente han estado y estarán en estos entornos. En cuanto al significado de la inclusión, el incluir es mantener encerrado de acuerdo con el término de diccionario.

El ponente resuelve una pregunta presentada por una asistente: ¿Si el objetivo no es la inclusión, cual es el objetivo? Esta se resume en el hecho de pensar en todos sin pensar en cualquiera. El norte se encuentra en la dignidad humana, el objetivo es el mismo que se traza para su vida y el medio es la inclusión.

A modo de conclusión, se debe pensar en todos como pensar en cualquiera, al creer que la persona tiene derechos esta los tendrá, lo cual requiere construir sistemas económicos justos.

Se debe pensar en el tema de la diversidad, buscar un equilibrio y reavizar posibles intersecciones que puedan existir; ello requiere de una nueva mirada y entender las realidades distintas, acogiéndolas a nuestras prácticas para que la perspectiva del buen vivir nos permita enriquecer las prácticas y debates institucionales. En el contexto de humanidades en los cursos impartidos en la ECR, se debe pensar en prácticas del buen vivir, así como en la necesidad de reconocer y valorar los saberes propios y diversos de individuos y comunidades, de modo que los procesos de formación y los profesionales contextualicen estas realidades. Las posibilidades ontológicas, como formas emergentes de “ser” implican pensar en la persona, sin que necesariamente haya una normalización del cuerpo.

### Centro Iberoamericano de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas CIAPAT Olga Lucia Huertas Directora CIAPAT-Universidad Manuela Beltrán

Se presenta el portafolio de servicios del Centro Iberoamericano de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas-CIAPAT en Convenio con la Organización Iberoamericana de Seguridad Social de España. Este es un Centro tecnológico destinado a favorecer la autonomía de las personas con discapacidad, personas mayores o personas en situación de dependencia en los países iberoamericanos; su misión es contribuir a hacer efectivos los derechos de las personas con discapacidad y personas mayores, a través de la accesibilidad integral, productos y tecnologías de apoyo y el diseño universal.

Comprende los siguientes componentes: de Centro de exposición, centro de documentación, formación, asesoría técnica, banco de necesidades y soluciones y grupos focales.

El enfoque fundamental es el movimiento social de la discapacidad que en la relación con la investigación cobra importancia pues es un campo investigativo y de actividad política. Hay un vínculo entre discapacidad e investigación y al incorporar apuestas filosóficas es como la investigación se emancipa.

El propósito de la investigación y desarrollo de productos, parte de una caracterización de grupos focales donde se detecta lo que no hay en el mercado o lo que necesitan las persona, entonces se hacen los prototipos y hay transferencia tecnológica. El CIAPAT es un centro de referencia y un proveedor de tecnología social.

Se concluye que lo que se verá a futuro será la era post humana, el desarrollo que da nuevo significado al cuerpo,

---

5. Licenciado en Educación Especial. Adelantó sus estudios pos graduales en la Universidad Nacional de Colombia en la Maestría en Discapacidad e Inclusión Social.

una era en la que la discapacidad desaparece y aparece el sujeto cybor. Es un tema que toca materializar, se debe dar continuidad a la generación de alianzas entre la academia y las instituciones rehabilitadoras y empezar a generar cambios en la calidad de vida de personas con discapacidad.

**Capacidades Humanas. Una reflexión sobre la diada Persona con discapacidad - Cuidador.** María Emma Reyes<sup>6</sup>, Olga Lucía Montoya<sup>7</sup>- Escuela Colombiana de Rehabilitación.

La presentación se basa en una investigación desarrollada en la ECR y denominada “Aspectos psicosociales, funcionamiento y ocupación en la diada cuidador- persona con discapacidad física”. Esta alimenta la Línea de investigación funcionamiento y capacidades humanas del Grupo de investigación capacidades humanas salud e inclusión y corresponde a una experiencia de investigación compartida con la Universidad Minuto de Dios. Las preguntas orientadoras se plantean en términos de relaciones entre características psicológicas y el funcionamiento de personas con discapacidad física; es una experiencia de construcción académica, cuyas variables son el cuidador y la persona con discapacidad.

Los instrumentos y los resultados en la diada persona con discapacidad - cuidador están acordes a lo descrito en la literatura y marcan las características del vínculo que establecen los dos. En los antecedentes se hace énfasis en el análisis desde persona y no desde la patología. Hay un cambio en el paradigma de intervención por ejemplo, en fisioterapia en psiquiatría y salud mental y en el planteamiento de la guía de intervención del programa de acción para superar las brechas en salud mental MHGAP de la Organización Mundial de la Salud.

En los fragmentos presentados de los participantes en el proyecto, ellos expresan que el crecimiento personal y profesional y el diálogo interdisciplinar en capacidades humanas genera trabajo en equipo en pro del desarrollo del individuo. El diálogo interdisciplinar es importante, ya que la unidisciplina genera sesgos en la mirada de la problemática social, por ejemplo al saber hacer una entrevista y saber escuchar. No se puede explicar todo desde la propia disciplina. Se requiere establecer un diálogo sobre el ser humano a quien se está interviniendo, lo cual hace que el profesional replantee su propia práctica.

Se concluye que el cuidador era un sujeto invisible que no figuraba en la política pública y ahora se está pensando en un sistema nacional del cuidado, entonces es pertinente que el cuidado sea trasladado a las comunidades, hay un compromiso comunitario con el cuidador, lo cual es vanguardista.

Las capacidades humanas y derechos humanos, son temas que se viene tratando, y se debe reconocer la importancia de dar una mirada con otros profesionales de la psicología y la terapia ocupacional, entre otros.

Lo sencillo, lo humano, lo vital es lo que nos hace personas, se olvida, se rechaza, se le pide evidencia y es lo que más se obtiene resultados, entonces el reconocer a la persona y al cuidador es el primer paso para potenciar sus capacidades.

**Participación de personas mayores**

María del Carmen Botero<sup>8</sup> – Escuela Colombiana de Rehabilitación

No todas las personas mayores de nuestro país tienen vulnerado su participación, hay instituciones públicas que han fortalecido la calidad en el proceso del envejecimiento activo. La presentación es titulada “Un reto por afrontar”, dado que todos vamos hacia en el proceso de envejecimiento, en palabras de Gabriel García Márquez “el secreto de una vejez no es otra casa que un pacto honrado con la soledad”.

La vejez permite un nuevo espacio para reflexión; según cifras de envejecimiento en Colombia, para el año 2020 tendremos 5.200.000 personas mayores de 60 años, un 15% con trastorno mental. Es preocupante que se ha incrementado la tasa de suicidio y violencia contra la persona mayor. Solo uno de cada 4 personas mayores tiene pensión, lo cual disminuye nuestra identidad y arraigo; el 41% reporta síntomas depresivos.

---

6. Psicóloga. Docente Investigadora Escuela Colombiana de Rehabilitación.

7. Fisioterapeuta Magister en Creatividad e Innovación en las Organizaciones. Docente Investigadora Escuela Colombiana de Rehabilitación.

8. Terapeuta Ocupacional. Docente investigadora Escuela Colombiana de Rehabilitación.

Desde el concepto clásico de la OEA, participación significa tomar parte, compartir en espacios sociales; por su parte, la comunidad dice que es un proceso cultural que implica escucha activa y empoderamiento durante todo el transcurrir de la vida. En cuanto a los espacios de participación, el principal es el núcleo familiar, por tanto es en el que más afecta a las personas mayores. Muchas personas mayores participan desde el espacio democrático, su rol es el ocio y tiempo libre desde allí se da su participación social; por tanto es fundamental el fortalecimiento de las redes sociales de apoyo.

Se reconocen como necesidades de las personas mayores: las fisiológicas, seguridad, afiliación, autorrealización y reconocimiento; el envejecimiento es un proceso que se va dando a lo largo de la vida, pero no es sinónimo de discapacidad. Los principales factores de riesgo para esta población son: negligencia, maltrato, pérdida de la independencia, estigmatización, pérdida de seres queridos, descensos socioeconómicos como consecuencia de la jubilación, discapacidad y disminución de la identidad por la pérdida del rol laboral.

En Bogotá cada día abandonan a dos personas mayores, 258 ancianos están abandonados en los hospitales. Medicina Legal reporta que 877 aparecen con graves lesiones físicas. En el 2014 se registraron 262 casos de suicidio, 63 abuso sexual y 500 homicidios para esta población. Los factores protectores son: redes de apoyo, vínculos afectivos, trabajo con organizaciones de base y las habilidades de las personas.

Desde una segunda mirada se habla de patrones de envejecimiento y cómo nos hacemos participe la respuesta es: Escucha activa, trabajo con familia, promoción de hábitos activos y saludables, fortalecimiento físico y cognitivo, preparación para la vejez, políticas públicas, programas de prejubilación y visibilización de las condiciones de vida de las personas mayores (divulgación de rutas de atención).

La ponencia cierra con la frase: “Nadie envejece solo por vivir un número de años. La gente envejece únicamente al olvidar sus ideales. Los años arrugan el rostro pero perder el entusiasmo arruga el alma” (Ciceron año 45 a C)

## PARTICIPACIONES DESDE EL SECTOR PÚBLICO Y LA GESTIÓN SOCIAL

### Productividad e inclusión Olga Lucia Velázquez<sup>9</sup>

La ponente indica que es importante cambiar el imaginario sobre la persona con discapacidad (PcD), su familia y su entorno. La ley 1618 de 2013 promueve los derechos de las personas con discapacidad y es necesario su cumplimiento cabal. La inclusión social apunta al acceso y a las oportunidades en igualdad de condiciones de las PcD; Colombia tiene un 6,34% de PcD, de los cuales 120 son víctimas del conflicto y la mayoría son personas mayores de 60 años.

En cuanto a la educación, se evidencia que solo el 37% accede a ésta, cuando la cobertura general es del 90%, la cobertura general debería ser del 100% incluidas las PcD; esto también se relaciona con las oportunidades laborales y específicamente con el tema pensional. La mayoría de las personas mayores de 60 años no tienen pensión, lo que impacta en su calidad de vida. Es necesario analizar las diferentes posibilidades para la generación de ingreso de las PcD, pues no hay empleo para todo el mundo, pero se pueden constituir cooperativas mutuales que faciliten la generación de ingresos.

El acceso a la salud debe caracterizarse por un modelo de atención que considere las particularidades de las PcD. La persona no sólo debe verse como paciente; el SGSSS debe garantizar una salud adecuada que permita el acceso a otros espacios para el desarrollo de las personas. Los modelos son claves para el abordaje y la promoción de las oportunidades de las PcD; se menciona el modelo social como perspectiva de desarrollo las capacidades de las PcD y la visibilización de esta población, con el apoyo de las organizaciones de la población.

A manera de conclusión, es importante señalar que es necesario flexibilizar la mente de los ciudadanos y de las lógicas institucionales. Las necesidades reales de la población son las que se deben tener en cuenta para la formulación de los proyectos. Se requiere claridad en las solicitudes y que el ejercicio político de gestión sea unificado, y que las prioridades sean consensuadas. La participación demanda compromiso, hay que tener claros los problemas y las soluciones, con el fin de que la gestión y el agenciamiento estén dirigidos a un impacto favorable para el ejercicio de los derechos.

---

9. Representante a la Cámara por Bogotá.

El reto más importante es cómo la Secretaría de Educación del Distrito-SED interactúa y se articula con los demás sectores en función de todas las poblaciones. Se tiene como lema: Bogotá ciudad educadora por una educación de calidad para todos. El sector educativo trasciende los muros de la escuela, educa en todos los ámbitos y garantiza que todos los niños tengan educación de calidad, mediante el compromiso y la responsabilidad social de todos los actores involucrados.

En el Plan de desarrollo 2016 – 2015 “Bogotá mejor para Todos” la bandera de trabajo se relaciona con:

- La igualdad y la inclusión social desde el enfoque diferencial, derecho a la diversidad.
- Derecho a la educación como bien público, en igualdad para el acceso y a la permanencia.

La educación inclusiva no es igual a discapacidad, se trabaja con otras poblaciones como grupos étnicos, víctimas del conflicto, estudiantes extra edad, menores infractores, estudiantes en aula hospitalaria, entre otros.

Los estudiantes son tan importantes para la SED, que hay múltiples proyectos para ofertar de manera digna la atención a los estudiantes con discapacidad. Hay estudiantes con discapacidad cognitiva, física, mental, sensorial visual, sensorial auditiva, discapacidad y múltiple a quienes se les garantizan las adaptaciones para que ejerzan su derecho a la educación. Hay 12.450 estudiantes con un diagnóstico ya matriculados en el sistema educativo, los cuales están caracterizados estadísticamente, de modo que se facilita focalizar acciones.

Las modalidades de atención son: Aula regular a las que asisten niños y niñas con y sin discapacidad, Profesionales de apoyo que atienden estudiantes con discapacidad, 70 auxiliares de enfermería de estudiantes con discapacidad física, Aulas de apoyo especializadas, solo asisten estudiantes con discapacidad. Esta modalidad puede combinarse con el aula regular.

Los docentes tienen una gran responsabilidad en los procesos de inclusión educativa, pues las barreras, en su mayoría, impuestas por ellos, excluyen al estudiante de la posibilidad de educarse. Hoy la SED, realiza procesos de sensibilización, formación y acompañamiento a instituciones y maestros para orientarlos y dar línea para la atención adecuada y efectiva. En esta administración distrital, la Secretaría Técnica del Consejo Distrital de Discapacidad está en cabeza de la SED.

Para determinar el número de profesionales de apoyo en las instituciones educativas, se considera el número de estudiantes y sus particularidades, es proporcional, ejemplo: una enfermera puede tener cinco estudiantes con discapacidad física, no obstante, se tienen en cuenta las particularidades de los estudiantes y las habilidades de las enfermeras. En la jornada nocturna también se designan los acompañamientos necesarios, siempre priman las particularidades de las personas.

Se evidencia que la apuesta del Distrito por la educación diversa, busca solventar barreras y asegurar los apoyos que dignifiquen y garanticen el derecho a aprender y participar en el escenario educativo.

### Participación política de las personas con discapacidad en Colombia Juan Pablo Salazar<sup>11</sup>

El ponente presenta el contexto del Sistema Nacional de Discapacidad, cuyo norte es la Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad. Las PCD son ciudadanos con derechos, lo cual implica todos los ajustes pertinentes para ser coherentes con la herramienta internacional que se ratifica es decir, la Convención.

En Colombia está la Ley 1618, 2013, en la cual se plantean los elementos de la Convención, el gobierno debe reglamentar los artículos, 64 decretos reglamentarios, que a la fecha se ha demorado por la participación de los diferentes actores. La ley 1145, organiza el Sistema Nacional de Discapacidad, con el fin de lograr comunicación con las personas

10. Subdirectora de Inclusión Secretaría de Educación del Distrito Capital.

11. Consejero Presidencial para la Discapacidad

de las diferentes regiones del país, cuenta con consejeros de gobierno quienes no necesariamente saben de discapacidad, por tanto surge el Grupo de Enlace Sectorial - GES en el cual participan los técnicos que manejan los temas que asesoran la toma de decisiones. Hay 18 sillas una por cada ministerio y cada una de las entidades.

Como representantes de la sociedad civil hay ocho consejeros, dos sillas, una para academia y una de fundaciones; ellos llevan la voz de los colectivos sociales. Los consejeros nacionales deben garantizar que la voz que lleva al consejo es la recogida a partir de las opiniones de todas las personas del país. En la realidad una debilidad grande es la falta de empoderamiento y organización en la sociedad civil, por tanto no necesariamente se llega con la voz de todas las personas con discapacidad de las regiones; se está apuntando a desarrollar programas de empoderamiento con el fin de lograr la participación y legislar con los verdaderos intereses de la población.

En el Congreso hay una bancada interesada en mover la agenda de los temas de PcD, igualmente en los territorios, frente al Estado y otros estamentos; todo esto parte del empoderamiento de la población. Las mesas de trabajo son en términos de educación, accesibilidad, inclusión laboral, capacidad jurídica, calidad de vida e independencia.

La discapacidad no es una ideología política, los intereses no se pueden monopolizar por un grupo político, la agenda acerca de las personas con discapacidad debe estar en todos los partidos y deben ser promovidos los liderazgos, ya que son sistemas de intereses de unos y otros, corresponden a agendas comunes, sin embargo, las organizaciones de base deben proyectar liderazgo y participación, el proceso debe ser transversal.

### Asociatividad e Inclusión Francisco Sardón Peláez<sup>12</sup>

En España el movimiento asociativo está centrado en el CERMI - Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad, cuya misión es representar a las PcD y defender sus derechos. Tiene una junta directiva y comisiones donde se trabaja frente a los aportes al Estado, con el fin de participar de las políticas e iniciativas como movimiento asociativo, bajo el lema “nada sobre nosotros sin nosotros”. Entre los logros importantes que se han conseguido se encuentra una ley que organiza y da marcha a las entidades sociales para regular a las entidades interlocutoras básicas en el ámbito de las PcD.

PREDIF - Plataforma Representativa Estatal de Personas con Discapacidad Física, trabaja en dos líneas: es un referente estatal en coordinación de políticas con organizaciones y trabajan en la promoción de altruismo para todos y en la gestión de la información. A través de esta se dedican a realizar estudios de campo para analizar los niveles de accesibilidad que tiene el recurso turístico; se trabaja mucho dentro de esta perspectiva ya que en pocas ocasiones los sitios son accesibles, se determina entonces el nivel de accesibilidad de los sitios para que las personas planeen sus salidas.

Se ha trabajado en la ley de propiedad horizontal, para que los copropietarios aprueben cambios arquitectónicos que generen accesibilidad en los conjuntos residenciales; en muchos casos la comunidad de vecinos no necesariamente quiere financiar estas obra, por eso se quiere fomentar esta ley. Este es un ejemplo de las leyes que se van consiguiendo mejorar, se debe seguir trabajando con un objetivo de incidencia política, para la regulación en políticas referentes a las PcD.

Se busca la accesibilidad universal, para todas las personas, de otro lado, también se han impartido cursos de formación para que las personas que trabajan en turismo, conozcan cuáles son las necesidades de las personas con discapacidad, en entidades públicas o privadas.

La asistencia personal, dentro del sistema de derechos de las PcD, es otro derecho para las personas dependientes; se promueve la vida autónoma, por tanto se provee una persona cuya función es favorecer la autonomía personal, con competencias y capacidades claramente definidas, así como necesidades de apoyo en ámbito de educación, laboral, sociabilidad, práctica del ocio, cultura, acceso a servicios, entre otros. La persona que requiere el servicio, puede acudir a una entidad de referencia, que le da garantía del proceso.

---

12. Líder de la Plataforma Representativa Estatal de Personas con Discapacidad Física- PREDIF - España.

De otro lado, está el tema de financiación; se reciben subvenciones al tercer sector de parte del ámbito estatal, recaudadas a través de obras y proyectos y el impuesto de renta a las personas. De otro lado, es posible presentar proyectos, brindar asesoría en comunidades autónomas, recibir subvenciones del ámbito regional, por ejemplo se gestionan centros de empleo, con más del 80% de incentivos económicos a la contratación de PcD, si tienen contratos indefinidos. Hay otras ayudas económicas que le da el gobierno de acuerdo con las necesidades, en tal caso se debe reportar que realmente se lo están gastando en lo que han solicitado.

Esta experiencia muestra la importancia del empoderamiento de la comunidad en procesos de inclusión que permitan el acceso a espacios turísticos, de ocio y disfrute de la vida cotidiana.

### Desafíos en salud para la implementación de la ley 1618 Clemencia Nieto<sup>13</sup>

La ponente inicia precisando que la inclusión en sí misma es un desafío, el mito de que las personas sólo buscan los servicios de salud por su discapacidad, se debe aclarar. El sector salud se encarga de localizar, caracterizar y actualizar el registro de personas con discapacidad. El observatorio nacional de discapacidad, tiene como objetivo el ejercicio nacional de derechos y del Sistema de Discapacidad, hablando en términos de integralidad. Un reto importante es la detección temprana. Otros retos son la apertura de la red de servicios, la calidad en salud, el mejoramiento en la prestación, la oportunidad para superar trámites administrativos y la regulación de fabricación y distribución de ayudas técnicas.

El marco supra sectorial incluye los siguientes elementos:

- Reglamentación acerca de derechos de las personas con discapacidad.
- Tener ajustes razonables para acceder a servicios y a la educación.
- Los agentes del gobierno a través del Conpes pueden saber cuál es la agenda de las personas con discapacidad.
- La transformación de lo público, el reconocimiento de la diversidad, la garantía jurídica.
- El Departamento Nacional de Planeación hace seguimiento a los derechos a la habilitación y la rehabilitación y la salud, educación, inclusión laboral, turismo, recreación, cultura, protección social.

Existe una política de atención integral: entidad territorial- IPS Red- EPS; también, una ruta de habilitación/rehabilitación, lineamientos de Rehabilitación Basada en Comunidad acordes a estándares internacionales, a buenas prácticas, la certificación del talento humano, el enfoque de la CIF, la detección temprana y los planes de beneficios.

En cuanto a la formación de cuidadores se han trabajado unos módulos que se validaron con el SENA, se inició con la primera cohorte con el ICBF, ya que permitía hacer los ajustes de acuerdo a la validación, el curso existe y se está realizando. De otro lado se está trabajando para que la labor de cuidador exista en el marco nacional de ocupaciones.

El tema de coeficiente intelectual, es complicado en términos de lograr que se respete la privacidad. Se debe modificar el régimen de capacidad legal, ya que existe la interdicción, lo que implica que no es sujeto frente a la ley, se debe trabajar en la toma de decisiones con apoyo, ya existe un documento en el que se discute la interdicción.

Se recalca que las barreras que más limitan son las barreras emocionales y actitudinales, los cambios en la cultura ciudadana se pierden si no hay continuidad, son ejercicios que requieren trabajo de todos los actores y sectores. La ley 1618 habla de ajustes razonables, ¿cómo hacerlos en situaciones que requieren de privacidad; no se encuentra aún la adaptación pero está el deber de indagar y socializar los canales?

Finalmente la ponente reitera que la concepción y participación de las personas con discapacidad debe darse desde el enfoque de desarrollo humano, asumiendo la corresponsabilidad en el ejercicio de derechos. El mundo se ha transformado, se ha transformado el país, por tanto se hace necesario informarse y actualizarse en los diversos temas, en particular los legales, políticos relacionados con la población con discapacidad con el fin de dar pasos acertados en las gestiones e intervenciones realizadas. El imaginario social puede ser una barrera o un facilitador, sin lugar a dudas se constituye en un determinante importante.

---

13. – Coordinadora Grupo de Gestión en Discapacidad Ministerio de Salud y Protección Social.

### Experiencias de inclusión social - FUMDIR - Casa Santa María Juan Pablo Rodríguez<sup>14</sup>

Partimos de la noción de la discapacidad como un término peyorativo, por eso decimos que es diversamente hábil. El enfoque de la casa es atender a niños, niñas y adolescentes diversamente hábiles, con discapacidad múltiple asociadas a discapacidad cognitiva. Dentro de las condiciones de ingreso se encuentra que deben ser de Suba y tienen ruta.

Hay niños que han sido permanentemente excluidos por la condición de discapacidad múltiple, por comportamiento o por no controlar esfínteres. La Fundación cuenta con hidroterapia, con el fin de motivar y favorecer a la población con un medio diferente. Se realizan adaptaciones curriculares, aterrizando las actividades a las capacidades motoras y cognitivas que permitan el óptimo desarrollo de las mismas.

El adolescente más funcional prefiere actividades instrumentales y caminar por la Fundación, la cual le brinda el contexto para que realice actividades de su agrado. Se propicia un ambiente de felicidad, amor y respeto por parte del equipo hacia los niños. Se trabaja de la mano de los padres como responsabilidad “tripartita”, la familia como mano derecha, lo cual constituye un eje para buscar el progreso de los niños. Cuando se es necesario, se realizan remisiones a especialistas

La principal razón del hacer es la felicidad de los niños, brindarles un trato amable y un ambiente agradable en el que se sientan cómodos. También se busca cambiar la perspectiva de la discapacidad de las familias, que se sientan aceptadas y respetadas. El impacto del programa llega a la vida de las familias, favoreciendo las actividades productivas de los padres. Los niños no están institucionalizados, hay un equipo conformado por trabajo social y psicología, quienes son los que más trabajan con familia, también cuentan con nutrición, enfermería, terapia ocupacional, fisioterapia y fonoaudiología.

Se presenta un caso de autismo atípico, de una niña con habilidades cognitivas, a nivel motor no se encuentra dificultad, conductas disruptivas (se quitaba la ropa, dañaba las cosas, les pegaba a los niños). Se inició empoderando a la familia por medio de la comprensión de la condición de discapacidad y la orientación de las acciones a seguir, también respecto al rol de autoridad. Enfermería les explicó sobre los medicamentos y el autocuidado y nutrición intervino en la dieta. Por su parte, terapia ocupacional se encargó de la atención de las actividades instrumentales de la vida diaria; fonoaudiología de la intención comunicativa, educación especial del reconocimiento de objetos y terapia física del gasto energético, ya que tenía diagnóstico asociado de hiperactividad. Finalmente, psicología se encargó de la regulación de emociones. Se realizó intervención uno a uno y luego grupal y se proyecta realizar AVD y logre seguir instrucciones. Ahora la madre puede ir con la niña a fiestas y movilizarse en transporte público.

### Experiencias de inclusión social - FUMDIR - Casa San José Johana Ayala<sup>15</sup>

Hay un reto especial ya que la población diversamente hábil ha sido relegada socialmente, también es un reto profesional ya que la carencia de atención integral limita muchas veces el trabajo con la persona. Las creencias hacen parte de nuestra identidad, tenemos destrezas, interés y cultura, el entorno familiar y social influye en nuestra participación. Estas variables las tenemos en cuenta para lograr los derechos, el fortalecimiento de las competencias y habilidades con el fin de lograr procesos adaptativos en personas mayores de 18 años; permanentemente se busca la independencia.

El proceso que se lleva a cabo en la Casa San José es el siguiente:

1. Evaluación integral
2. Plan de intervención por medio de priorización
3. Intervención con individuo y entorno
4. Seguimiento de intervenciones y se realizan ajustes si son necesarios
5. Resultados.

14. Fonoaudiólogo, Coordinador de servicios a PcD FUMDIR.

15. Terapeuta Ocupacional, Coordinadora de servicios a PcD FUMDIR.

Lo anterior se realiza en tres momentos: la primera es facilitar la comunicación, de esta manera se logra conocer las necesidades que presenta cada individuo; se debe revisar cómo es el contexto de la persona para realizar un plan de intervención, por último, la intervención es en conjunto con la familia y el individuo; un objetivo de la casa San José en que las personas diversamente hábiles se sientan y se vean como personas “normales”.

En primera instancia se debe tener en cuenta la necesidad principal del individuo, el pensamiento de la familia, cuáles son los intereses de la familia y de la persona, revisar qué apoyos necesita la persona para facilitar un proceso de intervención, tener en cuenta que el primer sesgo en un proceso de intervención es la familia misma, que se deben tener procesos de autonomía en el hogar, dado que la mayoría de personas diversamente hábiles se encuentran aisladas y esto disminuye la calidad de intervención.

Es importante trabajar sobre la comunicación aumentativa o adaptativa para saber cómo se sienten y qué piensan del proceso, también se debe escuchar a la familia con el fin de complementarlo.

Se presenta la historia de vida de Luis Alejandro, de 20 años con diagnóstico de autismo, trastorno mental y de comportamiento. Su familia es nuclear, hay baja corresponsabilidad, riesgo de vulnerabilidad, hacinamiento y bajo reconocimiento de necesidades de Luis. Se recuerda la búsqueda del buen vivir y la calidad de vida por medio de la transformación de imaginarios en los procesos de rehabilitación.

### Experiencias de inclusión social - FUMDIR Casa San Antonio - Reconociendo la capacidad física desde la rehabilitación integral Carolina Vargas<sup>16</sup>

Las personas que están en esta experiencia viven de forma permanente en la casa de la Fundación y están institucionalizadas para poder satisfacer sus necesidades con calidad y altos estándares éticos. Dado que la población es adulta se respeta el objetivo del este ciclo vital, se realiza rehabilitación física, a pesar de vivir en grupo se les atiende uno a uno, en forma interdisciplinaria, para que cada especialidad pueda aportar a la meta y se unifican criterios para poder integrar al individuo. Se plantea una estrategia multidimensional para conseguir un buen vivir y se favorecen la construcción de un plan de vida, que motive a cada persona.

La implementación de estrategias se hace en cinco ejes: afectivo para saber que quiere, necesita y siente; productivo laboral y ocupacional, por la sensación de utilidad con respecto al otro, rehabilitación, habilitación y destrezas deportivas porque se permite la posibilidad de alcanzar habilidades y potenciar las existentes en la persona diversamente hábil; promoción de hábitos saludables y prevención de la enfermedad por medio de aumento de prácticas adecuadas y trabajo social incrementando estrategias para familias, entes sociales y territoriales. Muchos de los adultos que hacen parte de la casa San Antonio no tienen red de apoyo familiar. Los recursos que se tienen son: gimnasio, hidroterapia, deportes adaptados, sistemas de apoyo y rehabilitación física.

Se presenta el caso de una mujer de 56 años con antecedente de ECV cerebeloso, con secuelas en el equilibrio, a quien le realizan rehabilitación integral a partir de sus necesidades personales y psicológicas. Como testimonio personal uno de los habitantes de la casa refiere que encontró una razón para vivir y que se encuentra en la capacidad de realizar muchos sueños de su vida y que con mucho esfuerzo en compañía de un equipo profesional está logrando, además hace énfasis en que se encuentra agradecido y contento porque puede dar el testimonio ya que él se encontraba en una silla de ruedas y ahora puede caminar con dos bastones canadienses y siente que tiene una razón para vivir. El siente como si no hubiera sufrido y goza de su vida actual, que se encuentra feliz de estar en esta fundación después de haber pasado por muchas en las que no se sentía tan aceptado.

### Experiencias de inclusión social - FUMDIR Casa Juan Pablo - Libertad para sonreír Adriana Forero<sup>17</sup>

Esta casa tiene personas institucionalizadas con discapacidad cognitiva severa y funcionalidad alta media y baja. Para ingresar se realiza una evaluación, un estudio DOFA, revisión de historia social, se establece un plan de manejo con enfoque interdisciplinario con terapias, enfermería, psicología, trabajo social y nutrición; una vez ingresa hay una etapa de adaptación y acogida, evaluación interdisciplinaria y permanencia.

16. Terapeuta Ocupacional, Coordinadora de servicios a PcD FUMDIR

17. Fsioterapeuta, Coordinadora de Servicios a PcD FUMDIR, Casa Juan Pablo II.

Se comparte el caso de un habitante de la casa a quien la madre le dejaba en un cuarto oscuro durante los episodios de convulsión, y de su grupo familiar fallece el padre quien era el más cercano y un hermano que también tenía discapacidad, a quien después de la institucionalización ha logrado que pueda sonreír, a pesar de la discapacidad cognitiva moderada y trastorno mental. En el proceso la familia cada dos meses lo visita, él acompaña actividades de la casa de recolección y también de jardinería, también aprendió a cortar cabello a sus compañeros.

Cuando es necesario se realiza control verbal, contención física, aislamiento y se utiliza tratamiento farmacológico para el control de las situaciones de agresión.

Se indaga por las estrategias para el manejo de la salud mental de los profesionales.

El estar en el lugar que te gusta te facilita tener una buena experiencia independientemente de la situación que se afronta

¿Cómo se pasa del paradigma de la enfermedad a la discapacidad como defensa de derechos y forma de vida?

La forma de manejo ha sido pasar de la vulneración de los derechos a sitios de protección ya que se convertían en prisioneros que en vez de carceleros tenían enfermeros.

La funcionalidad no debe ser normalizada, para borrar ese paradigma se presenta como un transitar y al adolecer de modelos de vida independiente, que se logran a través de casas de protección, pueden permitir decisiones de vida en el marco de la funcionalidad y la personalidad en entorno más agradables.

En síntesis, se realiza una actividad de reflexión e interiorización acerca de las personas con discapacidad, se explica el trabajo de cada casa con las personas institucionalizadas, los diagnósticos de las personas que hacen parte de la casa Juan Pablo en su mayoría son personas con discapacidad cognitiva severa, condiciones mentales, neurológicas, físicas y sensoriales.

#### Experiencias de inclusión social - FUMDIR Formación en la senda de la calidad, la pertinencia y la equidad Ramón Bustamante<sup>18</sup>

Se realiza una actividad tipo muestra artística en la que se considera que los participantes de la casa tienen la oportunidad de mostrar sus habilidades en un contexto musical, que les permite hacer conocimiento de sí mismos con respecto a los otros. El acto cultural se representa con la canción La Bicicleta compuesta por Shakira y Carlos Vives y un baile interpretado por parte de los integrantes de la casa San Felipe; se prosigue con una actividad para el público en donde se les pide que cierren los ojos y deben trazar una línea de manera horizontal, luego dibujar un cuadrado sobre la línea y encima de este realizar un triángulo, otro cuadrado en la parte superior izquierda y en la parte derecha un rectángulo. Esta actividad se realiza con el fin de reflexionar sobre una persona con discapacidad visual; se desarrolla un modelo que pretende generar acciones que permitan el aprendizaje para el hacer, el saber y en el ser, en donde se aprende acerca de las necesidades de cada persona. Según el tipo de aprendizaje se realizan acciones con el fin de potenciar que la persona con diversas habilidades logre llevar a cabo una actividad.

En las personas con discapacidad cognitiva se han trabajado con módulos didácticos y loterías lo cual los ayuda a tener un proceso de aprendizaje, se tiene un apoyo con el sistema de lengua de señas colombiana para apoyar a las personas sordas.

Se plantean unas problemáticas acerca de estructuras de un sistema de inclusión para las personas con diversas habilidades y se plantea el desarrollo de acciones con el fin de aportar para un mejor aprendizaje y apoyar el proceso académico del grupo. El saber hacer lleva a lograr realizar un producto, para esto a cada persona se le realiza un seguimiento desde terapia ocupacional y un seguimiento con el fin de identificar las capacidades que se tienen.

Es importante evaluar qué sucede cuando las cosas no salen como esperamos, lo que lleva a que se realice la presentación de un modelo que ha dado resultado, a partir de la formación basada en el ser y un modelo constructivista

---

18. Coordinador de servicios a PcD FUMDIR

cuyo desarrollo curricular tiene impacto en el ser, el hacer y el saber, determinado esto con una evaluación, para que el instructor pueda desarrollar el proyecto curricular. Se cuenta con un instructor calificado con las herramientas para llevar la información, haciendo una serie de convenios y uso de diferentes estrategias.

La persona se perfila ocupacionalmente y se realiza una evaluación de habilidades específicas; se apoya a quienes no logran dichas habilidades y una vez lo logra se realiza una estructura de plan de formación y finalmente se le certifica como hábil para una actividad ocupacional. con respecto a las ayudas técnicas y el material de apoyo se presentan varias estrategias como módulos didácticos que le permiten acceder a la información y se le permite desarrollar procesos; también se realiza apoyo en el lengua de señas colombiana. En el proceso se logra con éxito la integración, se alcanza conocimiento y el desempeño de las personas, obteniendo certificados y en el momento acceso a una plaza laboral, la vinculación se hace por medio del convenio Fumdir – Sena.

## REFLEXIONES FINALES

Liliana Neira<sup>19</sup>

Las diferentes experiencias presentadas por la Fundación Fumdir, las reflexiones realizadas a lo largo de las dos jornadas de encuentro entre interesados y actores de procesos de inclusión y discapacidad, generan múltiples hipótesis, propuestas, ideas, análisis y sobre todo compromisos, con las propias actitudes, acciones, miradas y con los otros, con quienes nos relacionamos, vivimos y compartimos.

Desde los aportes realizados se expone en esta cuartilla algunos de los análisis más relevantes. En primer lugar cito palabras de uno de los expositores “la toma de decisiones debe hacerse basados en los aportes, necesidades y gustos de las personas”. Cuando se piensa en la inclusión de personas con discapacidad surge en primer lugar una inquietante situación frente a las acciones, adaptaciones o comportamientos que debería asumir el ambiente, las personas y los escenarios mismos en lo que se desempeña la persona. Pensar en hacer ajustes siendo un mero observador no es suficiente. Se hace indispensable escuchar activamente, escuchar a quienes día a día se enfrentan con situaciones, escenarios, objetos, personas, actitudes aquellos que han hecho acomodaciones o quienes saben qué tipo de ajustes son los que se requieren. Las verdaderas propuestas sobre sus necesidades las tienen las personas que encarnan una situación en la que se pueden considerar con discapacidad. Esta situación se enmarca en lo que desde las concepciones epistemológicas se concibe como co-construcción y las construcciones desde la realidad de quien vive una discapacidad.

En segundo lugar, se genera la reflexión sobre nuestras acciones y actitudes discapacitantes. En el afán de querer acoger, facilitar o proteger a las personas con discapacidad se puede pasar al extremo de incapacitarla para ser autónoma, independiente, ser persona, ser sujeto. Se comienzan a desconocer las verdaderas capacidades y habilidades que cada uno posee. Esto puede suceder no solo cuando se presenta una condición de salud particular, sino cuando asumimos, un tanto orgullosamente, que el otro no es capaz de hacer las cosas por sí mismo, que no las puede hacer bien, o que no las puede hacer tan bien como las haríamos nosotros. Parte de la naturaleza humana tiende a la perfección, pero una perfección desde la mirada individual y sesgada por la cultura homogeneizadora del ser humano y la realidad.

El evento se enmarcó en el concepto del buen vivir, concepto que fue abordado desde diferentes perspectivas. En corolario rescato que la definición del buen vivir es poseer un proyecto de vida, una misión, es sentirse útil, apreciado, reconocido, valorado y sentir autoestima por las habilidades, capacidad y posibilidades de SER. Buen vivir es hacer lo que nos gusta, ser feliz. Desde esta mirada se propone el construir capacidades para el buen vivir. Esto lleva a entender que la construcción de capacidades debe partir de la identificación y sensibilidad de las necesidades del otro; partir de lo individual, hacia la construcción de lo interactivo que se constituye en la puesta en escena y lo contextual en relación con lo familiar, grupal, social y comunitario.

Sin embargo, queda la necesidad de trascender las acciones y propuestas ligadas a instituciones, escuelas y academias, hacia las acciones trans institucionales, intersectoriales. Elementos que aún son debilidades en nuestro contexto colombiano elementos que son nuevos retos en la transformación de la realidad a la que se enfrentan las personas con discapacidad, las familias, cuidadores, los profesionales y toda la comunidad.

---

19. Fonoaudióloga. Coordinadora del departamento de la Comunicación Humana de la Universidad Nacional de Colombia.



## INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

### REVISTA COLOMBIANA DE REHABILITACION

El Comité Editorial de la Revista Colombiana de Rehabilitación considera para publicación, los productos de nuevo conocimiento relacionados con tópicos de la Salud, la Inclusión Social y la Rehabilitación Integral Humana en sus dimensiones física, mental, afectiva, comunicativa, ocupacional, comunitaria, educativa y social. La rehabilitación es concebida por la revista como un proceso multidimensional que comprende la relación entre el individuo y el ambiente, e involucra acciones asociadas a la prevención, reducción del riesgo, la mejora o restauración, la compensación y el mantenimiento de la salud.

Podrán publicar en la RevColReh profesionales en Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Psicología, Medicina, Enfermería, Sociología, Antropología, Economía, especialistas en áreas afines a la rehabilitación y público en general de los diferentes sectores, interesado en los procesos de rehabilitación humana.

#### TIPO DE ARTÍCULOS ADMITIDOS

Los siguientes tipos de artículos podrán ser incluidos: a) artículo de investigación científica y tecnológica, b) artículo de revisión, c) artículo de reflexión, d) reporte de caso y e) otros tipos de artículos (artículos teóricos, artículos metodológicos, artículos cortos de resultados parciales de investigación, comentarios, réplicas, reseñas de libros y obituarios). Se describen a continuación aquellos que privilegia esta revista:

**Artículo de investigación científica y tecnológica:** reporte de investigación original terminada, cuyos resultados no han sido publicados en otras publicaciones periódicas. Contienen las siguientes secciones: título, resumen, introducción, método, resultados y discusión.

**Artículo de revisión:** reporte de investigación terminada en donde se integran, sistematizan y analizan otras investigaciones con el fin de dar cuenta de los avances y tendencias de desarrollo del conocimiento sobre un campo determinado. Presenta una revisión bibliográfica cuidadosa de al menos 50 referencias. Incluyen revisiones sistemáticas y meta-análisis. Contiene las siguientes secciones: título, resumen, introducción, cuerpo de la revisión con los títulos que defina el autor y conclusiones

**Artículo de reflexión:** desarrollo argumentativo desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico de interés de la revista. Incluye el apoyo documental de fuentes originales. Contiene las siguientes secciones: título, resumen, introducción, cuerpo de la reflexión con los títulos que defina el autor y conclusiones

**Reporte de caso:** reporte de resultados de investigación con el fin de dar a conocer las experiencias técnicas y metodológicas consideradas en un caso específico (individuo, grupo, comunidad o institución). Incluye una revisión sistemática comentada de la literatura sobre casos análogos. Contiene las siguientes secciones: título, resumen, introducción, presentación de caso y discusión

**Nota:** Cuando se trate de otro tipo de artículo debe contener las siguientes partes: introducción, desarrollo del tema con los títulos que ordenan la exposición y conclusiones.

#### ESTRUCTURA DE LOS ARTÍCULOS

En relación con los aspectos formales, la Revista Colombiana de Rehabilitación solicita que los manuscritos enviados se ciñan al estilo editorial propuesto por la última versión del Manual de Publicaciones de la American Psychological Association – APA, específicamente en lo relacionado con la forma de citación y referenciación y plantea los siguientes lineamientos generales para la estructuración de los documentos:

**Página inicial que incluya:** título del artículo (en español e inglés). Debe ser conciso e informativo, sin abreviaturas, no mayor a quince palabras), cornisa (título abreviado hasta 50 caracteres), nombres de el o los autores y vinculación institucional en el marco de la cual se realizó el trabajo que se reporta, profesión, el rango académico más elevado de cada uno de los autores y su correo electrónico de contacto. Se considera autor todo aquel que ha contribuido de manera significativa en el diseño y realización del estudio, así como en el análisis de los resultados, la elaboración del manuscrito y la revisión y aprobación del mismo

Incluya también en la página inicial: Agradecimientos y declaración sobre conflicto de intereses. Incluir información correspondiente a agradecimientos particulares, financiación, o en general declaración de conflictos o relaciones que pudieran sesgar el trabajo. Los autores manifiestan que son independientes con respecto a las instituciones financiadoras y de apoyo, y que durante la realización del trabajo o la redacción del manuscrito no han incidido intereses o valores distintos a los que tiene la investigación. De ser necesario pueden proporcionar detalles adicionales en una carta que acompaña al manuscrito en la que se especifiquen los apoyos recibidos (financieros, equipos, en personal de trabajo, en especie, etc.) de personas o de instituciones públicas o privadas para la realización del estudio, así como las relaciones personales o institucionales que pueden incidir en la conducción, los resultados, la interpretación de los mismos y la redacción del manuscrito.

**Nota:** Sólo se considerarán manuscritos en los cuales los autores no tienen ningún conflicto de interés. Cuando sea necesario, deben

**Segunda página que incluya:** título del artículo (en español e inglés), resumen y palabras clave, abstract y key words

**Resumen:** Se debe presentar un resumen de no más de 240 palabras, que de forma concreta describa: antecedentes, objetivo, método, resultados, discusión y conclusiones principales. Para artículos de revisión, reflexión o similares deben contener la información necesaria para comprender el alcance y significación del tema.

**Palabras clave:** Se incluirán de tres a cinco palabras clave y key words al final del resumen en español y del abstract en inglés respectivamente. Se sugiere el uso de tesauros para salud, como disponible en MeSH del Medline, (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/meshbrowser.cgi>) o descriptores en salud (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>); ciencias sociales como el tesoro de la UNESCO (<http://databases.unesco.org/thessp/help.html>) u otros tesauros de bases de datos especializadas a que apliquen al área de la temática central (economía, psicología, sociología, etc.).

**Siguientes páginas:** En página aparte se inicia el texto de contenido o cuerpo del documento, el cual debe contener máximo 20 páginas (cuartillas) en fuente Arial, tamaño 12, interlineado 1,5.

Según sea el tipo de artículo tenga en cuenta las secciones que debe contener, las cuales se describen a continuación.

**Introducción.** Debe ser breve, contener el planteamiento del problema, el propósito del trabajo y presentar de forma concisa los fundamentos lógicos y teóricos para la interpretación de los resultados.

**Método.** En este apartado debe introducirse lo correspondiente al tipo de estudio y diseño si fuera el caso, luego de lo cual se incluyen tres sub apartados: participantes, instrumentos y materiales, y procedimiento.

Se deben incluir en este apartado los aspectos éticos de los estudios de investigación. Para esto se incluirá una explicación sobre los procedimientos seguidos en el estudio para garantizar el cumplimiento de los

principios y normas éticas de la Declaración de Helsinki de 1975 y sus posteriores revisiones y de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. En el caso de artículos de estudios en los cuales se haya utilizado formatos de consentimiento informado de pacientes o individuos, es necesario adjuntar una copia de los mismos.

**Resultados.** Deben ser concisos y claros, e incluirán el mínimo necesario de tablas y figuras. Se presentarán en secuencia lógica en el texto, con los cuadros, estadísticos e ilustraciones estrictamente necesarias. En esta sección se debe describir, no interpretar, y enfatizar sólo las observaciones importantes.

Es necesario contemplar la normativa que sobre tablas y figuras presenta el Manual de Publicaciones de la APA. Cada tabla y cada figura deberá ser mencionada en el texto y el autor puede sugerir el lugar en donde considera pertinente insertar cada una. Tanto tablas como figuras deberán ser presentadas en el mismo archivo al final y en archivo aparte conservando la extensión original (.exe .doc .ppt .psd).

**Nota:** El editor se reserva el derecho de suprimir las tablas o figuras que considere innecesarias, sin alterar partes fundamentales del texto.

**Discusión.** En este apartado se interpretan los resultados presentados en los resultados, resaltando los aspectos nuevos e importantes del estudio y se finaliza presentando las conclusiones derivadas de éste. En esta sección se debe hacer énfasis en las aplicaciones prácticas de los resultados, las posibles limitaciones metodológicas, las razones por las que pueden ser válidos los hallazgos, la relación con trabajos previos, el análisis de similitudes y diferencias entre los resultados propios y los de otros autores, así como las indicaciones y directrices para futuras investigaciones.

**Conclusiones.** Las conclusiones se vincularán a los objetivos del estudio y se evitarán aquellas que no estén plenamente respaldadas por los datos

**Referencias:** Se enlistan cada una de las referencias en orden alfabético, incluyendo solamente aquellas fuentes citadas en el texto y de acuerdo con el estilo de la APA. Se puede ampliar esta información consultando el siguiente enlace: <http://www.apastyle.org/index.aspx> o el Manual de Publicaciones de la APA. Algunos ejemplos son:

American Psychological Association (2010). Manual de Publicaciones de la American Psychological Association (3a ed). México D.F, México: Manual Moderno

Clay, R. (2008) Ciencia Vs Ideología: una mirada retrospectiva. *Psicología y Salud*, 24, 225-229. doi: 10.1038/2012-6422.24.5.205

Chamberlin, J; Novathey, A. & Price, M. (2008) Mejorando en el trabajo: psicología de la salud ocupacional. *Monitor on Psychology*, 37(5), 26-29

Thaler, R.H; Sunstein, C.R. (2008). *Nudge: Improving decisions about health, wealth and happiness*. New Haven: Yale University Press.

## ENVIO Y ACEPTACIÓN DE ARTICULOS

Los artículos pueden remitirse por correo electrónico a la dirección: [revista@ecr.edu.co](mailto:revista@ecr.edu.co), enviando en formato Word el artículo sometido, con las figuras y tablas incorporados al final del texto y, adicionalmente, en archivos separados se envían de nuevo las figuras y tablas.

Los textos enviados deben ser inéditos; no se admiten aquellos que estén en proceso de publicación o hayan sido presentados simultáneamente a otra revista para su valoración, para lo cual los autores deben realizar el envío junto con la cesión de derechos.

El proceso editorial de la revista es de carácter doble ciego con revisión por pares. El comité editorial recibe el manuscrito y decide sobre su pertinencia temática (criterio básico) para ser considerada su publicación. Con esta decisión se somete el artículo a un mínimo de dos pares expertos en el tema para su respectiva evaluación y concepto,

bajo criterios éticos que los excluyen en caso de presentarse conflicto de interés. Dicha evaluación soporta la decisión sobre la publicación o no del material, la cual es de completa responsabilidad del editor. El editor tendrá presente en todo caso los aspectos legales vigentes en materia de difamación, derecho de autor y plagio.

En caso de recibir confirmación de aceptación del artículo por parte del Comité Editorial de la revista, los autores deberán enviar la certificación de declaración de autoría y cesión de derechos de acuerdo con el formato de la Revista Colombiana de Rehabilitación. El autor o autores deberán guardar copia de todo el material remitido a la publicación.

El retiro de un artículo se solicitará por medio de carta al editor y se hace efectivo luego de la respuesta escrita del editor.

## Lista de chequeo para la preparación de envíos

Como parte del proceso de envíos, los autores/as están obligados a comprobar que su envío cumpla todos los elementos que se muestran a continuación. Se devolverán a los autores/as aquellos envíos que no cumplan estas directrices.

1. El artículo es original, no ha sido publicado previamente, ni se ha presentado a otra revista (o se ha proporcionado una explicación en Comentarios al editor).
2. El archivo enviado está en formato Microsoft Word
3. El texto tiene interlineado 1,5; el tamaño de fuente arial es 12 puntos; la extensión máxima del artículo es de 20 páginas incluidas referencias, figuras y tablas
4. El texto cumple con los requisitos de citación y referenciación bajo el estilo editorial APA
5. El artículo sigue las normas éticas para la investigación y la publicación de artículos
6. Las palabras clave fueron obtenidas en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm> , <http://www.nlm.nih.gov/mesh/> , <http://databases.unesco.org/thessp/help.html>

## DECLARACIÓN EDITORIAL DEL BUENAS PRÁCTICAS

Teniendo en cuenta la exigencia de originalidad de los artículos, el editor realiza una evaluación inicial para confirmar que se trata de un manuscrito original no publicado con anterioridad y que no contiene plagio. Para esto usará distintos software disponibles de forma gratuita. En el caso de detectar plagio, la revista sigue las orientaciones de Cope para su comunicación con los autores. ([http://publicationethics.org/files/All\\_Flowcharts\\_Spanish\\_o.pdf](http://publicationethics.org/files/All_Flowcharts_Spanish_o.pdf))

Los autores que presentan un manuscrito son responsables de cuidar la debida citación de fuentes y de revelar todas las entidades financieras y las relaciones personales que pudieran sesgar su trabajo. Para evitar toda ambigüedad, los autores deben declarar explícitamente si tienen conflictos potenciales o si éstos no existen. Los evaluadores deberán señalar los conflictos que pueden derivarse por intereses concurrentes, como por el hecho de no tener suficiente conocimiento del tema de la investigación o bien por haber sido un colaborador cercano del autor evaluado. Los Editores y el Comité Editorial estarán atentos a los posibles conflictos de interés que puedan afectar la capacidad de los evaluadores o que los inhabilitan para evaluar un determinado manuscrito.

Los revisores darán aviso al editor sobre similitudes o solapes entre el manuscrito en revisión y otros trabajos publicados con anterioridad, así mismo declaran no presentar conflicto de intereses con su propio trabajo o procesos de competición, colaboración con otros autores con los que tuviera conexión, empresas o instituciones.

En todo caso la información del manuscrito o de los autores será tratada con confidencialidad al interior del equipo editorial y bajo ningún caso podrá usar dicha información por fuera del proceso de evaluación y aceptación para publicación sin el expreso consentimiento del autor.

# INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

## REVISTA COLOMBIANA DE REHABILITACIÓN

The editorial board of the *Revista Colombiana de Rehabilitación* (RevColReh) considers publishing articles and papers related with health, social inclusion and integral human rehabilitation in their physical, mental, affective, communicative, occupational, communitarian, educational and social dimensions. Rehabilitation is conceived by the magazine as a multidimensional process that comprehends the relationship between an individual and his environment, and involves actions associated with prevention, risk reduction, improvement or restoration, health compensation and healthcare.

Professionals in physiotherapy, occupational therapy, phono audiology, psychology, medicine, nursery, sociology, anthropology, economy and common areas to rehabilitation processes can publish in RevColReh. As well as people with general interest around processes of human rehabilitation.

### TYPES OF ADMITTED ARTICLES

The following articles could be considered: a) scientific and technologic research articles, b) review articles, c) think pieces, d) case reports and e) other kinds of articles (theoretical articles, methodological articles, short articles of partial research results, commentaries, replies, book reviews and obituaries). The privileged articles for the magazine are:

**Scientific and technologic research articles:** Reports of finished researches, with non-published results in other periodic publications. These articles have the following sections: title, abstract, introduction, method, results and discussion.

**Review articles:** Reports of finished researches that integrate, systematize and analyze other inquiries to inform about the progresses and tendencies in a certain discipline or field of study. These articles present bibliographic revisions with at least 50 references. They include systematic revisions and Meta analyses. They contain the following sections: title, abstract, introduction, body of the revision with the titles defined by the author and conclusions.

**Think pieces:** Argumentative texts with an analytic, interpretative or critical perspective about a specific subject of interest of the magazine. They include documental support and have the following sections: title, abstract, introduction, reflection body with the titles that the author defines and conclusions.

**Case reports:** Reports of research results with the purpose of communicating the technical and methodological experiences considered in a specific case (individual, group, community or institutional). They include a commented systematic literature review of analog cases. Thus, they contain the following sections: title, abstract, introduction, present of the case and discussion.

**Note:** Other kinds of articles must contain the following parts: introduction, development of the subject with the needed titles for the presentation and conclusions.

### ARTICLE STRUCTURE

In relation to the manuscript's formal aspects, the magazine requests that they are written in the style proposed in the last version of the *Publication Manual of the American Psychological Association- APA*. More specifically, the manuscripts must be written in accordance to the manual's citation and reference. Therefore, the general guidelines for the document's structure are:

**First page:** It should include: title of the article (in Spanish and English). It must be short and informative, without abbreviations, no longer than

fifteen words), short title (a short version of the title with up to 50 words), name/s of the author/s, the institutions they belong to (or belonged to in the time the research was made), their profession, their highest degree and their e-mails. Every person who contributed in a significant way to the design, development, result analyzing, drafting, reviewing and approval of the inquiry is considered an author.

The first page must also include: Appreciations and declaration of interests. Information about personal appreciations, financing and a declaration of interests and relations that could skew the research must be included. The authors must declare their independence from the financing and supporting institutions. They must also state that during the research's development there were not interests or values different than the ones that motivated the inquiry. If it is needed, they can give additional details in a letter apart from the manuscript where they can show all the support (financial, equipment, personnel, in-kind) they got from people or institutions to develop the research. This letter may contain further information about the personal or institutional relationships that could affect the direction, results, interpretation of the results and the drafting of the manuscript.

**Note:** Only manuscripts where the authors have no conflicts of interests will be considered.

**Second page:** It should include: title of the article (in Spanish and English), resúmen, palabras clave, abstract and keywords.

**Abstract:** A summary of no more than 240 words must be included, it should describe: the background, objective, method, results, discussion and conclusion of the research. Review articles, think pieces or articles alike should contain the needed information to understand the range and meaning of their subject.

**Keywords:** Three to five key words must be included at the end of the summary in Spanish and the abstract in English respectively. The use of a thesaurus is recommended. For health, the MeSH thesaurus on Medline is suggested (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>) as well as the one from 'descriptores en salud' (<http://decs.bvs.br/E/homepage.htm>; for social sciences, the UNESCO thesaurus is suggested (<http://databases.unesco.org/thessp/help.html>). Other thesauri that contain vocabulary related to the main subject of the article are accepted (economy, psychology, sociology, etc...).

**Next pages:** The body of the document must start on another page, which must contain maximum 20 pages (sheets) in Arial 12 font, spacing 1,5.

Depending on the type of article it must contain the following sections:  
**Introduction:** It must be brief. It must present the problem statement, the research's purpose and the logical and theoretical fundaments for the result analysis and interpretation.

**Method:** Depending on the type of article, this part introduces the research type and its design. Four sub-parts must be included: the participants, the instruments and materials and the procedure.

The research's ethical aspects must also be included in this part. Considering this, an explanation about the procedures followed in the inquiry must be included to guarantee the fulfillment of the ethical principles from the 1975 Declaration of Helsinki and its revisions, and the 1993 Colombian Ministry of Health 8430 resolution. Articles about inquiries that have used informed consent formats for patients or individuals, must attach a copy of them.

**Results:** They must be clear and concise, and must include the bare tables and figures needed. They must be presented in a logical sequence in

the text, with the essential graphics, statistics and illustrations. This section must be a description, not an interpretation, and it must focus just on the important observations.

It is necessary to contemplate the guidelines on tables and figures given by Publication Manual of the APA. Each table and figure must be mentioned in the text and it is the author's choice where to insert each one of them. Tables and figures have to be delivered in the same final document and in a different document keeping the original extension (.exe .doc .ppt .psd).

Note: The editor has the right to suppress the tables and figures he may consider unnecessary, without changing fundamental parts of the text.

Discussion: The interpretation of the results presented previously is made in this section, highlighting the research's new and important aspects. This section ends with the conclusions derived from the scientific inquiry are presented. The discussion section must emphasize the practical applications of the results, the methodological limitations of the inquiry, the finding's reasons of value, their relationship with previous studies, and the analysis of the similarities and differences between the owned results and other results owned by other authors, as well as the cues and guidelines for future researches.

Conclusions: The conclusions will link the research's objectives and they must be well supported by the data and evidence.

References: They must list all the references in alphabetical order, including only the ones that were quoted on the text, in accordance to the APA style. Further information about the APA format can be found in the link: <http://www.apastyle.org/index.aspx> or the Publication Manual of the APA. Some examples are:

American Psychological Association (2010). Manual de Publicaciones de la American Psychological Association (3a ed). México D.F, México: Manual Moderno

Clay, R. (2008) Ciencia Vs Ideología: una mirada retrospectiva. *Psicología y Salud*, 24, 225-229. doi: 10.1038/2012-6422.24.5.205

Chamberlín, J; Novathey, A. & Price, M. (2008) Mejorando en el trabajo: psicología de la salud ocupacional. *Monitor on Psychology*, 37(5), 26-29

Thaler, R.H; Sunstein, C.R. (2008). *Nudge: Improving decisions about health, wealth and happiness*. New Haven: Yale University Press.

#### ARTICLE SUBMISSION AND ACCEPTANCE

The articles can be sent via e-mail to the address: [revista@ecr.edu.co](mailto:revista@ecr.edu.co). They must be submitted in Word format with the figures and tables at the end of the text, and additionally, copies of all figures and tables in separated files.

The sent texts must be unpublished, those in process of publication and/or have been sent to other magazines for their considering will not accepted. In view of this, authors must also send the transfer of rights of the articles sent.

The editorial process of the magazine is double blinded with peer review. The editorial board receives the manuscript, and decides if its subject is pertinent (basic criteria) to be considered for publication. With this decision made, the article is submitted to a minimal of two expert peers in the subject for their evaluation and concept. The peers make the evaluation under ethical criteria that excludes them in case there is a conflict of interest. The evaluation upholds the decision of publishing or not publishing of the article, which is a complete responsibility of the editor. Then, the editor will take in account the legal aspects in the matters of copyright, libel and plagiarism.

In case of receiving a notification of acceptance from the editorial board of the magazine, the authors must send a declaration of authorship and the transfer of rights in the Revista Colombiana de Rehabilitación's format. The author/s must keep a copy of all the material sent for the publication.

The withdrawal of an article from the publication will need to be requested through a letter to the editor, and it becomes effective only after the editor has replied.

Checklist to prepare article submissions:

As part of the process of sending the articles, the author/s must check that their submissions fulfill all the elements that are shown below. The articles that don't fulfill these guidelines will be returned.

1. The article is original, it has not been published or presented to another magazine before (or has given an explanation in comments to the editor).
2. The submitted file is in Microsoft Word format.
3. The text's spacing is 1,5. The font is Arial, size 12. The maximum extension of the article is 20 pages including references, figures and tables.
4. The text fulfills the APA style citation and reference.
5. The article follows the ethical rules for research and article publications.
6. The keywords were obtained from: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>, <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>, <http://databases.unesco.org/thessp/help.html>

#### EDITORIAL STATEMENT OF GOOD PRACTICE

Considering the demand of the articles originality, the editor makes an initial evaluation to confirm that it's an original, non-published manuscript that has no plagiarism. For this, different free software is used. In the case of detecting plagiarism, the magazine follows the Cope orientation to communicate the authors. ([http://publicationethics.org/files/All\\_Flowcharts\\_Spanish\\_o.pdf](http://publicationethics.org/files/All_Flowcharts_Spanish_o.pdf))

The authors that send a manuscript are responsible of checking the proper quotation of their texts, and revealing all the financial entities and personal relations that could possibly skew the inquiry. To evade ambiguity, they must declare explicitly if they have potential conflicts or if they don't. The evaluators must point out the conflicts that could arise from concomitant interests, like the fact of not having enough mastery over the research subject or for having volunteered in a research made by the evaluated author. The editors and the editorial board will be watchful to the possible conflicts of interest that could affect the evaluator's capacity (or that could disable them) to evaluate a manuscript.

The reviewers will tell the editor about similarities or overlaps between the manuscript and other articles already published. They will as well declare to not have any conflict of interest with their own work or with competition processes, collaboration with other authors, enterprises or institutions with whom he/she may have connection.

In any case, the information contained in the manuscript, and any information about the author's will be treated with confidentiality among the editorial team, and under no case it will be used outside the evaluation and acceptance process for publication without the express consent of the author.