

Asociación entre roles ocupacionales, independencia, tecnología de apoyo y poder adquisitivo en sujetos con deficiencia física¹

Daniel Marinho Cezar da Cruz²
Maria Luisa Guillaumon Emmel³

Objetivo: el propósito fue verificar si existe asociación entre los roles ocupacionales, la independencia en Actividades de la Vida Diaria, el poder adquisitivo y la tecnología de apoyo en sujetos con deficiencias físicas. Método: participaron 91 sujetos con deficiencia física. Los instrumentos utilizados fueron: Lista de Identificación de Roles Ocupacionales, Criterio de Clasificación Económica Brasil, Índice de Barthel y un Formulario de caracterización de los sujetos. Resultados: fue identificada asociación entre un mayor número de roles en los sujetos y mayor independencia y menor número de tecnologías utilizadas. Las clases de mayor poder adquisitivo mostraron asociación con menor status funcional de dependencia. Conclusión: aunque la tecnología no estuviera asociada directamente con la independencia, esta última mostró asociación con mayor número de roles ocupacionales, lo que demanda el análisis de cuestiones de independencia cuando se considera la participación en roles ocupacionales. Esos datos apoyan acciones interdisciplinarias que incentiven la participación en roles por personas con deficiencia física.

Descriptores: Terapia Ocupacional; Dispositivos de Autoayuda; Actividades Cotidianas; Políticas Públicas; Personas con Discapacidad; Rol.

¹ Artículo parte de Tesis de Doctorado "Papéis ocupacionais e pessoas com deficiências físicas: independência, tecnologia assistiva e poder aquisitivo" presentada en la Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

² PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

³ PhD, Profesor Asociado, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

Correspondencia:

Daniel Marinho Cezar da Cruz
Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Terapia Ocupacional
Rodovia Washington Luiz, Km 235
Bairro: Monjolinho
CEP: 13565-905, São Carlos, SP, Brasil
E-mail: cruzdmc@gmail.com

Introducción

En el censo poblacional de 2000, acerca del 14,5% de los brasileños fueron considerados como sufriendo de al menos una deficiencia⁽¹⁾. Ese análisis también indicó la relación entre deficiencia, pobreza y desigualdad social, destacando que el 46% de las personas con deficiencia, que muestran mayor grado de incapacidad, y el 29% de las personas con deficiencia, con grados leves y moderados de incapacidad, viven situación de pobreza⁽¹⁾.

Solamente el Estado de São Paulo abarca 4,2 millones de personas con deficiencia, del total de 25 millones existentes en el país⁽²⁾. En la ciudad de São Carlos-SP, se estima la existencia de 22,400 personas con algún tipo de deficiencia⁽³⁾. Los indicadores sociodemográficos y de salud en Brasil para el 2009 identificaron que las tasas de prevalencia de incapacidad funcional en Brasil entre los ancianos más pobres (con hasta un salario mínimo *per capita*) son mayores que aquellas entre los ancianos con renta mayor (con hasta cinco salarios mínimos *per capita*). Así, los datos permiten concluir que la renta está inversamente asociada a la incapacidad funcional, o sea, cuanto mayor la renta, menor la incapacidad funcional⁽⁴⁾.

Es preocupante que la asociación entre la pobreza y dificultades funcionales para la realización de Actividades de la Vida Diaria de la población tiende a ser creciente debido al aumento de la población anciana en el país. Según el Censo del 2010, se puede observar el crecimiento de la participación relativa de la población con 65 años o más, que era del 4,8% en 1991, pasando al 5,9% en 2000 y alcanzando el 7,4% en 2010⁽⁵⁾. La deficiencia es discutida como causa y también efecto de la pobreza⁽⁶⁾. Mundialmente, acerca del 82% de las personas con deficiencia viven debajo de la línea de pobreza, predominantemente los niños y jóvenes, siendo la mala nutrición agravada por problemas como educación, poco acceso a informaciones y a oportunidades de trabajo, roles ocupacionales importantes⁽⁶⁾.

En el 2011, el Informe Mundial sobre Deficiencia reciente, intitulado: "World Report on Disability", publicado por la Organización Mundial de la Salud en colaboración con el Banco Mundial, reveló que acerca del 15% de la población mundial, o sea, más que un billón de personas, sufre de algún tipo de deficiencia y que el 20% de estas enfrentan grandes dificultades en su vida cotidiana, siendo las necesidades especiales de las personas una preocupación mundial ante la tendencia de crecimiento para las próximas décadas⁽⁷⁾. En Brasil, en noviembre del 2011, el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) publicó los resultados preliminares del Censo Demográfico del 2010 relacionados a la deficiencia.

Considerándose la población total identificada en el 2010, con 190.755.799 (100,0%), se verificó que 45.623.910 (23,9%) sufren de al menos una de las deficiencias investigadas y 145.084.578 (76,1%) de ninguna de esas deficiencias⁽³⁾.

En el 25 de agosto del 2009, el entonces Presidente de la República de Brasil, Luís Inácio Lula da Silva, a partir del Decreto 6949, en el Art.3º aprobó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Deficiencia y su Protocolo Facultativo, firmados en Nova York el 30 de marzo del 2007, garantizando la ejecución y el cumplimiento integral de su contenido⁽⁸⁾. Queda evidente en esa convención el reconocimiento mundial, y también por Brasil, de la importancia de inversiones en tecnología de apoyo como parte del proceso de garantía a los derechos de esas personas. En el decreto, la tecnología es destacada de manera a garantizar el compromiso con la participación efectiva de las personas con deficiencias en la sociedad⁽⁸⁾. Esa participación puede ocurrir a partir de roles ocupacionales, que son considerados como un conjunto de comportamientos esperados por la sociedad, modelados por la cultura y que pueden orientar la elección de ocupaciones⁽⁹⁾.

El Gobierno Federal definió el término tecnología de apoyo como sinónimo de ayudas técnicas, conceptuándolo como área de conocimiento, con característica interdisciplinaria y que abarca productos, recursos, metodologías, estrategias, prácticas y servicios para promover la funcionalidad en las actividades y participación de personas con deficiencia, incapacidades o movilidad reducida, mirando a la autonomía, independencia, calidad de vida e inclusión social⁽¹⁰⁾. Mundialmente, se ha considerado que la tecnología de apoyo, cuando apropiada al usuario y al ambiente utilizado por él, ha sido revelada como instrumento poderoso para aumentar la independencia y estimular la participación social⁽⁷⁾.

Los resultados de una investigación pionera en el país sobre los roles ocupacionales de cuidadores de víctimas de Lesión Cerebral Traumática identificó consecuencias adversas relativas a los roles sociales de los cuidadores familiares, con repercusiones en la alteración o incluso interrupción de roles desempeñados por los cuidadores⁽¹¹⁾. En el sentido pragmático, la evaluación de los roles ocupacionales también ha sido indicada en una investigación reciente como estrategia para planificar intervenciones y apoyar la construcción de espacios más sanos, creando posibilidades para rescatar roles perdidos⁽¹²⁾.

A partir de esas consideraciones, la presente investigación ofrece contribución relevante al estudio de roles ocupacionales ya existentes, investigando si existe

asociación entre estos y la independencia en Actividades de la Vida Diaria con el poder adquisitivo y con la tecnología de apoyo en sujetos con deficiencias físicas. Se adoptó la hipótesis que estas variables estaban asociadas. A pesar de la falta de investigación respecto a esa hipótesis en la literatura, se cree que su consideración es importante para la población brasileña, porque asocia no sólo la cuestión de la deficiencia e independencia, pero también factores personales (condiciones socioeconómicas) y productos y tecnologías.

La pobreza que resulta de la privación de los roles ocupacionales, entre ellos los relacionados a la educación y al trabajo, puede resultar en menor capacidad para adquirir bienes y servicios, por ejemplo acceso a los servicios de salud, ocio y la adquisición de tecnologías diversas.

La presente investigación presenta la discusión de la deficiencia física, de las políticas públicas y de roles ocupacionales, fundamentales para el debate sobre la inclusión en su sentido más amplio, contribuyendo a la discusión de las cuestiones de salud en el país. La perspectiva sobre el rol ocupacional como representación social de los individuos es también una forma de reconocer la importancia de la participación de la persona con deficiencia en sus ocupaciones escolares, de trabajo, ocio, entre otras, elementos que van más allá de la rehabilitación, visando a la independencia.

Método

Se trata de una investigación transversal, de asociación y aproximación cuantitativa. El muestreo elegido fue el de conveniencia, que se refiere a la utilización de un grupo con características específicas para selección⁽¹³⁾. Los criterios de inclusión en la muestra fueron: sujetos con deficiencia física viviendo en la ciudad de São Carlos; registrados en Unidades de Salud de la Familia (USFs); con rango de edad superior a 18 años y que pudieran responder verbalmente a los instrumentos de recolecta. Los criterios de exclusión fueron capacidad cognitiva insuficiente para responder a los instrumentos de recolecta elegidos y/o afasias de comprensión y/o expresión o otros disturbios de habla, ya que los instrumentos, en la forma como fueron aplicados, exigían respuestas verbales. Mediante tales criterios, participaron de la investigación noventa y un (n=91) sujetos con deficiencias físicas.

Los instrumentos utilizados para recolectar los datos fueron:

1) Lista de Identificación de Roles Ocupacionales (*Role Checklist*): Se trata de un instrumento de origen norteamericana, semi-estructurado y con guión estandarizado⁽¹⁴⁾.

El instrumento fue validado en Brasil en el 2005⁽¹⁵⁾. Ese tipo de instrumento da voz al cliente, caracterizando aspectos de la vida y deseos⁽¹⁶⁾. La Parte I del instrumento evalúa, a través de un período continuo, los principales roles ocupacionales en el pasado, presente y futuro⁽¹⁴⁾. En el instrumento son mostrados diez roles ocupacionales posibles: estudiante, trabajador, voluntario, cuidador, servicio doméstico, amigo, miembro de familia, religioso, pasatiempo/amador y participante en organizaciones. En la Parte II, se identifica el grado de importancia que el individuo atribuye a cada rol relatado en la Parte I⁽¹⁴⁾.

2) Criterio de Clasificación Económica Brasil (CCEB): fue considerada la variable renta familiar *per capita*, como indicador de condición socioeconómica. Esta se justifica en la medida de que la ausencia o insuficiencia de apoyos (como educación, oferta adecuada de atención de salud, morada y transporte) tiene rol primordial para la adquisición de bienes y servicios necesarios a la reproducción social⁽¹⁷⁾. El CCEB abarca el análisis de regresión de la renta familiar en función de la posesión de bienes y escolaridad⁽¹⁸⁾. Los niveles de renta promedio familiar están distribuidos como sigue, según las clases: A1 - R\$ 11.480,00; A2 - R\$ 8.295,00; B1 - R\$ 4.754,00; B2 - R\$ 2.656,00; C1 - R\$ 1.459,00; C2 - R\$ 962,00; D - R\$ 680,00 y E - R\$ 415,00. Los *scores* para cada clase son: A1 - 42 a 46 puntos, A2 - 35 a 41 puntos, B1 - 29 a 34 puntos, B2 - 23 a 28 puntos, C1 - 18 a 22 puntos, C2 - 14 a 17 puntos, D - 8 a 13 puntos y E - 0 a 7 puntos.

3) Formulario: con objeto de caracterizar los sujetos respecto a las cuestiones sociodemográficas, rehabilitación y cantidad de tecnología de apoyo, la opción de elaborar un instrumento para describir esos aspectos fue la más adecuada. El formulario es un instrumento muy utilizado en investigación para recolectar informaciones⁽¹⁹⁾.

4) Índice de Barthel- IB: El IB es un instrumento ampliamente usado en el mundo para evaluar la independencia funcional y movilidad⁽²⁰⁾. Ese instrumento determina el grado de independencia para 10 categorías: Higiene Personal, Baño, Alimentación, Tocador, Subir Escaleras, Vestuario, Controle del Esfínter (Vejiga), Controle del Esfínter (Intestino), Traslado o Silla de Ruedas y Transferencia Silla/Cama. La validación en Brasil del IB fue efectuada en una población de ancianos⁽²⁰⁾. Los *scores* totales permiten la siguiente clasificación: el individuo que alcanza 100 puntos es totalmente independiente; de 99 a 76 puntos, dependencia leve; de 75 a 51 puntos, dependencia moderada; de 50 a 26 puntos, dependencia severa; y puntuación de 25 o menos puntos se clasifica como dependencia total⁽²¹⁾.

Los datos fueron recolectados en el domicilio de los sujetos mediante los instrumentos impresos. Respecto

a la Lista de Identificación de Roles Ocupacionales, como se trata de un instrumento de auto-relato y antes las posibles dificultades de alfabetización y/o comprensión de la población-blanco, fue adoptado como procedimiento el mismo criterio de investigación desarrollado anteriormente⁽²²⁾, que consistió en la lectura de las preguntas para los participantes, facilitando la comprensión del contenido del instrumento.

El Formulario constó de una lista con 16 ítem de tecnología de apoyo. Cada ítem correspondió a un punto, siendo el mínimo de 0 si el sujeto no poseyera ningún recurso y el máximo de 16 puntos, si el sujeto poseyera todos los productos listados.

Para el instrumento CCEB, los sujetos fueron clasificados según los niveles de renta promedio, en las clasificaciones A1, A2, B1, B2, C1, C2, D y E, conforme los criterios definidos para el 2009 y mantenidos en el 2011⁽¹⁸⁾.

Para el análisis de los datos fornecidos por la Lista de Identificación de Roles Ocupacionales, fueron adoptados los procedimientos en que el número de roles fue puntuado entre 0 y 10 puntos (referente a la Parte I), de la incumbencia percibida⁽²³⁾.

Para los datos del IB, fueron utilizadas como criterios las puntuaciones de la escala, que varían de 0-100 (con intervalos de 5 puntos). Para considerar solamente variables categóricas, fue utilizada la clasificación presentada por cada categoría del IB y la clasificación obtenida por el CCEB.

Los salarios mínimos- recolectados a partir del Formulario- fueron categorizados según la cantidad (ej.: 1, 2, 3, 4 o más salarios mínimos); el número de roles ocupacionales fue categorizado solamente para los roles que los sujetos poseen en el presente (ej.: de 0 a 2, de 3 a 4, 5 o más); el número de tecnologías fue registrado según la cantidad que los sujetos presentan (ej.: 0, 1, 2, 3 o más); para categorizar la edad, la muestra fue dividida en tres grupos (hasta 50, entre 51 y 70 y arriba de 70 años); y el tiempo con la lesión fue categorizado según la frecuencia en tres grupos (ej.: hasta 4 años, entre 4 y 10, y más que 10 años).

En muchos estudios con intuito de evaluar la asociación entre variables categóricas, el Análisis de Correspondencias Múltiples es una alternativa bastante utilizada. Eso se justifica porque tal análisis permite observar conjuntamente toda la información en una tabla de contingencia, representando gráficamente la estructura de correlaciones, resultados esos que no serian posibles cuando del análisis dos a dos de las variables. La observación gráfica para este tipo de análisis debe ser efectuada de la siguiente forma: cada punto se refiere

a una categoría de determinada cuestión, categoría próximas en el gráfico son más correlacionadas que las categorías más distantes. En la práctica, si dos categorías, de preguntas diferentes, están próximas, la mayoría de los individuos que eligió una de ellas también eligió la otra. Cabe clarificar que la existencia de categorías con baja frecuencia es perjudicial al análisis. Así, muchas veces se decide unir categorías para una observación más consistente del comportamiento de los datos. Los análisis fueron efectuados con los *softwares Statistical Analysis System (SAS), Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* y el programa *Microsoft Excel*.

La investigación fue sometida y aprobada según la Opinión nº 392/2011, CAAE 0079.0.135.000-11, del Comité de Ética e Investigación con Seres Humanos de la Universidad Federal de São Carlos-UFSCar. Todos los sujetos firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLE).

Resultados

Los noventa y uno sujetos (n=91) estaban distribuidos entre 46 sujetos del sexo masculino y 45 del sexo femenino. La edad promedio fue 62,2 años, con mediana de 65 y desvío estándar de 18,4. El tiempo de deficiencia fue de 10,3 años, con desvío estándar de 13,32. Los diagnósticos de los sujetos abarcaron: Accidente Vascular Cerebral, Lesión Periférica de Miembro Superior, Parálisis Infantil, Enfermedades Neuromusculares, Lesión Cerebral, Parálisis Cerebral, Lesión Medular, Amputación de Miembro Superior, Enfermedad de Parkinson, Lesión de Plexo Braquial, Mielomeningocele, Corea de Huntington, Síndrome de Stikler y Enfermedad degenerativa no especificada.

Del total de 100% (n=199) de recursos de apoyo identificados en la muestra estudiada, los más reportados fueron los auxilios para movilidad, con 46% (n=92) y los auxilios para la Vida Diaria y Vida Práctica, con 29% (n=58), seguidos de Ortesis y Prótesis con 10% (n=20), Accesibilidad ambiental con 9% (n=18) y Adecuación postural 6% (n=11). Respecto a la independencia, la mayor proporción de los sujetos presentan la clasificación de dependencia leve en el IB, según la Tabla 1.

Tabla 1 – Clasificación de independencia/dependencia en la muestra estudiada (n=91). São Carlos, SP, Brasil, 2011

Clasificación según el Índice de Barthel	Frecuencia	Porcentaje
Dependencia Leve	55	60,4
Dependencia Moderada	14	15,4
Dependencia Severa	10	11,0
Dependencia Total	5	5,5
Totalmente Independiente	7	7,7

Respecto al poder adquisitivo, mensurado a partir del CCEB, se observó que la mayor parte de la muestra se concentró en las categorías B2 y C1, conforme muestra la Tabla 2.

Tabla 2 – Distribución de la muestra (n=91) en clases económicas de poder adquisitivo. São Carlos, SP, Brasil, 2011

Poder Adquisitivo – Clases económicas	Frecuencia	Porcentaje
B2	33	36,3
C1	20	22,0
B1	13	14,3
C2	12	13,2
D	11	12,1
A2	2	2,2

Respecto al número de roles ocupacionales, se identificó una predominancia de 3 a 4 roles, de acuerdo con la Tabla 3.

Tabla 3 – Frecuencia de la cantidad de roles ocupacionales en el presente para la muestra (n=91). São Carlos, SP, Brasil, 2011

Número de Roles Ocupacionales para el momento presente	Frecuencia	Porcentaje
3 a 4	42	46,2
0 a 2	30	33,0
5 o más	19	20,9

Respecto a la cantidad de tecnología de apoyo, los individuos estaban bien distribuidos, con la mayor porcentaje para más que 3 ítem, con el 35,2% (n=32), seguido del 29,7% (n=27) con solamente 1 recurso, 22% (n=20) con dos recursos y 13% (n=12) con ningún recurso.

En la Figura 1 se muestra el resultado del Análisis de Correspondencia para la independencia, la cantidad de salarios mínimos, el número de roles ocupacionales, el poder adquisitivo, la edad y el tiempo con la lesión de la muestra:

En la Figura 1 se representa la tendencia encontrada, con la formación de tres grupos de asociación. Se observa que la muestra se distribuyó respecto a la dependencia de los sujetos. Tal tendencia siguió una orden de dependencia total (Grupo 1) para dependencia moderada (Grupo 2) hasta la independencia total (Grupo 3) cuando se observa la clasificación total del IB. Para la Lista de Identificación de Roles Ocupacionales (LIPO), se identificó que los sujetos más independientes (Grupo 3) fueron aquellos con mayor número de roles ocupacionales (5 o +) y solamente una tecnología, demostrando por lo tanto la asociación entre los sujetos con mayor número de roles y su mayor independencia para Actividades de la Vida Diaria.

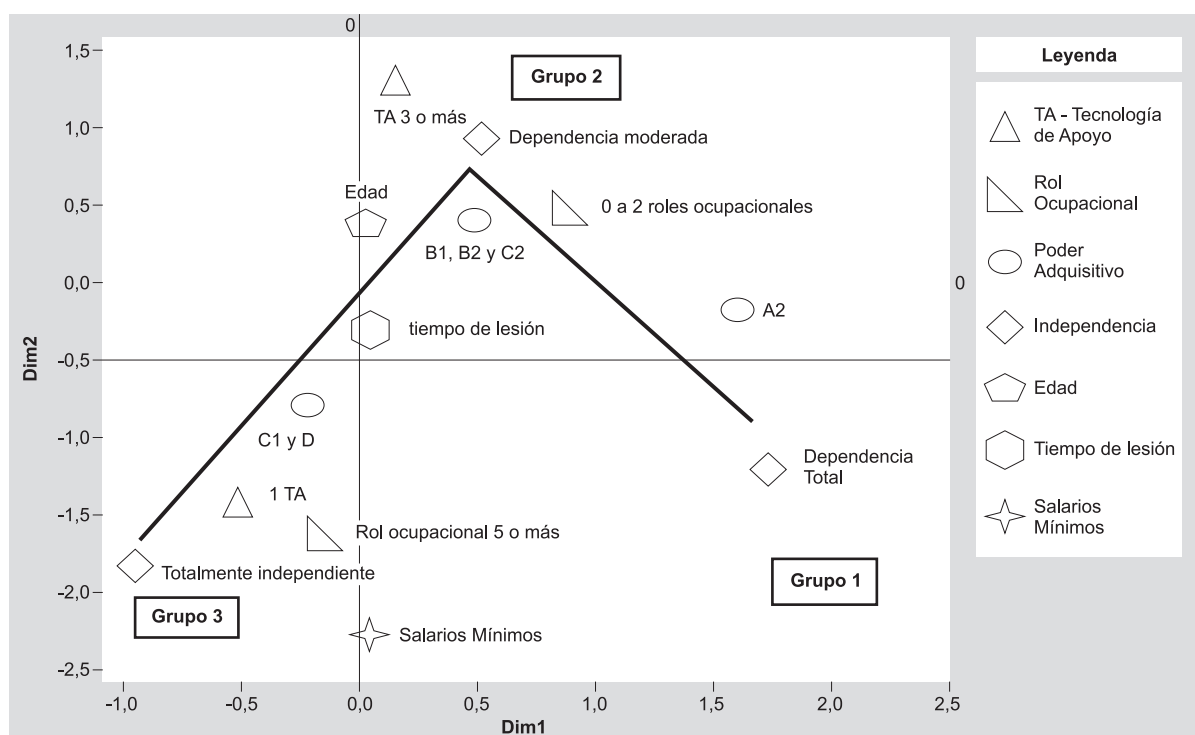


Figura 1 – Representación del Análisis de Correspondencia (n=91). São Carlos, SP, Brasil, 2011

Para la tecnología de apoyo, se identificó que, cuanto mayor la independencia, menor el número de tecnología utilizada. Los sujetos con dependencia moderada fueron aquellos con tres o más tecnología y cero a dos roles ocupacionales (Grupo 2). Los sujetos con dependencia total no se mostraron asociados a la tecnología y al desempeño de roles (Grupo 1). Analizando la clasificación del CCEB para mensurar el poder adquisitivo, se notó mayor asociación entre las clases D y C1 y menor dependencia (Grupo 3), entre las clases B1, B2 y C2 y dependencia moderada (Grupo 2) y entre la clase A2, aunque con frecuencia baja y poca explicación, y dependencia total (Grupo 1). Ni la edad de los sujetos, ni el tiempo de lesión y el número de salarios mínimos se mostraron asociados a alguna de las demás categorías, figurando en el centro del gráfico, conforme se puede observar.

Discusión

Respecto a la tecnología de apoyo, se identificó la predominancia de los apoyos de movilidad, especialmente los bastones. Eso se puede explicar parcialmente debido al hecho que la muestra abarcó principalmente el rango de edad de ancianos, reservándose los diagnósticos y las incapacidades resultantes en alteraciones en el aparato locomotor. Esos resultados son semejantes a aquellos encontrados en una investigación que identificó 76 equipos, usados por ancianos comunitarios. Entre estos, el 59,2% (n=45) era de recursos de apoyo a la movilidad, principalmente los bastones, con el 44,73% (n=34)⁽²⁴⁾.

En general, los sujetos en la presente investigación no sufren de dependencias severas. Sin embargo, eso no excluyó la posibilidad de uso de tecnologías, que en muchos casos podrían estar ayudando a promover mayor independencia o, en el caso de su ausencia, mayor dependencia. Consecuentemente, cuando se considera que las tecnologías pueden ayudar en el desempeño ocupacional, se consideró importante investigar la posible relación con esos recursos. Sin embargo, los resultados fueron opuestos a los esperados, o sea, para las tecnologías, cuanto mayor la independencia, menor el número de tecnologías utilizadas, ya que las clases con menor número de tecnología estuvieron asociadas a las clases independientes, y el mayor número de tecnologías con las clases con alguna dependencia.

Se partía del hipótesis que los sujetos con mayor número de tecnologías podrían ser más independientes debido al uso de esos recursos. Existen varias deducciones posibles para explicar esos resultados, entre las cuales se destacan algunas: a) el no uso de los equipos, b) es posible que los equipos no estén contribuyendo a las cuestiones

de independencia investigadas, c) la tecnología también puede ayudar en algunas, pero no en todas las actividades que estos sujetos desempeñan, d) culturalmente, la relación de dependencia entre los sujetos y sus familiares y las propias características del envejecimiento podrían influenciar la funcionalidad y la tecnología.

Con base en esos datos, una reflexión posible se refiere al rol relativo de la tecnología en la vida de la persona con deficiencia. La tecnología, cuando prescrita, acompañada y adecuada al contexto y necesidad de la persona, puede ser un recurso importante y que contribuye a la funcionalidad. Sin embargo, esta funcionalidad no substituye la tecnología, pero ayuda en el desempeño de determinadas funciones.

En ese sentido, respecto a la estrategia Salud de la Familia, se destaca la importancia de la articulación entre las Unidades Salud de la Familia y los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia, para que estos puedan monitorear y encaminar adecuadamente las personas con deficiencias a la atención especializada y, así, favorecer mejor organización y funcionamiento de los servicios de salud y de los equipos multiprofesionales, considerando la adquisición de tecnologías y como estas podrían ayudar en el desempeño de roles ocupacionales para esas personas.

Por otro lado, en la clasificación del CCEB para mensurar el poder adquisitivo, se notó una tendencia de mayor asociación entre las clases con menor poder adquisitivo y menor dependencia, y el opuesto para las clases económicas superiores. El *status* funcional resulta de diversas situaciones especiales, provocadas por disturbios de origen multifactorial y asociadas a las alteraciones de propio proceso de envejecimiento normal, o a patologías crónicas e incapacitantes, al desuso y condiciones socioeconómicas muchas veces desfavorables⁽²⁴⁾. Sin embargo, en esta investigación, la cuestión del *status* funcional, relacionada al poder adquisitivo, mostró relación no esperada y diferente de aquella reportada en la literatura, o sea, los sujetos con menor poder adquisitivo eran los más independientes.

Tales datos fueron diferentes de un estudio del IBGE, basado en los Indicadores sociodemográficos y de salud en Brasil para el 2009, donde se identificó que las tasas de prevalencia de incapacidad funcional en una muestra de ancianos pobres (con hasta 1 salario-mínimo *per capita*) eran mayor que entre aquellos con renta menores⁽⁴⁾.

Sin embargo, se debe relativizar ese dato, ya que la frecuencia de sujetos con poder adquisitivo en las clases superiores (Ej.: A2) fue baja. Es importante desarrollar investigaciones con muestras más amplias y que investiguen esos hallazgos para comparar esos resultados. No se descarta el hipótesis de que tales resultados hayan

sido diferentes porque el criterio socioeconómico de la presente investigación fue el poder adquisitivo y no la renta *per capita*. Las investigaciones cuantitativas acerca del status socioeconómico de personas con deficiencias, en países en vías de desarrollo, sugieren que esas personas queden en una situación de desventaja en términos de educación y trabajo. Sin embargo, los indicios no son conclusivos para el status de pobreza evaluado a partir del poder adquisitivo, renta o gastos de consumo⁽⁷⁾.

Se puede atribuir posibles explicaciones en la discusión de los resultados de la presente investigación. La experiencia clínica ha mostrado que, de hecho, los sujetos con mayor poder adquisitivo muestran independencia baja, incluso cuando su capacidad podría reflejar mayor independencia. Ese aspecto ha sido discutido muchas veces a partir de factores que involucran la pasividad y protección excesiva de esos sujetos, la comodidad de poseer un cuidador que efectúa las actividades en su lugar, y también acceso fácil a las tecnologías y a la creencia de que la rehabilitación correctiva/restauradora traerá la independencia de forma automática. Esos hallazgos también permiten discutir la cuestión de capacidad, o sea, lo que los sujetos realmente lograrían hacer porque son capaces, y la cuestión del desempeño; lo que hacen en su realidad dentro de contextos particulares.

Quizá, por motivos inversos a aquellos discutidos arriba, en la práctica clínica con sujetos de menor poder adquisitivo, se ha observado una búsqueda de esos para adaptarse a sus condiciones reales con independencia, ya que los recursos son escasos y esos sujetos, ante las necesidades ambientales, se adaptan a lo que está disponible en su realidad. No fueron encontradas investigaciones que enfocaran la asociación entre independencia y roles ocupacionales de sujetos con deficiencia física. Sin embargo, existen estudios que correlacionaron los roles con mayor satisfacción en la vida en una muestra de ancianos⁽²³⁾.

En una investigación pionera en Brasil sobre roles ocupacionales, fue destacada la falta de estudios con personas con deficiencia física⁽¹¹⁾, lo que hace pertinente la continuidad y la contribución de investigaciones en ese sentido para la población brasileña, cuyas desigualdades sociales son persistentes. Es importante considerar el rescate de roles o incluso el gaño de nuevos, identificando cuales las capacidades de desempeño, las habilidades o los facilitadores del ambiente que esos sujetos necesitarían para desempeñar los roles anhelados y de cual forma eso podría revertir en acciones de diferentes profesionales en la promoción de tales roles.

En suma, se puede discutir que la no asociación entre todas las variables consideradas para esa

investigación, a saber: independencia, poder adquisitivo, roles ocupacionales y tecnologías, de cierta manera refleja la no linealidad entre esas, dada la complejidad involucrada. En ese sentido, pensar en la participación en roles ocupacionales y en la tecnología mediando tal participación exige reflexiones sobre la interacción entre las influencias ambientales, el hombre y sus ocupaciones.

Conclusión

Se cree que esa investigación respondió a los objetivos visados, pero trae algunas limitaciones. En función del diseño de la investigación con una muestra de conveniencia, es pertinente destacar que los resultados encontrados no pueden ser generalizados para la población con deficiencia física de la ciudad de São Carlos, pero se restringen a la muestra estudiada.

Los resultados presentados acá demostraron la existencia de asociaciones entre algunas, pero no todas las variables consideradas para investigación. Se debe subrayar que, aunque la tecnología no estuviera asociada directamente con la independencia, esta última mostró asociación con un mayor número de roles ocupacionales, lo que demanda considerar las cuestiones de independencia, incluso la participación en roles ocupacionales y de cual forma esa independencia transita entre los roles en el cotidiano de esos sujetos. Sería pertinente desarrollar nuevas investigaciones, enfocando los efectos de intervenciones en la modificación de roles ocupacionales de personas con deficiencias físicas y, además, si es posible ampliar roles ocupacionales, aunque en sujetos con baja independencia en Actividades de la Vida Diaria. Ante la complejidad de la tipología de los diferentes roles ocupacionales, se debe elaborar estrategias multiprofesionales que contemplen la persona con deficiencia en sus necesidades, deseos y habilidades, con vistas a favorecer su real inclusión social.

Referencias


1. Neri M, Pinto A, Soares W, Costilla H. Retratos da Deficiência no Brasil. Rio de Janeiro: FGV/IBRE, CPS; 2003. 200 p.
2. Battistella LR. O prefeito cidadão. In: Fundação prefeito Faria Lima-Cepam; Secretaria dos direitos da pessoa com deficiência. Política municipal dos direitos da pessoa com deficiência. São Paulo; 2009. p. 5-5.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sinopse do Censo demográfico 2010. [acesso 15 jun 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil

2009. [acesso 12 jun 2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/default.shm
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico: Resultados preliminares da amostra 2010. [acesso 20 nov 2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminaresamostra/default_resultados_preliminares_amostra.shtm
6. Instituto de Tecnologia Social (ITS). Conhecimento: pontes para a vida 2007. [acesso 1 jan 2011]. Disponível em: <http://www.itsbrasil.org.br/publicacoes>
7. World Health Organization (WHO). World Report on Disability 2011. [acesso em 12 jun 2011]. Disponível em: www.who.int
8. Decreto 6949, de 25 de agosto de 2009 (BR). Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. [acesso 1 out 2009]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm
9. American Occupational Therapy Association - AOTA. Occupational therapy practice framework: domain and process (2nd). Am J Occup Ther. 2008;625-83.
10. Ata VII de constituição do Comitê de Ajudas Técnicas (CAT). [acesso 26 nov 2009]. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/corde/comiteat.asp>
11. Serna ECH, Sousa RMC. Mudanças nos papéis sociais: uma consequência do trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2006;14(2):183-9.
12. Quiles-Cestari LM, Ribeiro RPP. Os papéis ocupacionais de mulheres com anorexia nervosa. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [periódico na Internet]. mar-abr 2012 [acesso 1 nov 2012]; 20(2):[08 telas]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000200004>
13. Cozby PC. Métodos de pesquisa em ciências do comportamento. São Paulo: Atlas; 2003. 456 p.
14. Oakley F, Kielhofner G, Barris R, Reichler RK. The role checklist: development and empirical assessment of reliability. Occup Ther J Res. 1986;6(3):157-70.
15. Cordeiro JJR, Camelier A, Oakley F, Jardim MJR. Cross-cultural reproducibility of the Brazilian portuguese version of the role checklist for persons with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Occup Ther. 2007;61(1):33-40.
16. Kielhofner G, Forsyth K, Suman M, Kramer J, Thomas-Nakamura H.; Yamada T, et al. A. Self-reports: eliciting client's perspectives. In: Kielhofner G. Model of Human Occupation: theory and application. 4th.ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 237-261.
17. Parahyba MI, Stevens K, Henley W, Lang IA, Melzer D. Reductions in disability prevalence among the highest income groups of older Brazilians. Am J Public Health. 2009;99(1):81-6.
18. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). [acesso 18 mar 2011]. Disponível em: <http://www.abep.org/>
19. Barros AJP, Leheld NAS. Projeto de pesquisa: propostas metodológicas. 13.ed. Petrópolis: Vozes; 2002. 127 p.
20. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. Acta Paul Enferm. 2010;23(2):218-23.
21. Araújo F, Ribeiro JLP, Oliveira A, Pinto C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Rev Port Saúde Pública. 2007;25(2):59-66.
22. Hallet JD, Zasler PM, Maurer P, Cash S. Role change after traumatic brain injury in adults. Am J Occup Ther. 1994;48(3):241-6.
23. Elliot MS, Barris R. Occupational role performance and life satisfaction in elderly persons. Occup Ther J Res. 1987;7(4):215-24.
24. Mello MAF. A necessidade de equipamentos de auto-ajuda e adaptações ambientais de pessoas idosas dependentes vivendo na comunidade em São Paulo, Brasil [tese de doutorado]. São Paulo (SP). Programa de Reabilitação da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo; 1999. 91 p.

Recibido: 31.8.2012

Aceptado: 3.12.2012

Como citar este artículo:

Cruz DMC, Emmel MLG. Asociación entre roles ocupacionales, independencia, tecnología de apoyo y poder adquisitivo en sujetos con deficiencia física. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mar.-abr. 2013 [acceso: ];21(2):[08 pantallas]. Disponible en: _____

URL