

El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
Facultad de Ciencias Médicas
Secretaría de Graduados en Ciencias de la Salud



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
Facultad de Ciencias Médicas
Secretaría de Graduados en Ciencias de la Salud



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Universidad Nacional de Córdoba

Sra Rectora Dra. Silvia Carolina Scotto
Sr. Vicerrector Prof. Dr. Gerado D. Fidelio
Sr. Secretario General Mgter Jhon Boretto

Facultad de Ciencias Médicas

Sr. Decano Prof. Dr. José María Willington
Sr. Vice Decano Prof. Dr. Luis Santos Spitale
Sr. Secretario Técnico Prof. Dr. Juan Carlos Estario
Sr. Secretario de Graduados Prof. Dr. Pedro Saracho Cornet
Secretario Académico Prof. Dr. Raúl Breglia

Curso modular de capacitación y actualización del recurso humano En estrategias de atención primaria de la salud, resolución HCD 133/06

Directores del Curso

Prof. Dr. Juan Brunetto
Prof. Dr. Adolfo Gavelli

Coordinadoras

Dra Nora Cáceres
Dra Irma de Ceballos

Módulo de Discapacidad

Asesor Docente

Dr. Armando Vásquez Barrios

Coordinadora Docente

Dra. Nora Cáceres

**El abordaje de
la discapacidad
desde la atención
primaria de la salud**

El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria en salud edición a cargo de Armando Vazquez Barrios y Nora Cáceres. - 1a ed. Buenos Aires : Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2008.

176 p. ; 23x16 cm.

ISBN 978-950-710-111-3

1. Discapacidad. 2. Atención Primaria en Salud.
I. Vazquez Barrios, Armando, ed. II. Cáceres, Nora, ed.
CDD 362.4

Fecha de catalogación: 07/04/2008

© Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Secretaría de Graduados en Ciencias Médicas, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

ISBN: 978-950-710-111-3

Editores: Dr. Armando Vásquez Barrios, Dra. Nora Cáceres

Diseño: Andrés Venturino (OPS Argentina)

Este documento puede ser reproducido en forma parcial sin permiso especial pero mencionando la fuente de información.

Contenido

De qué hablamos cuando hablamos de discapacidad _____ **10**

Dr. Armando Vásquez Barrios
Asesor Regional de Rehabilitación OPS/OMS

Situación de la discapacidad en las Américas _____ **20**

Dr. Armando Vásquez Barrios
Asesor Regional de Rehabilitación OPS/OMS

Atención primaria y rehabilitación _____ **26**

Dra. Alcida Perez de Velazquez
Ex. Asesora de Rehabilitación OPS/OMS, Caracas Venezuela

Para tener en cuenta _____ **76**

Dra. Alicia Amate
Ex Asesora de Rehabilitación OPS/OMS, Ex. Directora Servicio Nacional
de Rehabilitación, Argentina

Una aproximación integral a la discapacidad _____ **80**

Dra. Grisel Olivera Roulet
Directora del Servicio Nacional de Rehabilitación, Argentina

Rehabilitación del movimiento _____ **96**

Lic Miryam Dorado
Prof. Adjunta Escuela Kinesiología, FCM- UNC

Accesibilidad, sociedad y discapacidad _____ **130**

Arq. Reinaldo Uriarte Mosquera

Miembro del Comité Experto - Ministerio de la Construcción, Cuba

Vivienda y accesibilidad _____ **142**

Arq. Alain Goñi Jaime

Miembro del Comité Experto - Ministerio de la Construcción, Cuba

**Educar a través de actitudes prosociales como alternativa
al maltrato de niños y jóvenes con discapacidad** _____ **154**

Lic. María Cristina Schiavoni

Especialista en Educación Especial UNC, Argentina

Familia y discapacidad _____ **162**

Prof. Verónica Cajal

Especialista en Gestión de las Organizaciones sin Fines de Lucro. Córdoba, Argentina

Lic. Laura Castillo

Mgter en Investigación Educativa. Universidad Católica de Córdoba, Argentina

Prólogo

El material que se incluye en este libro se seleccionó pensando en los profesionales que se desempeñan en atención primaria, que están en contacto directo con la comunidad y que son quienes deben dar las primeras orientaciones a las personas que contactan al sistema de salud, incluyendo a las personas con discapacidad, y que muchas veces, en su formación profesional no se ha incluido el tema discapacidad ni rehabilitación, como un problema social y sanitario prevalente.

La discapacidad es un tema que mucha gente tiende a evitar: es incómoda, y cuestiona muchas de nuestras concepciones sobre qué es la vida "normal".

Creemos, que la discapacidad, no puede ser considerada exclusivamente desde el modelo médico, sino que debe abordarse en forma integral y social, con una orientación plural e interdisciplinaria, que tenga presente los cambios que se producen en el perfil epidemiológico de la población como: el aumento de personas con discapacidad debido al incremento de la esperanza de vida y que favorece la aparición de enfermedades crónicas, el crecimiento de los accidentes de tránsito que impactan preferentemente en edades productivas, la desnutrición y la niñez abandonada que integran el "círculo viciosos de la exclusión social". No debemos olvidar además, la población que se ubica por debajo de la línea de pobreza que genera las enfermedades discapacitantes de los trabajadores informales.

Es poco lo que se ha realizado para responder a las necesidades de la persona con discapacidad; es fácil suscitar compasión para ellas, pero es muy difícil descubrir cuáles son sus necesidades y cómo darles solución.

La exclusión, el prejuicio, el desconocimiento y la discriminación de las

personas con discapacidad agravan su situación, al vulnerar sus derechos fundamentales. Se olvida que son personas que pueden contribuir a la sociedad personalmente o desde su trabajo.

Es importante recordar que las condiciones sociales y psicológicas de la discapacidad involucran en diferentes grados a todos los integrantes del grupo familiar.

Pensamos que los profesionales que trabajan en APS tienen una gran oportunidad pero también un gran desafío. Es la oportunidad de trabajar con la comunidad, facilitando su participación y cumpliendo con los principios de equidad, cobertura universal, multisectoriedad, promoción de la salud y prevención de la discapacidad. Es la ocasión de generar redes sociales que involucre a los integrantes y a las organizaciones de la comunidad, luchando por la equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad. Es el desafío de cambiar las actitudes en la comunidad sobre la discapacidad.

Es la oportunidad de brindar conocimientos a la familia sobre sus derechos y la de sus integrantes con discapacidad.

Es la posibilidad de otorgar a las personas con discapacidad la oportunidad de desarrollar su independencia y autodeterminación, facilitando su inclusión e integración social.

Es poder aceptar y querer tal cual son las personas.

Nora Cáceres
Mgter en Salud Pública

De qué hablamos cuando hablamos de discapacidad

Dr. Armando Vásquez Barrios

Para establecer un concepto de discapacidad hay que partir de una perspectiva histórica, donde podemos encontrar que con el devenir de los tiempos las personas con discapacidad han sido estigmatizadas por las actitudes y comportamientos predominantes de las personas sin discapacidad, expresada a través de:

- **Uso de denominaciones peyorativas:** impedidos, lisiados, inválidos, minusválidos.
- **Empleo de calificativos como:** socialmente atípicos, no aptos.
- Considerando la discapacidad como **expresión del mal, castigo divino o manifestación de lo sagrado.**
- Considerando que estas personas son **susceptibles de asistencia, de caridad y protección** y su problema era considerado individual.
- **Marginándolos y negándoles sus derechos.**

Habitualmente, cuando se hace referencia a una persona con discapacidad generalmente se dice "**el enfermo**" y es tratado como tal.

El término "el enfermo" tiene una connotación inadecuada de caridad y como resultado las personas con discapacidad se ven a sí mismo como un objeto con poco valor y reaccionan en concordancia, lo que repercute en su percepción de su condición humana expresado en una baja autoestima.

Para acercarnos a una información acorde a la realidad actual, hay que examinar los diferentes modelos conceptuales que explican la discapacidad y el funcionamiento. Esta variedad se expresa en una dialéctica que transita del "modelo médico" versus "modelo social".

El **modelo médico** considera la discapacidad como un problema "personal" directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales.

En este sentido, el "tratamiento" de la discapacidad estará encaminado hacia una mejor adaptación de la persona y a un cambio de conducta. La atención sanitaria entonces, es considerada como una cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud, con mayor énfasis.

El **modelo social** de la discapacidad, considera el fenómeno principalmente como un problema "social", desde el punto de vista de la integración de las personas con discapacidad en la sociedad, la discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social.

Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias, para propiciar una participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social.

La disyuntiva se sitúa, por lo tanto, en el nivel de las actitudes y de la ideología, y requiere cambios sociales, los cuales se transforman en el nivel político en una cuestión de **derechos humanos**.

La integración de estos dos modelos permite la integración de las diferentes dimensiones del funcionamiento humano, permitiendo obtener una visión coherente e integral desde las diferentes dimensiones de la salud con una perspectiva biológica, individual y social: **Enfoque Biopsicosocial**.

En la actualidad **la discapacidad** es vista desde una perspectiva ecológica (**integración persona-ambiente**).

La OMS, en la década de los 80 conceptualizaba la discapacidad como el resultado de un daño a la salud que daba origen a una deficiencia, esta a una discapacidad y a su vez esta a una minusvalía (CDDM, OMS, 1980).

Después de un largo proceso de revisión de la CDDM (Clasificación de la Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía), que dio origen a la **CIF** (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud), podemos decir que la visión de conjunto que abarca los aspectos positivos y negativos del funcionamiento humano, los podemos esquematizar de la siguiente manera:

CIF	
Aspecto positivo Funcionamiento (termino paraguas)	Aspecto negativo Discapacidad (termino paraguas)
Funciones y Estructuras Corporales	Funciones y Estructuras Corporales: Deficiencias
Actividad y Participación (capacidad y desempeño)	Actividad y Participación Limitación de la actividad / restricción de la participación
Factores Contextuales Ambientales y Personales	Factores Contextuales Ambientales y Personales: Facilitadores / barreras.

La CIF nos señala que las deficiencias no tienen una relación causal con la etiología, ni con su forma de desarrollarse, esto modifica el restringido entendimiento biomédico-lineal (causa-efecto) que señala que la discapacidad solo se manifiesta como producto de una deficiencia física, sensorial o psíquica.

En este contexto **la discapacidad** se conceptualiza como un **término genérico que incluye las deficiencias de funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en las actividades y restricciones en la participación; indicando los aspectos negativos de la interacción de un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales.**

2001 -CIF

A) Deficiencias

Son problemas en las funciones o estructuras corporales, o una pérdida de dichas funciones o estructuras.

Las deficiencias no equivalen a una patología subyacente.

Pueden ser:

- **Temporales:** tener una fractura significaría tener una deficiencia temporal en la estructura corporal de dicho hueso.
- **Permanentes:** una persona con paraplejía tendría una deficiencia permanente en los músculos de la mitad inferior del cuerpo.
- **Regresivas:** una persona con afonía debida al frío tendría una deficiencia en las funciones de producción de la voz que desaparecería al cabo de unos días.
- **Estáticas:** una persona con una sordera congénita tendría deficiencia en las funciones auditivas.
- **Intermitentes:** una persona que sufre mareos de vez en cuando.
- **Continuas:** una persona con alergia tiene una deficiencia en su sistema inmunológico.

Funciones corporales

- Funciones Mentales.
- Funciones Sensoriales y Dolor.
- Funciones de la Voz y el Habla.
- Funciones de los Sistemas Cardiovascular, Hematológico, Inmunológico y Respiratorio.
- Funciones de los Sistemas Digestivos, Metabólico y Endocrino.
- Funciones Genitourinarias y Reproductoras.
- Funciones Neuromusculoesqueléticas y Relacionadas con el Movimiento.
- Funciones de la Piel y Estructuras Relacionadas.

Estructuras corporales

- Estructura del Sistema Nervioso.
- El Ojo, El Oído y Estructuras Relacionadas.
- Estructuras Involucradas en la Voz y el Habla.
- Estructuras de los Sistemas Cardiovascular, Inmunológico y Respiratorio.
- Estructuras Relacionadas con los Sistemas Digestivos, Endocrino y metabólico.
- Estructuras Relacionadas con el Sistema Genitourinario y el Sistema reproductor.
- Estructuras Relacionadas con el Movimiento.
- Piel y Estructuras Relacionadas.

B) Actividad

Es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo.

Representa la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento.

La **dimensión Actividad** abarca todo el rango de áreas vitales que tienen relación con la salud:

Aprendizaje y aplicación del conocimiento

- Experiencias Sensoriales Intencionadas.
- Aprendizaje Básico.
- Aplicación del Conocimiento.

Tareas y demandas generales

- Comunicación
 - Comunicación y recepción.
 - Comunicación y producción.
 - Conversación y utilización, de aparatos y técnicas de comunicación.
- Movilidad.
- Autocuidado.
- Vida doméstica.

Limitaciones de la actividad

- Son dificultades que un individuo, con un determinado estado de salud, puede tener en el desempeño/realización de diversas actividades.
- La actividad está limitada cuando la persona, en el contexto de un estado de salud, tiene dificultades para realizar la actividad de la manera esperada, o no puede realizarla.

Ejemplos de estas limitaciones:

1º Dificultad leve de una persona con artritis para llevar las bolsas de la compra (llevar objetos en las manos).

2º Dificultad grave de una persona daltónica para conducir un auto.

3º Dificultad completa para realizar transacciones complejas en una persona que no ha aprendido los cálculos matemáticos básicos.

- Las **dificultades en las actividades** pueden surgir cuando existe una alteración cualitativa o cuantitativa en la forma en que estas actividades son llevadas a cabo.
- Las limitaciones en la actividad se **evalúan en comparación con una norma aceptada**, de acuerdo con las expectativas culturales y sociales de la población, es decir, se compara el desempeño/realización de estas actividades por parte de un individuo con el de las personas que no tienen un estado de salud similar al suyo.
- El término "**limitaciones en la actividad**" sustituye al de "**discapacidad**" utilizado en la versión de 1980 de la CIDD, ya que en la CIF, el término "discapacidad" ha pasado a ser un término global.
- La utilización de **Ayudas Técnicas** no elimina la deficiencia, pero puede suprimir las limitaciones en la actividad en áreas específicas.

C) Participación

Es el acto de involucrarse en una situación vital. Representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento.

La **dimensión Participación** trata de las circunstancias sociales en relación con el funcionamiento de un individuo en diferentes áreas de la vida.

La participación denota el grado de implicación de la persona.

Esta implicación incluye ideas como las de **tomar parte**, ser **incluido** o participar en alguna área de la vida, así como las de ser **aceptado**, o tener acceso a los recursos necesarios.

Esta respuesta de la sociedad al nivel de funcionamiento del individuo, puede facilitar u obstaculizar la participación de éste en varias áreas.

La **implicación se refiere por tanto a la experiencia vivida** por las personas en el contexto real en el que viven.

Interacciones y relaciones interpersonales.

- Interacciones interpersonales generales.
- Interacciones interpersonales particulares.

Áreas principales de la vida

- Educación.
- Trabajo y Empleo.
- Vida Económica.

Vida comunitaria, social y cívica

- Vida Comunitaria
- Tiempo Libre y Ocio.
- Religión y Espiritualidad.
- Derechos Humanos.
- Vida Política y ciudadana.
- Vida Comunitaria, Social y Cívica.

Factores ambientales

- Productos y Tecnologías.
- Entorno Natural y Cambios en el Entorno derivados de la Actividad Humana.
- Apoyo y Relaciones.
- Actitudes.
- Servicios, Sistemas y Políticas.

Restricciones a la participación

Son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

La presencia de una **restricción en la participación** viene determinada por la comparación de la participación de esa persona, con un estado de salud, con la participación esperable de las personas que no tuviesen un estado de salud similar al suyo.

Ejemplos:

1º No poder utilizar medios de transporte público (porque no tienen adaptaciones para sillas de ruedas).

2º No poder relacionarse con otras personas (porque debido a su retraso mental la gente lo rechaza).

3º No participar en actividades deportivas (por su condición de salud no es admitido en un equipo).

- Una restricción en la participación puede ser causada directamente por el entorno social, incluso cuando la persona no tiene deficiencias o limitaciones en la actividad.
- El término "restricciones en la participación" sustituye al de "minusvalía" utilizado en la CIDDM de 1980.

Discapacidad:

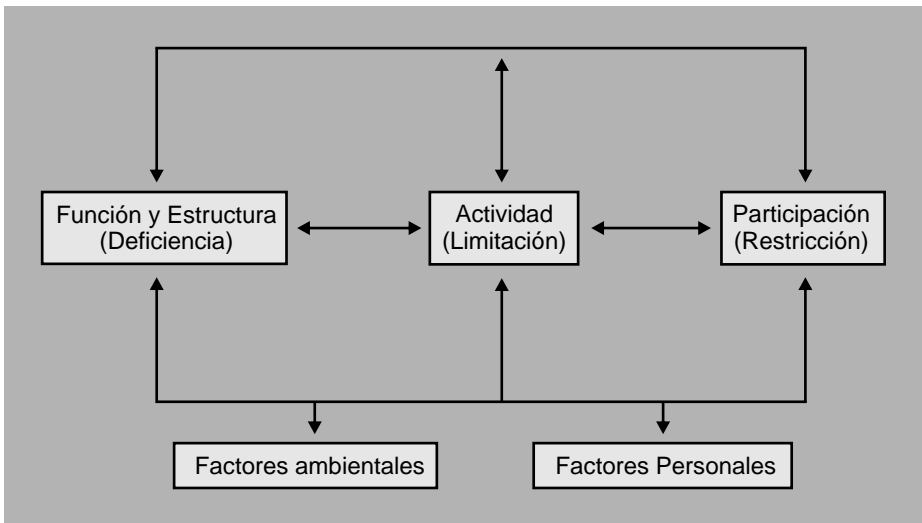
● Resultado de la interacción: Condición de Salud de la persona + factores contextuales = **discapacidad**.

- La discapacidad puede ser descrita a tres niveles:
 - Cuerpo: Alteración de las funciones y estructuras corporales.
 - Persona: Limitación de las actividades medidas como capacidad.
 - Sociedad: Restricciones de la participación medidas como desempeño.
- Más la descripción de factores contextuales:
Ambientales y personales.

Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud CIF

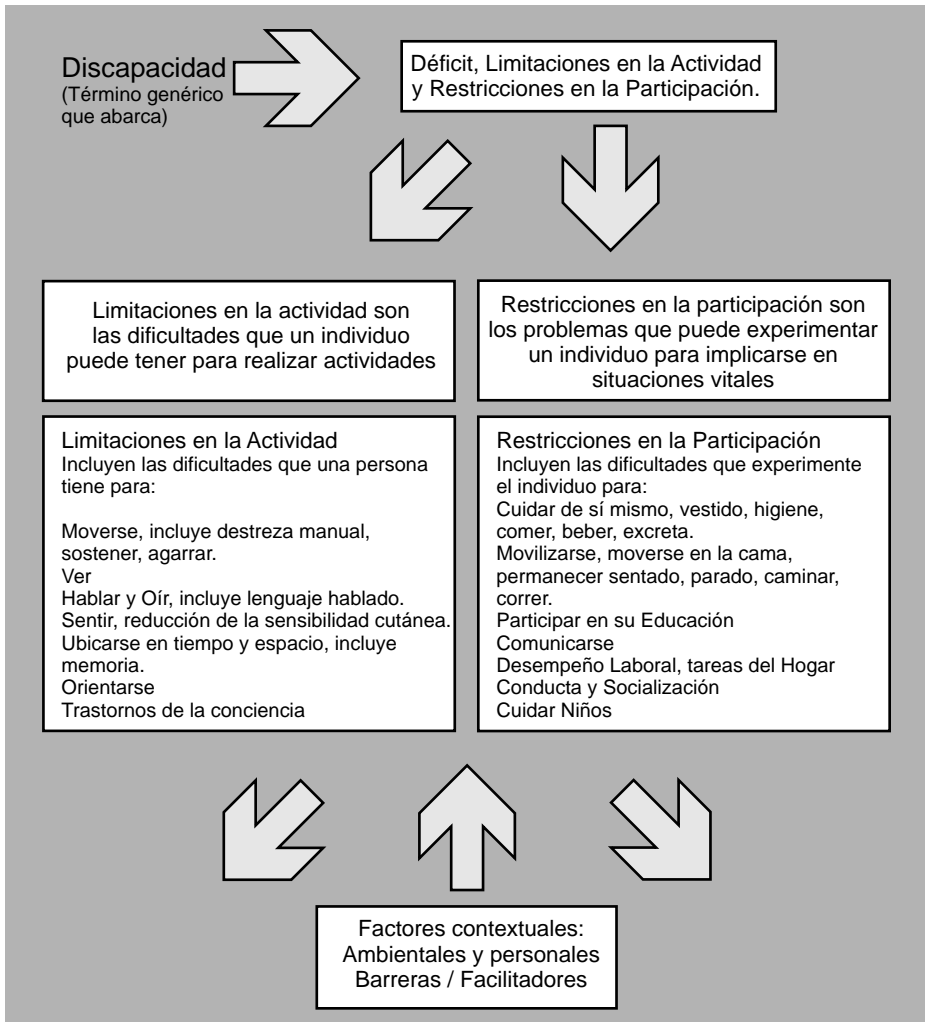
Condición de Salud

(Trastorno /enfermedad/lesión/ estrés/embarazo/envejecimiento/etc.)



Condición de salud:

Trastorno /enfermedad/lesión/ estrés/embarazo/envejecimiento/etc.




Discapacidad en Términos Sencillos


Su cuerpo no funciona apropiadamente.


Usted está limitado en sus actividades.

Enfrenta obstáculos en la sociedad para su participación.

Dimensiones de la Discapacidad

 Cuerpo
Estructura o Funciones

 Personal
Actividad

 Social:
Participación en sociedad

Bibliografía:

- 1.- OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento , de la discapacidad y de la Salud, Ginebra, 2001.
- 2.- Ministerio de Salud Nicaragua, Programa Nacional de Rehabilitación. ABC de la Discapacidad. Managua, 2006.
- 3.- FONADIS. Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile. Santiago de Chile, 2004.
- 4.- OPS. Documentos de Trabajo Programa Regional de Rehabilitación. Managua, 2005.

Situación de la discapacidad en las Américas

Dr. Armando Vásquez Barrios

La Organización de las Naciones Unidas estima que en el mundo existen alrededor de 600 millones de personas con discapacidad, de los cuales unos 400 millones están en los países en vías de desarrollo y, aproximadamente, unos 60 millones de personas con discapacidad están en la región de las Américas. Estas cifras representan un 10% de la población general y se considera que la discapacidad tiene repercusión sobre el 25% de la población total, considerando que afecta no solo a la persona que la sufre, si no a aquellos que la cuidan, a los familiares, a la comunidad y a cualquiera que apoye el desarrollo de la comunidad (5-6).

**En la Región de las Américas:
hay 60 millones de personas con discapacidad**

La **Discapacidad** es un fenómeno multidimensional y multifactorial, donde la **desigualdad y la pobreza** vienen a constituir factores que la generan, facilitan o perpetúan. Las tendencias actuales nos señalan un incremento cada vez mayor en las enfermedades emergentes, re-emergentes y crónicas, aunado a ello tenemos la guerra, los accidentes de todo tipo, el uso y abuso del alcohol y drogas y la violencia social, causas estas productoras, sin duda alguna, de discapacidades.

Otras condiciones que favorecen el incremento de las discapacidad son el envejecimiento de la población, la desnutrición, la niñez abandonada, grupos sociales postergados como las etnias, pobreza extrema, desplazamiento de grupos poblacionales, fenómenos naturales.

Condiciones que incrementan la discapacidad

- Envejecimiento de la población
- Desnutrición
- Niñez abandonada
- Grupos sociales postergados
- Desplazamiento de grupos poblacionales
- Fenómenos naturales

Dados los índices de crecimiento poblacional de América Latina y el Caribe, se prevé un notable aumento en el número de personas con discapacidad, especialmente cuando la atención materno infantil es deficiente y cuando hay un alto nivel de accidentes y lesiones físicas y mentales a causa de la violencia.

La **situación de las personas con discapacidad** se caracteriza por extrema pobreza, elevada tasa de desempleo -alrededor de un 50% de la población de personas con Discapacidad de la región, tiene edad para trabajar-, escaso acceso a los servicios públicos (educación, atención médica, vivienda, transporte, servicios jurídicos...), se enferman más frecuentemente y mueren más temprano.

Alrededor de un 50% de la población de personas con Discapacidad de la región, tiene edad para trabajar-, escaso acceso a los servicios públicos (educación, atención médica, vivienda, transporte, servicios jurídicos...), se enferman más frecuentemente y mueren más temprano.

En general, tienen un estatus social y cultural marginado y aislado. Del total de personas con discapacidad, en nuestra región, solo del 2 al 3 % tienen acceso a los programas y servicios de rehabilitación. Si bien la discapacidad física y mental pueden restringir hasta cierto punto al individuo, su condición de marginado está enraizada más en las condiciones políticas, sociales, económicas y culturales que en la naturaleza de su discapacidad.

Situación de las Personas con Discapacidad:

- Extrema Pobreza
- Elevada Tasa de Desempleo
- Escaso acceso a servicios públicos:
 - Educación
 - Atención Médica
 - Vivienda

En América latina, se han encontrado cifras de prevalencia de discapacidad muy variadas, por ejemplo en **Perú**, las cifras reportadas por el estudio de **prevalencia nacional están por el orden del 32%**, mientras que en otros países está en un 10 al 13% (Ecuador, Venezuela, Colombia).

En **Centroamérica**, las cifras de prevalencia de la discapacidad esta alrededor del 18%.

En el período 2003-2005 se han realizado **estudios de prevalencia** nacional teniendo como base técnica la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (**CIF**) habiéndose realizado dichos estudios en Nicaragua, Chile, Ecuador, Panamá.

En ese mismo periodo se realizó una **encuesta de hogares** con un módulo de discapacidad basado en CIF en Uruguay y en el Censo de Población de Colombia se incluyó un módulo de discapacidad basado en CIF.

Otros datos disponibles en América se corresponde a la **ronda de Censos 2000** con la limitación que estos representan para caracterizar la discapacidad y que el dato que se obtiene está más limitado a discapacidad severa o permanente y el estudio nacional de Argentina, basado en la anterior Clasificación Internacional de la Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía. Dentro de los datos disponibles de los Censos ronda 2000 están: México, Venezuela, Costa Rica, Panamá, Brasil, Paraguay, Rep. Dominicana, Ecuador, Honduras, Chile. Estudios especiales limitados a grandes áreas urbanas o no basados en CIF: Perú, El Salvador, Cuba.

- De los estudios basados en CIF tenemos que : En **Nicaragua** la prevalencia nacional de discapacidad es del **10.3%**, de los cuales el 56% es femenino y del total de la población con discapacidad el 60% viven en zona urbana. El grupo de edades más afectadas está de 20 a 59 años representando el 47%. El 45% no tiene ningún grado de instrucción.

Las discapacidades más frecuentes son la de movilidad, comunicación y participación.

- En **Chile** la prevalencia nacional es del **12.9%**, de los cuales el 2.5% es severa; el 58.2% es del sexo femenino y el 83.3% viven en medio urbano y las edades más afectadas está entre 30 y 64 años representando el 51%; La discapacidad es el doble de frecuente en la población con condiciones socioeconómicas bajas y 1 de cada 2 personas con discapacidad no ha completado la educación básica.

- En **Ecuador** la prevalencia nacional es de **12.1%** de los cuales el 51% es del sexo femenino y las edades más afectadas son de 20 a 64 años representando el 51%. El 80% declaró que la causa de su discapacidad es por condiciones de salud.

- **Panamá** reporta una prevalencia de **11,6%**; de estos 52,4% son mujeres y 47,6% hombre. El 77,6% de las personas con discapacidad no trabajan y 1 de cada 10 estudia. Las deficiencias más frecuentes son las múltiples 23,5%; Motoras 23,8%; visuales 15,7% e intelectuales 13,3%.

El **Censo 2005 de Colombia**, reporta que de las personas detectadas con

limitaciones el 71,2% presentan una limitación, el 14,5% dos limitaciones, el 5,7% tres limitaciones y el 8,7% tres o más limitaciones permanentes. Del total de personas que reportaron alguna limitación, el 29,0% poseen limitaciones para moverse o caminar, el 14,6% para usar brazos y manos, el 43,2% para ver a pesar de usar lentes, el 17,3% para oír aun con audífonos, el 12,8% para hablar, el 11,9% para entender o aprender, 9,9% para relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales, el 9,4% para bañarse, vestirse o alimentarse por sí mismo y el 19,4% presentan otra limitación.

Otros datos generales **Uruguay: 7.6%** de prevalencia de discapacidad; Argentina: 20.6% de los hogares albergan al menos a una persona con discapacidad; Cuba: 3.2% (Discapacidad severa); **Costa Rica 5.3%** de prevalencia (Censo 2000).

20% de los hogares en Argentina alberga una persona con discapacidad

Tabla N° 1
Datos de Prevalencia de Discapacidad en Latinoamérica

PAÍSES	Censos Ronda 2000 Prevalencia% (*)	Encuestas de Hogares (%) 2003	Estudios de Prevalencia (%) Usando CIF 2002-2006	OTROS
Argentina	14.4		7.1 (°)	
Brasil				
Chile	2.2(**)	5.3	12.9	
Cuba (***)				3.2
Colombia (+)	6.4			
Costa Rica	5.3			
Ecuador	4.6		12.1	
El Salvador		1.5		
Guatemala				
Honduras	2.6			
México	1.8			
Nicaragua			10.3	
Panamá	1.8		11.6	
Paraguay	1.1			
Perú				
Rep. Dominicana	4.7			
Uruguay (+)		7.6		
Venezuela	3.9			

Fuente: Documento de trabajo Programa regional de RHB OPS/OMS.

(*) Deficiencia Moderada o Severa

(**) Deficiencia Moderada o Severa 2000

(***) Deficiencia Severa, no incluye área mental

(+) Uso CIF como base técnica

(°) No CIF

Todos los estudios aportan datos muy importantes que nos caracterizan la situación de las personas con discapacidad en América Latina y El Caribe, pudiéndose mencionar que el 25 % son niños/as y adolescentes; del 2% al 3 %, la mitad de los accidentados de tránsito son jóvenes entre los 15 y 34 años, la población de 65 años y más con discapacidad representa un alto porcentaje; un 2% a 3 % de los recién nacidos presentan graves deficiencias y 6% a 8 % de la infancia son niños de alto riesgo.

De la población infantil con discapacidad el 20% a 30 % asiste a la escuela y solo el 5% finalizan la educación primaria.

**En América Latina:
6 % a 8 % son recién nacidos de riesgo
2% a 3% de los RN tiene graves deficiencia**

- **Por cada RN que muere, al menos 20 padecen lesiones** debidas al parto, infecciones y complicaciones de la prematuridad, cada año más de 1 millón de niños/as que sobreviven tras sufrir asfixia durante el parto desarrollan discapacidades.

El acceso de las personas con discapacidad al sistema de salud, especialmente a los servicios de rehabilitación, sigue siendo una situación preocupante; en **Chile** 1 de cada 15 personas con discapacidad accedió a los servicios de rehabilitación en el 2004, siendo esta posibilidad mayor en el área urbana que rural. Según condición socioeconómica, el estudio chileno revela que, en 1 de cada 20 personas con discapacidad ha recibido rehabilitación.

- En **Nicaragua**, el 60% de las personas con discapacidad, en el medio urbano, reciben atención en salud y 48% en el medio rural.

Para el año 2003 el **56% de las personas con Discapacidad**, en Nicaragua, habían utilizado un servicio de salud y un **2% un centro de rehabilitación**.

Uno de cada ocho personas con discapacidad en **Panamá** accedió a los servicios de rehabilitación durante el 2005.

En **Argentina**, el 60,3% de las personas con discapacidad tienen cobertura de salud por obra social, plan privado o mutual; pero estas obras sociales o planes privados no siempre reconocen los tratamientos de rehabilitación.

En general, en nuestra región los sistemas de salud, se caracterizan por ser inequitativos para la atención de las personas con discapacidad, no implementándose acciones sostenidas y sistemáticas dirigidas a la prevención de la discapacidad, en especial enfocadas a los factores de riesgos, atención de todo tipo de discapacidades, desarrollo de servicios de rehabilitación por niveles de complejidad y satisfacción de las necesidades de la población con discapacidad en las diferentes iniciativas y programas de salud.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Ginebra, 2001.
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Seminario Políticas Sociales y Rehabilitación Integral en los Países del Cono Sur. Montevideo, 2002.
3. Atención Primaria en Salud y Rehabilitación. Programa Regional de Rehabilitación OPS/OMS. Documento de trabajo. Managua, 2005.
4. Situación de la discapacidad en las Américas. Programa Regional de Regional de Rehabilitación OPS/OMS. Documento de trabajo. Managua, 2004.
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Discapacidad. Programa de Rehabilitación OPS/OMS. Washington, D.C 1991.
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Niveles de Atención en Rehabilitación. Washington, D.C 1991.
7. Montero, Federico. Right to Health and Rehabilitation for Persons with Disabilities. [El Derecho a la Salud y a la Rehabilitación de las Personas con Discapacidades] DAR/WHO. Geneva, 2006.
8. La Discapacidad en Argentina. Un diagnóstico de situación y políticas públicas vigentes al 2005. FUNDACION PAR. Buenos Aires, 2005.
9. La Población con Discapacidad en Argentina. Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI). Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. 2005.
10. Organización Panamericana de la Salud. La Discapacidad en Panamá: Situación Actual y Perspectivas. Panamá, 2005.
11. Organización Panamericana de la Salud. La Discapacidad en Nicaragua: Situación Actual y Perspectivas. Managua, 2005.
12. Organización Panamericana de la Salud. La Discapacidad en Costa Rica: Situación Actual y Perspectivas. San José, 2004.
13. Organización Panamericana de la Salud. La Discapacidad en El Salvador: Situación Actual y perspectivas. San Salvador, 2006.
14. Discapacidad en Chile. Pasos hacia un modelo integral de funcionamiento humano. Fondo Nacional de la Discapacidad. Santiago, 2006.

Atención primaria y rehabilitación

Dra. Alcida Perez de Velazquez

Introducción

Incorporar la Rehabilitación como componente esencial de la atención integral en salud e integrar sus acciones a todos los niveles del sistema, en lo referente al manejo de la discapacidad, ha sido el objetivo más relevante en los planes de los administradores rehabilitadores en Salud Pública, desde hace un poco más de 20 años.

La salud como componente vital del ser humano debe ser garante imprescindible de la calidad de vida, a través de acciones que conllevan:

**promoción de la Salud,
prevención de las enfermedades,
restauración de la salud y
rehabilitación.**

De esta manera no se concibe la atención integral de la salud sin la existencia de la Rehabilitación, debiendo ser contemplada como componente esencial de la Salud Pública y siendo relevante para el logro de la equidad en salud.

La concepción de la **Rehabilitación** dentro de la Salud Pública, hoy día no es visualizada como la última fase de la atención en salud, encargada del manejo de deficiencias y discapacidades ya instaladas, sino que su filosofía y concepción básica está sustentada en la prevención, desde donde es vista como la acción de salud que, conjugada al resto de las acciones, para prevención y control de los diferentes daños, evita la discapacidad que altera la calidad de vida de los individuos sujetos a riesgo, acorde con su desempeño individual y colectivo.

El manejo en la atención de la discapacidad comienza entonces con la **Promoción de la Salud**, en la persona sana, ya que al mantener a la persona en buen estado de bienestar físico, psíquico y social dentro de un ambiente saludable y, sin exposición a riesgos, evita la aparición de los daños en sí, causantes de discapacidad.

Así mismo, al educar a la población sobre la forma de cómo mantenerse sano y, protegiéndolo de los daños que causan enfermedad (**Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad**), se previene, en consecuencia, la aparición y desarrollo de discapacidad.

Estas dos estrategias trabajadas en la atención a la discapacidad quedan englobadas dentro de otro concepto, el de **Prevención de Discapacidades**, que a su vez también incorpora, con el proceso de **Restitución de la Salud**, la prevención de las complicaciones, limitando, en consecuencia, la pérdida de la función de las personas o, dicho de otro modo, deficiencias instaladas, imbricando sus acciones tempranamente con **Rehabilitación**, que incorpora las acciones necesarias para el logro de la integración o reintegración de las personas con deficiencias y discapacidades, a las actividades que le corresponden como ciudadano en una comunidad.

Toda esta población debe, recibir atención contemplada desde los niveles de promoción y prevención hasta la rehabilitación, de manera oportuna, adecuada y con base a los recursos con que cuenta, lo que nos acerca a lo que debe ser la Atención Integral en Salud en el manejo de las discapacidades.

Vista de esta manera, la rehabilitación en salud no solamente abarcaría la atención al problema instalado, sino también su prevención, involucrando en esto tanto al sector salud como a todos los que componen la sociedad, como lo señala la **Rehabilitación Integral**. Conlleva entonces, entre sus principios para la acción, la intersectorialidad, descentralización, participación social y programación local.

La consolidación de la Rehabilitación como componente esencial de la Atención Integral de Salud se hizo mandatario para los países cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Noveno Programa General, Meta 7, señaló, "reducir las discapacidades evitables a través de medidas preventivas y rehabilitadoras apropiadas" y "Las discapacidades derivadas de las deficiencias sensoriales, locomotoras y mentales serán significativamente reducidas entre grupos poblacionales insuficientemente atendidos".

Gran proporción de gobiernos signatarios de los convenios y declaraciones de la OMS, han asumido la **Atención Primaria de la Salud**, como una estrategia que puede resolver la mayoría de los problemas de salud de las personas y además a través de acciones de promoción y prevención se logra el mantenimiento de un estado adecuado de salud, sobretodo en la población de mayor riesgo.

En Discapacidad, todo lo expresado anteriormente está englobado dentro de la ya enunciada estrategia de **Prevención de Discapacidades**, lo que está, a su vez, inmerso en **Atención Primaria en Discapacidad**.

Desde que la OMS declaró en Alma Ata los principios de la Atención Primaria, se comenzó a estructurar la estrategia de Rehabilitación Primaria y de Atención Primaria de Rehabilitación, que es lo que después se formuló como la estrategia de la RBC.

La **RBC, (Rehabilitación con Base Comunitaria)**, desprendida de esta concepción de la Atención Primaria, en su esencia no es un servicio, es una estrategia de acción, que integra a salud, las otras organizaciones de la comunidad y las personas, buscando diferentes vías e instrumentos para lograr equidad, inclusión social e igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.

En consecuencia, el logro de la independencia y autonomía de las personas con discapacidad desde todo punto de vista, física, mental y social, se consigue, buscando incluir la representación de las personas con discapacidad en todo el quehacer de la comunidad, trabajando en la eliminación de las barreras físicas, ambientales, culturales y sociales, buscando la solidaridad de la comunidad con las personas con discapacidad e incluyendo las personas con discapacidad en todo el accionar del sector salud, campo que nos atañe mas estrechamente.

Salud Pública y la Discapacidad

Concepto de Salud

1. Es el estado de integridad corporal, capacidad de rendimiento y bienestar físico, psíquico y anímico, en sentido objetivo¹.
2. Es el perfecto estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad².
3. Es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social³.

Salud Integral

Es el estado de salud en estrecha relación con el medio que rodea al individuo y los factores contextuales.

Atención Primaria de la Salud

Es el cuidado esencial de la salud basado en métodos prácticos, científicamente sólidos y socialmente aceptables, y tecnología universalmente accesible para los individuos y las familias de la comunidad, a través de su participación total y a un costo que la comunidad y el país pueda acceder⁴.

Proceso Salud - Enfermedad - Discapacidad

Es el proceso que expresa la situación presentada ante la pérdida del estado de salud, o sea, el desequilibrio del bienestar físico, mental y social que se traduce

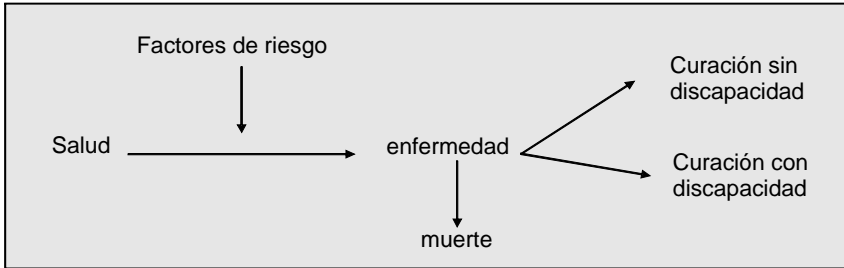
¹Gran enciclopedia del Circulo de Lectores, Pág. 3603

²OMS.

³Álvarez Sintés, Roberto, salud FAMILIAR: Manual del Promotor, Pág.13, 2005

⁴OMS. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma Ata, 1978

en enfermedad y, que puede tener consecuencias como la curación, la muerte del individuo o la generación de discapacidad a consecuencia de la enfermedad.



Discapacidad, enfoques y rehabilitación

Es un término que fue diseñado inicialmente cuando se elaboró el Clasificador Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, **CIDDM**. Se concibió, en primer lugar, como el término genérico que expresa la dificultad de una persona para desenvolverse dentro de los parámetros de normalidad concebidas en un ser humano de acuerdo a su edad, género, actividad, entorno.

Con el transcurrir del tiempo se diseñó y aprobó el Clasificador Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), donde el término Discapacidad engloba a las Deficiencias, Limitaciones de la Actividad o Restricción de la Participación (problemas de salud), englobados a su vez en los componentes de Funcionamiento y Discapacidad⁵.

El **componente de Funcionamiento** engloba aspectos no problemáticos de la salud, y hace referencia a todas las Funciones y Estructuras Corporales, Actividades y Participación.

El **Funcionamiento y la Discapacidad** de una persona se conciben como una interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y los factores contextuales.

Factores Contextuales

Representan el trasfondo total de la vida de un individuo como de su estilo de vida. Incluye los Factores Personales y los Factores Ambientales, que pueden tener un efecto en la persona con una condición de salud y sobre la salud y los "estados relacionados con la salud" de esta persona⁶.

⁵OMS-OPS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). 2001

⁶Idem ant.

Equiparación de Oportunidades⁷

- Es el proceso a través del cual los diferentes sistemas de la sociedad y el ambiente, tales como servicios, actividades, información y documentación, son accesibles a todos, particularmente a las personas con discapacidad.
- El principio de **igualdad de derechos** implica que las necesidades de cada uno y todos son de igual importancia, y que esas necesidades deben estar hechas sobre las bases para la planificación de las sociedades y que todos los recursos deben ser empleados en tal forma de que aseguren que todos los individuos tienen igual oportunidad para la participación.
- Las personas con discapacidades son miembros de la sociedad y tienen el derecho a mantenerse dentro de sus comunidades locales. Ellas recibirían el soporte que necesitan dentro de las estructuras ordinarias de educación, salud, empleo y servicios sociales.
- Así como las personas con discapacidad **tienen derechos iguales**, de la misma manera tienen iguales obligaciones. A medida que los derechos son logrados, las sociedades pueden aumentar las expectativas de las personas con discapacidades. Como parte del proceso de oportunidades iguales, la provisión podría estar hecha para asistir personas con discapacidades para asumir su total responsabilidad como miembros de la sociedad.

Rehabilitación

- **Restauración** del individuo con discapacidad a la más completa utilidad física, mental, vocacional, social y económica de que puede ser capaz.
- Proceso que intenta **prevenir** el deterioro progresivo de una persona que ha sufrido un daño causante de deficiencias, discapacidades y minusvalías y **limitar** al máximo posible, las consecuencias que presenta en el ámbito individual, familiar, educacional, laboral, económico y social⁸.
- Se refiere al **proceso** que anima a las personas con discapacidades para lograr y mantener sus niveles óptimos físicos, sensoriales, intelectuales, psiquiátricos y/o funcionales, sociales, proveyéndolos con las herramientas para cambiar sus vidas al nivel más alto de independencia. Incluye las medidas para proveer y /o restaurar funciones, o compensar la pérdida o ausencia de una función o de una limitación funcional⁹.

Rehabilitación Institucional

Incluye la actividad técnica realizada en instituciones, gubernamentales o no, destinadas a la recuperación funcional de las personas que presentan limitaciones en su actividad y participación. A nivel del sector salud está contemplado en los servicios de rehabilitación tanto en hospitales como en ambulatorios.

⁷OMS-OPS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). 2001

⁸Arvelo, José de Jesús.

⁹NNUU The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities. Pag 11. 1994

Rehabilitación de Base Comunitaria

Constituye una **estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación**, equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad¹⁰.

La RBC se lleva a cabo por medio de los esfuerzos combinados de las propias personas discapacitadas, de sus familias y comunidades, y de los servicios de salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondientes.

Enfoques de la Discapacidad

a) Fenómeno Social.

La discapacidad en su conceptualización amplia es una condicionante de la salud que altera la calidad de vida de las personas, con repercusión en el desarrollo familiar y social. Consiste en un **proceso dinámico** a la cual nos encontramos expuestos en cualquier momento de nuestras vidas y que, temporal o permanentemente nos produce una sensación de dificultad para "movernos" en el mundo y en el entorno que nos toca vivir.

La vida en la actualidad exige de cada una de las personas el máximo de su energía para el logro de las metas que se proponen en el cumplimiento de la misión que les toca desempeñar. Cuando una persona por cualquier causa, sufre el resquebrajamiento de su condición de salud, siente que su capacidad para resolver y sortear las dificultades está comprometida en mayor o menor grado.

Este sentimiento de dificultad ante la vida lo lleva a desarrollar actitudes diversas que lo perciben como "diferente" y lo separan del resto de la humanidad, sometiéndolo a una situación donde la autoestima se ve comprometida. Las reacciones que desencadena este sentimiento, colocan a la persona que tiene una discapacidad en una posición en la sociedad, que varía de un sujeto a otro.

En unos casos, la discapacidad puede ser el detonante, para que conflictos anteriores, personales o familiares, se hagan evidentes, o puede ser que la presencia de un proceso discapacitante desencadene una serie de situaciones de conflicto interno a la persona, que se exteriorizan de diferente manera. Sea cual sea la causa, la persona con discapacidad puede tener problemas de relación con las otras personas. Algunas con mutismo, otras con agresividad, otras con rechazo, con negación, con autoritarismo, con tiranía para con sus semejantes, pero otras, por el contrario, desarrollan una estructura interna férrea que les permite, a pesar de las limitaciones, enfrentarse a la vida con valor y coraje.

Estas personas pasan por situaciones duras en la vida que deben sortear, en unos casos en la soledad interior, pero en otras, con los seres que lo rodean y requieren para su acción, de la eliminación de una serie de "barreras" que están en la sociedad y que le impiden su propio desarrollo.

¹⁰OIT. UNESCO. OMS Ponencia Conjunta 1994 Rehabilitación basada en la comunidad con y para las personas con discapacidad

Estas "**barreras**" existen desde que el mundo es mundo, siendo la principal barrera la actitud de la sociedad frente a la persona con discapacidad. La historia nos señala como las diferentes sociedades trataron a la persona con discapacidad. Podemos apreciar que las situaciones más notables se levantaron por discriminación hacia este grupo de personas.

La **discriminación**, que ha sido tan negativa como el aislamiento, el rechazo o la aniquilación, como también la institucionalización en asilos, patronatos o grupos no integrados al resto de la sociedad.

De aquí se desprende la necesidad de que la sociedad frente a este fenómeno social, asuma posiciones más justas para con las personas con discapacidad, tanto a nivel individual como colectivo, al dejar caer las barreras que separan a las personas con discapacidad, las cuales cada vez más, en la actualidad, demandan su atención.

El documento que con más firmeza ha demostrado ser columna principal para el logro de la equidad y solidaridad con las personas con discapacidad, fue redactado en 1994, por la Organización de las Naciones Unidas, las "**Normas Uniformes de Equiparación de Oportunidades**", donde quedan explícitas y con mucho énfasis, las necesidades de las personas con discapacidad para el logro de su integración, la igualdad de oportunidades y la participación plena en el desarrollo social.

El trabajo con las personas con discapacidad constituye una tarea mancomunada de todos los actores y sectores de la sociedad para hacer de esta integración una realidad.

Los países del mundo, interesados en el logro de la equidad, están desarrollando en la actualidad acciones para concientizar a la comunidad en los aspectos referentes a los derechos y deberes de las personas con discapacidad, así como, la forma de abordaje integral de los problemas, que desde diferentes ópticas, se presentan con las personas con discapacidad.

“Estas consideraciones no solamente resultan responsabilidad del sector salud. La comunidad debe participar activamente en el logro de las metas de la rehabilitación.

Con el desarrollo de programas comunitarios, haciéndose co-responsable de que la integración y la inclusión de las personas con discapacidad en la vida común sean un hecho.

Aunque las Naciones Unidas y los gobiernos han establecido diferentes declaraciones y Reglas para el logro de la participación plena, aún falta mucho por hacer en la sociedad"¹¹.

¹¹ Alcida Pérez. Manuscrito inédito. “La discapacidad y la Salud Pública” 1995

b) Problema de Salud

La **Discapacidad** es la condicionante de la salud que altera la calidad de vida de las personas, con repercusión en su desarrollo familiar y social.

Se ha señalado a la discapacidad como un proceso de deterioro progresivo, en una persona expuesta a una noxa invalidante, con consecuencias significativas en su desempeño como ser humano en el ámbito individual, familiar o colectivo.

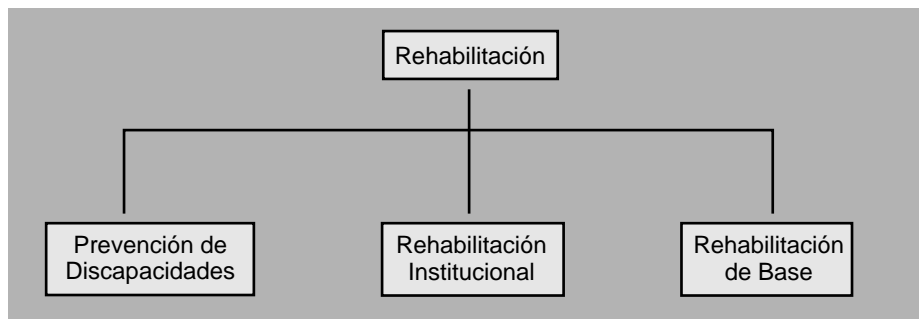
Este proceso de Discapacidad es dinámico, influenciado por múltiples variables, que se puede presentar en un sujeto, como consecuencia de una enfermedad o factor externo de naturaleza diversa. Es un fenómeno de incidencia cada vez mayor en la población, de alta vulnerabilidad y vislumbrado como uno de los problemas principales del futuro, si no es atendido con prioridad.

Es ocasionado por un sinnúmero de situaciones o problemas de salud definidas como enfermedades o causas externas, teniendo entonces, por un lado, enfermedades infecciosas, parasitarias, tumorales, degenerativas, hereditarias, congénitas y, por otro lado, accidentes, violencia, drogas, iatrogenia, desnutrición, privación ambiental y social, entre otras.

Se **incluyó en la rehabilitación** la coordinación de **todas las fases de atención** requeridas para la atención de una persona con discapacidad.

"Engloba el diagnóstico y tratamiento médicos de las condiciones,...." Por otra parte, enuncia "los programas de Rehabilitación efectivos deberán permitir a las personas con discapacidad competir en el mercado de trabajo y hacer contribuciones significantes a la sociedad"¹².

Ya fue expresado que la rehabilitación en salud no solamente abarca la atención al problema instalado, sino también su prevención, involucrando no solamente al sector institucional sino a todos los que componen la sociedad, como lo señala la Rehabilitación Integral, y concibe sus acciones en base a tres (3) estrategias: la Prevención de discapacidades, la Rehabilitación Institucional y la Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC).



¹²Secretariado General de la OEA, 1993

La Rehabilitación Integral conlleva entre sus principios para la acción, la intersectorialidad, descentralización, participación social y programación local.

Discapacidad según enfoque de riesgo.

La idea de este documento no es hacer un tratado sobre factores de riesgo que inciden en la producción de daños productores de discapacidad, sin embargo, consideramos que lo más importante en toda la vida del sujeto es tener en consideración que:

A. Todos estamos expuestos en cualquier momento de la vida a presentar un evento mórbido capaz de dejar, en consecuencia, una discapacidad

B. En cada ciclo de la vida los factores de riesgo observables y controlables son diferentes

C. Algunas veces esos riesgos no son evidenciables o no se les presta atención en un primer momento pero después, con el transcurrir del tiempo, se expresan sus consecuencias y se manifiestan las discapacidades

D. Hay que tener una conciencia preventiva sobre la discapacidad, lo que podemos expresar señalando que los factores de riesgo de una enfermedad o causa externa son en última instancia, factores que limitan la función (la discapacidad) de un sujeto o persona.

E. Tener en cuenta también que no todos los sujetos reaccionan igual ante un factor de riesgo x sino que existe un terreno predisponente (factores contextuales personales y ambientales) para generar una discapacidad

F. Los riesgos muchas veces se hacen importantes ante la adopción de conductas riesgosas y la ausencia de factores protectores

G. Hay que identificar en toda enfermedad o daño que se esté tratando: los **factores protectores**, las **conductas de riesgo** y los **factores de riesgo** para llegar a su reducción, eliminación o neutralización, teniendo presente con esas acciones que no solamente se está eliminando o controlando la enfermedad o causa externa, por el simple hecho de la enfermedad o la muerte, sino por la discapacidad que produce.

H. Todas las enfermedades en sí, sea la causa que sea, son potencialmente productores en mayor o menor grado de deficiencias, que pueden o no generar limitaciones en la función (discapacidad) y limitaciones en la participación (antes llamadas minusvalías)

I. Las acciones dirigidas a las personas deben organizarse en función de la etapa del ciclo de vida, género, contexto cultural y otros (Donas, 1994)

Riesgo

Es la probabilidad de que algún o algunos factores determinados aumenten la aparición de consecuencias adversas para la salud. El identificar estos factores sirve de gran utilidad para programar de manera mas adecuada las interven-

ciones que busquen el control de algún problema o problemas...¹³

Riesgos de discapacidad según el ciclo de vida

Infantil

Preconcepcionales, prenatales y postnatales. La determinación de los factores de riesgo para las discapacidades, en esta etapa, está relacionada con los factores asociados al embarazo, el parto y la etapa de recién nacido, de manera que existen unos factores relacionados con la madre y otros con el producto del embarazo, el niño o niña.¹⁴ Cabe enfatizar en este aparte que la conciencia rehabilitadora ante la dualidad madre/hijo no contempla solamente el cuidado de la mujer embarazada por sí misma, sino también de manera primordial, la atención del producto de ese embarazo, el feto, el embrión, el niño o niña. Se describen entre otros:

Preconcepcional

- Antecedentes obstétricos desfavorables en embarazo previo.
- Antecedentes genéticos desfavorables.
- Edades menor de 18 años o mayor de 35 años.
- Paridad (4 y mas).
- Enfermedades.
 1. Crónicas.
 2. Infecciones.
- Exposición a teratógenos.
- Abuso de alcohol, drogas o tabaco.
- Excesiva actividad física.
- Incompatibilidad Rh potencial.
- Fecha de última menstruación desconocida.
- Subnutrición y obesidad.

Durante el embarazo

- Embarazos múltiples.
- Hemorragias del tercer trimestre.
- Insuficiente o excesivo aumento de peso.
- ETS y SIDA.
- Diabetes.
- Infecciones.

¹³CINTERFOR.OIT. Jóvenes, formación y empleo. 1999

¹⁴MSAS. Norma Oficial Venezolana del Programa de Atención a la Madre, Niño y el Adolescente, Venezuela 1998

- Enfermedad Hipertensiva del embarazo.
- Abuso de alcohol, drogas o tabaco.
- Exposición a radiaciones.
- Riesgos ocupacionales.
- Embarazo no controlado.

El parto

- Hemorragias.
- Infecciones.
- Parto obstruido.
- Pre-eclampsia y ó eclampsia.

Recién Nacido.

- Prematuridad / bajo peso al nacer.
- Infecciones.
 1. Tétanos.
 2. Diarreas.
 3. Neumonías.
 4. Septicemia.
 5. Rubéola Congénita.
- Hipoxia.
- Traumatismos durante el nacimiento.
- Incompatibilidad RH.
- Enfermedades Genéticas.

Detección Temprana de Problemas de desarrollo y crecimiento

A) La **presencia de factores de riesgo** para discapacidades en la etapa de vida infantil hace obligatoria la vigilancia de las fases del desarrollo y las respuestas reflejas, así como de los signos mínimos de trastornos genéticos, para poder determinar precozmente las acciones preventivas rehabilitadoras a tomar.

B) En el niño, no hay que esperar que se manifiesten los signos para actuar. Hay que trabajar ante esta posibilidad, ante la presencia de factores de riesgo con programas de **estimulación temprana** desde el momento del nacimiento además de cualquier conducta tendiente a tratar el problema médico.

Problemas de aprendizaje y deserción escolar (Salud Escolar)

- Muchas veces los factores de riesgo ante estos problemas no se manifiestan sino cuando el niño llega a la etapa escolar. Guardar carne de control de crecimiento y desarrollo.
- Hay que hacer un seguimiento de los niños con factores de riesgo evidenciables en su etapa de Recién Nacido y lactante hasta llegar a la edad escolar, para tratar de controlar las limitaciones funcionales que se puedan producir en

consecuencia, con fracasos escolares y deserciones escolares.

- Es importante determinar los problemas sensoriales, motores, intelectuales que pueden estar incidiendo en el proceso de aprendizaje a un niño (a), más aún cuando existen factores de riesgo a nivel pre, paranatal o durante sus primeros años de vida, no sólo desde el punto de vista físico sino también psíquico, familiar y social.
- Existen problemas de índole psicosocial y familiar que corresponden al entorno (Factores contextuales) que pueden ser generadoras de discapacidades o limitaciones en el funcionamiento a nivel escolar

Adolescencia y Adulthood

En el/la adolescente que se ha desarrollado normalmente no son, a veces, las enfermedades generadoras de discapacidades el punto neurálgico para su manejo y control, sino que lo más evidente es que, el adolescente en esa etapa de desarrollo puede asumir conductas riesgosas que generan discapacidad al estar mayormente expuesto a factores de riesgo productores de eventos o causas externas o enfermedades.

Los **factores de riesgo** que inciden en la producción de discapacidad en la etapa de la adolescencia varían mucho de otros ciclos.

El/la adolescente, con sus características propias, reflejadas por los cambios físicos, emocionales y sociales, experimenta, en su paso hacia la adultez, transformaciones que lo hacen ver, en unos casos como un adulto, pero en otros, con conducta inmadura.

Existe un pugilato entre él y su entorno, en su intento de establecerse como ser independiente que lo exponen a una multiplicidad de riesgos con más acentuación que en otros ciclos de vida.

Desde el punto de vista psicosocial, por tratar de ganar estabilidad y desarrollar confianza en sí mismo (autoestima), el o la adolescente sufren un proceso de diferenciación interna que lo ponen a jugar en una situación donde se busca recibir la aprobación de los demás, más por el hecho de desafiar la autoridad de la cual dependen que de recibir la aprobación por ser dependientes.¹⁵

Existen además, una serie de características culturales que afectan seriamente la autoestima del o de la adolescente. Esto tiene que ver en gran proporción y por regla general con el **género**, que hace más expuesto a riesgos al muchacho o a la muchacha, dependiendo de las circunstancias y las pautas sociales.

La **cultura** también afecta la auto-imagen ya que los valores culturales tienen mucho que ver con la reafirmación externa que percibimos sobre nuestra apariencia.

¹⁵Canessa, Patricia y Nykiel, Connie. Manual para la educación en Salud Integral del Adolescente. OPS-OMS. FNUAP. Mayo 1997

En este transcurrir, existen factores de riesgo y conductas riesgosas que claramente tienen que ver con la exposición a riesgos a sufrir discapacidades en esta edad, y estos son:

Accidentes, donde existen variaciones en la exposición al riesgo en la medida que va aumentando la edad, con el desarrollo mental y madurez, disciplina y control y confianza en sí mismo, experiencia y exposición al riesgo, siendo los riesgos mayores en esta edad, entre otros

- A) Caídas.
- B) Heridas.
- C) Accidentes por vehículos.
- D) Lesiones por deportes.
- E) Quemaduras.
- F) Laborales.

La Violencia con sus diferentes formas:

- Abuso de menores.
- Violencia doméstica.
- Violencia sexual.
- Violencia escolar.

Abuso de alcohol y drogas, que se podría interpretar, en ocasiones, como factor, y en otros casos como consecuencia de un entorno insalubre, trayendo a su vez problemas físicos y sociales graves como son, Accidentes y Abusos

Otros como el hábito de fumar y el ambiente social tanto en la pobreza como en la opulencia

Enfermedades

- (1) Tuberculosis.
- (2) ETS y SIDA.¹⁶

Conductas que favorecen estas patologías.

- Promiscuidad.
- Prostitución.
- Relaciones sexuales precoces.
- Uso inadecuado del condón.
- Desconocimiento de la sexualidad.
- Procesos migratorios.
- Drogas y alcohol.

¹⁶MSAS. Venezuela. Norma Oficial Venezolana del Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual. 1998

Enfermedades o accidentes laborales

Los factores, que hacen el terreno fértil para la producción de discapacidades en la adolescencia se extienden frecuentemente a la **Edad Adulta**, lo cual a veces no tiene retorno a la normalidad, a menos que se logre por vía de manejo oportuno y del tratamiento adecuado en el caso de las discapacidades instaladas, la restauración de la salud o la adecuación a un ambiente mas saludable.

Es importante tener claro que, aunque no se ha realizado diferenciación por género, los riesgos a presentar discapacidades varían notablemente entre uno y otro grupo. Por ejemplo, ha sido enunciado en múltiples situaciones que el hombre en este ciclo de vida está mas expuesto a presentar problemas de salud, productores de discapacidad y más aún, en la etapa adolescente o adulta joven, donde el ambiente y las conductas riesgosas hacen presa a la población de problemas generadores de discapacidad.

En **esta etapa de adulto** donde, se afirma la personalidad y quedan impresas características individuales en la estructura de la persona para el resto de su vida. Su funcionamiento dependerá del mantenimiento de un estado de salud aceptable, para prevenir al máximo el desarrollo de enfermedades crónicas y degenerativas, todas productoras de discapacidades o alteraciones en las funciones y/o estructuras corporales y que son responsables de más del 60% de las muertes y discapacidades en la Región¹⁷ de las Américas a finales del siglo XX, enfermedades éstas que comienzan en la edad adulta aunque son el problema mayor de discapacidad en la adultez mayor.

Lo interesante es que, los **factores de riesgo** para estas enfermedades son en gran medida prevenibles y controlables con la intervención de acciones preventivas primarias y secundarias, actuando directamente sobre estos factores y las conductas, lo cual se facilita con la práctica de la atención primaria, generando además la auto responsabilidad en el cuidado de la salud.

Los factores de riesgo, entonces, en esta etapa, además de los señalados en la adolescencia guardan relación con el contexto ambiental como son la nutrición, el consumo de medicamentos, desarrollo tecnológico, sedentarismo, desastres, pobreza, desempleo, entre otros.

Población Adulta mayor

Cabe destacar que la discapacidad es una de las características más notorias en la edad adulta mayor, sin que eso signifique que el envejecimiento indefectiblemente conlleve discapacidad, sobretodo cuando las características personales y del entorno han sido saludables y libres de riesgos o de conductas riesgosas. El envejecimiento es un fenómeno fisiológico, de comportamiento, social o cronológico, según la visión que se le dé:¹⁸

¹⁷OPS-OMS Prevención Clínica. Guía para médicos, Publicación Científica 568, 1998

¹⁸OPS-OMS Hacia el bienestar de los ancianos. Publicación Científica N° 492. pag.9 1985

A pesar de ello, la falta de prevención en etapas anteriores, se podría decir que, constituye un cúmulo de factores de riesgo para la discapacidad en la etapa del adulto mayor. Estos factores de riesgo que pudieron ser prevenidos o controlados para evitar un deterioro mas acelerado del funcionamiento y de las estructuras corporales en el adulto son, entre otras:

1. Hipertensión arterial sistémica.
 - Consumo de sal y alcohol.
 - Tabaquismo.
 - Obesidad.
 - Anticonceptivos orales.
 - Stress.
 - Herencia.
 - Sedentarismo.
2. Alto consumo de grasas y alcohol.
3. Tabaquismo.
4. Obesidad.
5. Vida Sedentaria.
6. Colesterol y Triglicéridos.
7. Lipoproteínas (LDL y HDL).
8. Stress.¹⁸
9. Diabetes Mellitus con factores de riesgo para Diabetes tipo 2.
 - A. Historia familiar.
 - B. Obesidad.
 - C. Ser mayor de 35 años.
 - D. Medicación e Hiperlipidemia.
- Diabetes tipo 1.
 - A. Herencia.
 - B. Ambiental.
- 2) Dolor músculo esquelético y articular sea por problemas degenerativos o por enfermedades diversas.
- 3) Cáncer.
 - A) Cuello uterino.
 - Ausencia de examen citológico.
 - Infección por VPH.
 - Inicio precoz de relaciones sexuales.
 - Promiscuidad sexual de la mujer o de su pareja.
 - Tabaquismo.

¹⁹Ministerio e Salud y Asistencia Social Venezuela, NORMA OFICIAL VENEZOLANA DE LOS PROGRAMAS DE SALUD. Norma oficial venezolana de los programas de enfermedades crónicas y no transmisibles 1998

- Pobreza.
 - Analfabetismo.
- B) Pulmonar.
- Fumar cigarrillos o fumador pasivo.
 - Exposición frecuente a asbesto, hidrocarburos poli cíclicos, radón, cromo, níquel, o arsénico inorgánico.
 - Polución atmosférica.
- C) Mama.
- Antecedentes familiares o personales.
 - Edad mayor de 40 años.
 - Enfermedades mamarias de tipo proliferativo.
 - Menarquia precoz o menopausia tardía.
 - Nuliparidad o paridad tardía.
 - Factores hormonales, especialmente la administración de estrógenos exógenos.
 - Dietas ricas en grasas saturadas.
- D) Gástrico.
- Infección crónica por *Helicobacter pilori*.
 - Ingestión de exceso de sal y alimentos ahumados.
 - Nitritos y compuestos relacionados.
 - Ingesta frecuente de alcohol.
 - Fumar cigarrillos.
 - Dietas bajas en vegetales, frutas y leche o sus derivados.

El/la anciano/a y la integración familiar

Se ha querido dar énfasis a este punto por el hecho de que el/la anciano/a tiene **problemas discapacitantes**, en alto grado, por factores psicosociales que inciden grandemente en su funcionamiento y en su participación como ser humano, que aún se siente útil, pero que a pesar de ello se siente discriminado por todos los seres que lo rodean.

Estos **factores psicosociales**²⁰ son determinantes de la salud y la atención de salud de los ancianos. Comprenden entre otros, la religión, filosofía y ética, lo que englobo como la Cultura del Amor. El anciano sufre de una serie de sentimientos y temores por estar desprovisto muchas veces, de la protección que se merece. Se siente aislado, solo, afligido, dependiente, con temor a enfermar, a morir.

El **aislamiento** puede ser debido a sentirse inútil, que **ha perdido la posición social**, teniendo en consecuencia, cuadros depresivos. La soledad no consiste solamente en tener poco contacto con otras personas sino en la calidad de esos

²⁰OPS-OMS Hacia el bienestar de los ancianos. Publicación Científica N° 492. pag 87 1985

contactos. Estos contactos pueden estar reducidos no sólo por problemas en el funcionamiento general, sino también por pérdida de sus amigos o compañeros, lo que le da mas importancia a sus contactos familiares, cuyos lazos con el anciano pueden ser débiles o fuertes, lo que redundará en esa calidad de atención que puede recibir el anciano, para no sentirse perdido y solo.

Se le da también importancia a la aflicción. Muchas veces el anciano no se percata de la misma y sus familiares no lo tienen en cuenta, de manera que al ir perdiendo el anciano sus funciones y capacidades entra en una situación de conflicto, que pasa por **fases de negación, ansiedad, agresión y depresión**, pudiendo llegar inclusive al suicidio. Es importante señalar que no solamente es la pérdida de las funciones corporales lo importante sino también, la sensación o comportamiento de los familiares que ven al anciano como dependiente.

La enfermedad a menudo crónica también es un factor importante y se dice que es factor de humillación para los ancianos. Esto se hace mas notorio cuando se quedan solos porque los hijos se han marchado y les queda el temor a enfermarse y no poderse valer por sí solos.

Por todas estas razones, el trabajo comunitario con integración de los adultos mayores es primordial, concibiendo, para y con los mismos, espacios de participación que les permitan mantenerse en una situación de igualdad y equidad que sus semejantes.

El cariño, la oportunidad de participación y la opinión de los(as) adultos(as) mayores son para la sociedad una fuente de energía y conocimientos que, en vez de despreciarlos, es vital recuperarlos, para beneficio de todos en la sociedad, como sucede en muchas de ellas.

Tabla N° 1: Resumen

CICLO DE VIDA	NIÑOS Y NIÑAS	ADOLESCENTES Y ADULTO JOVEN	ADULTO/AS	ADULTOS MAYORES
VULNERABILIDAD	Problemas en el embarazo, parto y en etapa posteriores	Accidentes y violencias	Problemas viscerales accidentes	Problemas degenerativos
DISCAPACIDAD MAS FRECUENTE	Alteraciones desarrollo psicomotor	Lesiones del sistemas nervioso central y periférico	Deficiencias osteomusculares, respiratorias, cardiovasculares, renales, cáncer, metabólicas	Alteraciones funcionales en todos los órganos y sistemas. Deficiencias intelectuales

Promoción de la salud

Desde 1946 cuando Sigerist²¹ define a la **promoción de la salud** como una de las intervenciones en la atención en salud, al lado de la prevención, restitución y rehabilitación, se han producido una serie de referencias mundiales donde se ha hecho evidente la necesidad de crear condiciones para aumentar la salud y el bienestar de la población.

Así tenemos, entre otros antecedentes:

A) **1978, Declaración de Alma Ata.** Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, donde se incluye la Promoción de la Salud, señalándose como Promoción Primordial. Se considera que la salud no sólo es la ausencia de enfermedad sino que existen una serie de factores condicionantes en el ambiente que se requieren para lograr un nivel de salud apropiado, ejemplo, Agua potable, Disposición de excretas, y otros.

B) **1981, Estrategia global de salud para todos en el Año 2000.** OMS

C) **1986, La Carta de Ottawa** donde se reconocen como prerequisites fundamentales para la salud: la paz, la educación, la vivienda, el poder adquisitivo, un ecosistema estable, la conservación de los recursos naturales y la equidad.

En esta carta se define la **Promoción de la Salud** como:

"el proceso de capacitación de las comunidades para actuar en la mejoría de su calidad de vida y salud, incluyendo una mayor participación en el control de este proceso".

Se habla también que la **salud no puede ser limitada al sector salud sino ser acción intersectorial.**

Se definen como **estrategias de acción promocionales** las siguientes:

- Establecimiento de políticas públicas saludables.
- Creación de ambientes saludables en salud.
- Reforzamiento de la acción comunitaria.
- Desarrollo de habilidades personales.
- Reorientación de los servicios de salud.

D) Posteriormente en las siguientes reuniones y declaraciones se ha dado importancia a un aspecto específico de lo señalado en Ottawa:

- 1991, Reunión de Sundsvall: sobre **Salud, ambiente y desarrollo humano**, y los ambientes de apoyo a la promoción de la salud.
- 1997, Jakarta " Nuevos autores para la nueva era: introduce la **promoción de la salud en el siglo XXI**". Se hace una reconsideración de todo lo que se trataron en las otras conferencias, reconsideraron los factores determi-

²¹EU.MAHP. EU Masters in Health Promotion Claudia Velez 24 julio 2002

nantes de la salud y las acciones a tomar para el siglo XXI.

● 1998, Conferencia de Adelaida: **Políticas públicas Saludables.**²²

Se señala la **salud como Derecho Humano**, esencial para el desarrollo social y económico, reconociéndose que, para lograrla es indispensable la promoción de la salud y reducir la inequidad en salud.

Agregan otros factores determinantes de la salud, a los señalados en Ottawa:

1. **Empoderamiento de la mujer**, justicia social, respeto de los derechos humanos y la pobreza.
2. Se señalan también la urbanización, aumento de la población adulta mayor y la prevalencia de enfermedades crónicas, los crecientes hábitos de la vida sedentaria, la resistencia a los antibióticos y a otros medicamentos comunes, la propagación del abuso de drogas y de la violencia civil y doméstica.
3. Las **enfermedades emergentes** y el mayor reconocimiento de los problemas de la salud mental.
4. La integración de la economía mundial, los mercados financieros y el comercio, el acceso a los medios de información y a la tecnología de comunicación y la degradación del medio ambiente como consecuencia del uso irresponsable de recursos.

Todos los cambios señalados determinan los valores, los estilos de vida y las condiciones de vida en el mundo. Se determinan las **prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI**:

1. **Promover la responsabilidad social por la salud.**
2. **Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud**, que exige un enfoque intersectorial con más recursos para educación, vivienda y salud, y dando énfasis al cubrimiento de las necesidades de grupos vulnerables como mujer, niños, adultos mayores, indígenas y poblaciones pobres y marginadas.
3. **Consolidar y ampliar las alianzas estratégicas** en pro de la salud entre sectores y niveles de gobierno y sociedad.
4. **Ampliar la capacidad de las comunidades** y empoderar al individuo, lo que implica educación práctica, adiestramiento para el liderazgo y acceso a recursos.
5. **Consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud** dentro de los ámbitos, espacios y entornos para la salud, lo cual es actualmente la esencia de los trabajos en marcha como Ciudades Saludables, Escuelas Saludables, Hospitales Saludables, Prisiones Saludables, Universidades Saludables, Lugares de trabajo Saludables.

Un entorno es un sistema social y el objetivo de la intervención no solo son las personas sino las estructuras y patrones sociales que conforman el sistema social.²³

²²Instituto de Altos estudios en Salud Pública. Aragua 2005

²³[Http://www. Ua.es/dsp/matdocente/Carlos.2.html](http://www.Ua.es/dsp/matdocente/Carlos.2.html)

Estilos de vida saludables como factor preventivo de discapacidades.

El incorporar la promoción de la salud a nuestro ámbito de trabajo, la discapacidad, resulta del análisis de lo antes mencionado en prevención de discapacidades. Los principios señalados en los documentos sobre Promoción de la Salud implican estilos de vida saludables, que evitan la producción y perpetuación de condiciones alteradas de salud que, como consecuencia, producen discapacidades, y aunque en principio no se considera explícito su enfoque en las Declaraciones, no es menos cierto que cuando se habla de las acciones de promoción, tenemos que tener en cuenta que:

1. Todos los factores determinantes de la salud, unos mas que otros, producen un sin fin de enfermedades y causas externas productoras de discapacidad. Por tanto, todos los proyectos que se llevan a cabo para realizar cambios de los estilos de vida a estilos saludables, con menor exposición a riesgos que alteran la salud, llevan como finalidad mejorar la calidad de vida y mantener la productividad del individuo.
2. No se puede lograr equidad en salud si no se toma en cuenta a la población con discapacidades, la cual cada día menos, es excluida y discriminada del resto de la población en la atención de la salud.
3. Muchas veces la negligencia y la mala praxis es causante de discapacidades no pocas veces permanente, al no tener en cuenta estas consecuencias en el tratamiento de las enfermedades.
4. Cuando se estructuran los servicios no se puede dejar de contemplar que en ellos también se asisten a personas con discapacidad, los cuales no pueden presentar barreras para su movilización.
5. Así mismo el establecimiento de ambientes saludables deben incluir ambientes sin barreras para las personas con discapacidad.

Actividad Física, Recreación y Deporte

La actividad física está definida como el tiempo disponible dedicado a determinados tipos de actividad o ejercicios físicos, bien durante el periodo de trabajo, o durante el tiempo de ocio.²⁴

El **sedentarismo** al que nos ha habituado la vida actual, el mayor uso de los medios de transporte de motor que limitan la marcha, la mala nutrición, el stress de la modernidad, el trabajo en oficinas, y otros muchos factores que hoy son determinantes de la salud, están causando cada vez mas estragos en la población general. Estos determinantes, se han descrito como causantes de enfermedades crónicas, sobre todo en la población adulta la cual sufre de problemas músculo esqueléticos, cardiacos, respiratorios, y metabólicos, los cuales se ha demostrado que se pueden retardar en su aparición, o mejorar, con la realización de actividad física.

²⁴OPS/OMS. Prevención clínica. Guía para médicos. Pag 132

Proyectos como el CINDI o Carmen se han diseñado y ejecutado en muchos países para tratar de controlar las limitaciones funcionales de múltiples estructuras anatómicas y alteraciones metabólicas como la diabetes. Utilizando la actividad física que, actuando sobre los factores de riesgo, mejora los niveles hematólogicos, la capacidad física, el ánimo y, en general, las condiciones de vida.

Estos estudios, en esencia, están basados en la realización de actividad física, al menos durante un corto periodo de tiempo (1/2 hora) diario, tiempo que se considera suficiente para producir los cambios esperados en el individuo.

Aunque esto es verdad, no es menos cierto que la exageración en la actividad física, puede también tener efectos no deseables, entre los que se citan, por ejemplo, artrosis, infarto al miocardio y raramente, la muerte súbita.²⁵

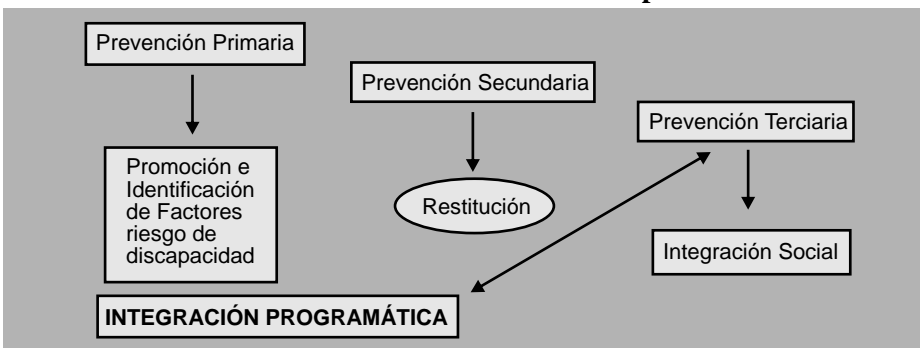
Por otro lado, tenemos que aunque se recomiendan la actividad física, la recreación con la utilización del tiempo de ocio y los deportes, estas actividades deben ser supervisadas y evaluadas por personas conocedoras en la materia, pues existen una serie de problemas que se han señalado y que la vemos en la práctica profesional, como son, las que se conocen como lesiones en los deportistas de cualquier tipo.

Así tenemos por ejemplo, el codo del tenista, los problemas en hombros de los pitchers, problemas en trotadores, etc., problemas que muchas veces causan deficiencias evidentes, limitantes de las funciones.

Prevención de discapacidades

Conjunto de actividades interprogramáticas e intersectoriales, tendientes a la promoción de estilos de vida saludables y prevención primaria, secundaria y terciaria de discapacidad.

Cuadro N° 1: Prevención de la Discapacidad



²⁵Idem, pag32

Hablar de **prevención de discapacidades** ha sido un tema muy poco abordado en la práctica. Las razones pueden ser entre otras, el limitado conocimiento por parte del personal de salud del significado real de la discapacidad y de lo que significa para una persona ser portadora de una discapacidad.

Todavía en estos momentos la generalidad de los médicos consideran a la persona con discapacidad cuando se encuentran en el periodo de estadio de la misma, a veces con complicaciones y donde no encuentran otra solución sino enviarlos a un servicio de rehabilitación, donde, en no pocas ocasiones, no llegan a tiempo para prevenir las complicaciones y mejorar las posibilidades para que esa persona pueda al máximo e integralmente recuperar su funcionalidad para su vida futura, con buena o aceptable calidad de vida.

Muy poco se piensa que la discapacidad es la resultante de la falta de prevención y que, al prevenir las enfermedades, se están previniendo las discapacidades ya sea temporal o definitivamente.

La conciencia sobre las consecuencias de la enfermedad muchas veces por no decir todas, se circunscribe a la curación o a la muerte, sin tener en cuenta que en muchas ocasiones, la persona cura, pero quedan lo que antes se llamaban secuelas y hoy día discapacidades.

La prevención de discapacidades hay que realizarla muy tempranamente, aún cuando no existan daños evidentes de lesión orgánica o funcional.

Prevención Primaria de Discapacidades: la llevamos a cabo cuando se evita la aparición de una enfermedad. En ésta se conjuga la prevención de discapacidades con la de otros programas sanitarios de prevención primaria de enfermedades y de causas externas (Programa de Prevención de Cáncer, de Enfermedades Cardiovasculares, de Diabetes, Atención a la Mujer Embarazada, Salud Escolar, Inmunizaciones, etc.; o sea, programas que tratan de evitar la presencia del daño físico, funcional, de acuerdo a los factores de riesgo, que a su vez prevendrán la aparición de deficiencias o discapacidades.

Prevención secundaria de discapacidades: En este caso, no se logró prevenir la enfermedad o el accidente; se presentaron signos y síntomas y se trataron estos de acuerdo con los protocolos establecidos médico quirúrgicos. (Restitución de la Salud). El paciente no murió, pero de acuerdo con la historia natural y la evolución de la enfermedad se puede establecer que desarrollará limitaciones que interferirán con su vida futura, como ser independiente. Esta consideración hay que tenerla en cuenta para proceder de manera temprana a su control, aún desde su lecho de enfermo agudo (Detección e Intervención Temprana).

Prevención terciaria de discapacidades: El paciente pasa la fase aguda, subaguda, egresa aparentemente apto para su supervivencia pero con problemas de función o en alguna estructura corporal, que interfieren en su desempeño como ser humano (Limitaciones en la actividad). Otro caso, también en esta fase,

se presenta con una persona que tiene un cuadro que muestra dificultades pequeñas o grandes para poder involucrarse como ser independiente en la vida y poder cumplir con la misión que se establece en todas personas en cada edad. (limitaciones en la participación).

Es aquí donde la **Prevención Terciaria de Discapacidades** se realiza con trabajo en Rehabilitación integral propiamente dicha, para lograr frenar su limitación al máximo.

En el folleto Discapacidad, editado por el subprograma de rehabilitación, Programa de Promoción de Salud de la OPS en 1991 se presentó la tabla que adjuntamos:

Tabla N° 2
Medidas de prevención de la discapacidad según sus distintas causas

Causa	Primaria	Secundaria	Terciaria ^a
Congénita	Orientación genética Educación en salud Paternidad responsable Reducción de la endogamia	Tratamiento precoz e integral Orientación psicológica y social	Tratamiento de rehabilitación Educación en salud
Enfermedad transmisible	Vacunación Abastecimiento de agua y saneamiento Educación en salud Control epidemiológico	Tratamiento precoz y apropiado Administración de drogas específicas Disminución de riesgo de exposición	Educación para el autocuidado Provisión de ayuda técnica
Enfermedad no-transmisible	Hábitos higiénico-dietéticos Prácticas de educación física y deportes Control médico periódico Educación en salud	Control de riesgos Tratamiento integral Orientación educacional y vocacional Cambio de actitudes del individuo, la familia y la comunidad	Orientación vocacional Educación común y especial
Accidentes	Legislación específica Educación de la comunidad Inspección de vehículos y maquinarias Sistemas de seguridad	Disminución del riesgo de exposición Tratamiento precoz	Eliminación de barreras estructurales y arquitectónicas
Malnutrición	Mejoramiento de la nutrición de la mujer embarazada, el niño y el anciano Aporte de vitaminas y minerales Mejoramiento de la planificación, producción y distribución	Control del crecimiento y desarrollo Dieta adecuada y equilibrada	Información pública Adecuación de viviendas y urbanismo Acceso laboral

^a Las medidas de prevención terciaria indicadas son válidas para todas las causas de discapacidad - WDC.1991

Disposiciones generales de prevención de discapacidades

Recién Nacido, lactante y preescolar:

1. Todo niño producto de embarazo de alto riesgo, deberá evaluarse integralmente para detectar signos de alarma y descartar de lesión del sistema nervioso central.
2. Recién nacido producto de **partos distócicos, sufrimiento fetal, parto instrumental** o quirúrgico deberá recibir vigilancia de todas las áreas del desarrollo psicomotor (**motora gruesa, motora fina, audición y lenguaje, social y adaptativa**) para detección precoz de signos e intervención temprana de dichas alteraciones.
3. Toda madre con niño producto de **embarazo no controlado o de alto riesgo al nacer**, bajo peso al nacer, prematuro, etc, debe tener información del desarrollo normal del niño y de sus principales alteraciones, para detección precoz y logro de colaboración en el tratamiento de su hijo.
4. La intervención temprana a través de **Estimulación Multisensorial** dirigida debe ser instaurada desde la etapa postnatal precoz a todo niño de riesgo aún sin que presente signos evidentes de lesión.
5. Todo niño que manifieste signos de alarma o evidencia de alteración de alguna de las áreas del desarrollo (**motora gruesa, motora fina, audición y lenguaje, social y adaptativa**) o de la postura, tono muscular o movimientos debe ser referido de inmediato a consulta especializada.
6. Los niños con malformaciones congénitas del sistema nervioso central, espina bífida, mielomeningocele, etc, requieren manejo inmediato de su problema y referencia al centro especializado para programa integral de rehabilitación.
7. Los niños con sospecha de **trastornos sensoriales graves**: sordera, ceguera deben ser evaluados precozmente para diagnóstico y conducta terapéutica.
8. La madre de un niño con **trastornos genéticos** que alteran el desarrollo psicomotor se le ofrecerá asesoramiento y estudio genético preconcepcional y, a toda embarazada con riesgo, estudio genético prenatal.
9. En todo control prenatal se realizarán pruebas de identificación de grupo sanguíneo y factor Rh en los padres y de Toxoplasmosis en la madre.
10. Todo recién nacido producto de madre Rh negativo o con incompatibilidad ABO o que presente tinte icterico se le hará medición de la bilirrubina, haciendo seguimiento estricto de la coloración de piel y mucosas en la primera semana de vida, así como control seriado de niveles de bilirrubina sérica.
11. Todo niño que requiera incubadora y oxigenoterapia debe vigilarse estrictamente la dosificación del oxígeno para prevenir la **Fibroplasia retroental**.
12. Es imperativo la vacunación de las niñas con vacuna antirubeola para la prevención de rubéola en la embarazada por las consecuentes discapacidades

sensoriales y cardíacas que puede ocasionar al feto.

13. A todo niño con factor de riesgo para pérdida auditiva se le realizará **evaluación sensorio - perceptual integral** tan pronto como las condiciones clínicas del niño lo permitan

14. Todo niño con **síndrome convulsivo** se debe mantener vigilancia y control para prevenir crisis y deficiencias .

15. Los niños con **deficiencias del aparato locomotor** deberán ser evaluados precozmente para prevenir discapacidades permanentes de locomoción y/o destreza.

16. Los niños con trastornos de la cascada de coagulación deben recibir tratamiento integral especializado hematológico, ortopédico y rehabilitador.

Preescolares

1. Hay que **descartar problemas sensoriales** precozmente en los niños que ingresan al sistema escolar y que no fueron detectados con anterioridad.

2. Los niños **con fracaso escolar** deben ser evaluados integralmente para determinar sus potenciales de aprendizaje y poder cubrir sus necesidades de rehabilitación por educación regular o especial .

3. Los niños que ingresan al sistema educativo, sus madres deben recibir educación sanitaria para prevenir defectos posturales, por ejemplo secundario al uso de morrales, maletines, zurdo, etc.

4. Las destrezas hereditarias (zurdo) deben respetarse en los niños.

No se debe restringir la educación a niños con problemas discapacitantes.

Adolescentes

1. La persona adolescente constituye un grupo poblacional que requiere atención especial por estar expuesto a riesgos ambientales mas que cualquier otro grupo.

2. Requiere ayuda para mejorar exposición a factores de riesgo (drogas, violencia, abuso sexual, delincuencia, tabaquismo, alcohol, accidentes) a través de acciones promocionales tendientes a mejorar estilos de vida.

3. Su atención desde el punto de vista rehabilitador tiene que ser oportuno para prevenir las deficiencias.

4. En todo menor de diecinueve años que presente enfermedad del tracto respiratorio superior en número superior a tres episodios por año; enfermedad del oído, enfermedad infecciosa del Sistema Nervioso, en especial meningitis bacteriana o trauma craneoencefálico o que se le hayan suministrado drogas ototóxicas, se impone evaluación auditiva en la fase aguda, al mes, al tercer mes de haber presentado el cuadro.

5. Las discapacidades en esta etapa de la vida se deben tratar igual que en el adulto.

Adultos/as

Lesiones de Nervios periféricos

- Todo adulto(a) que presente lesiones ya sea completa o incompleta de nervio periférico: Radial, Mediano, Cubital, Facial debe ser orientada con el protocolo respectivo dependiendo del nivel de atención.
- Los(as) pacientes con Diabetes deben ser evaluado(a) periódicamente para pesquisa de lesión de nervio periférico.

ACV

- Deben rehabilitarse precozmente para evitar secuelas que las limiten funcionalmente y en las actividades de su vida diaria
- Si son profesionales o trabajadoras se debe actuar preventivamente en la prevención de discapacidades a través de los programas de prevención en factores de riesgo cardiovascular: obesidad, fumar, hipertensión, diabetes, etc.
- La incorporación de la familia en el manejo de los(as) adultos(as) con discapacidad es de prioridad ya que es importante para la recuperación de estas personas.

Lumbalgias

- Es importante que todos(as) reciban Educación Sanitaria para prevención de los problemas de dolor de espalda, que están relacionadas frecuentemente con vicios posturales y en la realización de las actividades del hogar y/o laboral.

Artropatías degenerativas

- Es importante que se realice screening preventivo para el diagnóstico de artritis reumatoide y prevención de la discapacidad por abuso y mal uso de las articulaciones. y así evitar exacerbación de brotes y lesiones deformantes que los limitan en su desempeño.
- Los adultos(as) que se intervengan quirúrgicamente por artropatías deben recibir entrenamiento pre y post quirúrgico.

Lesionados medulares

- Los/as adultos/as lesionados medulares deben recibir entrenamiento precoz en sus déficit funcionales, que afecten las actividades de la vida diaria y el manejo del la vida diaria incluyendo profesión.
- Debe buscarse en todo paciente con discapacidad su ingreso al mercado de trabajo para hacer de él o ella, sujetos económica y socialmente independientes.
- La Rehabilitación incluye entrenamiento en vejiga neurogénica, intestino, prevención de úlceras de decúbito, sexual y evitar deformidades.

- En la medida de las posibilidades debe continuar realizando sus actividades rutinarias para lo cual es necesario contar con la ayuda del grupo familiar.
- No se debe limitar el embarazo aunque puede ser de alto riesgo, en la primigesta con lesión medular ya que no hay limitación funcional para el mismo.
- La lesión medular completa no imposibilita al adulto a la función sexual.
- Existen técnicas específicas a las que pueden optar con este fin.

Cáncer de mama

- En la mujer que sea sometida a mastectomía debe tenerse en cuenta la rehabilitación física precoz para evitar las limitaciones funcionales que conlleva la resección de estas glándulas.
- Tomar en cuenta en la rehabilitación de la mujer mastectomizada el aspecto estético que es uno de los factores más limitantes en la recuperación de estas mujeres.
- Se debe mantener mercado para el suministro de prótesis de mama

Parto psicoprofiláctico en las adultas

- Ejercicios físicos dirigidos en las embarazadas.
- Educación sanitaria para prevención de discapacidades en las embarazadas.
- Ejercicios para prevención de varices.

Cáncer

- En los/las pacientes sometidos a cirugías radicales por cancer debe contemplarse rehabilitación precoz para evitar las limitaciones funcionales y o psicológicas que conllevan estos procedimientos.

Adulto mayor

- El proceso de envejecimiento no implica por si mismo discapacidad.
- Toda enfermedad que se previene y trata a tiempo no produce discapacidad con la consecuente aumento de la expectativa y calidad de vida.
- La filosofía actual lleva a "Llegar a la tercera edad sin discapacidad"
- El/la anciano/a con discapacidad requiere atención integral y especial.
- El/la anciano/a requiere la protección del Estado y el suministro de recursos suficientes desde el punto de vista social para mantener su calidad de vida.
- El/la anciano/a con capacidad productiva no debe ser excluido del mercado laboral ya que el trabajo lo mantiene activo mental y físicamente.

Prevención de discapacidades en pacientes agudos.

1. El/la paciente en cama, aún en **etapa aguda** debe ser estimulado en lo que sea posible y permitido.
2. Las movilizaciones en esta etapa son importantes para evitar limitaciones articulares, atrofas musculares, deformidades.

3. Hay que mantener al paciente en **buena postura**. Las movilizaciones previenen también las úlceras de decúbito.
4. Hay que **estimular multisensorialmente** a los/las pacientes. Aunque estén inconscientes tratarlos con humanidad y cariño.
5. **Mantenerlos limpios**. En lo posible hacer ejercicios respiratorios.
6. Vigilar el **desarrollo de trombosis** venosas profundas. Uso de medias antiembólicas.
7. Vigilar la **alimentación**.
8. Vigilar la **vejiga y el intestino**, evaluando si esta realizando correctamente estas funciones y manejarlo adecuadamente, en consecuencia.

Historia de la rehabilitación

Antecedentes

La presencia de discapacidades en el mundo ha sido manejada y entendida por las poblaciones de acuerdo con las creencias y motivaciones de las diferentes culturas.

Desde la antigüedad la discapacidad ha sido percibida como castigo de dioses, o bajo sentimientos de culpas lo cual persiste aún en muchas sociedades y las personas con discapacidad, han sido víctimas de sentimientos personales negativos que los hacen sentir su diferencia con el resto de sus semejantes, auto percibirse como inútiles, como desechos de la sociedad.

Aunque esto es verdad, no es menos cierto que muchas personas con discapacidad desde tiempos remotos han tratado de buscar como corregir o compensar esas deficiencias y pérdidas funcionales.

La sociedad por su lado, a través del tiempo, ha querido resolver de la manera que mejor han considerado la disminución e impacto de las personas con discapacidad siendo desarrolladas acciones muy diversas y disímiles, no siempre acordes con los Derechos Humanos.

Se han visto involucradas las **personas con discapacidad en acciones de aislamiento y abandono, exterminio, caridad y protección**, hasta llegar a la era actual donde las personas con discapacidad, conocedoras de sus derechos como seres humanos, demandan atención a sus necesidades.

Las sociedades en la actualidad, de manera solidaria han buscado nuevas formas, más científicas y adecuadas, de tratar los problemas de estas personas usando medidas diversas, que en conjunto, constituyen las **medidas rehabilitadoras** que buscan la integración de estas al seno de las mismas como seres productivos y autorrealizados.

La rehabilitación y su necesidad de existir para manejar la discapacidad fue en los primeros tiempos conducida por instituciones privadas, las cuales se dedicaron primordialmente a la población infantil y a las deficiencias ortopédicas.

Los adultos eran manejados en patronatos y asilos, pero con criterios más que todo de protección y custodia de pacientes con discapacidad.

En el siglo XX, dadas las guerras mundiales²⁶ los gobiernos involucrados asumen las responsabilidades de la atención y rehabilitación de los sobrevivientes, más aun en tiempo de la II Guerra mundial, cuando se desarrollan servicios y hospitales para la atención de los veteranos, atención llevada por enfermeras principalmente. Otros profesionales se dedicaron a áreas de la rehabilitación como la Educación Especial y la Rehabilitación Profesional.

La **formación de los recursos humanos**, dada la investigación científica y clínica, siguió hasta llegar a formar y darle importancia a una serie de carreras para lograr el manejo integral de las personas con discapacidad.

Se creó dentro del campo médico, la Medicina Física y Rehabilitación y se desarrolló el **concepto del equipo de rehabilitación**, agrupando médicos especialistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, Psicólogos, ortesistas y protesistas, fonoaudiólogas, kinesiólogas, psicomotricistas y otros profesiones.

En América Latina, la Rehabilitación Médica comienza hacia los años 40 con la creación de servicios de carácter filantrópicos que dedicaron sus esfuerzos principalmente para tratar las discapacidades por poliomielitis. A mediados de los años 60, se conformó un grupo de médicos en la Región, formados primordialmente en Estados Unidos de América que al regresar a sus países, incentivan la creación de servicios integrales de rehabilitación, en grandes hospitales, con o sin mayor apoyo de los entes gubernamentales, hasta llegar a la situación actual.

Países de otras raíces como los del caribe angloparlante, se desarrollaron de diferente manera para el manejo de las discapacidades, siendo principalmente llevado a cabo por Organizaciones no Gubernamentales, basando su accionar en RBC y no en rehabilitación Institucional.

Etapas de la rehabilitación

Revisando la historia y vista dentro del campo de la salud pública, con el transcurrir del tiempo, la rehabilitación en el área de la salud, y principalmente en la América Latina, ha pasado por una serie de etapas que he dividido en:²⁷

Etapas Inicial: Desde finales de los años 40, cuando se inicia en nuestros países un movimiento en el cual empiezan a crearse unidades de Fisioterapia, para tratar principalmente las secuelas de la Poliomielitis y mas que todo manejado por fisioterapeutas, enfermeras y dentro de instituciones privadas.

Etapas de Oro: Durante los años 60 y 70 cuando las unidades se empiezan a transformar y se comienzan a crear otras nuevas, gracias a la incorporación de los Médicos Fisiatras que se forman principalmente en Estados Unidos (que dan origen a la Asociación Médica Latinoamericana de Rehabilitación) y otros

²⁶Rehabilitación en Salud, Una mirada médica necesaria. Editorial Universidad de Antioquia- Colombia 1995

²⁷PEREZALCIDA. Rehabilitación: Una mirada al futuro. 1995 Presentado en el I Congreso de Rehabilitación Integral, Medellín, Colombia

profesionales, como los Terapistas Ocupacionales, Fonoaudiólogos, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Técnicos en Ortesis y Prótesis, adquiriendo la conformación de equipos.

Etapa Estacionaria: Los servicios creados con tanto ahínco por todos nuestros maestros siguieron funcionando, manteniendo la capacidad que se había instalado, con muy pocos cambios dada la falta de priorización del problema y falta de recursos gubernamentales en muchos casos, para dar respuesta a toda la demanda que progresivamente fue incrementándose, resultado de los cambios epidemiológicos que ha tenido nuestra Región.

Se constituyen servicios cada día más insuficientes y estancados en el número de recursos humanos y con tecnología deficiente para la época. Aunque si bien muchos de los servicios se mantuvieron a flote, para algunos otros ha sido difícil su desarrollo.

Es una etapa en la cual los servicios creados con el esquema tradicional de alta especialidad, no lograron dar más respuesta a la demanda que se presentaba, manteniéndose desarrollado solamente el tercer nivel de atención en rehabilitación, con un desarrollo relativo muchos de ellos, pues se dedicaron exclusivamente a la Medicina Física más no a la Rehabilitación, con el agravante de que cada vez resultó más difícil la adquisición de la nueva tecnología, dada la situación económica de nuestros países.

Esto llevó a la necesidad de estructurarse desde los organismos mundiales intergubernamentales como la OMS y la OPS una nueva estrategia, la de la RBC o Rehabilitación de base comunitaria

Etapa de la Rehabilitación de Base Comunitaria: En el sector salud, desde los años 80 hasta la actualidad se está tratando de incorporar esta estrategia en los países como política nacional para la atención de las personas con discapacidad, sin embargo, esto ha sido una tarea ardua ya que ha encontrado mucha resistencia para su incorporación por parte de los especialistas médicos técnicos, así como de los programadores en Salud Pública.

La **RBC** se ha utilizado como herramienta para desarrollar proyectos aislados de ONGs, y hasta ahí su desarrollo, pues muchos no han prosperado en el tiempo por falta de apoyo gubernamental.

En otra vertiente se han creado servicios no tradicionales, desarrollado proyectos de RBC, muchos de ellos por iniciativa privada, y servicios han sido creados por otros sectores, cumpliendo acciones de salud, para dar respuesta a la demanda de discapacidades específicas que salud no cubre.

Con ayuda de organizaciones no gubernamentales se desarrollaron programas e instituciones muchas no coordinadas entre sí. Otras especialidades médicas han instalado unidades para tratamientos específicos de rehabilitación, a fin de cubrir sus expectativas con las personas con discapacidad que ellos tratan.

Uno de los países que en los últimos años ha asumido a la RBC como política nacional es Venezuela donde la Ley de Salud la expresa definitivamente como la

política para la atención de las personas con discapacidad.

La **rehabilitación todavía no resulta ser un aspecto prioritario de la salud** para muchos países. Hasta ahora no ha logrado ser incorporada a muchos programas de salud. Apenas el 52% de los países de Latinoamérica y el Caribe cuenta con un Programa Nacional de Rehabilitación, según estudio realizado en 1995 por OPS

La **Rehabilitación es frecuentemente confundida con una tecnología** y no con un aspecto de la medicina a tomar en cuenta dentro del quehacer diario de los profesionales de la salud. Continúa siendo para muchos la última etapa del proceso, después de la promoción, prevención y restauración de la salud y la concepción de Prevención de Discapacidades no está bien difundida.

Con cierta proporción, los trabajadores de los servicios de Rehabilitación trabajan en instituciones dependientes de distintos empleadores, no logrando impacto ni cambios en la situación de salud de las personas con discapacidad, sin tener definida la posición dentro del contexto de la Rehabilitación Integral, sufriendo en consecuencia los usuarios de esta situación, al no lograr completar su proceso de rehabilitación.

Etapas Integradoras: En la actualidad la rehabilitación está bajo revisión, para lograr construir un futuro mejor en el campo de la salud. Esta etapa muchos la han logrado visualizar a tiempo y han llegado a sobrepasarla, existiendo grupos en la Región que son de avanzada y que están a la cabeza de este desarrollo.

En esta etapa se está buscando integrar las acciones de los servicios especializados con la de los servicios básicos que asumiendo las estrategias de RBC y prevención de discapacidades sean absorbidas siguiendo los parámetros de la Atención Primaria de Salud.

Rehabilitación institucional y rehabilitación con base comunitaria

Además de la Prevención de discapacidades, las estrategias para reducir el impacto de la discapacidad están relacionadas con el campo de la rehabilitación:

1. Rehabilitación institucional (**RI**)
2. Rehabilitación de Base Comunitaria (**RBC**)

Vista bajo esta óptica²⁸, la rehabilitación en los sistemas de salud se relaciona con las acciones de prevención de otros campos de la salud y se inmiscuye en otros sectores a fin de realizar acciones intersectoriales, con participación social, descentralización y programación de acuerdo con las necesidades locales, para el logro de la equidad en salud, por lo cual combina la Rehabilitación Institucional con la RBC.

La RBC es en la perspectiva de la salud para todos, el único enfoque real

²⁸Pérez de Velásquez, Alcida "Rehabilitación basada en la comunidad" XVIII Jornadas de la Soc. Española de Rehabilitación y Medicina Física. Tenerife. 23.05.1997

existente para el logro de la rehabilitación de todas las personas con discapacidad.

Es el engranaje de la **integración social**, objetivo principal del resultado de la rehabilitación. Configura la ejecución local de los servicios haciéndolos posibles a todos.

La RBC debe articularse a un sistema que asegure una apropiada supervisión y una adecuada referencia y contrarreferencia que responda a las necesidades de la comunidad. Además, el sector salud debe proveer de programas de capacitación de personal, desarrollar estudios de investigación, ofrecer servicios especiales.

De esta combinación, resulta un proceso por el cual una persona con discapacidad, utilizando las acciones intersectoriales que le permiten maximizar sus potencialidades bio-psico-social, logra insertarse en la sociedad.

Esta **intersectorialidad** es interpretada como el espacio de interrelación entre sectores que no tienen específicamente los mismos objetivos pero que interactúan en función de un objetivo mayor a los propios de cada sector y que le es común a todos. Tiene como características:

- Núcleo convocante.
- Coordinación.
- Concertación.
- Voluntad política.
- Actitud de interrelación.
- Negociación.
- Espíritu de trabajo en equipo.

En la región de las Américas ha existido gran variabilidad en el desarrollo de la Rehabilitación, la cual ha seguido varios esquemas:

1. Esquema Institucionalista.
2. Esquema de RBC pura.
3. Esquema Integrado RBC - RI.

El sistema integrado comprende:

- Organización de redes de servicios por niveles de atención de complejidad creciente.
- Prevención de Discapacidades y Rehabilitación.
- Incorporación de la Rehabilitación Basada en la Comunidad en el primer nivel de atención en salud.

Rehabilitación integral

La Rehabilitación de por sí, en su definición ya lleva el concepto de integridad en razón de que, para lograr sus fines, no se enfoca el problema con un solo punto de vista.

La **discapacidad se trata de una condicionante de la salud** que altera la calidad de vida de las personas, con repercusión en el desarrollo familiar y social. Por tanto, siendo la rehabilitación el componente de atención en salud que por definición atiende la discapacidad y siendo ésta tan compleja, no menos complejo puede ser su abordaje.

Al definir la rehabilitación ya se habla de que es un proceso Integral, y que tiene en su accionar que ver no solamente con mejorar las limitaciones físicas, sino también mentales, educacionales, sociales y profesionales.

Por tanto, no puede concebirse a la rehabilitación de la persona con discapacidad sino como **Rehabilitación Integral**, proceso que a través de acciones multilaterales y multisectoriales permiten la integración de estas personas a su ambiente.

Bajo un enfoque administrativo la rehabilitación integral engloba todas las actividades en **diferentes sectores a saber, salud, educación, trabajo, seguridad social, infraestructura, legislación, sociedad civil**, entre otros, tendientes al logro de la independencia y autorrealización de las personas con discapacidad.

Cada día mas, los diferentes sectores han ido haciendo consciente su responsabilidad dentro del proceso, conociendo la necesidad de involucrar como objeto de su diario quehacer en la planificación de su actividad a las personas con discapacidad. Esto, poco a poco, está disminuyendo la brecha existente entre el grupo de las personas con discapacidad y el resto de la sociedad.

Los sectores mayormente involucrados son salud, educación y trabajo y, seguridad social, los cuales de una u otra manera, incorporan a las personas con discapacidad como objeto importante a contemplar. En algunos de ellos existen programas específicos para las personas con discapacidad, como son, la Rehabilitación Médica, la Educación Especial y la Rehabilitación Profesional.

Pero la cosa no es tan fácil. Aún cuando estos sectores señalados desarrollan actividades específicas para las personas con discapacidad, muchas veces se limitan al logro de lo que se puede llamar **Rehabilitación Funcional** pues, dentro de esos sectores, las personas interesadas en el tema son las que trabajan en el mismo, no siendo tema de importancia por muchos que no tienen a la discapacidad como objeto de su actividad.

La Rehabilitación Funcional no es más que el proceso tendiente a la recuperación de las funciones de la persona en todas las áreas de desempeño como ser humano como lo relacionado con sus estructuras y funciones corporales.

Queda por tanto, sin contemplar el manejo de la situación, mas allá del simple logro parcial o total de la funcionalidad.

El manejo de manera integral (**Rehabilitación Integral**) sólo se logra dentro de un ambiente apto que le permita realizar las actividades usuales como ente

social y como ciudadano, con iguales derechos para su incorporación en la vida de una comunidad y su participación como cualquier persona en todo lo que la comunidad planifique y contemple para la generalidad de los ciudadanos, o sea, su integración social.

El mundo de hoy está dividido por grupos humanos que aún, a pesar de los esfuerzos realizados siguen siendo excluidos de la sociedad y por tanto, con limitaciones para integrarse a la misma.

Es evidente dentro de la sociedad que hay personas con mayores recursos para lograr ser incluidos, en razón de haber conquistado posiciones bien sea por tener mayor poder adquisitivo, por pertenecer a grupos "privilegiados".

Cuando en estos diferentes grupos se presenta la discapacidad, se despierta la tendencia a excluir a la persona porque se desencadenan diversos sentimientos de lástima, conmiseración o incapacidad para manejar la situación, pudiendo llegar a aislar a la persona, la limitarla y reconocerla como inútil. Esto se hace más grave cuando esa persona pertenece a un grupo de ya excluidos.

La **persona con discapacidad es mayormente excluida** cuando existen factores contextuales personales y ambientales no aptos para su inclusión dentro del grupo social al que pertenecen.

La lucha por la Justicia Social, el respeto de los Derechos Humanos y la toma de conciencia por parte de las personas con discapacidades y su familia, de su realidad, los ha llevado a buscar soluciones para el logro de la integración social.

Esto ha implicado una participación comunitaria importante que ha actuado sobre todos los factores relevantes, traducidos como factores contextuales ambientales individuales y sociales²⁹.

La **participación** la podemos definir, en términos amplios,³⁰ como el proceso por el cual las personas y entidades que tienen un interés legítimo ejercen influencia y participan en el **control de las iniciativas de desarrollo y en las decisiones** y recursos que los afectan.

Al participar las comunidades en las decisiones, se puede lograr la colaboración mayor de sus integrantes para el logro de los fines que persigue, se puede a través de un proceso participativo bien diseñado ayudar a resolver o mejorar conflictos y es una oportunidad para el aprendizaje social e innovación lo que favorece el compromiso con los cambios sociales. Además se pueden fortalecer las instituciones locales y las personas pueden percatarse si los beneficios y los alcances se dan en forma equitativa.

Ahora bien, es importante tener en cuenta que para que este proceso se dé es indispensable la organización de la comunidad. Con una comunidad no organi-

²⁹OMS. OPS. CIF pag. 18 y 19

³⁰BID. Libro de consulta sobre participación 2001

zada, se pierden los esfuerzos que llevan al fin deseado.

La organización de la comunidad frente a la discapacidad.

El fin máspreciado de la rehabilitación es la **integración de la persona con discapacidad al entorno que le toca vivir como ser humano**, miembro de una sociedad con valores, creencias, tradiciones y necesidades.

Cuando las actividades o acciones de rehabilitación se llevaban solamente siguiendo protocolos de atención dentro de instituciones cerradas y abiertas, podía lograrse la adaptación de las personas a su discapacidad, lográndose recuperación funcional, recibiendo todas las atenciones que requería para este fin, pero no era garantizada con estas acciones la aceptación por parte de la comunidad, la cual muchas veces representaba para la gente con discapacidad un terreno árido y hostil para su desempeño.

A raíz del despertar de las conciencias de personas interesadas, y de la necesidad de encontrar para las personas con discapacidad oportunidades de participación en la comunidad, se fueron creando y organizando grupos que conformaron Organizaciones no gubernamentales, las cuales en asociación o no con ciertos grupos gubernamentales, comenzaron a ejercer presión sobre el Estado para garantizar al máximo de las posibilidades, servicios, ayudas, reconocimientos, inclusión escolar, capacitación laboral de las personas con discapacidad.

De esta manera, las comunidades han comenzado a realizar actividades en pro de las personas con discapacidad, llegando a trabajar no sólo por ellos sino con ellos.

El rol de la familia y comunidad en el proceso de rehabilitación e integración de las personas con discapacidad

El primer círculo de interés se despertó a nivel de las familias y es aquí donde se generó el mayor interés por lograr la Rehabilitación Integral de las personas con discapacidad. Se confirma de esta manera que para las personas con discapacidad el apoyo de parte de sus familias es invaluable.

Las **familias juegan un rol encomiable en la integración de las personas con discapacidad**, pues es en el seno de una familia saludable frente a la discapacidad que la persona recoge energías para la lucha contra las adversidades. Se han desarrollado grupos de apoyo familiar para poder dar este soporte y ayuda a su familiar con discapacidad, y en este germen es que se han desarrollado luego las ONG de atención a grupos con discapacidad para buscar la integración social de los mismos.

Otro rol que no podemos obviar y que es muy importante es el que tiene **la familia en el proceso de rehabilitación de su familiar con discapacidad**. No

es solamente para llevarlo y traerlo de una terapia, por ejemplo, sino para ser instrumento participativo y solidario en todo el proceso de rehabilitación de la persona con discapacidad.

Este accionar de la familia tiene efecto mayor que el que pueda ofrecer la institución ya que implica el estar dotado de una carga afectiva, que bien conducida fortalece a la persona con discapacidad no sólo desde el punto de vista funcional sino también psicosocial. Y esto muchas veces se va a reflejar en la actitud que la comunidad muestre para con estas personas.

El comité de rehabilitación a nivel local y provincial

Cuando familias, gobierno y comunidad organizada logran establecer objetivos, en nuestro caso, frente a las personas con discapacidad, pueden constituir los llamados **Comités o Comisiones Comunitarias de Rehabilitación**. Estos cuentan con representatividad de los sectores involucrados en la integración de las personas con discapacidad así como de la sociedad civil interesada, incluyendo las familias de las personas con discapacidad y las mismas personas con discapacidad.

Así se podrán estudiar las posibilidades de abordar el problema siguiendo una metodología apropiada y adecuada a la realidad presente y lograr los objetivos deseados.

La **Comisión**³¹ tiene el propósito de administrar las actividades para las personas con discapacidad, de manera que son los responsables ante la comunidad de estas personas y deben asegurar que tengan las mismas oportunidades que el resto, que participen en las actividades de la comunidad, que se brinden los recursos necesarios para que reciban toda la atención que requieren. Además son las personas que en su momento son responsables de que se tomen las medidas de prevención necesarias para evitar nuevos casos de discapacidad en la comunidad.

Las **comisiones**, en muchos países, no solamente están conformadas a nivel local, sino también provincial y nacional, debiéndose constituir a este último nivel en un organismo asesor supra - ministerial en los asuntos referentes a la discapacidad y su control.

Se está dando el caso de que la actividad para el manejo y control de la discapacidad está incluyéndose en el accionar de los **comités locales de salud**, justificado por el hecho de que no pueden crearse divisiones de grupos en las comunidades y que, la verdadera integración se logra cuando las personas con discapacidad se mezclan con las no discapacitadas sin exclusión.

³¹OMS/OPS Capacitando a la persona discapacitada en la comunidad. Guía para la Comisión de Rehabilitación en la comunidad, pag 8, 1992

Barreras para la integración de las personas con discapacidad

Son los **obstáculos** que tienen que sortear las personas con discapacidad en la realización de sus actividades con las consecuentes limitaciones en su participación. Además se incluyen aquí los problemas geográficos y, en general, ambientales que concurren para empeorar la situación de adaptación de estas personas a su medio.

En las Reglas Uniformes de equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad están enumeradas en detalle todos los aspectos necesarios para el logro de la participación y que se han considerado ya que su aplicación a nivel de cada país resulta en esfuerzos para disminuir las barreras.

Se contemplan:

1. Las precondiciones para la igual participación.
 - A. Incremento de la conciencia sobre el tema.
 - B. Cuidado médico.
 - C. Rehabilitación.
 - D. Servicios de soporte.
2. Las áreas blanco para la igual participación.
 - A. Accesibilidad.
 - B. Educación.
 - C. Empleo.
 - D. Ingreso para mantenimiento y seguridad social.
 - E. Vida familiar e integridad personal.
 - F. Cultura.
 - G. Recreación y deportes.
 - H. Religión.
3. Medidas de implementación.
 - A. Información e investigación.
 - B. Planificación y política.
 - C. Legislación.
 - D. Políticas económicas.
 - E. Coordinación de trabajo.
 - F. Organizaciones de personas con discapacidad.
 - G. Entrenamiento del personal.
 - H. Monitoreo y evaluación nacional de los programas de discapacidad en la implementación de las reglas.
 - I. Cooperación técnica y económica.
 - J. Cooperación internacional.

Intersectorialidad: Rehabilitación en diferentes sectores distintos a Salud

Ya dijimos que para lograr romper barreras y convertir las limitaciones de la

actividad y participación es imprescindible que las acciones rebasen a la salud como sector. No todo lo resuelve este sector.

Las ayudas, la inclusión escolar, las leyes apropiadas, la capacitación profesional y para el trabajo, el empleo, la recreación, los deportes, la vivienda, el transporte, y muchas otras áreas mas pertenecen a otros sectores, y estos, son responsables de ofrecer facilidades a los miembros de la comunidad sin distinciones y sin excluir a alguien.

No puede haber trato discriminatorio en ningún sector hacia las personas con discapacidad en el sentido de crear o mantener barreras que les dificulten sus actividades y mas aún su posibilidad de participación en las diferentes actividades de la comunidad.

Existen, sin embargo, áreas consolidadas en los países, encargadas de ciertos aspectos relevantes en la rehabilitación de una persona con discapacidad, a saber:

A) **Educación y Deportes**

B) **Educación Especial** se encarga de atender a los/as niño/as con discapacidad para logro de su prosecución escolar.

C) **Ministerio de trabajo** son responsables de desarrollar la rehabilitación profesional.

Particularmente la opinión, es que estas actividades son notoriamente excluyentes, la opinión personal es que se debería entrenar al personal en el manejo de estos casos especiales e incluirlos aunque tomando en cuenta sus limitaciones. Cada sector tiene que hacer lo posible para el logro de la equidad en el trato de las personas con discapacidad y en el ofrecimiento de igualdad de oportunidades que la gente sin discapacidad.

La Discapacidad y los Derechos Humanos

Los marcos legales identificados para las personas con discapacidad, han sido guía de diferentes organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, de y para estas personas y han hecho posible, en los últimos años, que los **Derechos Humanos sean la perspectiva desde la cual se aborde la situación de este grupo poblacional a nivel mundial.**

El marco jurídico específico que mejor recoge la perspectiva antes mencionada y que merece especial atención es el de las **Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad**, cuya génesis se remonta al año 1991, cuando la **Comisión de Desarrollo Social de las Naciones Unidas**, estableció la creación de un grupo de trabajo de composición abierta, donde participaron Expertos Gubernamentales, personas pertenecientes a Organismos Intergubernamentales, y sobre todo, personas con discapacidad,

para la elaboración de las Normas Uniformes, Estas normas se encuentran vigentes desde 1993.

En este sentido también se rescató la designación del período 1983-1992, como la "**Década de los Impedidos**", iniciativa de acción a largo plazo de las Naciones Unidas, que se concentró en un plan de acción.

El **Decenio del Programa de Acción Mundial para los Impedidos**, adelantado por la ONU, fue mas preciso en relación a declaraciones y convenios, en el sentido de que anuncian el tema de los **Derechos Humanos de los Impedidos**, además abordó una serie de áreas con el objetivo de lograr integrarlos a la sociedad.

Entre los principales temas se destacó el **Derecho a la Salud (Rehabilitación), Educación, Trabajo, Deporte, Cultura y especialmente de acceder al ambiente físico**, a través de la remoción de las barreras arquitectónicas.

Es importante señalar que la ONU instó a los Estados Miembros, por petición de su Secretario General en el año 1990..." **Que el Programa de Acción Mundial, pusiera el énfasis en el tema de la conciencia, con acciones concretas, para así lograr una sociedad para todos en el año 2.010...**". Así mismo, exhorta a los Estados Miembros a que examinen sus políticas y programas con el propósito de definir estrategias concretas a largo plazo y así lograr al final del decenio resultados e impactos en la situación de las personas con discapacidad.

La creación de las **Normas Uniformes de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad**, brindan sin duda alguna, una clara oportunidad para la defensa y la promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad, la creación de leyes nacionales, que aporten herramientas que vinculen jurídicamente a los Estados con la situación y favorecer los esfuerzos para crear oportunidades equitativas para las personas con discapacidad en el continente americano.

Da una base jurídica a los organismos competentes (Ministerios de Salud, Educación, Trabajo, etc.), para el diseño de planes, programas o proyectos que aborden la problemática existente a largo, mediano o corto plazo, para garantizar el ejercicio de sus derechos y velar por que el Estado de cumplimiento de sus disposiciones.

Es necesario mencionar que el tema de la **no discriminación** ha ganado la aceptación general, sin embargo, las Normas Uniformes no son de obligatorio cumplimiento para los Estados miembros del Sistema de Naciones Unidas, son de carácter optativo y pueden ser utilizadas en ausencia de leyes especiales que aborden este tema, siempre y cuando beneficien a las personas con discapacidad.

El "principio de **No Discriminación**, debe defenderse en beneficio de las personas mas vulnerables entre ellas las personas con discapacidad" ..., por lo que cualquier estipulación consagrada en las leyes nacionales que sean claramente discriminatorias, además de contravenir el espíritu del documento aludido (Normas Uniformes), bloquea toda acción positiva encaminada a fortalecer los

derechos que por ser ciudadanos de sus países le pertenecen, en su condición subjetiva, hasta donde los miembros de la sociedad no obstaculicen la integración de las personas con discapacidad a la sociedad.

Se trata de **crear condiciones que favorezcan la integración a plenitud** de las personas afectadas, a través de la promoción para la acción de mecanismos jurídicos que garanticen la ejecución de todas acciones necesarias, bajo los principios de equidad, equiparación de oportunidades, accesibilidad, justicia social y solidaridad, para la integración social.

Conviene añadir que otra de las directrices que establecen las normas uniformes, es **que la igualdad de oportunidades y el pleno goce de los derechos humanos, sean los caminos para una verdadera integración social**, de tal manera que desde el punto de la voluntad política (poder ejecutivo representado por los diferentes Ministerios y Poder Legislativo representado por los parlamentarios, en representación del pueblo) deben procurar la creación de leyes, no por compromiso político alguno, sino por necesidad de regular el problema planteado.

La Organización de Estados Americanos (OEA), se ha pronunciado en relación a estos puntos, con la elaboración de un proyecto de **Convención para la Eliminación de todas las Formas Discriminatorias por Razones de Discapacidad**.

El comité jurídico analiza las observaciones hechas por los diferentes Estados miembros, lo cual representa un avance de manera significativa para los países miembros en materia de legislación.

Otro punto importante en lo referente a los Derechos Humanos de las personas con discapacidad está en la eliminación de barreras.

Las barreras en general son los obstáculos que presenta un individuo para la realización de actividades o para involucrarse en una situación vital (Participación).

Estos componentes son calificados de acuerdo al desempeño/realización y capacidad.

Además también pueden ser considerados como barreras, los factores ambientales, que según el CIF³² constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.

Los **factores ambientales** pueden ser, de acuerdo a las dificultades del funcionamiento, barreras o facilitadores.

A) En el **caso de facilitadores** hay que tomar en cuenta aspectos como la accesibilidad. En las barreras hay que tomar en cuenta la frecuencia con que se presenta un factor como estorbo.

³²OMS-OPS CIF Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Pag 185

B) Un factor **ambiental puede ser a su vez una barrera** por su presencia y en otros casos, por su ausencia.

El documento que nos señala desde su elaboración los puntos en los cuales se enfatiza la acción para el logro de la participación plena y por ende, la eliminación de las barreras igualmente lo constituyen las **Reglas Uniformes de Equipación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad**.

En ellas, se enuncian 22 reglas sobre las cuales hay que trabajar, a saber:

- A) Accesibilidad.
- B) Educación.
- C) Empleo.
- D) Ingresos y Seguridad Social.
- E) Vida familiar e Integridad personal.
- F) Cultura.
- G) Recreación y Deporte.
- H) Religión.
- I) Información e Investigación.
- J) Elaboración de políticas y Planificación.
- K) Legislación.
- L) Políticas Económicas.
- M) Coordinación de trabajo.
- N) Organización de las personas con discapacidad.
- O) Entrenamiento de personal.
- P) Monitoreo nacional y evaluación de programas de discapacidad en la implementación de las reglas.
- Q) Cooperación técnica y económica.
- R) Cooperación Internacional.

Servicios de Salud para la atención de la Discapacidad

Hablar de Atención Primaria en discapacidad relacionado con los servicios de salud ha sido un tema hasta ahora no claramente abordado en nuestra Región, si seguimos los principios señalados por la OMS/OPS.

Se encuentra una brecha muy grande entre lo que es la atención a las personas con discapacidad en niveles especializados y la misma en niveles mas simplificados.

Desde hace ya varios años, por ser mas concretos, hacia finales de los 70, se despertó por iniciativa de la OPS y la OMS el incorporar la **Rehabilitación de Base Comunitaria** en la atención a las personas con discapacidad, con la finalidad de mejorar el acceso a la atención en poblaciones con limitados recursos,

apareciendo diferencias entre los diferentes países.

Para cubrir las necesidades de rehabilitación en la Región en 1993, la OPS publicó en la **serie de SILOS, los servicios de rehabilitación basados en la estrategia de la APS**³³. Sin embargo, hasta donde tenemos conocimiento sigue existiendo en la Región un desarrollo solamente parcial de estos servicios.

En 1995, el **programa de Prevención de Discapacidades y Rehabilitación (PDR)** realizó una encuesta donde se logró información de 27 países de la Región de América Latina y el Caribe observándose una gran variabilidad en el desarrollo de los servicios.

Con mayor énfasis se ha logrado en el **3º nivel de atención en los países de América Latina y del primer nivel en el Caribe Inglés** aunque el número en el nivel intermedio es mayor que en los otros niveles.

Servicios en el Caribe Anglópárntante

En los países colonizados por los ingleses y franceses en el Caribe no contemplan estas atenciones y por iniciativa de la OMS se desarrollan **programas de RBC**, gracias a la utilización de educadores y de fisioterapeutas, siguiendo la visión de la RBC de la OMS.

Estos apenas dan como servicios referenciales en salud, pequeñas unidades de Fisioterapia, como en Santa Lucía, quedando en la mayoría de estos países, el tema, en manos de Educación y de ONGs, quienes dedican su atención primordialmente a la población infantil y escolar, el ejemplo más fiel está en Guyana.

En nuestro conocimiento solamente encontramos **médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación en Trinidad**, donde la mayor concentración de esfuerzos se ven en San Fernando con el Centro de Rehabilitación Profesional que ahí funciona.

La atención en estos países podemos decir que realmente es primaria.

Servicios en Algunos Países de América Latina

La realidad es totalmente diferente y con muchas variables, dadas por las realidades locales. Cada país ha desarrollado su atención a las personas con discapacidad en base a su propia idiosincrasia.

Las semejanzas entre todos, es la presencia de la **especialidad médica como promotora del desarrollo de los servicios de salud**.

Es el desarrollo de **servicios basado en el avance tecnológico**, sobretodo en lo referente a la utilización de equipamientos complejos y costosos y grandes ambientes, dedicados primordialmente a la atención en el campo de la fisioterapia.

³³OPS Desarrollo y Fortalecimiento de los SISTEMAS LOCALES DE SALUD. Los servicios de Rehabilitación. HSS/SILOS-20. 1993

Si bien existen otras áreas en los servicios, como Terapia Ocupacional, Foniatría, Logopedia, Psicología, Talleres de Ortesis y prótesis, por citar algunos, el desarrollo de estas áreas no es proporcionalmente tan relevante.

Existen países como **Nicaragua** donde, dada la realidad de conflictos vividos, se desarrolló un Programa Nacional donde, siguiendo la guía y asesoría de la OPS, se estructuran servicios desde la RBC, llegando luego al desarrollo de los niveles especializados.

La **RBC**, como tal, sólo se ha circunscrito en el resto de los países a proyectos locales de desarrollo, en su mayoría conducidos por ONGs, con apoyo relativo de los gobiernos.

En **Cuba** se aprecia a nivel de atención primaria, la presencia de **unidades de atención a las personas con discapacidad**, desde los ambulatorios, mas que todo con fines preventivos, con actividades, por ejemplo, como entrenamiento físico de la tercera edad. No consideramos realmente desarrollada la RBC. Son servicios especializados con extensión a la comunidad y con atención directa domiciliaria dentro de la APS.

En **Venezuela**, por decir algo reciente, la ley de Salud incorpora el concepto de la RBC. Sin embargo, esta es vista por el gobierno siguiendo el esquema cubano.

Es la especialidad llegando a niveles mas cercanos a la comunidad pero no es realmente RBC.

Es la visión de servicios para la comunidad. En ningún país se ve el desarrollo de la Rehabilitación Integral. Aún a nivel primario existe separación entre los diferentes sectores, siendo pocos los países donde se ha logrado que los diferentes sectores se sienten a conversar y planificar en conjunto el accionar frente al problema de la discapacidad.

Atención Primaria y Primer Nivel de Atención

Ya se expresó con anterioridad que no es lo mismo APS que 1° nivel de Atención, sin embargo se les vincula estrechamente por la cercanía de la población al 1° nivel de atención que lo hace mas oportuno y con mayor accesibilidad.

Por otro lado, RBC, no es 1° nivel de atención. RBC es algo mas global. Es la movilización de la comunidad para atender todas las necesidades de las personas con discapacidad, dentro de los cuales están los servicios de Salud.

En el primer nivel, la aplicación de la APS tiene carácter primordialmente promocional y preventivo. En el área de la discapacidad es importante el logro de la identificación de:

- Factores de riesgo de discapacidades
- Identificación de las personas con discapacidad de acuerdo con los parámetros epidemiológicos que nos permitan su medición (ver la Prevalencia e Incidencia).
- Identificar los factores contextuales que producen limitaciones a las personas con discapacidad

Todo esto con la finalidad de estudiar a nivel local las acciones a tomar para el control de este condicionante de salud que es la discapacidad. Dichas acciones no deben ser aisladas en salud sino que deben ser programadas y de concurso intersectorial, comprometiendo a todos los actores involucrados en el logro de los fines que se persigue.

Salud tiene prioridad en el sentido de que es el sector donde mayormente se confirma la existencia de desequilibrio físico, psíquico, emocional. Es el sector capacitado para identificar precozmente una alteración de la salud y los factores de riesgo que la condicionan. Es el sector que está en capacidad de dar la voz de alarma de manera precoz y tomar acciones oportunas para prevenir y conservar la salud.

Por tanto salud debe contar con personal capacitado que permita lograr cumplimiento de lo anterior. En el área de la discapacidad ha sido muy lento el desarrollo ya que se falla desde el nivel de formación de este personal, el cual no contempla como área de interés la instrucción debida en el tema que nos concierne.

Esto es importante en la APS, pues el profesional que trabaja en la misma debe saber lo básico sobre discapacidad y rehabilitación, lo cual salvo en limitados países es parte de la curricula de los estudiantes de las carreras vinculadas con la salud.

De todo esto se deriva que los servicios de atención primaria, mas que contar con mucha infraestructura, lo que necesita es capacitación para realizar trabajo local eficaz y eficiente, en nuestro caso en el área de la discapacidad, su prevención y control.

Si el personal de APS, del 1º nivel conoce, se interesa y esta conciente de su responsabilidad frente a este condicionante de salud podrá lograr acciones que permitan que las personas con discapacidad sean atendidas exitosamente siguiendo las pautas de la atención integral de salud.

Los instrumentos con los que debe contar este personal son:

- Voluntad para realizar el trabajo (Compromiso con la tarea)
- Conocer su comunidad, sus líderes, su organización, sus costumbres, su habitat.
- Apoyarse en la comunidad para lo cual requiere concientizarla y sensibilizarla.
- Conocimiento de la situación de salud de su área.
- Saber que hacer en lo referente a prevención de discapacidades y rehabilitaciones decir tener internalizada la necesidad de actuar con base en la Atención Integral de Salud
- No excluir a las personas con discapacidad en todas las actividades de su diario quehacer.
- Saber RBC y manejo sencillo de las deficiencias que tienen mayor prevalencia en su ambito de actividad.

- Conocer los servicios referenciales y mantener contacto directo con ellos para su atención oportuna, no solamente en el campo de la atención en rehabilitación médica, sino también en el campo de la Educación Especial, Rehabilitación Profesional, así como de las especialidades médicas mas cercanas y otras instancias fuera del sector que requiera esa persona.

Servicios de Atención Médica:

Medicina General, Cirugía, Obstetricia, Pediatría

La visión de la discapacidad como condicionante de la salud que hay que prevenir de manera paralela con la enfermedad, es algo que todavía no logra ser incorporado en el criterio diagnóstico y de tratamiento de los médicos y personal, que en su mayoría trabajan en las ramas madres de la medicina.

No se tiene presente a la hora de evaluar un paciente la relación de los síntomas y signos con la potencial o evidente limitación funcional del paciente. Más aún, puede que lo aprecie pero no lo detalla y menos aún lo expresa en el diagnóstico, el cual se limita al de síndrome o enfermedad.

Lo mas grave es que el profesional de la salud muchas veces, obvia esta situación de limitación por no tener conocimientos de su abordaje y manejo. Además, esperan hasta el final su referencia a un servicio especializado en razón de que consideran, que la rehabilitación es el último nivel de atención de salud.

Todo esto trae como consecuencia que las personas con potencial o evidente deficiencia no puedan ser tratados adecuadamente ni oportunamente, agravando el cuadro.

Menos aún se tiene conciencia de la importancia, para el manejo preventivo de la discapacidad, del tratamiento adecuado y oportuno de la enfermedad y de la necesidad de intervenir desde la fase aguda con medidas rehabilitadoras preventivas, que controlen la limitación.

Hemos hablado en términos de deficiencias instaladas pero no de la prevención. La mayoría de los profesionales y trabajadores de la salud, no incluyen en las campañas de protección a personas, principalmente niños con discapacidad para las inmunizaciones por miedo a las respuestas por la vacuna. Esto se debe descartar.

Los obstetras tienen también la obligación de velar por el producto de la gestación y prevenir su daño, el cual es evitable en la mayoría de los casos. Por otro lado, debe recordarse que los niños con potencial riesgo de sufrir discapacidad deben ser sometidos desde el momento de nacer, aún sin signos clínicos de lesión, a programa de estimulación temprana.

Igualmente, **médicos internistas, generalistas** deben tener presente en el manejo de los factores de riesgo o de las enfermedades que tratan en diferentes esferas, casi todas degenerativas y viscerales, que la rehabilitación preventiva, por decirla de un modo, previene las limitaciones funcionales del paciente y su consecuente discapacidad.

Entonces, la actividad de estos servicios está centrada, en el área de la discapacidad, a diferencia de los servicios del primer nivel, lo hacen en la Prevención de Discapacidades

En el caso de los **cirujanos** no dista mucho de tener presente la prevención de discapacidades y la repercusión que tiene la resección de un órgano o extremidad en el funcionamiento de las personas.

En el caso de los **pediatras** está de más que la prevención de discapacidades debe ser de interés relevante en sus actividades ya que a través de la detección e intervención temprana, aún antes de aparecer los síntomas, los casos de trastornos del desarrollo productores de discapacidad, se pueden identificar y manejar oportunamente.

Por otro lado, la evaluación fina inicial de los recién nacidos pueden demostrar signos de lesiones ortopédicas, neurológicas cuyas complicaciones pueden prevenirse con una conducta adecuada por los especialistas diversos que pueden requerirse.

Es importante la capacitación en servicio permanente de este personal a fin de que pueda realizar las referencias oportunas a los servicios de rehabilitación que se requiera.

La Rehabilitación Integral dentro de los servicios básicos

En general en los servicios de salud no se realiza la rehabilitación integral. Ya que es necesario para ello contar con interconexiones con otros servicios en otros sectores para complementar las acciones.

Por otro lado, a nivel primordialmente comunitario deben conjugarse y coordinarse los esfuerzos intersectoriales que permitan cumplir con los fines de la rehabilitación, o sea, la autorrealización de las personas con discapacidad.

Servicios especializados de Rehabilitación

Los servicios especializados en Rehabilitación se han diseñado en los diferentes sectores que atienden a las personas con discapacidad. En el área que nos atañe son los servicios de Medicina Física y Rehabilitación los encargados de estas actividades.

Se han diseñado por niveles de complejidad creciente para su incorporación en los diferentes niveles de atención en salud lo cual podemos apreciar en detalle en el documento de SILOS-20. Servicios de rehabilitación.

Sin embargo, el mayor desarrollo en América Latina está en los servicios de mayor complejidad, los cuales resultan insuficientes. Consideramos que los servicios dada la realidad actual deben desarrollarse siguiendo una realidad epidemiológica, según la cual se adecuarían los servicios a la prevalencia de discapacidades a atender, por edad, tipo de discapacidad y, con la complejidad requerida en cada zona dada la demanda de atención.

Tenemos que tener presente que en el manejo de las discapacidades y de

acuerdo a los casos se requerirán servicios de diagnóstico a los cuales se referirán los casos y servicios de tratamiento adecuados como dije antes a la realidad local.

Capacidad Resolutiva de los servicios: Cobertura, Accesibilidad y Barreras

No cabe duda que la atención a la persona con discapacidad es compleja. Esto significa que se requieren muchos recursos para cubrir las necesidades de atención especializada, la cual ha sido hasta hace pocos años ha sido conceptualizada dentro de grandes instituciones, con fallas en la distribución equitativa de recursos de acuerdo a las necesidades de cada país, elevado costo, poco impacto visible en la población³⁴.

Por tanto, la cobertura de los servicios especializados es muy limitada, poco accesible, presentando muchas barreras para que las personas con discapacidad logren su atención oportunamente.

Esta ha sido la razón por la que se ha tratado de instituir la RBC en la Región a gran escala. Sin embargo, dadas las condiciones actuales, ya expresadas, la RBC no ha tenido el éxito esperado. Creemos que para que esto se pueda dar hay que institucionalizar las atenciones en el 1° y 2° niveles de atención con los principios de la RBC, con lo cual se pretende que la cobertura logre proporciones mucho mayores y a menor costo.

Redes de Atención en Rehabilitación.

La referencia oportuna dentro y fuera del sector salud

La atención equitativa de las personas con discapacidad y con igualdad de oportunidades es un compromiso de las organizaciones gubernamentales como la OPS y de los países signatarios de esta. Esta equidad en la atención se puede dar al aplicar la estructura en red de los servicios.

Una persona con potencial discapacidad o discapacidad instalada, puede ser detectada en el sistema en tres puntos:

Emergencia hospitalaria de donde puede derivarse el caso directo al servicio de rehabilitación, a Terapia Intensiva o a Hospitalización y de estos referirse el caso a Rehabilitación.

Consulta Externa se puede realizar el diagnóstico confirmatorio de la alteración del funcionamiento y presuntivo de la limitación de la actividad que puede presentar el paciente, además del Dx clínico de la causa de la discapacidad.

Ambulatorio: siguiendo las pautas de la RBC se puede realizar a este nivel el Dx de la limitación funcional, de la actividad y las restricciones de la participación y actuar en consecuencia, de inmediato.

³⁴OPS/OMS HSS/PDR, La Rehabilitación en América Latina y el Caribe Washington 1995

Puede en este caso, si se requiere, enviar al paciente al hospital para evaluaciones de especialidades, incluyendo rehabilitación, para confirmar el diagnóstico pudiendo recibir de este nivel las orientaciones a realizar en la comunidad, tanto para el manejo de las interurrencias médicas como de las limitaciones.

Salvo en el caso de la Emergencia que no es sino un punto de choque inicial y derivación, en los otros puntos la interacción con rehabilitación es bidireccional, con posibilidades de manejar integralmente y de manera oportuna los casos de personas con discapacidad.

Es radicalmente importante que exista una estrecha vinculación entre los servicios de APS (1° nivel de atención) y los niveles especializados para garantizar la atención eficiente y eficaz, con base a una referencia oportuna y una contrarreferencia también pronta y adecuada hacia los niveles primarios.

Pero estamos hablando solo dentro del sistema de salud. Recordemos que la discapacidad es multifactorial y es donde, a nivel del ambulatorio, se debe a través del comité mantener la vinculación con otros sectores involucrados en la reducción de las limitaciones funcionales, y con otros sectores, encargados de la eliminación de barreras (factores ambientales adversos) para lograr la mayor independencia, mayor participación de las personas con discapacidad.

Manejo Integral de la Discapacidad

El manejo integral de las discapacidades implica tener criterio preventivo de la discapacidad y actuar tomando en cuenta todos los problemas causantes, predisponentes y agravantes de la situación limitantes de la función, de la actividad y restrictora de la participación de la persona que la porta.

Hemos estado hablando de la salud pública, de prevención de discapacidades, de lo complejo del problema de la discapacidad. Entendimos que no solamente se trata de problema de salud sino también de un fenómeno social.

Entendimos también que no es la enfermedad solamente lo que hay que evitar sino además las limitaciones que puede tener o que ya presenta una persona por la instauración de una enfermedad.

Por otro lado expresamos que la discapacidad debe ser considerada en el diagnóstico y tratamiento de toda persona que asista a un servicio de salud comenzando por la red de servicios primarios, entendiendo también que deben darse también instrumentos para la atención de las personas en estos niveles, con calidad y calidez, sin que tenga la complejidad de los actos realizados por los especialistas en la materia.

Evaluación de la Discapacidad en la práctica diaria del agente de salud

Cuando se evalúa una persona con discapacidad, en la práctica diaria debemos guardar todos los parámetros que utilizamos en la clínica médica. Mucho es lo que podemos aprender de los pacientes ya que con la sola observación

podemos apreciar signos importantes de limitaciones funcionales, que el practicante usualmente obvia.

Esta falta de visión sobre discapacidad está dada por la formación del personal de salud que solamente se entrena para ver enfermos y enfermedades pero donde muchas veces se descarta la visión humanista de ese ser que está manejando. Eso hace que la persona solamente se vea en relación a salud y enfermedad pero no a **salud - enfermedad - discapacidad**.

De manera que, cuando una persona viene a nuestras consultas debe ser vista desde dos puntos de vista:

- Funcional
- Social: Individual, familiar, laboral

De forma que, al atender a una persona podemos ver que no solo tiene órganos y estructuras anatómicas alteradas sino que éstas funcionan mal y que esto, en consecuencia, produce una serie de limitaciones en la persona, susceptibles de ser reducidas si se aplican correctivos a tiempo.

Recordar que existen **formas de manejar las discapacidades** para prevenirlas y reducirlas y que esto **no es solamente responsabilidad de los especialistas en rehabilitación sino también de todos los agentes de salud**, comenzando por los agentes de atención primaria.

Por otra parte, recordar que toda persona con limitaciones en su funcionamiento, puede presentar obstáculos para su actividad, que esto puede repercutir en su desempeño a nivel personal, familiar, social y laboral.

Además que debe tener conocimiento del manejo general de las discapacidades funcional y social, de los servicios de apoyo para aclarar, recibir guía o referir los casos que tengan facilidades de acceso para organizaciones y servicios especializados en cualquiera de los aspectos susceptibles de atención, ayudándolos de esta manera, por vías expeditas, a satisfacer sus necesidades.

Para tener en cuenta

Dra. Alicia Amate

La **Medicina** se enseña como el arte y la ciencia de curar y bien morir. En nuestro juramento Hipocrático, eso es lo que aceptamos. Pero los cambios técnicos, científicos y sociales producen modificaciones y una de ellas es que a medida que las poblaciones alcanzan una expectativa de vida cada vez más alta la calidad de ésta adquiere un lugar muy relevante.

Aquello de no agregar años a la vida sino vida a los años, no es solo un objetivo de la edad avanzada, sino en todo momento de la vida de un ser humano.

El **concepto de funcionalidad** como resultado final de la atención, es la verdadera esencia del acto médico.

El paciente puede sanar, con o sin consecuencias, pero es en esta última situación que la intervención oportuna y precoz permite evitar la discapacidad primaria y secundaria.

La **función**, entendiendo como tal la capacidad de acción propia de los seres vivos y de sus órganos y la calidad de la misma, es el rasgo que diferencia al ser humano de los primates.

La función debería ser por lo tanto, el factor más importante del acto médico teniendo en cuenta que el objetivo del hombre es el desarrollo y la independencia social y económica.

¿Cuántas veces en la clínica diaria podemos pensar en todo esto ?

No cabe duda que los sistemas perversos en los que se ve envuelto el médico en la actualidad conspiran contra el componente más importante de la consulta, cual es la información que bien dirigida nos brinda el paciente.

Este panorama hace que quienes estamos entrenados para mantener o adquirir las funciones del hombre en su vida diaria, nos encontremos con frecuencia con cuadros dolorosos o disfuncionales que pudieron ser prevenidos si se hubieran tenido en cuenta los aspectos a los que nos estamos refiriendo.

Estadísticamente es difícil dimensionar el hecho porque en general no se

registran, pero la iatrogenia, no cabe duda, origina cuadros que complican la situación primaria.

Trataré en forma sencilla de agrupar los cuadros que con mas frecuencia vemos en la consulta de rehabilitación. Tal vez sea conveniente antes de entrar de lleno en nuestro tema recordar que en este tipo de consulta reconocemos básicamente distintas situaciones: daños, deficiencias, discapacidades y desventajas.

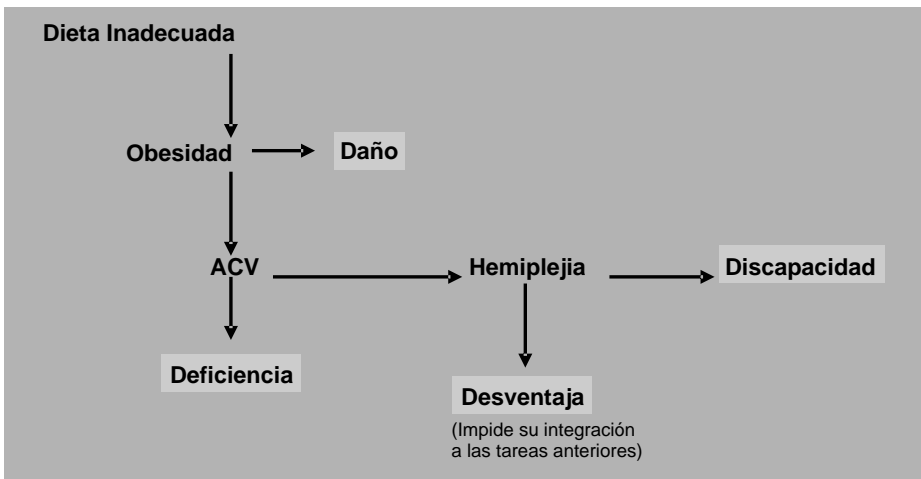
Daño es toda noxa como el estilo de vida inapropiado, un accidente, traumatismo o enfermedad.

Deficiencia son las consecuencias del daño en el ámbito de los órganos y sistemas.

Discapacidad es la consecuencia en la función de la persona y **desventaja** es la resistencia que el entorno le ofrece a la persona.

Algunos ejemplos:

A) La dieta, puede llevar a la obesidad, daño. Esta produce un ACV, deficiencia, que lleva a una hemiplejia, discapacidad que le impide a la persona reintegrarse a sus tareas anteriores, desventaja.



B) La dieta pobre en **ácido fólico** en la embarazada, produce en el **feto trastornos en el eje neural** (daño), deficiencia que genera una espina bífida, deficiencia, que lleva a la **paraplejia**, discapacidad.

El niño no puede incorporarse a una vida activa, desventaja.

Las **patologías mas frecuentes de la clínica diaria**, podemos clasificarlas en traumáticas, inflamatorias, neurovasculares, oncológicas

1) En cualquier tipo de traumatismo es fundamental calmar el dolor y recordar que el tejido conectivo se organiza entre los 4-5 días.

Esto ya nos esta dando la conducta terapéutica:

Hielo para calmar el dolor y disminuir el edema .

Ejercicios de contraer y relajar los músculos protagonistas en el inicio sin movimientos (Isométricos) y luego ampliando la excursión articular.

Para el **edema** además, mantener el miembro afectado en elevación.

Esta simple medida puede evitar la retracción y la pérdida de movilidad de la articulación.

2) En los **miembros superiores**, dentro de lo posible, **no inmovilizar** ni permitir las posiciones en péndulo. Si existen razones para inmovilizar (fractura) deben mobilizarse activamente las articulaciones libres.

3) Las **artrosis**, en especial la del hombro es muy dolorosa y si no se aplican las medidas antes mencionadas se desarrolla el hombro rígido o congelado.

4) Particular atención debe prestarse en el caso de **pacientes diabéticos** pues las fibrosis se desarrollan con rapidez.

5) En los **accidentes cerebrovasculares** la atención médica está puesta en la regularización del sistema cardiovascular y los miembros pasan a un segundo plano. Es entonces cuando se instalan las limitaciones articulares agravadas por la espasticidad que en mayor o menor grado se presentan.

Cuando no existe nada de movilidad activa hay que realizar la pasiva. Recordar que la movilización del miembro sano por reflejos contralaterales ayuda a la propiocepción del paralizado.

Más de una vez el cuadro vascular mejora pero la funcionalidad se ve entorpecida por la falta de las medidas que hemos mencionado.

El **uso del cabestrillo** debe regularse con los períodos de movilización y recordar que la muñeca debe quedar incluida en el cabestrillo pues de lo contrario al permanecer colgante, se produce el edema de dedos y mano.

6) Las **mastectomías** son la causa de edemas severos del miembro superior. En general cuando los pacientes son derivados a rehabilitación, ya se perdió el tiempo más importante. Tanto el edema como la movilidad están afectadas por la producción de tejido conectivo denso.

Los médicos en general hacen uso excesivo de la **fisioterapia** sin distinguir las propiedades de los diferentes agentes

No es raro encontrarse con pacientes a los que se les indica simultáneamente un agente con las mismas características para la misma zona y repitiendo las sesiones tantas veces como el sistema al que pertenece la persona se lo permite, sin tener en cuenta que si no actúa, la indicación no fue la acertada.

Los **errores más frecuentes** que se cometen sin intencionalidad en el miembro inferior son el mantenimiento de la rodilla en flexión, la cadera en adducción, el pie caído por el peso de las mantas que lo cubren.

Con respecto a los **ejercicios que se aconsejan**, hay que recordar la importancia del cuádriceps y los isquiotibiales en la bipedestación y la marcha.

7) Cuando existe **compromiso del ciático**, deben evitarse los ejercicios de extensión de rodilla porque se produce el mismo resultado que cuando evaluamos el signo de Lasegue.

8) En el **raquis**, está contraindicada la extensión cefálica mecánica y los movimientos de rotación.

En los **niños**, el persistir con la estimulación sin considerar siquiera el diagnóstico de patología invalidante es motivo de posteriores fallas en los tratamientos iniciados tardíamente.

9) En las **personas mayores**, todo se le atribuye al envejecimiento sin considerar los signos de patología neurológica.

Así como el ejercicio muscular ayuda al mantenimiento físico, la actividad intelectual estimula el mantenimiento de las funciones cognitivas.

Con estas líneas he intentado llamar la atención de los profesionales que se desempeñan en APS, en la responsabilidad que nos cabe a todos en el buen funcionamiento global de quienes acuden por asistencia.

Una aproximación integral a la discapacidad

Dra. Grisel Olivera Roulet

La discapacidad ha sido abordada desde diferentes modelos de atención, pasando por el "Modelo Médico-Biológico", el "Modelo Social", el "Modelo Político Activista o Modelo de las Minorías Colonizadas", todos los cuales han pretendido una explicación del fenómeno desde ópticas diferentes.

La revisión de modelos conceptuales contrapuestos y en gran medida enfrentados, ha posibilitado la consecución de importantes logros en el desarrollo de políticas y acciones en el área. Aún así, ninguno de los modelos descriptos resuelve por sí solo toda la problemática referida a esta realidad multifacética.

Los mencionados modelos pueden ser interpretados desde un punto de vista concluyente y complementario, y es precisamente esta visión integrada la que sostiene el "Modelo Biopsicosocial", permitiendo explicar satisfactoriamente este hecho multidimensional y establecer un lazo entre los distintos niveles - biológico, personal, y social- que lo sustentan.

En el presente documento utilizamos este modelo para marco de nuestro análisis, aproximándonos al estudio de la discapacidad a través de tres ejes:

- el marco normativo de la discapacidad, tanto nacional como internacional.
- la certificación de la discapacidad en el ámbito nacional.
- la rehabilitación en la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

1. Marco Normativo

Desde el respeto a la dignidad y a la diversidad de las personas, y con la convicción de que todos tenemos los mismos derechos, estaremos avanzando en la construcción de una sociedad integradora, justa y democrática.

Según el texto de las "*Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad*", (aprobadas mediante resolución 48/96 por la Asamblea General de la ONU, el 20 de Diciembre de 1993), la igualdad de oportunidades se relaciona con:

- la posibilidad de acceso al medio físico, a la información y a la comunicación,
- la educación en los diferentes niveles de las personas con discapacidad en entornos integrados,
- la igualdad de oportunidades para obtener un empleo productivo y remunerado en el mercado del trabajo,
- el mantenimiento de los ingresos y seguridad social de las personas con discapacidad y sus familias,
- una vida en familia que ayude a alcanzar la integridad personal,
- la integración y participación en las actividades culturales y
- la participación en actividades recreativas y deportivas.

En todos estos aspectos las personas con discapacidad deben poder tener los mismos derechos y obligaciones que el resto de la población, debiendo los Estados trabajar en la implementación de medidas que ayuden a eliminar los obstáculos sociales para alcanzarla.

Por lo tanto, la igualdad de oportunidades es el resultado esperado cuando una sociedad fortalece el trabajo en relación a cuatro requisitos que permiten convertir a la igualdad en una realidad. Como tales, son establecidos en los primeros cuatro artículos de las Normas Uniformes, los siguientes:

La toma de conciencia: (comprendido en el artículo 1° de las Normas Uniformes) "Los Estados deben velar por que las autoridades competentes distribuyan información actualizada acerca de los programas y servicios disponibles para las personas con discapacidad, sus familias, los profesionales que trabajen en esta esfera y el público en general. La información para las personas con discapacidad debe presentarse en forma accesible. La promoción de una mayor toma de conciencia debe constituir una parte importante de la educación de los niños con discapacidad y de los programas de rehabilitación. Las personas con discapacidad también pueden ayudarse mutuamente a cobrar mayor conciencia participando en las actividades de sus propias organizaciones". Es fundamental advertir la importancia que la comunidad universitaria y educativa poseen como nexos entre el estado y la sociedad para brindar en forma accesible a la persona con discapacidad y su familia toda la información necesaria.

La atención médica: (comprendido en el artículo 2° de las Normas Uniformes) "Los Estados deben esforzarse por proporcionar programas dirigidos por equipos multidisciplinarios de profesionales para la detección precoz, la evaluación y el tratamiento de las deficiencias. En esa forma se podría prevenir, reducir o eliminar sus efectos perjudiciales"

La rehabilitación: (comprendido en el artículo 3° de las Normas Uniformes) "Los estados deben elaborar programas nacionales de rehabilitación para todos los grupos de personas con discapacidad. (...) Esos programas deben incluir una amplia gama de actividades, como la capacitación básica destinada a mejorar el

ejercicio de una función afectada o a compensar dicha función, el asesoramiento a las personas con discapacidad y a sus familias, el fomento de la autonomía y la prestación de servicios ocasionales como evaluación y orientación".

Servicios de Apoyo: (comprendido en el artículo 4° de las Normas Uniformes) "Los Estados deben reconocer que todas las personas con discapacidad que necesiten equipo o recursos auxiliares deben tener acceso a ellos según proceda, incluida la capacidad financiera de procurárselos. Puede ser necesario que el equipo y los recursos auxiliares se faciliten gratuitamente o a un precio lo suficientemente bajo para que dichas personas o sus familias puedan adquirirlos".

La **Constitución Nacional**, a partir de la reforma de 1994, incorpora con jerarquía constitucional a los tratados de integración para la promoción humana.

En este contexto, se destacan también las modificaciones introducidas en las atribuciones del poder legislativo en el Art. 75 inc. 23:

Art. 75.- Corresponde al Congreso:

23." Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad. Dictar un régimen de seguridad social especial e integral en protección del niño en situación de desamparo, desde el embarazo hasta la finalización del período de enseñanza elemental, y de la madre durante el embarazo y el tiempo de lactancia."

Partiendo de este marco legal general encontramos la **Ley N° 22.431 "Sistema de Protección Integral de los Discapitados"**, promulgada en el año 1981. En su Art. 2° enuncia la definición legal del concepto de la "discapacidad" y en su Art. 3° hace referencia a la certificación de la misma.

Esta ley es considerada "Ley Madre de la Discapacidad", no sólo por ser precursora para la legislación de la época dentro de los países de América Latina, sino y fundamentalmente por el concepto integral de protección a las personas con Discapacidad que promovió desde su contenido.

Todas las provincias adhirieron a la mencionada Ley, incorporando en cada caso, las especificidades propias de cada lugar.

Tomando como sustento filosófico y jurídico la Ley madre se formula la **Ley N° 24.901 "Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad"** (Sistema Único), sancionada en 1997 y la **Ley N° 25.504** que modifica el Art. 3° de la Ley N° 22.431, estableciendo el certificado único de discapacidad, en el año 2001.

El principal objetivo del Sistema es garantizar la universalidad de la atención de las personas con discapacidad mediante la integración de políticas, recursos institucionales y económicos afectados a dicha temática (Art.1°, Dec. Reg. 1193/98). Como tal, dicha atención debe brindar una cobertura integral de necesidades y requerimientos, mediante acciones de prevención, asistencia, promo-

ción y protección.

Teniendo en cuenta que la Argentina es un país federal, las Leyes 24.901 y 22.431 permiten, a través de la firma de convenios, que las provincias adhieran a las mismas, como así también unificar criterios en lo que respecta a la certificación de la discapacidad.

En la actualidad en referencia a la unificación de criterios, 17 provincias han adherido al Sistema Único³⁵. Por otra parte Entre Ríos, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Mendoza han firmado convenios de asesoramiento técnico (Ley N° 22.431) entre los Ministerios de Salud provinciales y nacional a través del cual el Servicio Nacional de Rehabilitación delega la certificación de la discapacidad, lo cual permite a cada jurisdicción emitir certificados de alcance nacional con un criterio uniforme.

Las provincias de Santiago del Estero y Buenos Aires se encuentran tramitando la firma de sus convenios.

1.a. Certificación de la Discapacidad. Herramientas de evaluación.

El certificado de discapacidad (Ley 22.431-Art. 3° - Ley 24.901) es un documento público y una acreditación de la discapacidad.

Pese a la tendencia mundial de no estigmatización, la importancia de la acreditación de la discapacidad reside en los beneficios comprendidos en la legislación vigente relacionados con diversos aspectos que hacen a la persona con discapacidad.

Es importante enfatizar que el objetivo general buscado a través de la emisión del certificado es promover la protección integral a las personas con discapacidad. Este concepto se encuentra muy alejado de aquel utilizado por el Sistema Previsional y Laboral, que a través de baremos determinan los porcentajes de incapacidad de una persona.

Partimos de la definición de discapacidad establecida según la Ley N° 22.431 (Art. 2°), "Se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional, permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral".

Conceptualmente los organismos encargados de certificar la discapacidad cuentan con dos herramientas de evaluación: la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados, Décima Revisión, conocida como la CIE-10, utilizada para codificar los aspectos referidos a la etiología de la enfermedad y la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, conocida como CIDDDM, la cual basada en un modelo Biopsico-social nos permite analizar aspectos de la persona referidos al diagnóstico funcional.

³⁵Salta, Jujuy, Santa Cruz, Chubut, Tucumán, Río Negro, La Pampa, Córdoba, Santa Fe, Formosa, Catamarca, Chaco, La Rioja, Misiones, San Luis, San Juan, Corrientes.

La primera de las clasificaciones pertenece a la familia de clasificadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS), mientras que la segunda de ellas no, ya que nunca paso de su fase experimental.

La **CIDDM**, fue elaborada en los años ´70 y publicada en los ´80 por la Organización Mundial de la Salud. La misma se utilizó como instrumento para la clasificación de las consecuencias de las enfermedades, los traumatismos y otros trastornos y sus repercusiones en la vida del individuo. La versión en español fue publicada en 1983.

Posteriormente, se advirtió con preocupación el hecho de que la CIDDM no definía con suficiente claridad el papel desempeñado por el entorno social y ambiental en el proceso discapacitante, a su vez realizaba un análisis lineal y demasiado simplista de la discapacidad.

Luego de varias revisiones, que comenzaron en 1993, se presentó la versión final en la 54ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2001, aprobándose la nueva clasificación bajo la denominación de **Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)**, en la resolución WHA 54.21 de mayo del 2001, la cual reemplaza a la CIDDM e integra los dos modelos contrapuestos (modelo médico y social) utilizando lo mejor de los dos para describir el proceso de funcionamiento / discapacidad.

La **CIF** tiene como principal objetivo brindar un lenguaje internacional-unificado y estandarizado y un marco conceptual para la descripción de la salud y de los estados "relacionados con la salud". Define tanto componentes de la salud como "relacionados con la salud" y el "bienestar" (tales como educación, trabajo, ocio y recreación), entre otros.

Dentro de la Clasificación se encuentra el concepto de "Funcionamiento-Discapacidad", que hace referencia a las funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación del individuo y factores contextuales.

El "**funcionamiento**" indica los **aspectos positivos** de la interacción del individuo con la "condición de salud" y los factores contextuales (factores ambientales y personales).

La "**discapacidad**" incluye deficiencias en las funciones corporales y en las estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, indicando los **aspectos negativos** de la interacción entre la "condición de salud" y los factores contextuales.

La CIF nos habla del funcionamiento-discapacidad de un individuo, utilizando un lenguaje estandarizado y unificado, que posibilita la comunicación sobre la salud y la atención sanitaria entre diferentes disciplinas y ciencias en todo el mundo. Para conocer la etiología de la enfermedad utiliza otro instrumento complementario perteneciente a la familia de clasificadores de la OMS como la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados, Décima Revisión (CIE-10).

De este modo, la **CIE-10 proporciona un "diagnóstico" de enfermedad,**

trastornos u otras condiciones de salud (etiología de la enfermedad), cuya información es enriquecida por la que brinda la CIF sobre el funcionamiento-discapacidad.

La CIF abarca todos los aspectos de la salud, y algunos componentes del "bienestar" relevantes, y los describe en términos de dominios de salud y dominios "relacionados con la salud". Por ejemplo:

- "dominios/campos de la salud" (incluyen visión, audición, movilidad, etc.);
- "dominios/campos relacionados con la salud" (incluyen aspectos relacionados con el transporte, la educación y las interacciones sociales, etc.)

De esta manera, la clasificación mantiene un concepto amplio de la salud, pero no abarca circunstancias originadas por factores socioeconómicos para no desviarse de su objetivo de aplicabilidad universal y transcultural.

Muchas personas consideran, erróneamente, que la CIF puede ser utilizada sólo para personas con discapacidad; sin embargo es válida para todos los miembros de una sociedad. De esta manera, la salud y los estados "relacionados con la salud", asociados con cualquier condición de la misma, se pueden describir utilizando la CIF. Si bien ésta utiliza como unidad de estudio a las personas, no clasifica a las mismas, sino los estados de salud y otros estados relacionados con esta.

En la **CIF** las limitaciones y restricciones no pertenecen sólo al individuo sino también a la interrelación con el entorno. Por lo tanto, intenta un modelo conceptual dinámico y no lineal de la persona con discapacidad, a través de la interacción entre los componentes contemplados, utilizando como unidad de análisis los estados de salud, y no a la persona. Así, construye conceptos flexibles que permiten captar un fenómeno multifacético de acuerdo a su desarrollo en la realidad.

En este sentido, el concepto de discapacidad unido al de funcionamiento, involucra una fuerte relación con la inclusión. Esta se encuentra relacionada sustancialmente con los derechos humanos en general, y con la discriminación en particular. Las personas con discapacidad, como miembros plenos de la sociedad en la que vivimos, poseen los mismos derechos de inclusión que el resto de los conciudadanos.

2. Rehabilitación en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS).

Desde una concepción dinámica de la discapacidad, a través de la interacción entre los componentes contemplados y utilizando como unidad de análisis los estados de salud, es fundamental concebir la promoción como la acción que permita a las personas con discapacidad alcanzar su plena salud potencial mediante el control de los factores que la determinan.

La **Atención Primaria de la Salud (APS)** es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad-atención de las personas y del

conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación.

De este modo, la rehabilitación debe ser incluida dentro de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, debido a que la misma es un acto de atención de la salud, y por lo tanto un componente imprescindible de la promoción, prevención y asistencia de las personas en el mantenimiento de la salud y el bienestar, el de su familia y su comunidad.

La presencia de la rehabilitación dentro de APS:

- contribuye al logro de la equidad y eficiencia de los Servicios de Salud,
- se incorpora fácilmente en las actividades que se desarrollan con criterio intersectorial,
- aumenta la cobertura del sistema sanitario,
- facilita la detección del riesgo, la prevención y la integración.

Su ausencia, "implica una deficiencia del modelo de atención, y los sistemas locales de salud no se pueden concebir sin que la rehabilitación forme parte de los mismos".

Por lo tanto, la estrategia de APS se apoya en tres pilares fundamentales:

- Mejorar el acceso y la comunicación.
- Sostener con los recursos adecuados la oferta de servicios con un concepto de red por niveles de riesgo.
- Adaptarse a las necesidades y aspiraciones de la población.

Los objetivos generales de los programas en la estrategia de Atención Primaria relacionados con la población general y con la discapacidad en particular, son:

- Garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud esenciales (universalidad y equidad).
- Acentuar las actividades de promoción y prevención, combinándose en forma adecuada con las de tratamiento y rehabilitación.
- Organizar los componentes para satisfacer necesidades prioritarias.

La OPS/OMS ha propuesto tres estrategias para encarar el proceso de rehabilitación:

- prevención,
- rehabilitación basada en la comunidad,
- rehabilitación institucional.

Cada una de ellas es un eslabón, y no se debe planificar sin tener en cuenta las tres estrategias de la cadena asistencial.

A. Prevención de la Discapacidad

La prevención es la "adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales, o a impedir que cuando se han producido tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas" (OPS. 1993).

Los Destinatarios son:

- 1°.- Control del embarazo normal y especialmente aquellos con signo de riesgo.
- 2°.- Menores con problemas en el desarrollo o con dificultades de adaptación.
- 3°.- Jóvenes con comportamiento de riesgo (accidentes evitables, hábitos nocivos, comportamiento sexual).
- 4°.- Trabajadores de los sectores laborales con mayor siniestrabilidad.
- 5°.- Adultos con signos de riesgo o con hábitos nocivos para la salud.
- 6°.- Adultos mayores con enfermedades no transmisibles.

En lo concerniente a la temática de la discapacidad, existen varias estrategias de prevención:

A) Prevención de discapacidades producidas por enfermedades transmisibles: la vacunación puede prevenir o erradicar muchas de estas enfermedades, además de tener efectos secundarios. El oportuno tratamiento y seguimiento de los pacientes afectados podría curar y evitar secuelas en forma de deficiencia o discapacidad.

B) Prevención de discapacidades debidas a enfermedades no transmisibles: en la mayor parte de los casos, existe una importante incidencia de factores ambientales y de hábitos de vida sobre el desarrollo y evolución de estas enfermedades predictoras de discapacidad. Muchas veces, éstas son producto de condiciones y modos de vida poco saludables, teniendo especial incidencia en los adultos mayores.

C) Prevención de las discapacidades congénitas: a este hecho pueden contribuir tanto factores ambientales como genéticos. La tecnología diagnóstica puede facilitar la identificación de la existencia de sustancias nocivas en el aire, el agua y los alimentos. El control materno durante el embarazo, y los controles adecuados con screening del recién nacido son factores preponderantes para la prevención.

D) Prevención de accidentes: los accidentes son la principal causa de muerte en adultos/as jóvenes, en primer lugar los accidentes de tránsito. Por su parte, la prevención de accidentes domésticos es fundamental en niños/as y especialmente en adultos mayores, dado que en muchas oportunidades constituyen el inicio de patologías eminentemente discapacitantes por la pérdida de resiliencia.

E) Prevención de riesgos y accidentes laborales.

F) Prevención de discapacidades secundarias: las personas con discapacidad causada por enfermedad o lesión pueden reintegrarse a una vida autónoma e independizarse por medio del trabajo. Sin embargo, pueden desarrollar discapacidades secundarias, si no se les ofrece adecuada información y acceso a intervenciones o tratamientos oportunos.

B. Rehabilitación basada en la Comunidad

La falta de equidad, el desequilibrio entre la oferta y la demanda y la escasa capacidad resolutoria del sistema condujeron, hacia fines de los años '70, al diseño de la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC). Esta nueva modalidad, considerada por unos como tecnología y por otros como estrategia, surgió como una alternativa al modelo imperante en el área de rehabilitación del sector salud. Conceptualmente la **RBC** se define como "una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidad" (OIT-UNESCO-OMS-RBC, 2004).

Aunque esta estrategia se ha iniciado hace veinticinco años, y pese a los avances logrados desde entonces, muchas personas con discapacidad siguen sin recibir servicios básicos de rehabilitación y no tienen acceso a condiciones de igualdad en la educación, la formación, el trabajo, el ocio y otras actividades de su comunidad. En la Reunión Consultiva Internacional para la Revisión del Modelo de Rehabilitación Basada en la Comunidad, llevada a cabo en Helsinki en el año 2003, se puso de relieve la necesidad de renovar esfuerzos para hacer frente a estos problemas, incluyendo la temática de la pobreza, exclusión y derechos humanos.

Los principales objetivos en la implementación de una estrategia de RBC son:

1°. Asegurar que las personas con discapacidad puedan desarrollar al máximo sus capacidades físicas y mentales, tener acceso a los servicios y a las oportunidades ordinarios y ser colaboradores activos dentro de la comunidad y de la sociedad en general.

2°, - Impulsar a las comunidades a promover y proteger los derechos de las personas con discapacidad mediante transformaciones en la comunidad, como por ejemplo, la eliminación de barreras para la participación" (Moragas, R., 1972).

Frecuentemente, la acción de RBC se pone en marcha por un estímulo comunitario detectado por Organizaciones, pero exige la participación de la comunidad y las organizaciones de personas con discapacidad, porque ningún actor puede trabajar solo; son necesarias políticas nacionales, estructuras de gestión y apoyo gubernamental, ONGs y otros interesados directos.

Los **métodos para la aplicación de la RBC son muy diversos**, ya que existen tantas estrategias de RBC como realidades comunitarias, pero comparten algunos elementos que contribuyen a la sustentabilidad de estos programas:

- a) El apoyo gubernamental mediante políticas, coordinación y asignación de recursos.
- b) El reconocimiento de la necesidad de que los programas de RBC tengan como referente los derechos humanos.
- c) La voluntad de la comunidad de responder a las necesidades de sus miembros con discapacidad.
- d) La presencia de agentes comunitarios motivados.

Es importante mencionar que antes de poner en marcha un programa que incluya la estrategia de RBC es fundamental que la comunidad tome conciencia de sus necesidades, fomentando reuniones comunitarias que brinden oportunidades de discusión y para que la comunidad decida la forma de atenderlas de manera coordinada.

Para hacer efectiva la implementación de la estrategia de RBC es necesario la confluencia de acciones desde diferentes niveles:

Nivel nacional, se requiere la formulación de políticas y normas legales para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social y económica de las personas con discapacidad. **Por ejemplo:** Ley N° 22.431.

Nivel intermedio o de distrito, son claves para coordinar el apoyo a las comunidades. Por esto es importante contar con gestores del programa y quizás también comités intermedios o de distrito responsables del mismo. En este nivel se trabaja con la comunidad para reconocer la necesidad de RBC, conocer los beneficios que el programa aporta y asegurar que sean las propias personas con discapacidad y sus familias las que definan sus necesidades.

Nivel comunitario, dado que los programas de RBC pertenecen a la comunidad, será necesario que sus representantes estén involucrados en su planificación, ejecución y evaluación. Por ejemplo, por medio de un comité de desarrollo comunitario pueden colaborar con el sector educativo para promover la educación inclusiva, con el sector de transportes para desarrollar un sistema de transporte accesible a las personas con discapacidad, y con organizaciones de voluntariado para constituir un grupo de voluntarios para atender a niños/as con discapacidad.

Por último, es importante destacar la tarea de los **agentes comunitarios**, ya que son el núcleo de los programas de RBC. Suelen ser voluntarios, y pueden realizar contribuciones importantes como participantes activos del programa. Generalmente son profesores, profesionales de la salud, trabajadores sociales, y otros profesionales; pero se puede motivar a ello a otros miembros de la comunidad interesados.

Los trabajadores de RBC ofrecen información a las personas con discapacidad y sus familias; las aconsejan acerca de como realizar tareas sencillas de la

vida diaria o a confeccionar ayudas técnicas simples para mejorar la autonomía, como pueden ser el lenguaje de señas o el uso de un bastón blanco. Actúan también como defensores de las personas con discapacidad, ya que se ponen en contacto con escuelas, centros de formación, lugares de trabajo y organizaciones para promover la accesibilidad y la inclusión.

En resumen, la **RBC** se genera en la misma comunidad, se basa en las necesidades de las personas y busca la resolución de problemas y no la aplicación de una técnica o el ejercicio de una profesión. Utiliza los recursos locales y la tecnología autóctona. Busca la intersectorialidad y se integra en programas de desarrollo de la comunidad.

Es por ello que promueve la colaboración entre los dirigentes comunitarios, las personas con discapacidad, sus familias y otros ciudadanos involucrados, para ofrecerles igualdad de oportunidades a las personas con discapacidad.

C. Rehabilitación institucional

La rehabilitación institucional puede ser definida como "la encargada del diagnóstico que requiere otra tecnología o terapéuticas de mayor complejidad instrumental o de especialización" (OPS, 1993).

El papel de las instituciones de salud es fundamental puesto que de ellas surgen y se vehiculizan las acciones orientadoras ya sea de atención o conducción. Los modelos institucionales, son la respuesta emergente a políticas sociales, estilos de vida de una comunidad, o la estrategia de proyecto político determinado.

Red de servicios de rehabilitación

Para satisfacer la demanda de atención adecuada de las personas con discapacidad, con criterio de equidad e igualdad de oportunidades, se debe constituir una **red de servicios de rehabilitación descentralizada** según criterios de riesgo³⁶, articulada en base a un sistema de referencia y contrarreferencia y con niveles de supervisión que garanticen la prestación de los servicios. El respaldo normativo, en nuestro país, para la organización de los servicios de rehabilitación, se encuentra en la Resolución 47/01 (Del Programa Nacional de Garantía de Calidad. "Normas de Categorización de Establecimientos y Servicios de Rehabilitación"), a través de la cual se establecen los requisitos e planta física, equipamiento, recursos humanos y funcionamiento, según niveles de riesgo.

³⁶La capacidad de un establecimiento para la resolución de determinados problemas, en función de los recursos que dispone.

Descripción de los niveles de riesgo aplicados a los prestadores de servicios de rehabilitación:

1° Nivel de Riesgo	Promoción Prevención Detección precoz	Local R.B.C. : como componente de APS. CENTROS DE SALUD
2° Nivel de Riesgo	Diagnóstico y tratamiento Con o sin internación RR. HH específicos y tecnología	Zonal Servicios de rehabilitación (hospitales zonales)
3° Nivel de Riesgo	Atención de mayor complejidad - tecnología + desarrollada - docencia e investigación - RR. HH especializados	Regional Hospitales regionales de mayor complejidad.

* Las flechas indican el funcionamiento del mecanismo de referencia y contrarreferencia.

Bajo Riesgo o Nivel I: Establecimientos, especialmente Centros de Salud dedicados a la rehabilitación ambulatoria de las personas con discapacidad. Se puede encontrar en Centros, Clínicas, Sanatorios y Hospitales.

Entre sus principales acciones se pueden destacar:

- Promoción y protección de salud.
- Diagnóstico temprano de daño, atención de la demanda espontánea de morbilidad percibida.
- Provisión de tratamiento específico acorde a sus recursos.
- Prevención de complicaciones secundarias a la discapacidad de origen.
- Detección de demanda.
- Articulación de mecanismos de referencia y contrarreferencia.
- No tiene actividad de internación.
- Puede ser nivel de referencia de Consultorios, Gabinetes, y EAG.

Mediano Riesgo o Nivel de Riesgo II: Establecimientos que pueden dedicarse en forma exclusiva a la rehabilitación de personas con discapacidad, o integrar los recursos de un establecimiento polivalente.

Entre sus principales acciones se pueden destacar:

- Comprende las acciones del Nivel I.
- Provisión de tratamientos específicos acorde a sus recursos a pacientes ambulatorios e internados.
- Atención inicial a pacientes que luego deben ser derivados a otros Niveles, según riesgo.
- Control y seguimiento de pacientes al egreso de internación o tratamiento.
- Mecanismos de referencia y contrarreferencia con niveles de mayor y menor complejidad.
- Posibilidad de trabajo en equipos multidisciplinares.

Alto Riesgo o Nivel de Riesgo III: Establecimientos que asisten pacientes ambulatorios e internados y se encuentran en condiciones de resolver todas las situaciones posibles, tanto por el recurso humano capacitado como por los recursos tecnológicos de los que dispone. Es un establecimiento de referencia, que también puede realizar acciones de bajo y mediano riesgo.

Entre sus principales acciones se pueden destacar:

- Comprende todos los niveles de riesgo.
- Es centro de referencia de establecimientos de menor nivel.
- Realiza habitualmente docencia e investigación.

Puede haber diversas combinaciones posibles: por ejemplo los diferentes servicios de clínicas, sanatorios y hospitales generales pueden tener nivel I, II o III según sus recursos, mientras que es posible que un hospital nivel III, tenga un nivel menor en rehabilitación por no cumplir con todos los requisitos especificados para un mejor nivel.

En líneas generales la orientación de pacientes según niveles puede seguir el siguiente modelo:

Nivel I: Pacientes ambulatorios con discapacidad en etapa de mantenimiento, que requieren apoyo de servicio social, control periódico de la evolución de la discapacidad y/o de la comorbilidad relacionada y mayor frecuencia o intensidad del tratamiento que la que podría brindarse en un Consultorio o Gabinete unipersonal.

Por ejemplo: hemiplejías con secuelas motoras y sensitivas, enfermedades neurológicas que requieren kinesiología, terapia ocupacional, apoyo psicológico, parálisis cerebrales en etapa de tratamiento médico y kinésico, etc.

Nivel II: La misma tipología de casos que para el nivel anterior, para pacientes en etapa aguda o subaguda, con gran problemática social, alta frecuencia e intensidad terapéutica y que requiere de atención coordinada en forma permanente en equipos multidisciplinarios.

Por ejemplo: síndromes medulares, miopatías con compromiso respiratorio, etc.

Nivel III: Igual tipología de casos que en los restantes niveles con cualquier grado de complejidad y características requeridas para la rehabilitación.

La programación del sistema de atención de salud según niveles de riesgo adquiere su real significado a partir del funcionamiento de la referencia y contrarreferencia, teniendo en cuenta que “las personas con discapacidad tienen el derecho de acceso a los servicios de Rehabilitación ofrecidos en cualquier nivel de atención de la red de servicios...”. De este modo, se evidencia el hecho de que todos los niveles “tienen la obligación de hacer una evaluación inicial para determinar el nivel de atención de Rehabilitación que le corresponde a la persona con discapacidad, darle orientación y hacer la derivación adecuada.” (OPS, 1993)

Conclusiones

A partir de lo expuesto se puede sostener que la problemática de las Personas con Discapacidad no es competencia exclusiva de las autoridades políticas y de los profesionales que se dedican a la misma, sino que es una responsabilidad a la que deben atender todos los ciudadanos y miembros de la comunidad en general. Esta afirmación es el planteamiento de la necesidad concreta de un cambio cultural.

La nueva mirada sobre las **Personas con Discapacidad** parte de una visión integral, de una concepción holística y concibe al sujeto o individuo inserto en una entramada de relaciones con los otros y con el ambiente y desde allí se construye el concepto de salud y por ende de Personas con Discapacidad. En este sentido, toda sociedad estereotipa encasillando muchas veces en compartimentos estancos a los grupos sociales que comparten determinados atributos. Así, las Personas con Discapacidad fueron denominados durante siglos peyorativamente, pero hoy a través de un cambio en la mirada sobre la realidad y desde una reivindicación de los derechos humanos, nos encontramos hablando de Personas con Discapacidad.

A todo ello contribuyeron las nuevas herramientas y posibilidades con las que cuentan los profesionales, y en última instancia la sociedad en su conjunto, para atender a las Personas con Discapacidad, las normativas vigentes en el país referidas a la temática y el desarrollo de la Rehabilitación en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.

La representación social de este colectivo vulnerable desde su fragilidad en cuanto al tejido relacional que puede establecer, muchas veces se convierte en un obstáculo para su integración. Por ello, se nos plantea el desafío como ciudadanos y miembros de una sociedad, de lograr la integración a partir de un fuerte compromiso con el tan mencionado cambio cultural que esto requiere.

Se debe seguir trabajando sobre los valores de la dignidad humana y la libertad individual, para que la justicia y la cohesión social sean algo más que meras declaraciones.

De esta forma, la integración y por lo tanto el disfrute de los derechos y obligaciones sociales en condiciones de igualdad de oportunidades será el resultado de un cambio cultural.

Bibliografía

1º.- Ley N° 22.431 “Sistema de Protección Integral de los Discapacitados.

2º.- Ley N° 24.901 y Decreto N° 1193/98, "Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad".

3º.- Ley N° 25.504 “Sistema de Protección Integral de los Discapacitados”

4º.- Normas Uniformes sobre Igualdad para las Personas con Discapacidad, A.G. res 48/96. (1993).

5º.- Oficina Internacional del Trabajo. Organización de la Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Organización Mundial de la Salud. RBC: Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad. Documento de posición conjunta, 2004. OMS (2005).

6º.- Organización Mundial de la Salud (OMS), Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Ginebra, 2001.

7º.- Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Los servicios de rehabilitación. Washigton (1993).

8º.- R Moragas. Rehabilitación: un enfoque integral. Ed. Vicens-Vives, España (1972).

9º.- Resolución 47/01, Programa Nacional de Garantía de Calidad. “Normas de Categorización de Establecimientos y Servicios de Rehabilitación”

Rehabilitación del movimiento

Lic Miryam Dorado

El objeto de estudio de la Kinesiología y Fisioterapia, es el movimiento. Esta es la razón principal por la cual nuestra profesión es un campo desde el cual se plantea problemáticas fundamentales referidas al movimiento, sus necesidades y motivaciones, funciones, modificaciones estructurales y funcionales, su recuperación, su rehabilitación, entre otras acciones.

Donde hay vida hay movimiento. La vida no existe sin él. El movimiento humano comienza antes del nacimiento y continúa hasta el final de la vida. Avanza desde una actividad refleja que se realiza al azar, controlada subcorticalmente hacia patrones cada vez más complejos que se coordinan en los centros nerviosos superiores.

En la infancia se adquieren patrones manipulativos y locomotores sencillos, a los que se van incorporando multitud de habilidades básicas.

Los/as niños/as combinan habilidades simples para formar patrones cada vez más específicos y complejos. Este proceso continuo de desarrollo de habilidades motoras, que al principio se aprenden como habilidades generales (entre ellas las superiores) y que posteriormente se combinan para modificarse, se puede explicar por el aumento de capacidad que acompaña al crecimiento y al desarrollo y, en parte, por un proceso natural no dirigido, que se produce por imitación, ensayo y error y libertad de movimiento.

El **concepto de desarrollo** óptimo de habilidades es amplio y tiene implicaciones en el enfoque que cada uno utilice al estudiar el movimiento.

El desarrollo motor forma parte del proceso total del desarrollo humano. Se suele definir **como los cambios producidos con el tiempo en la conducta motora que reflejan la interacción del organismo humano con el medio.** Este proceso supone el desarrollo de capacidades que son esenciales para el movimiento y la posterior adquisición de la habilidad motora. Este desarrollo motor tiene una profunda influencia en el desarrollo general del ser humano, sobre todo en el período inicial de su vida.

Como dice Schilling: *"El movimiento es la primera forma y la más básica de comunicación humana con el medio"*

Para clarificar los significados de las palabras así como para evitar, en la medida de lo posible, la confusión y malentendidos, se define:

Movimiento: a la acción y cambio. Un movimiento simple es un cambio específico en la posición de un segmento corporal. Por ejemplo en el caso del brazo, puede que la mano se mueva de modo independiente, o que la mano y el antebrazo se muevan juntos como un segmento o que todo el miembro superior se mueva como una unidad. Los movimientos simples adquieren importancia al interrelacionarse, al formar patrones de movimientos y al convertirse en actos motores o funciones motrices reconocibles.

Patrón de movimiento: es la combinación de movimientos organizados según una disposición espacio temporal concreta. Los patrones de movimientos comprenden combinaciones sencillas de dos segmentos a secuencias corporales muy estructurales y complejas. Por ejemplo la flexión del miembro superior.

Habilidad o función motora: son actividades motoras normales con patrones específicos. Constituyen la base de actividades motoras más avanzadas y específicas. Por ejemplo: Lanzar un objeto.

El **movimiento depende** así de dos sistemas: **nervioso y muscular**.

Se considera que ambos, en los seres humanos son productos de 350.000.000 de años de evolución aproximadamente. Su estructura y función se han tornado más variadas y mejor coordinadas, pero fundamentalmente la estructura nerviosa es solo un proceso de la evolución. Las neuronas en la médula y el tronco encefálico realizan el control inmediato del movimiento.

El comienzo y la ejecución de cada movimiento están basados en la información respecto de la intención del mismo, en qué contexto sensitivo se efectuará y el estado de las partes del cuerpo que lo realizarán. Todo ello requiere un circuito neural capaz de proporcionar a la corteza motora señales muy integradas acerca del estado motor y del estado del mundo.

Los **ganglios basales y el cerebelo** son fuentes importantes de esa información; los primeros participan fundamentalmente de la planificación de los movimientos complejos, mientras que el cerebelo está relacionado sobre todo con la ejecución coordinada de movimientos continuos; lo que significa que estos sistemas aseguran que el movimiento se planifique apropiadamente y se ejecute con tranquilidad.

Para apreciar una clara contribución de estos dos sistemas a la modulación de la función motora se analizará, como ejemplo, la ejecución de un acto motor cotidiano como lo es el acto de firmar. Para entender la complejidad de esta tarea aparentemente sencilla debemos saber todo lo relativo a su ejecución.

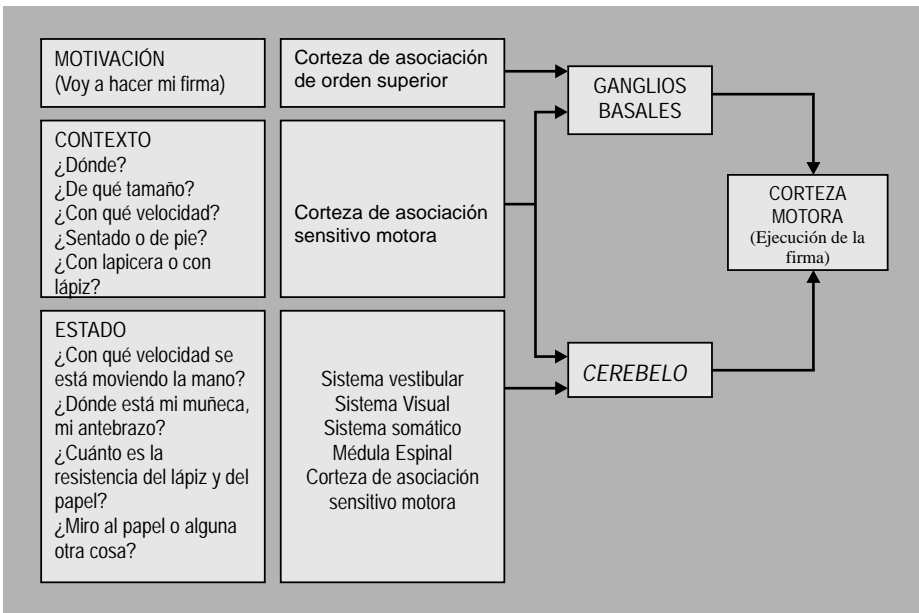
Para **iniciar una firma** es necesario saber donde se escribirá el nombre, el espacio de la escritura, el tamaño de la letra apropiada para el espacio asignado,

la posición del cuerpo al firmar (de pie o sentado), el tipo de superficie para la escritura (papel, pizarrón), el implemento para la escritura (bolígrafo, lápiz, lapicera), el tamaño del implemento para la escritura y la cantidad de presión necesaria para asegurar que la firma sea legible. Toda esta información debe ser adquirida, procesada y convertida en disponible para la corteza motora siempre que se necesite este acto motor aparentemente sencillo.

Una vez iniciado el movimiento necesita información adicional para asegurar la ejecución correcta del mismo. La firma del propio nombre, o la ejecución de cualquier otra tarea motora compleja representan una serie coordinada de movimientos efectuados en el tiempo, en una secuencia definida. Para llegar de la primera letra a la última se necesita información acerca de donde está la mano con respecto al papel.

¿Cómo debe cambiar la posición de la muñeca, el codo y el hombro a medida que prosigue la firma? ¿Lapicera o el lápiz se están moviendo muy lentamente o demasiado rápido a través de la superficie a medida que se ejecuta cada letra? ¿La firma se está deslizando por arriba o por debajo de la línea? Para realizar en forma correcta la firma, la corteza motora debe ser actualizada constantemente acerca del movimiento continuo y su contexto por varios sistemas sensitivos, en especial la visión y la sensibilidad somática.

En el siguiente cuadro se expresa el modo en que los ganglios basales y el cerebelo contribuyen a la iniciación y ejecución de los movimientos voluntarios.



No es sorprendente entonces, que una amplia variedad de información sensitiva y cognitiva puedan influir en el rendimiento motor. Estos circuitos intrincados también participan en el aprendizaje y en el recuerdo de las tareas motoras.

La amplia variedad de personalidades, capacidades motoras y comportamientos humanos es generada por la singularidad de los encéfalos humanos individuales. Estas diferencias neurobiológicas fascinantes entre las personas derivan de las influencias hereditarias y ambientales.

Si bien para realizar un movimiento normal es necesaria la acción del **Sistema Nervioso**, éste no podría manifestarse si no contara con la intervención del **Sistema Osteomioarticular**.

El **esqueleto humano**, por su parte, puede ser considerado como un ordenamiento de palancas movidas por lo músculos. La clase, amplitud y potencia de los movimientos están gobernadas por la naturaleza de las articulaciones entre las partes móviles, la longitud, el tamaño y ordenamiento de los músculos, las palancas y el peso de la carga que debe ser movida.

La mecánica es la rama de la Física que estudia el movimiento y el efecto de las fuerzas en los cuerpos. Comprende la **Cinemática**, que describe el movimiento, y la **Cinética**, que describe el efecto de la fuerza en la producción del movimiento. Cuando la mecánica se aplica al estudio del movimiento humano se denomina **Biomecánica**:

Biomecánica: La ciencia que examina las fuerzas internas y externas que actúan sobre el cuerpo humano y los efectos que produce.

Para que se produzca movimiento hay que aplicar fuerza, cuya fuente en el cuerpo humano es la fuerza muscular, ya que la contracción muscular debe producir una fuerza suficiente para iniciar, acelerar, cambiar su dirección o parar un movimiento con eficacia y según un patrón pre establecido.

Los **músculos son máquinas** que convierten la energía química en trabajo mecánico o tensión. La realización del trabajo muscular es el resultado del acortamiento de los mismos contra una resistencia. La tensión sin acortamiento, impide el movimiento, como sucede cuando se trata de mantener una postura.

Según la teoría ampliamente aceptada del "filamento deslizante" en la contracción del músculo no se acortan los filamentos de actina y miosina sino que los filamentos de actina se deslizan entre los filamentos fijos de miosina, y acercan a las bandas Z entre sí, esto conduce al acortamiento de los sarcómeros, y por lo tanto, de la fibra muscular en su totalidad, produciendo así la contracción muscular.

El **paso inicial que conduce a la contracción del músculo** es la transmisión de un estímulo desde el Sistema Nervioso hasta el músculo. Este mecanismo estímulo-respuesta, es muy complejo. Cuando un músculo es estimulado este

responde con una contracción cuya magnitud dependerá de la cantidad de estímulos que reciba. Para que un músculo sufra un acortamiento máximo se requiere cierto tiempo mínimo de estimulación.

De la inervación recíproca o co-contracción postural depende la postura y las destrezas funcionales.

Normalmente las contracciones musculares cumplen una de dos funciones: mantienen una postura u originan un movimiento.

La **postura**, en sentido fisiológico, significa cierta orientación del cuerpo en el espacio o de partes del cuerpo en relación con otras. Frecuentemente, la postura se opone a la fuerza de gravedad y comprende los complicados mecanismos para mantener el equilibrio o para restablecerlo si se ha alterado.

El mantenimiento de la actitud erecta bípeda en el ser humano requiere la presencia de numerosos elementos, pasivos y activos. La actitud erecta requiere por definición una relación determinada de los distintos segmentos corporales, tronco y extremidades entre sí y, por otra parte, una relación determinada del cuerpo en su totalidad con respecto al espacio y al plano de sustentación.

La **actitud erecta** depende, en última instancia, de una posición adecuada de las articulaciones del pie, rodilla, cadera, columna vertebral y occipitovertebrales, quienes son mantenidas a su vez por ligamentos y músculos. Los ligamentos contribuyen a tener la postura facilitando la fijación de ciertas articulaciones y ahorrando así un esfuerzo contráctil a los músculos

Hay una fuerza que actúa constantemente para hacer perder a las personas su actitud erecta, la fuerza de la gravedad, la cual no es percibida por el individuo, lo que indica que los mecanismos que mantienen la actitud erecta son reflejos y se integran a nivel subcortical, sin llegar a nivel de la conciencia. Pero en ciertas ocasiones (fatiga por estar mucho de pie, condiciones de equilibrio forzado, un tropezón, etc.), tenemos conciencia del peso de nuestro cuerpo y tendemos a efectuar movimientos voluntarios para mantenernos de pie.

Los movimientos, por otra parte, tienen por objeto cambiar la posición del cuerpo en el espacio o de algunos segmentos respecto a otros. Pueden ser reflejos o voluntarios.

Un **movimiento reflejo** es una respuesta invariable a un estímulo definido que afecta a un receptor sensorial. Estos movimientos no tienen porque ser aprendidos, son innatos.

Los **movimientos voluntarios** son iniciados por impulsos que se descargan desde ciertas áreas de la corteza cerebral. La actividad cortical difiere de la actividad refleja en algunos aspectos; uno de los más importantes es que no es predecible. Esto resulta del hecho de que no sólo es determinada por la

naturaleza del estímulo inmediato, si lo hay, sino también por la memoria de experiencias anteriores. Es por ello que el Sistema Nervioso nada sabe de músculos sino de movimientos.

El Sistema Nervioso transforma nuestras sensaciones, pensamientos y emociones en movimientos .

La **voluntad controla el movimiento integral**, no la acción de cada músculo aislado. Cualquier función requiere concentración en él y exige desatención de la acción muscular.

La postura erecta depende de la contracción muscular tónica; la ligera tensión permanente que da origen en el músculo al tono muscular, que es la expresión en el tiempo de la contracción tónica muscular.

El cuerpo humano puede estar en reposo, en actitud erecta, o en movimiento. Todo movimiento, aun el que parece más simple, es sumamente complicado por el número de músculos que intervienen y por las interacciones entre ellos. Deben regularse diversas variables a la vez: velocidad, fuerza, dirección, medida, etc., del movimiento, lo que exige una perfecta coordinación del sistema nervioso.

La **Kinesiología y Fisioterapia** abarca el estudio de las relaciones recíprocas, incasantes y permanentes entre factores neurofisiológicos, psicológicas y sociales, que intervienen en la integración, elaboración y realización del movimiento humano.

Es el pensamiento hecho acción.

La **destreza** es el elemento de la actividad que capacita al ser humano para cumplir una gran cantidad de trabajo con un esfuerzo relativamente leve. Se adquiere sobre todo por un proceso de perfeccionamiento en la coordinación de diversos grupos musculares. El movimiento adiestrado se caracteriza por su aparente facilidad y naturalidad. Para llevar a cabo el aprendizaje de una destreza necesitamos cierta familiaridad con los objetos que utilizaremos para ello y la coordinación de los movimientos del cuerpo.

Discapacidad

En América Latina viven aproximadamente 85 millones de personas con discapacidad, de los cuales sólo el 2% encuentran respuestas a sus necesidades, según datos de la OPS.

Las tendencias actuales señalan que esta situación se acentuará por el incremento de las enfermedades emergentes, reemergentes y crónicas. Los conflictos bélicos, la violencia social, los accidentes de todo tipo, y el uso y abuso del alcohol y drogas son serios factores de riesgo de discapacidad, así como también el envejecimiento de la población, la desnutrición, la niñez abandonada, los

grupos sociales postergados, la pobreza extrema, el desplazamiento de los grupos poblacionales y los fenómenos naturales.

Como consecuencias de estos factores y sin distinción de clases social, raza, cultura, género, edad y condición económica, varias personas presentan algún tipo de discapacidad. A lo largo del desarrollo de la humanidad, las ideas sobre las personas con discapacidad se han modificado sustancialmente,

En julio de 2001, la OEA (Organización de los Estados Americanos) publicó un trabajo en el que se plantea la evolución del concepto de discapacidad desde el siglo XVII, según los siguientes modelos:

Modelo preformista o negativista: es el que prevalece hasta el siglo XVII. Según las distintas culturas, las personas con discapacidades eran segregadas, perseguidas, o institucionalizadas en forma permanente. Se practicaba la eugenesia a quienes tenían estos "estigmas"

Modelo predeterminado médico: se extiende desde el siglo XVII hasta el siglo XIX. Se consideraban que las discapacidades tenían origen biomédico. En esa época, quienes no podían ser curados se institucionalizaba en establecimientos donde se atendía a individuos con cualquier tipo de discapacidad. Las órdenes religiosas eran las que principalmente se ocupaban de estas personas.

Modelo determinista funcional: se extiende desde fines del siglo XIX hasta fines del decenio de 1980. Se desarrolla el criterio de rehabilitación y de educación especial.

Modelo interaccionista o estructuralista: acá comienza a desarrollarse el concepto de desventaja y a enfatizarse los factores ambientales. En este período se implanta la normalización en la educación. Se reconoce el valor de la prevención para eliminar las barreras físicas y estructurales.

Modelo inclusivo de los derechos humanos: se reconoce que los derechos humanos son fundamentales y se los incluye en la ejecución de los programas.

La discapacidad es una contingencia en la vida de cualquier individuo que no sólo afecta a su sistema biológico; si así fuera, se trataría de un problema exclusivamente médico, sin los múltiples factores y combinaciones que pueden desembocar en limitaciones funcionales, discapacidades y minusvalías.

Cuando se presenta una limitación funcional y la discapacidad, coinciden una serie de aspectos que involucran a los servicios y sistemas de salud en relación con su disponibilidad, integralidad y calidad, junto con los determinantes sociales relacionados con la calidad de vida de las personas.

Rehabilitación

Desde siempre el ser humano herido o incapacitado por alguna razón, ha buscado restaurar el movimiento de su cuerpo, sus funciones y la posibilidad de permanecer inserto en la sociedad donde se desarrolla.

Volviendo la mirada hacia la historia de la humanidad y la Medicina Física encontramos evidencias de esta necesidad. Un ejemplo de ello son las descrip-

ciones de papiros del Antiguo Egipto imperial de recomendaciones de ejercicios de marcha para personas que habían sufrido fracturas o lesiones invalidantes. Más adelante los médicos griegos de la época clásica, entre ellos Hipócrates considerarán al ejercicio para muchas enfermedades y sus secuelas como parte integrante de la terapéutica.

Pero, en general estas recomendaciones han sido más o menos esporádicas; es recién en el siglo XVIII cuando la investigación y las ciencias comienzan su verdadero avance. Esto tiene una explicación clara, la Medicina siempre ha estado ligada a las religiones y sus concepciones mágicas de la vida y la muerte, pero las nuevas formas de pensamiento racional y científico desconocen los tabúes y preconceptos que signaban a algunas enfermedades o secuelas de estas, como los diferentes tipos de parálisis adquiridas o congénitas.

Todo lo relacionado al ser humano es objeto de investigación, se profundizan los conocimientos de Neurología, el comportamiento del sistema músculo esquelético, etc. Es válido el pensar el ser humano en movimiento.

Al fin llegamos al siglo XX donde esta herencia de avances científicos va ser fundamental para los pacientes heridos de guerra, ya que son lamentablemente dos grandes conflagraciones mundiales: la Primera y Segunda, las que hicieron necesaria la sistematización y crecimiento de las técnicas de rehabilitación y la necesidad de la creación de carreras como la nuestra donde el objetivo principal está puesto en la recuperación, tratamiento y prevención de lesiones invalidantes.

En la actualidad se reconoce a la Rehabilitación como parte integral del tratamiento de enfermedades e incapacidades crónicas.

"La rehabilitación del paciente y del discapacitado crónico no es sólo una serie de técnicas restauradoras, es una filosofía de responsabilidad social"

Dr. Howard Rusk

El no asumir esta responsabilidad significa asegurar un deterioro continuo de pacientes con discapacidades no tan graves hasta que estas alcancen un nivel elevado de daño incapacitante y una dependencia total. Además, el descuido de las diferentes incapacidades durante las primeras etapas de su desarrollo es más costoso económicamente que un programa de rehabilitación adecuado y precoz, ya que en la mayoría de los casos este permitirá al individuo tratarse, alcanzar no sólo su recuperación funcional sino posibilitar su autocuidado y su mejor inserción social y laboral.

A pesar de que la ciencia avanza en forma veloz ofreciendo posibilidades de diagnósticos y recursos terapéuticos de última generación, muchas de las enfermedades pasibles de rehabilitación dependen de la evolución lenta que en ellas se van produciendo, esto hace que el abordaje de los pacientes no sea siempre

atractivo en término de desafío y éxito.

Esto nos hace pensar en el rol de nuestra profesión y en la importancia social del accionar dentro del Equipo de Salud Humana, sobre todo si tenemos en cuenta que la relación Fisioterapeuta - Paciente implica no solo una consulta esporádica sino un dialogo constante y a veces diario con el paciente y su familia ya sea en un centro hospitalario, el consultorio privado o el domicilio.

Cuando se habla de Rehabilitación, la Kinesiología y Fisioterapia es la disciplina que posee el campo de acción más amplio dentro del proceso Salud-Enfermedad, ya que prácticamente no existe situación patológica o preventiva donde nuestra profesión no represente un aporte significativo, sobre todo si este accionar se lleva a cabo en el marco de la relación interdisciplinaria o transdisciplinaria, con otras profesiones lo que permite ampliar totalmente su espectro terapéutico-preventivo para beneficio de las personas.

La **Rehabilitación** trata de conseguir para las personas con alguna discapacidad la mayor capacidad física, mental, emocional, social, vocacional y económica de que sean capaces: la rehabilitación está dirigida a mejorar la totalidad del individuo. Es un proceso complejo que resulta de la aplicación integrada de muchos procedimientos para lograr que el individuo recupere su estado funcional óptimo, tanto en el hogar como dentro de la comunidad, en la medida en que lo permita la utilización apropiada de todas sus posibilidades residuales.

Resulta gratificante saber que la Kinesiología y Fisioterapia ha sido reconocida como un método que puede restaurar la capacidad funcional de los pacientes con discapacidades o enfermedades crónicas para que se conviertan en participantes en sus hogares y comunidades. Este reconocimiento ha tenido una influencia muy significativa dando lugar a la ampliación del concepto de atención integral.

En el momento actual este concepto de atención integral incluye a la rehabilitación cada vez que sea necesaria para procurar la recuperación del paciente que presenta una enfermedad o discapacidad, para recuperar la funcionalidad óptima en su medio social habitual, con una calidad de vida que se aproxime tanto como sea posible a la que desempeñan las personas en la sociedad.

La rehabilitación es un acto de atención de la salud y por tanto componente imprescindible de la promoción, prevención y asistencia de las personas en el mantenimiento de la salud y el bienestar de ellos, su familia y la comunidad. OPS, 30/09/88.

No obstante, el crecimiento y difusión de la estrategia de APS en América, la rehabilitación continúa, sin ser identificada como uno de sus elementos aun cuando en la Declaración de Alma Ata, se la ratifica como una de las medidas de salud aplicables a la comunidad.

Persiste la **concepción de la Rehabilitación como un servicio de alta**

especialización, que utiliza tecnología costosa y que en general se administra en instituciones complejas, como la última etapa de la atención de Salud que la excluye de la atención de salud integral. La detección del riesgo de discapacidad y la prevención de iatrogenias, son fundamentales en lo que se ha dado a entender como "consecuencias de la enfermedad".

Las Naciones Unidas en su Plan de Acción Mundial para la Década de las Personas Discapacitadas (2006- 2016) aceptaron las definiciones que aquí se destacan:

Prevención: es la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales o a impedir que cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.

Rehabilitación: es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia o discapacidad alcancen un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales.

Integración: es el proceso mediante el cual el sistema general de la sociedad, tal como el medio físico y cultural, la vivienda, el transporte, los servicios sociales y sanitarios, las oportunidades de educación y trabajo, la vida cultural y social, incluida las instalaciones deportivas y recreativas, se hacen accesibles para todos.

La **prevención** es responsabilidad primordial de los sectores salud y educación. La **rehabilitación** es una actividad prevalentemente del sector salud y la **integración** del sector social.

Interdisciplina en Rehabilitación

Las acciones de Rehabilitación se ejercen sobre el individuo (en el campo profesional y social) y sobre el medio (físico, económico, cultural etc.). Esto es lo que fundamenta la necesidad de la interdisciplinariedad como único medio a llevar a cabo las acciones en Rehabilitación

En los últimos años se ha desarrollado un creciente interés por la interdisciplina, como un estudio integrado, como el marco de una nueva conexión transversal interdisciplinaria, como un nuevo enfoque de la salud y la enfermedad, como una forma de trabajo conjunta o como una manera de comunicación y de afectividad.

Ante la necesidad de recortar el término interdisciplina y relacionarlo con una idea más concreta a fin de llevarla a un campo práctico, decidimos pensar a la interdisciplina junto al equipo de rehabilitación.

Según la OMS:

“Rehabilitación es la aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, sociales, educativas y profesionales para preparar o readaptar al individuo con el objeto que alcance la mayor capacidad funcional posible, tendiendo al logro de su máxima autonomía a los efectos de posibilitar una mayor integración a la sociedad”.

Se observa que la persona con alguna discapacidad, muchas veces, no logra insertarse o rehabilitarse, o no encuentra alivio a sus padecimientos con las acciones individuales sino en el acto rehabilitador global, es decir, entre las diversas disciplinas, en el espacio en que una encuentra a la otra apelando a la cooperación para avanzar y dar respuestas a sus necesidades.

Todo lo expuesto fundamenta la necesidad del trabajo interdisciplinario e incentivar investigaciones en este campo como un intento de aproximación a este modelo de abordaje.

En base a una concepción integral de las personas el concepto de discapacidad reúne las nociones de daño, discapacidad, desventaja y disfunción.

Daño: pérdida o anomalía diagnosticada, permanente o transitoria, de la estructura o de la función. Al daño puede seguirle una limitación funcional que es la pérdida o reducción exteriorizada de la habilidad para llevar a cabo aquellas funciones individuales que se esperan de parte del cuerpo. Esto equivale a una **disfunción**.

En la **discapacidad** se mide el grado de alejamiento de la media normal, a consecuencia de un daño que se manifiesta o la limitación funcional o restricción de las habilidades, y es a consecuencia de un daño o una discapacidad que el individuo sufre una **desventaja**.

La **desventaja** representa las consecuencias sociales y ambientales que sufre una persona al verse limitada o impedida en el desempeño de una función que entendida como normal según edad, sexo, factores sociales y culturales.

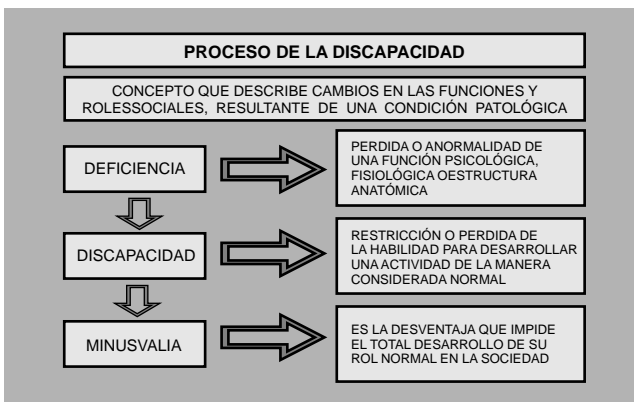


Tabla N° 1
IMPACTO DE ALGUNAS ENFERMEDADES EN LA SALUD
DE LAS PERSONAS

DAÑO (Patología)	DEFICIENCIA	DISCAPACIDAD	DESVENTAJA
Hipotiroidismo Congénito	Bajo nivel de inteligencia	Disminución de la capacidad de aprendizaje	Alteración de las relaciones sociales
Encefalopatía por Sarampión	Disminución visual, auditiva, intelectual y motriz	Una disminución o abolición de la funciones motoras, intelectuales y de comunicación	Dependencia en las necesidades vitales
Traumatismo del Raquis medular a nivel lumbar	Pérdida de motilidad y sensibilidad de los miembros inferiores y una vejiga neurogénica	Disminución de la capacidad de deambulación y traslado, incontinencia de esfínteres y alteraciones en la función sexual	Disminución de la capacidad laboral, social y deportiva
Tumor femoral	Pérdida de un miembro inferior por amputación	Disminución en la capacidad de deambular	Disminución de la capacidad laboral, social y deportiva
Fibrosis Quística	Alteración en las glándulas de secreción interna	Disminución de la función respiratoria y de nutrición	Disminución de la capacidad laboral, social, educacional y deportiva
Desnutrición	Alteraciones en el desarrollo neuropsicomotor	Una disminución o abolición de la funciones motoras, intelectuales, psicológicas	Disminución de la capacidad laboral, social, educacional y deportiva

La Rehabilitación tiende a restaurar al individuo en su más completa utilidad dentro de la familia y comunidad.

Rehabilitar significa restituir habilidades psicofísicas que se han perdido o que faltaban desde el nacimiento.

Rehabilitar es recuperar la función en la mejor forma posible y por medio de ello vivir una vida más normal.

Es importante realizar un análisis histórico- crítico de las ideas y actitudes que a lo largo de muchos siglos han modelado el pensamiento de las personas dedicadas a la tarea de rehabilitar. La idea es destinar algunos rasgos característicos de ciertos modelos o paradigmas, de acuerdo con los cuales se ha pensado y actuado a lo largo de la historia.

Existen paradigmas: el tradicional, el de la rehabilitación, el de autonomía personal y de la rehabilitación integral.

Paradigma Tradicional:

- A. Ve al individuo disociado.
- B. Doble marginación orgánico- funcional y social.
- C. Surge a partir de las ideas demostradas desde las democracias.
- D. La persona a rehabilitar es considerada como sujeto de asistencia, sujeto problema, sujeto de administración, individuo no apto para rendimiento, productor en la sociedad, sujeto de protección o tutela, sujeto de previsión socio-sanitaria, no ejerce como adulto al no dar la talla social productiva que se demanda.
- E. Protegido de por vida sin posibilidades.
- F. Contexto europeo. Occidental- cristiano.

Paradigma de Rehabilitación

- A) El problema es el individuo.
- B) La solución hay que buscarla mediante la intervención profesional de los especialistas que constituyen el clásico equipo rehabilitador: médico, Lic. en Kinesiología y Fisioterapia, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Trabajador Social, Lic. en Fonoaudiología, etc.
- C) El control del proceso está en manos de los profesionales y el resultado se mide por el grado de destrezas funcionales logradas o recuperadas por la colocación de un empleo remunerado.
- D) Es un paradigma médico - industrial con una tecnología terapéutica y recuperacionista
- E) Todos tienen derecho a corregir o modificar su estado cuando este constituye un obstáculo para la integración.
- F) Se centra sobre el individuo
- G) La OMS toma de este paradigma la clasificación internacional de deficiencia, discapacidad y minusvalía.
- H) Lo considera como persona adulta.

Paradigma de la Autonomía Personal:

- A) Surge en los EEUU en los años 70, como el movimiento de vivir independiente.
- B) Sostiene el derecho a ser tratado como los demás
- C) Las personas discapacitadas tratan de construir su propia autonomía e integrarse.
- D) Luchan por suprimir las barreras psíquicas y sociales.
- E) Quieren independizarse de las instituciones
- F) Se aparta de la intervención que genera la dependencia
- G) El problema no es la deficiencia, ni la falta de destrezas sino la dependencia entre los demás.
- H) Se pone énfasis en la autonomía personal, más que en la habilidad física o

en conseguir un empleo.

- I) Lucha por la equiparación y la accesibilidad del entorno
- J) Es un paradigma cívico- político de la autonomía personal

Paradigma de la Rehabilitación Integral:

- A) No está definido con claridad en la literatura médica o en los documentos internacionales
- B) Ofrece variedad de servicios y prestaciones que cubren el espectro de necesidades de las personas con discapacidad
- C) Ofrece un orden coordinado e individualizado de servicios
- D) Previene, minimiza o revierte la aparición de deficiencias, discapacidades y desventajas.
- E) Los servicios que la componen son médicos y especialidades psicosociales
- F) Lucha por logro de la vida independiente e integral.
- G) Incluye una amplia gama de actividades
- H) Asesora a las personas con discapacidad y a sus familia
- I) Fomenta la autonomía y la prestación de servicios ocasionales como evaluación y orientación.

Conviene recordar que este resumen histórico no supone un escalonamiento de etapas suprimiendo las anteriores, los modelos y tendencias coexisten; hay infinidad de variantes y combinaciones en distintas proporciones de cada uno de los paradigmas.

Un punto de armonización entre el **paradigma de la rehabilitación y de la autonomía personal**, es el que la persona con deficiencia tenga el poder para analizar y afrontar las carencias o minusvalías del entorno social que le impiden ser autónomas, al menos en el mismo grado en que ese entorno se ha dedicado tradicionalmente a analizar las deficiencias de muchas personas e imponerles sus condiciones y sus causas.

Parece claro que hasta que las ideas y los modelos de acción más positivos e innovadores pasen de los círculos avanzados a toda la sociedad, se necesita tiempo. En relación con la discapacidad, aunque nos restrinjamos a contextos considerados como civilizadamente democráticos y socio-económicamente desarrollados, siguen coexistiendo los rasgos más abiertos y progresivos de los paradigmas de la rehabilitación y de la autonomía personal con los prejuicios y las ideas más avanzadas del que hemos llamado modelo tradicional.

De allí se entiende que muchas veces en el abordaje tradicional el enfermo no encuentre alivio a sus padecimientos ni en la Medicina, ni en la Psicología, ni en la Sociología sino desde todas ellas, es decir desde un acto global que contemple la estructura bio-psico- social de la enfermedad.

Con este nuevo enfoque se pretendió poner el acento en un aspecto o en una

fase del proceso terapéutico que se hallaba descuidado en los ambientes médicos, la Medicina era por entonces demasiado organicista. Se trataban las enfermedades pero se descuidaban los enfermos, sobre todo los post-enfermos.

El **concepto nuevo de Rehabilitación** vino a llenar ese vacío, continuando y ampliando el proceso reparador que había llevado la terapia clásica. Se vuelve el interés por el hombre como ser unitario y social. Desde entonces, la terapéutica ha ido incorporando a su propia quehacer todos los postulados, métodos y técnicas rehabilitadoras hasta lograr toda la rehabilitación posible.

La **Medicina Rehabilitadora** como actitud más que como quehacer entendiendo que la rehabilitación concierne a todo el personal de la salud, (también la educación, contratación laboral, etc.) y que las soluciones vendrán del conjunto de los aportes que cada uno pueda hacer.

Este enfoque rehabilitador daría pie para un desarrollo ideológico de lo que es la terapéutica y de lo que son los fines de la asistencia. Esto fundamenta la necesidad de trabajo en equipo. Es difícil delimitar con precisión lo puramente físico de lo psíquico y viceversa, además de la influencia del factor social.

La OMS indica que la "Rehabilitación incluye todas las medidas que tienen como disminuir el efecto de la discapacidad en las personas y lograr su integración social. El objeto de la rehabilitación no es sólo el entrenamiento de las personas con discapacidad para adaptarse al medio, sino también la integración en el medio inmediato y en el conjunto de la sociedad".

Para ser comprensible, como un Gestalt, más que integrar al paciente y a la familia, es absolutamente indispensable el abordaje interdisciplinario, no sólo porque descubre la estructura general de ese mapa de interacciones sino también enriquece a los terapeutas encargados del paciente para una interpretación cada vez más operativa. Trabajar mancomunadamente, donde cada uno expone su visión personal en la parte que le atañe y lograr así de común acuerdo y sobre la base de las observaciones expuestas la más adecuada terapéutica para cada paciente.

Esto brinda al paciente y su entorno una mayor seguridad, además de la comodidad, ya que no debe desplazarse de un consultorio a otro tratando de hacer de intermediario entre los distintos especialistas.

El poder dialogar con terapeutas de distintas áreas nos permite valorar al paciente no sólo durante la consulta o a través de los datos aportados por la familia, sino por lo realizado durante el trabajo con otros integrantes del equipo y así formar una visión más global del funcionamiento del paciente.

A veces en el ejercicio de las Ciencias del hombre una invade a la otra, de allí la importancia que cada una de las disciplinas determine su ángulo sin perder de vista la totalidad del fenómeno que estudia, es decir a la persona.

Se plantea un nuevo abordaje terapéutico que, pretende evitar la unilateralidad de las ciencias que, intoxicadas por la polaridad de sus respectivos dogmas, contribuyen con su parcialidad a oscurecer aún más el panorama real del hombre enfermo y darnos una visión incompleta de su problemática.

Desde esta postura la búsqueda de nuevas alternativas para mejorar la atención del paciente y su grupo familiar, determina la necesidad de interactuar con una amplia serie de profesionales de la salud para conformar el equipo.

Este equipo está formado por profesionales que han recibido una formación específica en diversos dominios del conocimiento, que tiene diferentes conceptos, métodos, datos, términos que se han organizado en un esfuerzo común, alrededor de un problema común, existiendo una intercomunicación continua.

Disciplina, Interdisciplina, Multidisciplina y Rehabilitación

Una de las contribuciones más valiosas de la Medicina de rehabilitación ha sido la introducción del concepto y la práctica de **trabajo en equipo multidisciplinarios para el tratamiento de la discapacidad**.

La posibilidad de elaborar un enfoque integral del problema médico que afecta a un individuo con limitaciones funcionales y discapacidades, permite resolver problemas de diversa índole que afectan a las áreas funcionales y sociales de esa persona, su familia y su entorno.

El trabajo en equipo interdisciplinario se originó en relación a la investigación científica; fueron los científicos quienes admitieron la insuficiencia de la labor disciplinaria y apelaron a la cooperación a fin de avanzar en sus conocimientos.

Es importante destacar que el **trabajo en equipo interdisciplinario** no implica el borramiento o desdibujamiento de las fronteras disciplinarias, temor que albergan algunos profesionales al no tener en claro este nuevo enfoque con relación a sus incumbencias y roles.

Las disciplinas, más bien posibilitan registros de lectura diferenciados y específicos que convergen en un análisis exhaustivo. El diálogo interdisciplinario no busca la unificación de problemas y soluciones en la religiosa ilusión de alcanzar una ciencia única, sino el carácter estimulante que tiene para cada disciplina enterarse de cómo una problemática común es pensado fuera de sus bordes.

“Interdisciplina es reencuentro, diálogo científico y humano, es discusión y disputa amistosa, es articulación más que adición donde las disciplinas se respetan delimitando fronteras entre las que existen puntos de contactos a modo de puentes para lograr un abordaje integral, ya que la rehabilitación presupone a la persona total y va más allá del síntoma, implica una persona completa, en sus situación, susceptible de un abordaje pluridimensional (epistemología convergente)”

Se trata de una **interciencia** con una metodología interdisciplinaria la que funcionando como unidad operacional, permite un enriquecimiento de la comprensión del objeto de conocimiento y una mutua realimentación de las técnicas de aproximación al mismo. No se trata de yuxtaposiciones teóricas, de agregados o sumatorias sino de una formulación que da forma e integración a distintas disciplinas en una convergencia unitaria.

La **interdisciplina** aspira a una dialéctica entre los profesionales insertos en el campo de las instituciones asistenciales. Se ve a la interdisciplina como actitud integral, desplazamiento a través del cual el sentido de la expresión sustantiva interdisciplina se adjetiva, se transforma en una cualidad que todo profesional de la ciencia debiera tener.

La **interdisciplinariedad** es un instrumento o método epistemológico cuya finalidad esencial es lograr la aproximación de las diversas disciplinas o saberes científicos, particulares, en una posible convergencia para llegar a una visión global en la cual las áreas implicadas confluyen para hacer sus particulares aportaciones.

Entendemos por **disciplina** un cuerpo teórico técnico que posibilita el ejercicio de una tarea científica, mientras que por equipo interdisciplinario, a una congregación de sujetos de diversas disciplinas interrelacionadas. Por trabajo interdisciplinario se entiende no sólo al trabajo realizado por expertos de diversas disciplinas sino a la cooperación orgánica entre los miembros de un equipo que implica la voluntad de elaborar un marco más general en el que las disciplinas especializada son a la vez modificadas e integradas unas a otras.

El **trabajo interdisciplinario** implica una verdadera colaboración entre los especialistas de diversas disciplinas formando una unidad de relaciones y acciones recíprocas donde las mismas se interpretan constantemente, siendo siempre su meta un objetivo de acción, un objeto construido común.

Abordaje interdisciplinario, es una modalidad de acción equivalente a la de trabajo interdisciplinario, que para concretarlo es necesario aprender un lenguaje compartido, un código común, que posibilite la circulación de la información y facilite la comunicación de puntos de vistas relativos a la tarea a afrontar.

Comunicación y aprendizaje son los procesos que pueden facilitar que un equipo funcione adecuadamente y acceder a un lenguaje interdisciplinario.

Basándonos en la teoría de Enrique Pichon Riviere que sostiene que los procesos de comunicación que se dan en todo grupo, pueden favorecer o menoscabar la calidad de los vínculos entre los sujetos, se concluye que la relación con los otros es sostén del psiquismo, si estos vínculos son buenos producirán un aprendizaje en los sujetos, de las distintas situaciones una adaptación activa a la realidad que les toca vivir, esto es para Pichon Riviere sinónimo de salud.

Si el equipo profesional intenta rehabilitar al paciente desde el marco de su posibilidad rehabilitante, es decir, su edad, su realidad neuropsicológica, su contexto familiar, social, económico y no desde marcos referenciales, personales,

académicos, sectoriales es factible que el paciente se rehabilite.

Es posible lograr las condiciones para la interdisciplina en Rehabilitación, cuando existe un contacto permanente entre los miembros del equipo y debemos luchar para que las instituciones responsables consideren esta necesidad en bien de la comunidad y de sus miembros afectados.

Dada la complejidad del hecho humano, intentar comprender su acontecer y resolver sus alteraciones físicas, psíquicas o sociales implica ubicarlas dentro de la mayor cantidad de sistemas posibles de los que forma parte. Por ello resaltamos la necesidad del trabajo interdisciplinario por su posibilidad de abarcar en su totalidad al proceso patológico utilizando los beneficios de la interconsulta.

Si hablamos de reconocer la importancia de la interdisciplina, es imprescindible estar alerta a las condiciones necesarias que ya hemos mencionado. Debemos estar alertas a los obstáculos que impiden el desarrollo armónico del trabajo en equipo.

Entre ellos nos encontramos la luchas por las hegemonías en el trabajo interdisciplinario, en virtud que este tipo de trabajo es desempeñado por profesionales que ostentan reconocimientos sociales diferentes, que las disciplinas en las que están capacitados gozan de status científicos o académicos dispares y en razón que algunos profesionales albergan sentimientos neuróticos más o menos disimulables. Las hegemonías o las aspiraciones hegemónicas suelen ser frecuentes.

Lo mismo sucede con respecto a coordinación en el trabajo interdisciplinario, ya que el equipo debe discutir y afrontar la decisión explícita de una coordinación para favorecer la ejecución de la tarea a realizar.

Otras formas usuales que dificultan el trabajo interdisciplinario son:

- La ignorancia disciplinaria.
- Desconocimiento de los límites disciplinarios.
- Conflicto a nivel de la identidad profesional.
- Confusión del quehacer administrativo u organizacional con el quehacer interdisciplinario.
- Confusión del quehacer político, religiosos, etc., con el quehacer interdisciplinario.
- Problema de comunicación entre los miembros del equipo.

La burocratización es siempre el mayor obstáculo, debemos evitar una jerarquía demasiado rígida que puede entorpecer la expresión de las opiniones, según sostiene Bastide.

Centros de Rehabilitación

Una institución sanitaria (Centro de Salud, Dispensario, Posta sanitaria, Servicio o Centro de Rehabilitación) es la estructura física y funcional en la que

se desarrolla una parte de las actividades de la atención y prevención de la salud, de forma coordinada, integral, continuada, permanente y con base en el trabajo en equipo de los profesionales que actúan en el mismo.

Los **Centros de Rehabilitación** se distinguen de los "Departamentos", "Servicios" y "Clínicas especializadas" por:

- A. Su carácter pluridimensional, ofreciendo una serie de servicios y personal especializado en diversas ramas de la rehabilitación (cardíaca, respiratoria, neurológica, psicomotriz, metabólica, traumatológica, reumatológica, etc.)
- B. Su carácter integral y coordinado de los servicios
- C. Contemplar la mayoría de las actividades y necesidades del discapacitado, no sólo clínicas sino también sociológicas y vocacionales.

Responden a diversos tipos, entre los más frecuentes:

1. Grandes centros de enseñanzas relacionados con Universidades
2. Centros situados en Hospitales que resuelven los problemas de rehabilitación de los pacientes hospitalizados
3. Centros ambulatorios que sirven a núcleos de población más o menos grande.

En general, no es posible encontrar en todos los servicios médicos-quirúrgicos, quirúrgicos, psicológicos, fisiokinésicos y sociales, así como el entrenamiento vocacional. Estos servicios pueden encontrarse en dos o más Centros que atienden al paciente sucesivamente. Es esencial que entre ellos haya una coordinación de programas, a los fines de garantizar una buena referencia y contrarreferencia.

Condiciones fundamentales del Centro de Rehabilitación

La Rehabilitación, según los conceptos expresados, requiere una atención global a la persona y ser realizada de modo individual. Para ello es necesario que los Centros de Rehabilitación integren los aspectos de la rehabilitación, adaptando su trabajo a los requerimientos de la comunidad en que sirven.

Atención global a la persona. El primer aspecto es considerar al individuo con alguna discapacidad como persona, con todos sus atributos. Debe verse una persona con una discapacidad y no una discapacidad con una persona. Por lo tanto dicha discapacidad no se puede tratar como un problema aislado. La actitud de la persona discapacitada frente a la rehabilitación es fundamental; para que ésta alcance el éxito, se requiere su deseo y cooperación.

Tratamiento individual. Cada persona presenta aspectos que hacen su caso particular, no sólo por la propia discapacidad que presenta sino por

otros factores que la caracterizan. La actitud adecuada es individualizar cada caso, ya que cada paciente siente que su dificultad es única por lo que exige que su tratamiento sea especial.

Servicios integrales. Las necesidades de las personas con discapacidad a rehabilitar son variables según la importancia de su caso. Para muchos la rehabilitación necesita del trabajo interdisciplinario del equipo completo, mientras que para otros casos no necesariamente.

Adaptación del Centro de rehabilitación a los requerimientos del sector de población que sirve.

El Centro de rehabilitación tiene que llenar del modo más completo las necesidades de la población a la que sirve. Para ello ha de utilizar lo más eficazmente posible los servicios del personal profesional del que dispone. El Centro de Rehabilitación ha de orientarse alrededor de las necesidades de sus pacientes considerándolo por tanto como el eje central del equipo de rehabilitación.

Equipo de Rehabilitación

Como se dijo, la rehabilitación es un proceso, es decir, un conjunto de fases sucesivas de un fenómeno natural o de una operación artificial. Por lo tanto, es utópico suponer que la rehabilitación se puede realizar en forma unipersonal.

En los diversos servicios de rehabilitación intervienen personas con especialidades diversas. El método de trabajo ha de ser el de equipo, cada uno de los miembros contribuye con sus conocimientos especiales, al propio tiempo que reconoce la autoridad de los representantes miembros en los respectivos campos de trabajo y ajusta sus métodos dentro de un programa de tratamiento total. El sistema de equipo permite estudiar al discapacitado desde varios ángulos, cuya síntesis consigue una visión de conjunto mucho más completa.

El **Equipo de Rehabilitación** ha de estar capacitado para prestar sus servicios a los pacientes más graves. Muchas discapacidades requerirán tan sólo de la atención de uno de los profesionales del equipo, pero cuando la discapacidad es compleja será esencial el trabajo de todos los profesionales. En todos los casos se demuestra la eficacia del centro de rehabilitación y la importancia de la evaluación y el diagnóstico acertado.

El **médico especialista en Medicina de Rehabilitación** realiza el diagnóstico funcional, prescribe el plan de tratamiento de acuerdo con las distintas evaluaciones física, psíquica y social, y coordina al equipo de trabajo. Los profesionales de las diversas disciplinas se comunican constantemente y respetan las funciones de cada uno, y son capaces de trabajar con la persona, su familia y el medio para alcanzar el objetivo común, claro y consensuado, de que la persona con discapacidad recupere su funcionalidad.

Los **Centros de Rehabilitación** disponen de organizaciones directivas,

administrativas y ejecutivas variables según las circunstancias. En todo caso existirá un Director quién tendrá por función coordinar las actividades y desarrollar y mantener las relaciones interprofesionales.

Los **Centros de Rehabilitación** constarán de:

Servicio Médico:

Necesario para estudiar y tratar los problemas de las personas que asistan a ese lugar. La misión del Médico será:

- A) Valorar las incapacidades físicas, determinando el porcentaje de minusvalía.
- B) Indicar tratamientos médicos y quirúrgicos para disminuir incapacidades.
- C) Coordinar el tratamiento de los otros miembros del equipo.
- D) Vigilar el estado de salud de los pacientes durante su asistencia.
- E) Indicar el uso de ortesis y/o prótesis.
- F) Indicar medicamentos.

Servicio de Psicología:

- A) Valora el estado emocional y mental de la persona asistida.
- B) Recomienda pautas de conductas y atención a los profesionales.
- C) Colabora en la orientación vocacional del paciente.

Servicio de Trabajo Social

- A) Establece una conexión entre el trabajo de rehabilitación, el propio paciente y el exterior, principalmente con el ambiente familiar y el lugar de trabajo.
- B) Ayuda a resolver los problemas familiares y sociales creados por la discapacidad y que la persona encuentre al regreso a su domicilio, condiciones óptimas para poder realizar las actividades de la vida diaria.
- C) Mantiene entrevista con directores de centros educativos y empresas para informarles del estado del paciente y obtener ayuda y facilidades para su reinserción al estudio o al trabajo.
- D) Sigue el curso del paciente después que se le ha dado de alta ejerciendo una labor de seguimiento de las condiciones en que se desenvuelve.

Servicio de Kinesiología y Fisioterapia

- A) Diagnostica funcionalmente.
- B) Establece programas terapéuticos.
- C) Aplica recursos fisiokinésicos de acuerdo a la evaluación obtenida para: Disminuir el dolor, espasmos e inflamación; Favorecer el tono muscular normal; Disminuir y prevenir las alteraciones posturales y motoras; Disminuir y prevenir las alteraciones cardiorrespiratorias; Favorecer la

recuperación de tejidos articulares lesionados; Favorecer la independencia en las AVD (Actividades de la Vida Diaria); Aumentar la coordinación y movilidad articular; Aumentar las capacidades funcionales y mantener el potencial fisiológico máximo; Prevenir y corregir deformidades; Promover la educación de técnicas y procedimientos a los pacientes y familiares.

D) Orienta sobre cuidados y manejos adecuados.

E) Asesora sobre la instalación de elementos en el hogar, los que benefician al paciente.

F) Orienta respecto al uso de ortesis y/o prótesis.

Servicio de Fonoaudiología

A) Diagnostica las alteraciones funcionales orofaciales, del lenguaje y audición.

B) Establece programas terapéuticos.

C) Aplica recursos terapéuticos según su evaluación.

D) Asesora a la familia.

Servicio de Terapia Ocupacional

A) Mejora el control muscular y reestablecimiento físico del discapacitado mediante la realización de actividades de la vida diaria.

B) Enseña el manejo de las prótesis en miembros superiores o inferiores.

C) Ayuda a adquirir habilidades y capacidades para la pronta reinserción laboral del paciente.

D) Mantiene ocupado al discapacitado en tareas creativas que permiten aliviar su ansiedad y hacer más llevadero su estado.

Servicio de Enfermería:

A) Está en contacto permanente con el paciente.

B) Conoce a fondo el tratamiento que sigue el paciente y sus objetivos.

C) Colabora con el médico, el Lic. en Kinesiología y Fisioterapia, el Terapeuta Ocupacional y otros miembros del equipo.

Familiares y Voluntarios

A) Mejoran su conocimiento sobre la patología que afecta al paciente.

B) Integran grupos de autoayuda y capacitación relacionados con la patología del familiar.

C) Complementan el trabajo del equipo de salud.

D) Acompañan al paciente.

E) Cumplen tareas comunitarias.

Otros Servicios:

Otros profesionales de la Salud y de otras disciplinas pueden integrar el

equipo en forma permanente o esporádica según las necesidades requeridas por el paciente. Entre esos profesionales se puede contar con el asesoramiento de:

- A. Abogados.
- B. Arquitectos.
- C. Instructores de Artes.
- D. Maestros integradores.
- E. Ingenieros.
- F. Religiosos.
- G. Constructores.
- H. Contadores.
- I. Profesores de educación física y deportes.
- J. Psicomotricista.
- K. Entre otros.

Todos los integrantes:

1. Interpretan la prescripción médica.
2. Interpretan la Historia Clínica.
3. Colaboran con los objetivos propuestos por el equipo interdisciplinario
4. Orientan a la familia en actividades domiciliarias complementarias del tratamiento.
5. Administran a cada una de sus respectivas áreas.
6. Participan en la confección de programas de prevención.
7. Realizan actividades docentes.
8. Publican producciones científicas.
9. Realizan investigaciones.

Niveles de prevención

Existen tres niveles de prevención que se diferencian no sólo en sus objetivos y acciones, sino que cada uno de ellos corresponde a los distintos períodos de la Historia Natural de la Enfermedad.

Prevención primaria: es la que se realiza sobre el período de inducción de la enfermedad o prepatogénico, donde el tipo de intervención se basa en modificar la distribución de los determinantes o causas componentes en la población. Su finalidad es la de prevenir o posponer la aparición de nuevos casos de la enfermedad. Este nivel incluye a su vez dos subniveles:

- A) **promoción de la salud:** Cuyo objetivo es el de mantener o mejorar la salud y el bienestar del individuo, la familia y la comunidad. Comprende medidas o acciones generales
- B) **protección específica:** se refiere a medidas destinadas a crear barreras que impidan la producción de enfermedades específicas.

Prevención secundaria: En este nivel la enfermedad ya se ha producido, se

realiza sobre el período clínico de la enfermedad. El tipo de intervención se basa en llevar a cabo el diagnóstico precoz de la enfermedad y el tratamiento consiguiente. Su finalidad es la de mejorar el pronóstico de los casos acortando la duración de la enfermedad o prolongando la vida.

Prevención terciaria: se realiza sobre el período de expresión o clínico de la enfermedad. La intervención se basa en llevar a cabo el tratamiento y rehabilitación de las personas enfermas a fin de reducir o prevenir defectos residuales y disfunciones, así como de prolongar la vida mejorando su calidad y haciendo la enfermedad menos severa, Promoviendo su reinserción laboral y social. Históricamente se ha relacionado a la Kinesiología y Fisioterapia con este nivel de prevención, en que el concepto más fuerte es el de la Rehabilitación, cuando en realidad desde nuestra profesión hoy sabemos que podemos actuar en todos los niveles de prevención, teniendo en cuenta que integramos el equipo de salud humana.

**Tabla N° 2
NIVELES DE PREVENCIÓN**

FASES	PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA		PREVENCIÓN TERCARIA
	Promoción salud	Protección Específica	Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno	Limitación de la incapacidad	
NIVELES					Rehabilitación y Reinserción Social
OBJETIVOS	Elevar los niveles de salud del individuo y la comunidad	-Mantener los niveles de salud alcanzados. -Mejorar las condiciones del huésped. -Proteger al huésped de las acciones de los agentes.	-Detener la progresión de la enfermedad. -Prevenir complicaciones y secuelas. -Evitar la disfunción de enfermedades transmisibles. -Acortar el período de incapacidad	- Prevenir complicaciones y secuelas. -Limitar la incapacidad residual. -Evitar la muerte	-Desarrollar al máximo las capacidades remanentes. -Prevenir la enfermedad mental secundaria. -Proteger la salud social. -Disminuir efectos sociales y económicos de la invalidez
ACTIVIDADES	-Nutrición -Educación -Higiene personal -Desarrollo de la personalidad -Genética -Vivienda -Recreación -Trabajo -Hábitos de vida -Saneamiento ambiental -Screening	Inmunizaciones específicas. - Protección contra: riesgos ocupacionales, accidentes, infecciones y parasitosis, identificación, control de los factores de riesgo y detección temprana de patologías	-Detección de enfermedades en los individuos y en los grupos. -Examen médico periódico -Exámenes selectivos -Exámenes de selección múltiple -Encuesta de morbilidad	Adecuado tratamiento de la enfermedad	-Facilidades hospitalarias y comunitarias para el adiestramiento y la reeducación. -Emple del discapacitado -Terapia ocupacional -Reubicación social

Equipo de salud

Se lo define como el **“conjunto de profesionales (no sólo de la salud), administrativos y asistentes que trabajan armónicamente en un programa de salud con fines precisos donde cada cual tiene a su cargo una tarea responsable determinada”**

Se dividen en dos niveles:

Equipo de Salud Básica: está formado por todas las personas profesionales o no, que trabajan en una institución pública o privada de carácter nacional, provincial o municipal y donde el eje de la atención pasa por lo asistencial, aunque allí también se implementan programas y acciones de prevención como por ejemplo, la semana del lunar, la semana de la próstata, la semana de diabético, etc.

Equipo de Salud de la Atención Primaria: esta integrada por Médicos Generalistas, Médicos Pediatras, Profesionales Enfermeros, Lic. en Kinesiología y Fisioterapia, Lic. en Psicología, Lic. en Nutrición, Odontólogos, Lic. en Trabajo Social y agentes sanitarios que trabajan en terreno y el eje de la atención pasa por la prevención.

El equipo de salud organiza sus actividades teniendo en cuenta:

Trabajo coordinado: que no tiene en cuenta los límites de los distintos profesionales; esto significa romper con la idea de que el título lleva consigo un grado de jerarquía. Las funciones y actividades de cada miembro están delimitadas por sus propias competencias y las necesidades de la comunidad.

Trabajo programado: este facilita el conseguir los fines propuestos. Ello no implica parcializar las actividades de la atención a la salud, sino que se realizaran los programas conjuntamente por todos los miembros del equipo.

Participación de todos los componentes del equipo: en la planificación, ejecución y evaluación de todas las actividades y programas a desarrollar. Asumiendo de esta forma todos los miembros un importante grado de responsabilidad y una visión de conjunto de las tareas a realizar según los objetivos.

Ventajas del trabajo en equipo:

- Contempla el problema de la salud en su multicausalidad y, a la vez, como unidad
- Evita duplicidad de esfuerzos
- Da cohesión al proyecto de trabajo
- Unifica conceptos y técnicas
- Evita contradicciones
- Fomenta la solidaridad
- Establece relaciones positivas en el equipo y con la comunidad
- Facilita una mejor comunicación entre los integrantes del equipo

Rol comunitario, clínico e interdisciplinario del Lic. en Kinesiología y Fisioterapia

El rol es el papel acción o función que desempeña una persona grupo o entidad. El Lic. en Kinesiología y Fisioterapia desempeña su rol por medio de distintas acciones sanitarias con el fin de conservar la salud e impedir el desa-

rollo y la propagación de las enfermedades mediante la Promoción, Protección, Prevención, y Recuperación

Las acciones de promoción se basan fundamentalmente en una **función educadora**, que intenta crear una conciencia sanitaria. Tiene como finalidad aumentar los conocimientos sobre calidad de vida. En ella deben intervenir activamente todos los componentes de la comunidad. Para su logro se utilizan los diversos medios de difusión masiva (publicaciones periodísticas, radio, carteles callejeros, cine y televisión), las escuelas, las fábricas, los talleres etc.

Se considera que un individuo tiene una buena educación sanitaria cuando: **posee conocimientos básicos referidos a la importancia de la salud y los daños que acarrearán las enfermedades; cuando se somete a controles médicos-kinésicos periódicos para prevenir enfermedades; cuando brinda colaboración para mantener y mejorar las condiciones sanitarias de la comunidad en la que vive.**

La **recuperación** es un proceso funcional mediante el cual la Kinesiología y Fisioterapia trata que la persona enferma recobre la función afectada. Generalmente, si la enfermedad no deja secuelas, el individuo vuelve a su actividad sin problemas pero si son secuelas transitorias o permanentes, puede convertir al paciente pasivo o inútil lo que constituye un problema sanitario, social, cultural y económico. En este caso junto con la recuperación es necesaria la rehabilitación.

La **rehabilitación es el proceso humano** mediante el cual el equipo interdisciplinario actual trata de devolver al paciente a su actividad con su capacidad anterior de producción. Si no es posible por las secuelas, entonces, es necesario tratar que el enfermo acepte su nuevo estado, se sienta útil y, si las circunstancias lo exigen, se oriente hacia un nuevo oficio o profesión. De esa manera se cumpliría con uno de los más importantes objetivos del equipo interdisciplinario que es la reinserción de la persona a la comunidad.

Ejemplo: el paciente con dolor de espalda, mencionado en el ejemplo anterior, deberá ser asistido por un equipo de nivel especializado, ya que precisa de una recuperación funcional o tratamiento curativo por medios físicos.

Persona

¿Qué interés tiene para nosotros, los Lic. en Kinesiología y Fisioterapia, esta idea de persona con relación al concepto salud-enfermedad?

El **concepto de interdisciplina** a la hora de abordar al paciente desde cualquiera de las áreas de la salud da validez a la idea de **persona**, tal como la consideramos en los puntos anteriores. Las personas son su historia. Son su integración en una comunidad o un contexto social. Concepto de estudio de las disciplinas humanísticas que cada vez más cerca de las ciencias de la salud,

integran el conjunto de conocimientos necesarios para acercarnos al ser humano sano o enfermo.

La **rehabilitación** se interesa por la persona en su conjunto. El individuo es un conjunto de sistemas físicos, intelectuales, psicológicos y sociales interrelacionados. Con frecuencia la incapacidad en uno de los sistemas tiene consecuencias en otras facetas de la persona. La incapacidad manifestada en un sistema a menudo, tiene su origen en otro. Valorar aisladamente el cuello o la rodilla de la persona no suele ser nada útil en el proceso de rehabilitación.

Un principio básico que subyace en el desarrollo de los programas de rehabilitación es la necesidad de adaptar las demandas del medio a las aptitudes reales y potenciales del individuo. No obstante, la filosofía de la Fisioterapia ha tendido a profundizar demasiado en la patología, en el tratamiento clínico de las secuelas, de los procesos patológicos y en los conocimientos técnicos específicos y actividades de muchas de las disciplinas terapéuticas que pueden cooperar con la rehabilitación. Un muestreo al azar entre numerosos textos de Fisioterapia demuestra claramente esta afirmación. "Rehabilitación post amputación"; "Rehabilitación de las enfermedades respiratorias"; "Rehabilitación cardíaca"; "Rehabilitación y artritis reumatoidea"; "Fisioterapia en los trastornos neurológicos" son ejemplos de títulos de capítulos en textos de rehabilitación. Desgraciadamente esta hipervaloración de la patología ha empañado la esencia de la rehabilitación, por lo tanto, de la persona.

No es suficiente que hagamos lo que podemos; para conseguir la curación es necesario que el paciente, su entorno y sus condiciones externas colaboren en ella.

Hipócrates

Esquema corporal - Imagen corporal

Cuando pensamos e intervenimos en Salud se encuentran implicadas personas. Ya sea como agentes de salud, como estudiantes, como pacientes, etc. De modo que el proceso salud- enfermedad siempre involucra a la persona humana (o a los grupos conformados por ellas). Este "ser bio-psico-social" posee emociones, sentimientos, pensamientos, sensaciones corporales, entre otras. En atención a ello debemos, como futuros trabajadores en salud, comenzar a entender este conjunto de experiencias que describen al sujeto. Y, específicamente desde un abordaje Fisiokinésico no podemos obviar al cuerpo, la imagen corporal y el esquema corporal. Puesto que constituye el objeto de intervención de la práctica Fisiokinésica.

En términos de rehabilitación otro factor de especial significación, en relación al medio interno, es la propia imagen, lo que uno percibe de sí mismo. La autoimagen puede cambiar día a día, "hoy no soy el mismo" es una expresión

corriente. Esta es una forma temporal de autoextrañeza experimentada de vez en cuando por muchas personas. La propia imagen y los conceptos sociales de normalidad están inextricablemente entrelazados. Los medios de comunicación, especialmente los publicitarios tienden a hacer de la perfección el objetivo al cual todos debemos aspirar. La propia imagen depende más de lo que piensa la persona que de lo que en realidad es.

El **esquema corporal** es la imagen espacial esquemática del cuerpo propio, formada sobre la base de las experiencias espaciales del cuerpo. La conceptualización que desarrollamos sobre la persona en relación a los aspectos kinésicos, implica su **auto-percepción**.

Es decir, el modo como se concibe a sí misma a la manera de un autorretrato (lo más cercano a uno mismo). Ya que los aspectos biológicos (el cuerpo) son vivenciados, es decir, son percibidos por el sujeto dándole una significación particular. Se trata de un modo de verse a si mismo. Un autorretrato de lo que el individuo siente ser.

Esquema Corporal:
es la percepción interna de nuestro propio cuerpo.

Refiere al campo organizacional que se encuentra en el interior del individuo, y desde el cual aprehende la realidad de sus aspectos biológicos. Por ejemplo un individuo que sufre una amputación de uno de sus miembros, siente lo que se denomina "ilusión sensorial en el amputado" que es la falsa percepción del miembro o segmento de miembro ausente en el amputado (miembro fantasma).

El esquema corporal es la imagen espacial esquemática del cuerpo propio, formada sobre la base de las experiencias espaciales del cuerpo.

Pero esa concepción y percepción sobre si mismo (como producción que realiza un sujeto), es multidimensional y está sobre determinado por la matriz cultural y los aspectos individuales de quien o quienes lo producen. Por ello debemos incorporar otro concepto como es el de:

La imagen corporal, es la representación que del cuerpo tiene un individuo pero, referido a sus aspectos emocionales y valorativos que se auto-atribuye.

La **imagen** refiere a una estructura de sentimientos, ideas y actitudes de si mismo. Es la **representación mental** de la unidad significativa que es el individuo en relación a si mismo.

De modo que, la autoimagen, no sólo está relacionada con el propio cuerpo, sino también con la imagen que del propio cuerpo devuelve la sociedad al

individuo. Por ejemplo, una persona puede tener un peso y talla adecuados, pero el modelo social vigente para una determinada cultura puede ser diferente, así la imagen que esta sociedad devuelve a esta persona es que no está acorde con lo esperado socialmente. Ya sea porque es más delgada, porque es más baja, etc.

Entonces la persona comienza a percibirse de manera diferente, puesto que no "encaja" en la imagen social esperable. En realidad el proceso por el que se forma la imagen corporal involucra aspectos sociales, aspectos familiares, aspectos individuales, aspectos biológicos.

Así por ejemplo cuando una mujer cursa un **embarazo suele cambiar la percepción que tiene de su propio cuerpo**, no sólo porque concibe una vida nueva, sino porque **su imagen cambia**, se ensanchan sus caderas, percibe su sobre peso, etc. Además del cambio fisiológico también implica el cambio emocional, que deviene de este nuevo estado que repercute en como se percibe a si misma. Es decir el sujeto tiene una **"imagen psicológica inconsciente" del propio cuerpo.**

En el caso de la mujer embarazada observamos que cambia su **esquema corporal**, por cuanto la propia percepción de su cuerpo es distinta, se le dificulta manejar los espacios, el cálculo de las distancias para moverse en una organización espacial. Puede cambiar también su imagen corporal por cuanto genera expectativas y deseos sobre si misma. Por ejemplo el deseo (o la fantasía) puede ser que se perciba su embarazo, que su vientre adquiera determinadas dimensiones, adaptarse al proceso de maternizaje, no sólo desde lo corporal sino desde lo afectivo en incidencia con lo corporal.

La **imagen corporal** es "lo que el sujeto siente que es", pero en atención a lo que debería ser. Es decir tiene que ver con un ideal que forma la persona sobre si misma. Por ejemplo un obeso que se dibuja a si mismo como delgado. Es decir hay una valencia, un poner en valor un ideal que se quiere alcanzar, una representación de un ideal. Un modelo con el que se identifica el sujeto y se incorpora a su autoconcepto.

La imagen corporal es "lo que el sujeto siente que es", pero en atención a lo que debería ser.

Cuando se aborda el proceso de salud-enfermedad y se concibe al individuo como un ser bio-psico-social, y el objeto de trabajo es esta persona en relación a sus aspectos corporales como parte de su ser total; por lo tanto **debemos considerar tanto su esquema corporal como su imagen corporal.**

Esto significa que cada individuo posee en su aparato psíquico una imagen de sí mismo, una imagen acerca del tipo de persona que es una autorreferencia, en parte inconsciente.

Esta imagen es producto de convenciones, sensaciones, estructuras corporales, y referencias corporales simbólicas. De modo que los aspectos caracter-

lógicos de los individuos o grupos pueden visualizarse a través de sus producciones.

En **términos de rehabilitación**, las personas que han sufrido un traumatismo deben aprender a explorar un cuerpo distinto y a descubrir de nuevo como encajan y funcionan sus componentes. Este proceso toma su tiempo.

El individuo tiene que poder lamentarse de la pérdida de su anterior cuerpo antes de poder aceptar y valorar el nuevo estado. Por ejemplo, una persona con una hemiplejía residual después de un ictus necesita acomodarse a los cambios y, a través del movimiento, el tacto y la visión, aprender a formarse una imagen nueva de su apariencia y de las funciones de todo su cuerpo, el cual es ahora bastante distinto del que tenía antes del ictus. Las reacciones hacia esa imagen distinta del cuerpo, se verán afectadas de forma importante por las actitudes reales o imaginarias de otras personas.

Si los miembros de una **familia** son capaces de ver y tocar sin repulsión el muñón de un miembro amputado aprenderán a aceptar la pérdida. Esto ayudará a su vez a la persona a aceptar más fácilmente ese cuerpo distinto y así mejorar el desarrollo de una aceptable y nueva imagen corporal.

Grupo, comunidad y familia

“Hoy estamos necesitados de familia, porque estamos necesitados de humanidad, de comunicación. El refugio del alma, del ser persona, de lo humano. Porque no hemos venido al mundo a escalar montañas de éxito y grandeza. Estamos en el mundo para crear, pero ¿crear qué?: Valores, amores que superen a la gran enemiga actual que es la indiferencia, la disolución de lazos.

Para eso estamos. Y eso no es fácil, cuesta esfuerzo. Pero ya decían los antiguos que la medida del esfuerzo es la medida de la felicidad”

Jaime Barylco

El Licenciado en Kinesiología y Fisioterapia y la comunidad

El trabajador de la Salud desempeña distintos roles conforme realice su labor desde lo asistencial, lo preventivo, lo clínico de alta complejidad, por ello la inserción laboral para el Lic. en Kinesiología y Fisioterapia supone distintos campos. Así, cuando nos referimos al rol comunitario del Trabajador de la Salud (entre los cuales está incluida nuestra disciplina), debemos necesariamente definir algunos términos:

Comunidad

Es un sistema que determina un espacio poblacional que provee a cada uno de sus miembros los recursos necesarios para su vida social (tanto en el orden

material como cultural), y que está inserto en un sistema mayor, la sociedad.

De modo que el sujeto, que experimenta el proceso salud-enfermedad, debe ser mirado como partícipe de este contexto comunitario con el que interactúa.

Así el individuo o el grupo, es influido por lo social para modificar o conservar la organización social en la que está inserto.

De allí la importancia que reviste (para los trabajadores de la salud) conocer la "**red social**", en la que está integrado el sujeto, es decir el conjunto de lazos sociales de un individuo u organización social.

Porque en esa red se encuentra la posibilidad de constituir un soporte (o apoyo) social para el individuo enfermo. Este es el proceso que involucra los intercambios recíprocos de apoyo instrumental y afectivo de la red social, entre las cuales se incluye la familia.

Resulta así significativo el aporte de:

Mario Testa cuando habla de "accesibilidad: entendida como el complejo de circunstancias de cada paciente dentro de la red interconectada de los servicios en sus diferentes niveles de complejidad".

Familia

La familia es la más natural y verdadera de las sociedades humanas. Cumple un papel muy importante en la salud física mental y social de sus integrantes. Si uno de sus miembros está enfermo o inválido, toda la familia sufre las consecuencias psicológicas y socioeconómicas que ello acarrea.

Las enfermedades hereditarias, la pobreza, la miseria y la ignorancia de los integrantes de la familia impiden el buen desarrollo mental y físico.

La familia es el primero y más importante centro de educación en la transmisión de valores morales y culturales.

La buena organización y el correcto desenvolvimiento de la sociedad dependen de cómo esté organizado y se desenvuelva la familia, unidad básica social. Para que esa unidad social pueda subsistir como tal, debe reunir ciertas condiciones mínimas indispensables.

El Estado está obligado a protegerla, defenderla, y garantizar la educación, la salud física y moral, el bienestar económico y la seguridad social de todos sus integrantes.

Con respecto a la **educación**, la escuela complementa y activa la tarea formativa iniciada por los padres en el hogar. El objetivo principal de la escuela es procurar el desarrollo integral del alumno; para ello cultiva sus facultades intelectuales, le trasmite el acervo cultural de las generaciones anteriores, lo ayuda en la adquisición de valores aplicables a la conducta humana y lo prepara para la vida adulta enseñándole a asumir responsabilidades.

En lo referente a la **salud**, el Estado debe educarlo de modo que adquiera una

verdadera conciencia sanitaria para proteger su salud física y moral de los factores agresivos del medio, como las enfermedades infectocontagiosas, las enfermedades sociales, etc.

Con respecto al **bienestar económico**, el Estado provee préstamos para la adquisición de viviendas higiénicas y confortables; numerosos organismos como las cooperativas de consumo, de crédito o de producción, deben permitir solucionar problemas de orden económico.

Mediante la **Seguridad Social**, el Estado protege a la población de los factores que amenazan su salud y la asiste económicamente. Es decir, la seguridad social trata de mantener un buen nivel de vida de los trabajadores y asiste a los necesitados mediante préstamos de dinero o les brinda servicio de atención médica (asistencia social) en caso de invalidez, vejez o enfermedad.

La ausencia de estos factores mínimos indispensables contribuye al deterioro de los componentes de la familia, destruyendo así la unidad básica de la sociedad.

No existe una comunidad sana si las familias que la integran no gozan de un buen estado de salud física, mental y social.

En la actualidad, los **roles familiares** se han alterado como consecuencia de la realidad social cambiante que provocó la transformación de la estructura familiar. Este cambio fue lento y gradual y se intensificó en las primeras décadas del siglo pasado.

El **trabajo de la mujer fuera del hogar** fue el factor desencadenante que marcó esa transición. No sólo el hombre mantiene económicamente a la familia y las iniciativas o decisiones con respecto a la educación y a la salud de sus hijos o a los problemas que afectan al grupo familiar son tomadas en conjunto por la pareja.

Los **hijos** tienen la posibilidad de emitir sus opiniones, y en muchos casos colaboran con los padres en la toma de decisiones.

Como en cualquier proceso de cambio, los nuevos roles y actividades que cumplen los distintos integrantes de la familia provocan situaciones conflictivas, que van de la inseguridad en el desempeño de roles, hasta alteraciones psíquicas y físicas, susceptibles de afectar a alguno de sus miembros. Aunque aún se conservan vestigios de las formas tradicionales de organización, se considera que la familia actual se encuentra en conflicto, lo que constituye un obstáculo para el desarrollo de la personalidad psicosocial.

El medio social es un componente decisivo para la vida de cualquier persona.

El medio social consta especialmente de personas-familia, compañeros, ami-

gos, vecinos, agentes de servicio y miembros de la comunidad-. Todas estas personas con sus formas de comportamiento, culturas, religiones, actitudes y expectativas forman parte del entorno de un individuo.

Además, cada persona tiene un conjunto de necesidades sociales: necesidad de reconocimiento como semejante y de respeto mutuo; de pertenecer a un grupo; de tener relaciones humanas; de seguridad y protección; de oportunidades de creación y de ocio. Por lo tanto, la naturaleza del entorno social y la capacidad de la persona para funcionar en ese medio son importante para todo el mundo.

Un Lic. en Kinesiología y Fisioterapia deberá poseer conocimientos de las implicaciones del medio social, de las necesidades sociales de la persona y la capacidad de ese ambiente para cubrir esas necesidades; se asegurará además, de que se desarrollen objetivos y planes que faciliten la integración en el medio social.

La mayoría de las personas desempeñan en la sociedad múltiples roles, cada uno de los cuales comporta un conjunto específico de comportamientos y responsabilidades. Una persona concreta puede ser a un tiempo: marido, padre, hijo, hermano, tío, abuelo, mecánico, futbolista, inquilino, director del coro de la iglesia, comprador y viajero de tren. Cada uno de estos roles requiere que la persona mantenga distintos tipos de relaciones; cada uno de estos papeles proporciona diferentes tipos de satisfacción.

El inicio de una incapacidad puede tener consecuencias para las personas en una o en más de una de estas relaciones.

La familia es un elemento clave con relación al medio social. Aunque el modelo familiar puede variar de una cultura a otra y de una generación a otra, la noción de familia es universal. La dinámica familiar puede desempeñar un papel primordial en la rehabilitación contribuyendo quizás al planteamiento de los problemas y formando parte sin duda de su solución. En cualquier programa de rehabilitación, la evaluación e interpretación del medio familiar son de capital importancia, incluso cuando parece como un hogar simple y franco.

Actualmente, los **Profesionales de la Salud** somos uno de los factores más importantes en el Sistema de Salud. Desempeñamos una función decisiva en el fomento, la creación y el mantenimiento en las mejoras de los Servicios de Salud.

Somos colaboradores directos de la puesta en marcha de las **políticas sanitarias**.

El equilibrio entre los problemas de salud agudo y crónico está cambiando rápidamente en el mundo y esta evolución está planteando exigencias nuevas y diferentes a los Profesionales de la Salud.

Nuestro desafío... cambiar la Medicina Asistencial por una Medicina Preventiva.

"Una sociedad que excluye a un cierto número de sus miembros es la sociedad empobrecida"

Bibliografía

- 1- Amate Alicia, Vásquez Armando. "Discapacidad. Lo que todos debemos saber". OPS. Washington. 2006
- 2- Bouer Down. "Rehabilitación. Enfoque Integral. Principios Prácticos". Edi. Masson- Salvat Medicina. Barcelona. Año 1992
- 3- Londoño Soto Beatriz. "Rehabilitación con base comunitaria". Ed. Alberto Pérez. Medellín. Colombia, 2004
- 4- Morehouse Lawrence, Millar Augustus. "Fisiología del Ejercicio". Ed. El Ateneo. 5° edición. Año 1999 -
- 5- Purves, Augustine y otros. "Invitación a la neurociencia". Ed. Panamericana. Año 2002
- 6- Rasch P J; Burke P K. "Kinesiología y anatomía aplicada". Ed. El Ateneo. 5° edición. Año 1999

Accesibilidad, sociedad y discapacidad

Arq. Reinaldo Uriarte Mosquera

1. Un acercamiento conceptual

Para referirnos a la accesibilidad se hace imprescindible definirla. El diccionario de la Real Academia Española refiere "cualidad de accesible", precisando Accesible como un vocablo derivado del latín *accessibilis*. 1. adj. Que tiene acceso., 2. De fácil acceso o trato. 3. De fácil comprensión, inteligible. Lo que nos permite generalizar que se refiere a una fácil comunicación e inter-cambio en todos los sentidos.

Al referir el contexto que nos ocupa, las personas con discapacidad podemos enunciar que la accesibilidad es la posibilidad de "todas las personas" de llegar, entrar, usar y salir de "todos los lugares" de forma independiente y segura. La accesibilidad es la clave de la integración social de las personas con discapacidad al permitirles realizar su vida con autonomía personal.

En nuestra definición al referirnos a "**todas las personas**" en plural se hace alusión a la diversidad. Está diversidad puede estar dada en las características de los seres humanos de ser diferentes entre si en lo referido a sus condiciones físicas, aptitudes y actitudes para relacionarse con su medio. Especialmente vinculadas a las percepciones sensoriales o intelectuales entre las personas y sus circunstancias. Pero además incluye situaciones, condiciones y limitaciones de cada ser humano que varían durante las distintas etapas de la vida. A todos estos estadios de vida se debe dar respuesta al generar parámetros de diseño referidos a la accesibilidad.

Otro elemento al que hacemos mención es a "**todos los lugares**", es importante definir por ello la fluidez y sinergia necesaria entre los espacios los espacios (ya sean interiores o exteriores) que constituyen el medio, eliminando barreras físicas o ambientales, ya sean tangibles e intangibles. La accesibilidad, desde nuestro punto de vista, se refiere al itinerario que garantice llegar a un espacio y poder ingresar al mismo. Usarlo, se refiere a realizar todas las funciones para las

que fue creado. Salir, representa a poder egresar, especialmente en condiciones de emergencia. Es decir lograr condiciones en todos los espacios que permitan la plenitud de usos e intercambio de forma autónoma y segura para las personas sin exclusión.

La accesibilidad no es la simple solución de una rampa y una puerta ancha, es un concepto que se sintetizan en "calidad de vida social". La accesibilidad es un nuevo paradigma dentro del panorama social que implica diseñar en función de todas las necesidades humanas. Se basa en la equiparación de oportunidades, para ello los criterios ergonómicos incluyen a todas las personas y sobre todo se ocupa de potenciar la integración mediante la rehabilitación humana.

1.1. Del origen a nuestros días

El **Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad** fue aprobado en la Asamblea General de las Naciones Unidas en su trigésimo séptimo período de sesiones; por resolución 37/52, en diciembre de 1982. En el mismo se hace referencia a: **promover medidas eficaces para la prevención de la discapacidad y para la rehabilitación y la realización de los objetivos de igualdad y de plena participación de las personas con discapacidad en la vida social y el desarrollo. Esto significa oportunidades iguales a las de toda la población y una participación equitativa en el mejoramiento de las condiciones de vida resultante del desarrollo social y económico. Estos principios deben aplicarse con el mismo alcance y con la misma urgencia en todos los países, independientemente de su nivel de desarrollo.**

En el mundo se estima que un 10% de la población padece alguna discapacidad, dato conservador si tenemos presente que no se han realizado estudios en todos los territorios que tenga como base la Clasificación Internacional de la OMS. Para el futuro se estima un aumento de las personas con discapacidad. Además el número de personas de la tercera edad aumenta de 400 millones en 1950 a 700 millones en la actualidad. Se pronostican 1200 millones para el 2025.

En sus inicios en los años 1980 se trabajaba de manera excluyente para favorecer solamente a las personas con discapacidad, hecho que marcó un cambio al tener en cuenta a todas las personas. En la actualidad el tema de la accesibilidad ha cobrado fuerza y se habla de todos sin exclusión. Los programas estatales apoyan la materialización de las metas. Se ha ganado en sensibilidad por parte de inversionistas y la población en general y se dispone de recursos para su realización práctica. Pero la solución en muchos casos es parcial o elitista, pues es dominio solamente de unos cuantos implicados. Para que se lleve a cabo con éxito el diseño de un mundo accesible se requiere la solución de las variadas aristas del problema.

Aunque en la actualidad ha cambiado el enfoque y se ve el problema asociado a todas las personas. Los/as niños/as, los/as ancianos/as y las personas con discapacidades temporales requieren también de adaptaciones para relacionarse

con el medio. El diseño accesible es una necesidad "para todos", incluso para aquellos que intervienen en el entorno sin tenerla en cuenta, o desconociendo sus requerimientos técnicos. Tarde o temprano todas las personas necesitarán que se les tenga en cuenta de manera especial y para ello debemos prepararnos como profesionales desarrollando acciones perdurables y seguras a favor de la equiparación de oportunidades en el medio físico y estar preparados como seres humanos para superar los cambios.

2. Los problemas referidos a la accesibilidad

El problema está planteado en la propia esencia de la definición conceptual: ¿Cómo integrar a las personas con discapacidad a la vida social? Por mucho tiempo las personas con discapacidad han estado alejadas de la actividad cotidiana por barreras psicológicas, sociales y físicas. La tendencia a crear un entorno accesible para todos, sin segregación y con plena participación social promueve una nueva visión del mundo por construir. Las personas con discapacidad necesitan autonomía personal para llevar a cabo un proyecto de vida basada en el derecho a su identidad e intimidad. Todo esto dista de la realidad si existen barreras en el medio físico que imposibilitan su realización plena.

La creación de un entorno accesible o "eliminación de barreras arquitectónicas" juega un papel importante en el proceso de integración social. Muchos son los factores que influyen negativamente en la accesibilidad. Algunos alcanzan dimensiones locales y deben ser resueltos en sus contextos, pero en general son consecuencia directa de los principales problemas identificados. A continuación se presentan algunos problemas y medidas que deben ser tomadas para resolverlos:

2.1. La falta de sensibilidad y conciencia sobre el tema

No identificamos las necesidades de la diversidad humana como problemas de salud que en cualquier momento asumiremos. Solo tenemos en cuenta a las personas con discapacidad cuando padecemos alguna deficiencia temporal o permanente. Creemos la eterna juventud y resulta difícil pensar que al llegar a la 3ra edad tendremos cambio asociado al envejecimiento que limitarán las capacidades funcionales.

Además la simplificación del problema que lleva al pensamiento que la accesibilidad es crear solamente rampas de acceso sin tener en cuenta un estudio del sitio o en el peor de los casos que aplicarla significa gastos económicos.

Los responsables de la creación del medio físico y el intercambio con las personas actúan sin tener presente las diferencias funcionales humanas. Se crean espacios y productos para ser usados por un ser humano estándar o promedio sin tener en cuenta la rica diversidad de funciones y capacidades individuales. Se

requiere por tanto una formación directa en este sentido, más información sobre el tema y abordaje mediante los medios de comunicación social. Que todos conozcan del tema es el primer paso, una sensibilización colectiva y multidisciplinar sobre la accesibilidad. Una revolución del pensamiento exige una campaña colectiva.

2.2. La falta de conocimientos y divulgación entre profesionales involucrados en la realización del entorno

En general se desconocen los aspectos técnicos a tener en cuenta en la accesibilidad. Todo esto unido a la inexperiencia práctica de diseñadores y proyectistas que actúan en el medio físico. Los Profesionales y técnicos requieren capacitarse con la información especializada referida a la accesibilidad y sus requerimientos técnicos.

En muchos países la instrucción científica en los Centros Universitarios adolece de estas herramientas y los profesores desconocen. Urge la capacitación de los educadores.

Muchas veces se aborda el tema desde Entidades Consultoras y Oficinas Especializadas segregándose el conocimiento sobre Accesibilidad. Es decir haciéndose "inaccesible" para una gran mayoría. Esto implica que se realicen los proyectos y posteriormente sean revisados por estos **Especialistas de la Accesibilidad**.

En el peor de los casos, que sean ejecutados y posteriormente modificados, con las respectivas pérdidas de recursos, así como contradicciones e incomprensiones entre las partes.

Por ello el conocimiento y formación básica de la accesibilidad debe ser patrimonio de cada profesional dedicado a intervenir en el medio físico. Saber y entender el porque de diseñar de manera accesible debe ser parte del intelecto creador, pues las razones expuestas son sencillas y nos incluyen a todos. Diseñar la accesibilidad resulta una acción que favorece a todos, si no es hoy, lo será mañana.

Es esencial la capacitación de todos los profesionales vinculados a la intervención ambiental. Para ello se requieren cursos y entrenamientos de formación vinculados a los sistemas de enseñanza, así como formación de post-grado y talleres de integración. En nuestra opinión urge que el conocimiento de los elementos del diseño accesible sea inherente al pensamiento de cada interventor del entorno, por tanto debe ser probada su capacidad para ejercerlo. Lejos de todo vestigio de individualidad debe predominar un pensamiento creador con dominio de los nuevos conceptos de equiparación de oportunidades vinculado al nuevo paradigma de la accesibilidad.

2.3. La falta de abordaje del problema de forma multidisciplinaria

Los concedores del tema no están cohesionados en una fuerza única. Muchas individualidades hacen de esto una especialidad, sin tener en cuenta que se debe abordar desde posiciones múltiples y con el apoyo de otras partes. La sinergia resulta vital para obtener resultados satisfactorios. Múltiples aristas presenta la solución, por lo que exige de un esfuerzo colectivo y una acción colegiada entre Instituciones y Organismos para lograr un éxito rotundo. La accesibilidad necesita de centros, instituciones, grupos e investigaciones con un abordaje multidisciplinario dado la cantidad de aspectos que incluye.

2.4. La falta de instituciones responsables del cumplimiento y fiscalización de las normativas vigentes

En muchos contextos aun no existen Normas para el Diseño Accesible, ni Leyes que amparen su cumplimiento. En otros existen las normas, pero las leyes no están en vigor, o no se cumplen a cabalidad. Si es importante la creación de Normas, más aun lo es la fiscalización de su cumplimiento.

En nuestro criterio, en la actualidad resulta ineludible la creación de un "**Sistema Universal de Modificación de las Normativas Existentes**". Es decir la incorporación a todas las normas actuales de los nuevos códigos que exige la diversidad. Hoy en día, en las regiones donde existe un mejor trabajo referido al tema de la accesibilidad, se expresa en una Normas Específicas dedicadas al tema, pero así y todo constituyen una exclusión dentro del Sistema de Normativas. En nuestra opinión aunque resulta conveniente la existencia de una **Norma de Accesibilidad**, pues es capaz de reportar beneficios, se requiere una medida más drástica, abarcadora y unificadora del Sistema de Normativas que incluya parámetros accesibles en todas y cada una de las normativas.

2.5. La violación por entidades proyectistas e inversionistas de las normativas vigentes

Gran cantidad de edificaciones se proyectan y construyen sin garantizar la accesibilidad a todas las personas, aun existiendo normas de Accesibilidad vigentes en cada país, pero: ¿Se tiene en cuenta verdaderamente?, ¿Cuántos proyectistas la conocen?, ¿Cuánto tardaremos en comprender que para una de cada diez personas 3 cm. de altura resulta equivalente a un gran muro? En lo práctico este aspecto resulta definitorio para la materialización de un mundo accesible, pues sus consecuencias son en definitiva quien tienen la última palabra.

2.6. La equivocación de que accesibilidad representa gastos económicos

Por lo general quien se enfrenta al concepto de accesibilidad, hacen pensar que lograrla hay que gastar recursos o es un nuevo modo de invertir. Sobre todo la práctica basada en que para hacer accesible algo hay que crear nuevas condiciones en los edificaciones existentes, pues no se ha tenido en cuenta a tiempo.

A muy bajo costo o más aún sin ninguno, es posible lograr la accesibilidad; pero para ello es preciso que se tenga en cuenta desde las etapas iniciales del proyecto.

Cuando las edificaciones o el entorno están construidos es posible eliminar barreras realizando cambios que resultan generalmente costosos. Prevenir la accesibilidad a tiempo puede ser gratis, pero lograrlo en edificaciones en uso, suele ser costosísimo. De ahí la enorme responsabilidad de arquitectos, diseñadores y urbanistas en la concepción aceptada del diseño para todos y sus consecuencias.

2.7. La equivocación de que la accesibilidad representa limitaciones para el diseño

Por lo general existe la idea que lograr la accesible o eliminar las barreras arquitectónicas en una edificación afecta su imagen. Por supuesto a veces se tienen que realizar esfuerzos para lograr una imagen coherente, pues no se tenido en cuenta desde la etapa inicial de diseño. Para lograr la accesibilidad se requiere sensibilidad y capacidad del creador. A veces se resta importancia al tema y se encargan estos trabajos a personas que no se están debidamente preparadas o por el contrario ponen poco interés, lo que provoca fallas de diseño.

Cuando se estudian debidamente los requisitos que debe presentar la accesibilidad de una edificación, aportan elementos de mucho interés a los diseñadores. Los detalles lejos de restringir sus soluciones, incorporan razones para diseños más creativos. Elementos como el diseño de pisos, el uso del color, la señalización y otros detalles enriquecen sustancialmente las propuestas. En todos los casos lograr la accesibilidad requiere de pericia y habilidades de quienes lo realizan, pero aportan al creador nuevas razones para diseñar.

2.8. Líneas de acción para la solución de los problemas

En síntesis pudiéramos establecer líneas de acción como resultado del análisis de estos problemas:

- 1°.- Realizar la integración de especialistas que facilite la inserción social de toda la diversidad humana sin generar obstáculos a la creatividad.
- 2°.- Exigir y favorecer el conocimiento en materia de accesibilidad de cada profesional involucrado en accionar sobre el entorno.
- 3°.- Facilitar la formación académica y la preparación de postgrado referida a la accesibilidad integrando de forma transversal sus características en todas las especialidades y especialmente al diseño.
- 4°.- Creación de un soporte técnico Universal integrador de todas las normativas de la región que tenga en cuenta la accesibilidad al evaluar cada aspecto y no segregar en normas particulares que se hacen excluyentes.
- 5°.- Poner en vigor leyes que apoyen la realización práctica de la accesibilidad, pero que sean portadora de un espíritu de solidaridad y búsqueda

de beneficios comunes a la sociedad. Que además estén basados en la tradición local, tanto de origen inmaterial como económicos y sustentada en los principios de la equiparación de las oportunidades humanas.

6°.- Establecer un compromiso sinérgico de acción global planificada, que sea capaz de asimilar todas las iniciativas que puedan actuar con eficacia en el cambio de la concepción ambiental. Para ello se requiere potenciar la asociación de grupos y movimientos de acciones destinados a un objetivo común.

7°.- Crear un Sistema de información que incluya campañas para la reproducción en los medios de divulgación masiva, publicaciones especializadas en el tema basadas en la equiparación de oportunidades, igualdad e identidad humana.

8°.- Apoyar acciones encaminadas al ejercicio efectivo del derecho a la igualdad y la equiparación de oportunidades, como rol impulsor de los principios de la Declaración de los Derechos Humanos. En los que se reafirme el derecho de todas las personas sin distinción alguna, al acceso a los servicios públicos y a la plena realización cultural, económica y social.

3. El diseño universal

“Hay una arquitectura decisiva para el futuro, infinitamente más importante que la arquitectura del cemento, del acero y del plástico, es la arquitectura del hombre, del ser humano, de la sociedad... Arq. Fernando Salinas

La frase que precede fue escrita por el profesor de muchas generaciones de arquitectos en los años de 1960. En esos años aun no se hablaba de accesibilidad. El contexto tiene un marcado carácter social y humano, que se incorpora por derecho al lenguaje actual de equiparación de oportunidades para todos. El diseño universal se logra más allá de la experiencia personal del realizador. La obra se basa en las necesidades del ser humano y está orientado hacia todas las personas sin distinción alguna beneficiándolas por igual. La práctica del diseño universal satisface los más caros anhelos del ser humano para la creación del ambiente. Se obtienen diseños orientados hacia las personas y sus funciones, basados en sus reales expectativas.

Contribuye a lograr un medio que puede ser usado y disfrutado por todos sin distinción de edad, tamaño, sexo o discapacidad, ya que adapta "el medio a los individuos" y no al revés. Se promueve la autonomía personal y favorece la identidad y la dignidad plena del ser humano. Cubre las necesidades de "llegar,

entrar, usar y salir" de todos los lugares y para ello busca dimensiones óptimas, que es igual a decir "mínimas para todas las personas" con diseños que garantizan seguridad sin riesgos para la vida.

El diseño universal es también capaz de prever problemas de salud. Por solo poner un ejemplo no se recomienda el uso de picaportes de puerta del tipo "pomo" ampliamente difundidos. Además de ser casi imposibles de manipular son un riesgo en zonas donde las personas puedan tener sus manos húmedas, pero sobre todo estudios científicos realizados indican que son causantes de problemas de la pérdida de destreza con la edad, asociados con el esfuerzo y movimiento que ha de realizar la mano para accionarlos. En su lugar se recomiendan tiradores de gran tamaño, fácilmente visibles y manipulables y realizados con materiales apropiados.

3.1. Enfrentar la accesibilidad en las nuevas intervenciones

El diseño universal sin dudas tiene la respuesta a todo nuevo diseño, para ello se hace necesario conocer la documentación normativa e incorporar criterios más humanos sobre como realizar los trabajos.

Para diseñar y construir los espacios de modo accesible debemos tener en cuenta en primer lugar al ser humano (incluye todo tipo de ayuda técnica que necesita para realizar sus funciones) y el medio físico que se dispone. Como todo diseño, la solución esta en manos de la capacidad creadora del diseñador.

Es imprescindible conocer que la accesibilidad en una edificación comienza con el análisis y solución de cómo llegar a ella y como entrar casi siempre marcada por la puerta. Además como usar todas las facilidades (o la mayor parte de ellas) para la que fue creada. Además garantizar la salida, especialmente ante una emergencia. Todo ello con autonomía y seguridad para todas las personas como lo expresa la definición conceptual.

A veces se requieren un proyecto específico dado las características de una persona especial o grupo que requieran trabajos especializados. Pero siempre estará el ser humano y sus posibilidades reales como centro del estudio. Por lo general y sobre todo en edificaciones de uso social o el medio exterior se pueden lograr diseños accesibles para todas las personas a partir de los elementos que definen el diseño universal. La posición del diseñador centrado en sus conocimientos y ajeno a las expectativas de los demás va perdiendo terreno en la actualidad. El diseñar para todos, con la experiencia y para la satisfacción de los demás comienza a cobrar fuerza en el mundo y va siendo una realidad.

El **diseño universal** no es una nueva forma de diseñar, es simplemente partir de las características de todos los humanos para materializar las ideas, y esto debe realizarse desde los primeros pasos de la concepción del proyecto.

3.2. La accesibilidad al espacio Patrimonial

¿Como hacer participe del mundo a todas las personas por igual y preservar

los bienes creados a través de los años? Identificamos como Patrimonio Cultural a todos aquellos bienes que son la expresión o el testimonio de la creación humana o de la evolución de la naturaleza. Ellos tienen especial relevancia en relación con la arqueología, la prehistoria, la historia, la literatura, la educación, el arte, la ciencia y la cultura general. Se incluyen además los documentos y bienes relacionados con la historia, incluidos los de la ciencia y la técnica. Así como lo relacionado con la vida y obra de los forjadores de la nacionalidad y la independencia.

En la actualidad, el rescate del patrimonio tangible e intangible es una realidad en el mundo. Las áreas y conjuntos patrimoniales (rurales o urbanas, conjuntos de edificios, edificaciones puntuales, espacios de valor y antigüedades) pueden ser realizaciones actuales y poseer valores testimoniales y culturales relevantes.

En toda intervención el área o edificio existente se verá necesariamente afectados espacial y estructuralmente debido a la incorporación de elementos, dispositivos, sistemas y redes técnicas. Además de la incorporación de equipamientos y señalizaciones. Estas afectaciones son ya cotidianas y aceptamos que en un edificio en su rescate patrimonial incorpore vitrinas y letreros informativos que no molestan. En los espacios naturales de mayor riqueza patrimoniales insertamos al visitante y toda la infraestructura que esto conlleva y no resulta molesto. Pero el espacio patrimonial será auténtico, solo si es usado por todos, al margen de su valor para atender funciones apropiadas a su naturaleza y conformación.

¿Cómo enfrentar el problema de conservar auténticamente un inmueble y permitir que responda a la necesidad de patrimonio de TODA la humanidad?

Las áreas y conjuntos testimoniales como casi todas las realizaciones humanas incluyen barreras que limitan el acceso a una parte de la sociedad. Eliminar las barreras significa en muchos casos afectar la integridad y la autenticidad del bien. Pero resulta evidente que lograr la accesibilidad juega un papel vital en el acercamiento de todos a estos valores. El límite a las modificaciones en cada caso estará dado por el grado de pérdida de valor testimonial que resulte aceptable y se determinará en cada caso, según la naturaleza, calidad, antigüedad e historicidad del testimonio y las pautas culturales y sociales que se tracen para el desempeño. En síntesis para realizar el rescate del patrimonio con accesibilidad se debe tener presente que las adiciones deben ser claramente visibles, pero en armonía con su contexto. **Nunca** deben realizarse eliminaciones sustanciales para lograr la accesibilidad que comprometan la estructura y valía conceptual del **Bien**.

Un aspecto que resulta imprescindible es tener presente la accesibilidad desde

el inicio de la concepción de la idea de rescate y salvaguarda. Además no se deben establecer tipologías ni dogmas fijos para la adaptación que impongan nuevos códigos y principios de ordenación, supeditando la visión de la función a su forma.

En cada territorio o localidad se deben elaborarse criterios locales orientadores aprobados por expertos ante cada acción y puede incluso tener la aprobación comunitaria mediante consultas. En todos los casos los dispositivos y técnicas usadas serán los existentes usualmente para evitar "novedades" y originar nuevos problemas. Aunque deben ser acciones legibles como adiciones del presente.

Cuando sea imposible se podrán realizar acciones totalmente reversibles o temporales, siempre que las mismas ofrezcan seguridad y calidad técnica o formal. Se crearán rutas accesibles debidamente señalizadas como parte del rediseño del área o la edificación. Además se deben incluir gráficos y maquetas palpables que permitan la "lectura" integral del legado cultural incluso a personas con discapacidad visual.

En cada intervención debe dejarse que la imaginación de quienes diseñan interprete el contenido espacial de la obra, al mismo tiempo que asimilan los principios rectores de la accesibilidad. Es decir aprovechar los propios recursos y facilidades de la infraestructura existente para garantizar la economía e integración espacial orgánica de la intervención. Eso sí, en todos los casos las acciones por la accesibilidad serán peculiares y únicas.

3.4. Hacia una accesibilidad sostenible

A partir de enunciar los problemas y esbozar líneas de acción que la sociedad debe desarrollar se han presentado los elementos del Diseño Universal o Diseño Universalista como aquel que obtiene espacios y productos aptos para el uso por todas las personas, sin la necesidad de ser adaptados mediante diseños específicos. Pero esto no basta, pues deben considerarse aspectos vitales de gestión y mantenimiento que son complementarios del diseño. Además se debe considerar que en algunos casos hay que realizar diseños específicos donde no sea posible la aplicación de un diseño universal, como casos de estudio particular. Pero todos estos elementos forman parte de la actividad del diseñador y sus herramientas como la ergonomía de la que se toma información para lograr el confort, la seguridad y eficiencia que se requiere en la intervención.

Estos aspectos se pueden aglutinar de manera concluyente en que se precisa una accesibilidad sostenible, económica y realizada por todos. Donde la solución del problema llegue a todos los involucrados y por tanto deben estar capacitados integralmente, incorporando a la comunidad mediante la realización de diseños participativos creados con recursos materiales económicos, locales, con tecnologías limpias y sanas.

Es decir contribuir desde la accesibilidad al libre ejercicio de los derechos y

deberes ciudadanos, mejorando la calidad de vida comunitaria, permitiendo que un gran número de personas se integren al sistema productivo del país. Esta forma de trabajo integrada permite el acceso y la libre participación de las personas en la vida comunitaria, favoreciendo el desarrollo social y profesional de los individuos, ayuda las personas a reconocer sus habilidades, capacidades y a reducir el estrés. Pero sobre todo la Accesibilidad permite la **rehabilitación humana** de todos sus integrantes al incorporándolos a la vida comunitaria. El mundo fue hecho para **todos**, y todos tenemos el derecho a disfrutarlo por igual, por tanto el deber de **hacerlo para todos**.

Vivienda y accesibilidad

Arq. Alain Goñi Jaime

2. ¿Que es una vivienda accesible?

La vivienda es el recinto donde transcurre el mayor tiempo de nuestras vidas, donde satisfacemos necesidades como comer, dormir, estar y asearnos. Es un elemento indispensable para el bienestar y el aumento de los valores sociales y psicológicos de las personas.

Como espacio debe permitir el derecho humano a la intimidad e identidad de todas las personas, sin distinción de edad, sexo, raza o discapacidad.

Internacionalmente existe la tendencia a estudiar, de forma íntegra, el modo de hacer que la vivienda sea saludable, así como a desarrollar diseños de asentamientos humanos utilizando criterios de salud ambiental con el objetivo de mejorar las condiciones del hábitat para garantizar que sus habitantes se sientan plenamente acondicionados en su ambiente.

Sin embargo, en los países de nuestra región existen varios aspectos que atentan contra este intento. El primero de ellos es la existencia de **marcos normativos en constante cambio**, caracterizado por la disminución de la superficie útil a emplear en el diseño de las viviendas.

También constituye un serio problema la **omisión de valores culturales** estrechamente vinculados a la comunidad, así como una respuesta técnica adecuada que relacionen las variables ESTÉTICA - FUNCIÓN - NECESIDAD - POSIBILIDAD en pos de la satisfacción de las necesidades mínimas de la comunidad.

Vivienda accesible es la conjugación real de dos términos indispensables para la vida del ser humano, siendo "la vivienda" el recinto donde se realizan actividades vitales del ser humanos, y "la accesibilidad" aquella que permite que todas las personas puedan realizar todas las actividades y funciones de la vida con plena seguridad, bienestar, confort y autonomía.

El concepto de **Vivienda Accesible** es indisoluble de criterios de sostenibilidad ambiental, que deben tenerse muy en cuenta desde su localización, diseño, construcción, uso y mantenimiento. En una vivienda accesible intervienen el lugar donde se asienta, los materiales con que se edifica, la calidad de su terminación, el contexto periférico, la composición de sus espacios y como elemento indispensable habrá que conocer: la situación de la vida en el entorno y dentro de esta, su significado, funcionamiento, particularidades y su utilidad en función de las necesidades mínimas indispensables para la vida de sus moradores.

Cuando se habla de vivienda accesible nos estamos refiriendo a diseños que hagan posible que el individuo se desarrolle en un ambiente confortable, entendiéndose que confortable no implica solamente buena ventilación e iluminación, incluye además buenas condiciones de habitabilidad, sentirse con plena satisfacción y autonomía personal.

Diseñar y construir una vivienda accesible:

- Es garantizar el fácil y seguro desplazamiento, acceso y uso del recinto por todos sus moradores sin restricción de edad, sexo, tamaño o discapacidad; garantizando una vida activa e independiente con plena satisfacción de acuerdo a las necesidades y deseos, resaltando el valor humano y la intimidad e identidad personal.
- Significa crear, modificar y ajustar la vivienda y el entorno habitable a nuestras necesidades y posibilidades presentes y futuras
- Responde y cubre funciones que el hombre realiza en su quehacer diario.
- Potencia ambientes que satisfacen las necesidades básicas funcionales con un rango de habilidades sin sacrificar la integridad estructural, estética y los costos, sino por el contrario, se basa en una estrecha relación de lo **funcional - lo estético - la economía - las necesidades y posibilidades de las personas**.
- Es crear diseños que tienen como premisas la seguridad y bienestar de sus habitantes y promueve la autonomía personal a partir de dimensiones "óptimas" y no mínimas,
- No es concepto especial, es un diseño pensado que tiene como objetivo la integración social, la equiparación de oportunidades y la previsión futura, en la búsqueda de una vivienda saludable, que lejos de ir en detrimento, enriquece el carácter formal, espacial y funcional de los espacios.

La **vivienda accesible** tiene que ser identificada como una necesidad de todos y no como una vivienda con facilidades para personas con discapacidad. Si cierto es que le facilita la vida a las personas con algún grado de discapacidad (los más necesitados); cierto es también, que constituye una "**medicina preventiva**"

a favor de menos accidente del hogar, de una vivienda que es capaz de asumirnos con una discapacidad futura y de albergarnos en la vejez con los cambios que por una u otra razón están asociados al envejecimiento.

2.1. Vertientes de diseño de la vivienda accesible

Si se tiene presente que las personas no tienen iguales capacidades físicas, la vivienda accesible debe analizarse desde dos puntos de vista:

- Cuando es habitada por una o varias personas con discapacidad, donde para adaptar la vivienda se debe tener muy presente las características y posibilidades del individuo del individuo en dependencia de su lesión.
- Cuando no es habitada por personas con discapacidad, pero la diseñamos sobre la base de parámetros básicos de accesibilidad, con un carácter preventivo, para la vejez, para una discapacidad futura y para evitar accidentes del hogar.

2.2. Vivienda donde habitan personas con discapacidad

Para diseñar viviendas accesibles o **eliminar barreras arquitectónicas** en viviendas ya existentes donde vivan o vivirán personas con algún grado de discapacidad, habrá que tener muy presente la individualidad de la persona.

Las **personas con discapacidad** no constituyen un grupo único, no todas tienen igual grado de discapacidad, se enfrentan a barreras diferentes y cada cual crea distintas habilidades para superarlas.

En el equipo de diseño, es elemento clave la participación de la persona con discapacidad, sus familiares y los médicos que lo atienden. Los criterios de los especialistas en salud (sus sugerencias, opiniones y recomendaciones); unidas a los criterios de los profesionales de la construcción darán como resultado un proyecto ajustado a las necesidades y posibilidades presentes y futuras del individuo que se analiza, sin afectar la de sus familiares.

Cuando debe realizarse, como debe enfrentarse y quienes deben intervenir son elementos esenciales para enfrentar un proyecto de vivienda accesible.

2.2.1 Cuando debe realizarse

Conocer si la deficiencia es congénita o adquirida puede determinarnos el tiempo idóneo para intervenir y crear las condiciones de accesibilidad en la vivienda.

● En deficiencias congénita

Si la deficiencia es congénita sería útil aprovechar los primeros años de vida de los/as niños/as para propiciar la relación con el entorno habitable, pues es el momento en el que se comienzan a crear habilidades en el organismo. Aquí juega un papel importante la familia, que deberá propiciar las condiciones adecuadas

de accesibilidad al niño sobre la base de las limitaciones, posibilidades de hacer y habilidades presentes y futuras.

El **ser humano en edades tempranas** es propenso a adquirir habilidades que le permitirán llevar una vida autónoma en el futuro, de ahí que debe aprovecharse su imaginación en la búsqueda de movimientos, formas de comunicarse, etc.; mostrándole que las posibilidades y formas de hacer, serán mayores en la medida que las oportunidades superen las limitaciones.

● En deficiencias adquiridas

En deficiencias adquiridas resulta conveniente eliminar las barreras físicas en la vivienda una vez que el paciente egrese de la institución hospitalaria, para lograr en todo lo posible un nivel de vida aproximado al que tenía antes y evitar cambios bruscos en su actividad.

Con frecuencia ocurre, que una persona que ha tenido que asumir una discapacidad, al continuar su vida en el hogar encuentra barreras arquitectónicas que hacen más engorroso el proceso de rehabilitación y generan problemas en la psiquis del individuo.

La vivienda accesible les demuestra a las personas con discapacidad que son capaces y tienen la oportunidad de realizar diferentes funciones en el hogar, pero más que todo, permite que estos realicen sus actividades diarias, lo que constituye la mejor terapia para su rehabilitación e integración a la vida familiar y comunitaria.

2.3. Metodología para el diseño de vivienda donde habitan personas con discapacidad

2.3.1 Bases y principios de la metodología

La metodología que presentamos para realizar el diseño de viviendas accesibles donde habitan personas con discapacidad tiene un enfoque biospiciosocial y está basada en los principios del **Diseño Universal**.

Tiene un **carácter multidisciplinario** y sustenta su base teórica en el método de diseño de viviendas del Arquitecto argentino Rodolfo Livingston, así como en la acción conjunta de la persona con discapacidad, su familia, las autoridades médicas y el diseñador. Incluye la participación de otras profesiones si es necesario y va desde la búsqueda de la información imprescindible hasta la valoración y reajuste de las soluciones planteadas.

Diseño Universal: tiene carácter multidisciplinario, su base teórica se sustenta en el método de diseño de viviendas del Arq. Rodolfo Livingston.

2.3.2 Pasos de la metodología

La metodología cuenta de 10 pasos, ellos son:

1. Análisis y consulta con la persona con discapacidad y sus familiares

Se obtiene la información necesaria para la ejecución de un ambiente funcional y seguro, es el eslabón para la buena comprensión entre el individuo y su medio. Entre los elementos a conocer, tenemos:

- Datos personales.
- Tipo, grado y limitaciones por la discapacidad.
- Posibilidades funcionales y condiciones ambientales que limitan las aptitudes de la persona con discapacidad, así como las barreras arquitectónicas que disminuyen o anulan su autonomía personal.
- Identificar los cambios de la vivienda en orden de prioridad.

2. Análisis y consulta con las autoridades médicas que atienden la persona con discapacidad

A partir de las relaciones con el médico que atiende la persona, se asume en el proceso de creación y diseño la participación de los especialistas en medicina (tantos como lo requiera la persona que se analiza). Entre los elementos a conocer, tenemos:

- Tendencia futura de la discapacidad.
- Las posibilidades de hacer del individuo con discapacidad.
- Los criterios para una adecuada rehabilitación del individuo con discapacidad.
- Otros elementos que pueda contribuir con la labor del diseñador.

3. Unidad de criterios de las diferentes partes que interactúan

En el grupo familiar se confrontan los criterios de la persona con discapacidad, el resto de la familia, el o los médico y el diseñador de la vivienda.

4. Análisis funcional y medioambiental de la vivienda

A partir de los criterios que se poseen acerca de la persona con discapacidad y sus posibilidades de hacer, se realiza un análisis funcional y ambiental de la vivienda.

Datos que se requieren:

- Levantamiento general de la vivienda y su entorno.
- Determinación de las barreras arquitectónicas que restringen las posibilidades del individuo.
- Análisis funcional y otros elementos necesarios.

5. Elaboración de propuestas de adaptaciones o esquemas funcionales

El diseñador realiza diferentes variantes a partir de la evaluación de los espacios de la vivienda. Todas las variantes tienen como fin mejorar las condiciones de vida de la persona con discapacidad sin crear expectativas, ni afectar a los demás miembros de la familia.

6. Evaluación de las soluciones funcionales con la persona que posee la discapacidad, los familiares y las autoridades médicas

El diseñador explica las alternativas de diseño al equipo de trabajo. Se analizan las ventajas y desventajas de cada propuesta a partir del análisis multidisciplinario y se escoge la solución más integral e integrada que responde a las posibilidades reales de la persona con discapacidad.

7. Elaboración de la solución óptima

Se selecciona la variante y se realiza el proyecto ejecutivo. Se traza además un plan de acción para la ejecución del mismo.

8. Puesta en práctica de la solución óptima

Se realizan las adaptaciones o nuevas construcciones según el orden de prioridad de las acciones a ejecutar a partir de los recursos existentes y de las decisiones del equipo.

9. Valoración de los impactos que produce en el individuo y la familia la solución construida

Toda solución lleva implícita un tiempo de adaptación, puede ocurrir que lo adaptado, conspira contra la seguridad del individuo, o que la persona discapacitada descubre nuevas opciones o necesidades que pueden preverse con la adopción de soluciones flexibles. La realización de una valoración, facilita no solo mejorar la solución, también sirve como experiencia para diseños futuros.

10. Reajuste de la solución ejecutada

Con el fin de disminuir los efectos negativos o mejorar las soluciones propuestas, el diseñador hará evaluaciones periódicas.

2.4. Vivienda donde no habitan personas con discapacidad

- ¿Tendremos que renunciar a llevar una vida totalmente autónoma en nuestras viviendas por el hecho de poseer algún grado de discapacidad o de llegar a la tercera edad?
- ¿Tendremos que ser persona con discapacidad para comprender la necesidad de crear viviendas accesibles?
- ¿Cuántas veces hemos oído que un accidente en el hogar le ha causado a un

- anciano la fractura de la cadera, incluso la muerte?
- ¿Pensamos en nuestra vejez, en la que se empieza a perder habilidades y capacidades funcionales?
- ¿Es la vivienda solo para personas discapacitadas?

Generalmente ocurre que las personas no discapacitadas poco se preocupan por darle respuesta a estas interrogantes, piensan que nunca tendrán que enfrentarse a una discapacidad, que el tiempo no avanza y serán jóvenes eternamente, hasta que llega el momento.

Estas reflexiones nos demuestran que la accesibilidad debe ser considerada en el diseño funcional de toda vivienda y ser punto inviolable desde las etapas iniciales del proyecto.

Indudablemente es ilógico concebir edificaciones de viviendas donde no se piense en la accesibilidad, que una vez llevada a la práctica constituya la "medicina preventiva" para el logro progresivo de la autonomía personal, con un mínimo de riesgo de accidentes del hogar y que sea capaz de asumirnos con nuestras discapacidades en cualquier momento de la vida. Se impone un nuevo concepto a tener presente en el diseño de la vivienda, la necesidad de crear viviendas accesibles para todos.

La edificación de viviendas mínimas, de bajo costo, con materiales de bajo consumo energético, es una necesidad imperiosa para la solución a los grandes problemas sociales que en cuanto al tema existe en la mayoría de los países de nuestra región; pero abogemos porque esas mismas viviendas sean también accesibles.

"En nuestra cultura todos tenemos un nombre y dos apellidos, es el segundo de ellos el que heredamos de nuestras madres. A la vivienda social le falta el segundo apellido." **Vivienda mínima ACCESIBLE**".

3. Valoración económica - social de la vivienda accesible

Para analizar el costo de una vivienda accesible, se debe tener en cuenta que no puede realizarse solamente desde el punto de vista constructivo, habrá que tener muy presente variables de tipo social que influyen de manera decisiva. No podemos olvidar que los valores económicos de un sector influyen y determinan en los resultados de otros.

Si desde las etapas iniciales de diseño se tiene presente la accesibilidad en la vivienda, o lo que es mejor decir, proyectamos una vivienda accesible, los gastos económicos de transformación de inaccesible a accesible desaparecen y obtendríamos que:

Gastos de transformación a vivienda accesible = 0

Vivienda accesible = Valor de la vivienda construida + Gastos médicos por accidentes del hogar + Gastos médicos por rehabilitación + 0

Los gastos de rehabilitación en una vivienda ya accesible, tienden a la disminución, hagamos la demostración a través de un ejemplo:

Un individuo tiene un accidente y ha quedado destinado a andar en silla de ruedas, con frecuencia ocurre que esta persona que ha tenido que asumir su discapacidad al continuar su vida en el hogar encuentra barreras arquitectónicas que imposibilitan o hacen casi nula su autonomía personal con consecuencias para el individuo que hacen más extensos los procesos de rehabilitación al generar problemas en la psiquis del individuo por cambios muy bruscos en el paso de persona supuestamente con plenas facultades a persona con algún grado de discapacidad.

Si la persona en silla de rueda vive en una casa accesible, el cambio se siente menos, al poder efectuar las tareas dentro del hogar que estén a su alcance y de hecho "estará rehabilitándose".

No olvidemos que está demostrado que el trabajo y el ejercicio diario es la forma más eficaz para la rehabilitación, entonces:

Vivienda accesible = Valor de la vivienda construida + Gastos médicos por accidentes del hogar + Gastos médicos por rehabilitación + 0

Disminuyen Disminuyen

La vivienda accesible mejora los niveles de circulación y potencia la autonomía e independencia personal de las personas con discapacidad precisamente por la seguridad que ofrece, disminuyendo los riesgos de accidentes del hogar.

Si partimos de la esencia que la vivienda accesible está estructurada para que puedan vivir personas que tienen capacidades disminuidas posibilitando el desplazamiento, acceso y uso de la misma con toda seguridad y bienestar, podemos deducir que los gastos médicos producto a la inaccesibilidad tienden también a la

disminución.

La vivienda puede construirse con los mismos recursos, que la superficie útil no varía comparada con la de una vivienda inaccesible, donde con solo reajustar los espacios, el mobiliario y las circulaciones, con la misma superficie que hoy construimos una vivienda inaccesible, podemos construir una vivienda accesible.

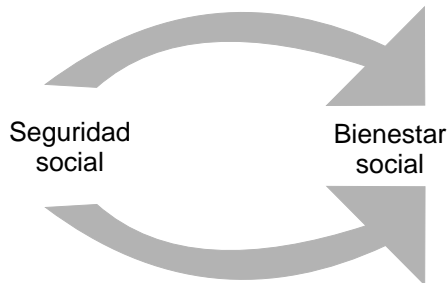
Por tanto, los gastos de ambas serían iguales, y podemos deducir:

Valor de construcción de la vivienda accesible = Valor de construcción de la vivienda inaccesible

Podemos concluir entonces, que el:

Costo económico-social de la vivienda accesible < Costo económico-social de la vivienda inaccesible

A esta conclusión se suman las ventajas que trae aparejado para el individuo, la familia y la sociedad, lograr espacios que aunque mínimos, no restrinjan las posibilidades creadoras humanas dentro de su espacio arquitectónico más íntimo "la vivienda". Si tuviéramos en cuenta la accesibilidad en el diseño y construcción de las viviendas, muchos de los gastos en que hoy incurrimos en seguridad social para las personas con discapacidad, pudieran invertirse en bienestar social para todos.



Si calculamos el costo constructivo que implica eliminar barreras arquitectónicas, unido al costo que trae aparejado segregar a las personas con discapacidad, así como su costo de rehabilitación médica y otros, los encargados de decidir abogarán por la construcción de viviendas accesibles.

La arquitectura cuando es útil y funcional duplica su valor

3.1 ¿Son necesarias las viviendas accesibles?

Para responder esta pregunta tomemos como ejemplo el análisis de la necesidad de **viviendas accesibles** en Cuba, a partir de los siguientes datos:

- En Cuba, según el estudio genético realizado este año existe una tasa de **3.23 discapacitados por cada 100 habitantes**, para un total de 366 864 personas discapacitadas en el país.
- 14 % de ancianidad, 1.590.122 ancianos.
- Población actual 11.358.018 habitantes.
- Fondo habitacional de 1998 era de 3.024.814 de viviendas.

Con estos datos, si partimos del hecho de que vive una persona discapacitada por vivienda, podríamos deducir que en el **12.12 % del fondo habitacional de nuestro país habita una persona discapacitada de las visitados en el estudio genético**.

El 14 % de la población rebasa los 60 años de edad, alrededor de 1.590.122 ancianos existen en nuestro país. Si restamos los que ya fueron considerados como discapacitados por el estudio genético 176.094 ancianos, obtendríamos una cifra de 1.414.028 ancianos no considerados discapacitados, pero no por ello dejan de necesitar accesibilidad en la vivienda a causa de la pérdida de fuerza muscular y otras causas asociadas al envejecimiento.

Si de los 1.414.028 ancianos/as partimos de que viven 2 ancianos/as por viviendas (707.014 viviendas habitadas), podemos deducir que en el **23,37% del fondo habitacional necesita ser accesible por este concepto**.

Se deduce entonces que entre **discapacidad y ancianidad** es necesario que el **35.49 % de nuestro fondo habitacional sea accesible**, esto sin contar el número de personas que se excluyeron en el estudio genético entre las que podemos mencionar: personas con discapacidades menores, a las personas con retraso mental en estudio independiente, a las personas con discapacidades temporales y a las personas con discapacidades somáticas y viscerales, excepto la Insuficiencia Renal.

Si seguimos construyendo viviendas inaccesibles ¿Qué pasará para el año 2025, donde se prevé un aumento de la población, de nuestro fondo habitacional y de la cantidad de ancianos?

Los números pueden calcularse y de ello podremos sacar la siguiente conclusión:

Lo que hoy constituye una oferta, mañana será una demanda

3.2 ¿Pueden ser nuestras viviendas accesibles para todos?

- Si se agudiza los sentidos para hacerlo y se aumenta el grado de sensibilización y conciencia sobre el tema.
- Si se socializa y reorienta políticamente el término accesibilidad.

- Si se centra los esfuerzos sobre la base de una nueva filosofía de la planificación, partiendo de la idea que ha inspirado a los proyectistas con mayor conciencia social: "El entorno construido debe proveer a sus usuarios de un marco esencialmente democrático donde las posibilidades supere las limitaciones
- Exigir la accesibilidad desde la planificación de nuestras viviendas para de esa forma contribuir al logro de una sociedad que no sea coja, ciega, sorda ni retrasada mental.

Educar a través de actitudes prosociales como alternativa al maltrato de niños y jóvenes con discapacidad

Lic. María Cristina Schiavoni

Introducción

El presente trabajo surge de una investigación que se encuentra en curso, cuyo objetivo se concentra en averiguar si niños y jóvenes con alguna discapacidad, se convierten por ello en víctimas del maltrato o algún tipo de abuso.

Sabemos que las personas que, desde la infancia, tienen una discapacidad, se comportan de un manera diferente de aquellos que siempre pudieron utilizar todas sus destrezas. Esto porque, además de tener que resolver dificultades propias del déficit que padecen, a veces son segregados, discriminados, por lo que frecuentemente ven dificultado el desarrollo de las habilidades sociales propias de cada edad.

A lo largo de treinta años de trabajo con niños/as y jóvenes con algún tipo de discapacidad, se ha podido observar que son objetos de discriminación, burla y de diversas formas de maltrato en la mayoría de los casos. Es por ello que se plantea un interrogante ¿son estas personas objetos de doble proceso de victimización: por un lado por el déficit que portan y por el otro, por los comportamientos violentos que sufren y que van desde pequeñas intimidaciones hasta diferentes maneras de maltrato, algunas altamente violentas?

Verdugo y Bermejo dicen en su trabajo:

"Se han propuesto numerosas hipótesis respecto a las razones que justifican la posición de alto riesgo asociadas con la presencia de una discapacidad...."

Gonzalvo (2000) ha realizado un exhaustivo estudio retrospectivo transversal (entre 1991 y 2001) revisando expedientes sanitarios y sociofamiliares de niños/as que ingresaron por malos tratos, incluidos los que presentaban alguna discapacidad física, psíquica y/o sensorial.

Es último autor señala que:

La bibliografía médica internacional sobre maltrato infantil ha descrito que los/as niños/as con discapacidades físicas, psíquicas y/o sensoriales presentan un riesgo aumentado de sufrir abandono y negligencia. Los primeros estudios sobre este tema asociaban el riesgo incrementado al maltrato fundamentalmente por el estrés psicológico que la enfermedad y/o discapacidad genera en la familia.

Marco teórico

El maltrato a menores aparece en el hombre mismo. Todas las civilizaciones lo han presentado y está íntimamente ligado a factores sociales, políticos y religiosos. Esta relación obliga a ubicarnos en el contexto de la cultura que se trate, lo que resulta verdaderamente difícil. Veamos algunos ejemplos: Aritóteles decía que un hijo era propiedad de su padre y nada de lo se haga con la propiedad es injusto, por lo tanto no se reconoce la violencia contra los hijos como maltrato.

En las sociedades china e hindú el infanticidio era un método de control de la natalidad y una forma de eliminar a niños recién nacidos con malformaciones físicas o daño cerebral por ser considerados instrumentos del mal.

Algunas otras sociedades en las que las niñas eran sacrificadas por no contribuir a la economía familiar.... (Rodríguez y Cerón)

Podríamos multiplicar al infinito los ejemplos históricos de maltrato a niños/as y a jóvenes, pero no vayamos tan lejos en la historia, simplemente veamos lo que diariamente ocurre a nuestro alrededor: guerras en las que los/as niños/as tiene una participación activa; los/as niños/as y jóvenes de la calle tratando de limpiar el vidrio de un auto o abrir la puerta de un taxi para obtener unas monedas; los que duermen en la calle o deambulan por ella en las noches, imágenes que se han hecho una costumbre ("una mala costumbre" para decirlo mejor); aquellos que tempranamente deben ir a trabajar en lugar de asistir a la escuela... Todas éstas son formas de maltrato a las que a veces respondemos con indiferencia.

En el 1º Congreso Latinoamericano de Discapacidad en Pediatría (Buenos Aires, junio de 2001) se llegó a un **compromiso** que basado en diferentes declaraciones universales, proclama las siguientes cuestiones:

Fomentar la discusión de esta temática en congresos, jornadas científicas y otras actividades de orden académico que se realicen a nivel nacional, regional y continental; reconocer el derecho a una calidad de vida digna para el niño/la niña con discapacidad y su familia, garantizándoles el acceso a servicios de calidad, en forma adecuada, oportuna y eficiente, de acuerdo con el tipo y grado de discapacidad que cada caso requiere.....

Estos fragmentos del Compromiso de Buenos Aires fortalecen el espíritu de este trabajo que intenta promover y ampliar espacios intersectoriales de acción para la atención eficaz de las personas discapacitadas.

¿Qué sucede en la práctica? En las escuelas de distintos niveles y modalidades, en clubes, en centros de recreación y hasta en la misma familia, se ha podido observar que niños/as de 7, 8, 9 y más años son más rechazados por los adultos y compañeros que los más pequeños. Al respecto se citarán expresiones "sic" que han sido documentados a lo largo de variadas experiencias en escuelas, talleres de trabajo con padres en centro de salud, clubes, etc:

"...nosotros lo recibiríamos encantados pero los padres se quejan porque los otros chicos copian gestos y se comportan de otra manera desde que está este chico con síndrome de Down en la escuela de verano).....dice una docente.

"el entorno no le proporciona claves necesarias como fomentar la participación desarrollando sistemas de trabajo en interacción cooperadora con grupos mixtos....esto le implica dificultades como falta de motivación para concurrir a ciertos sitios como el club o ir a bailar los fines de semana como cualquier otro chico de su edad....." expresa una mamá en el grupo Taller para padres en el marco del Plan de Asistencia a Personas con Requerimientos Especiales. (Córdoba, 2001).

Un papá cuenta que su hijo muestra "problemas de autoestima y alteraciones emocionales porque los otros adolescentes no lo aceptan para reunirse o ir a bailar.....(en el marco del mismo programa).

¿Qué sucede en ámbitos familiares? Aún hoy, con todo lo que se ha avanzado en relación con la inclusión escolar, social, laboral y recreativo de personas con discapacidades, algunos miembros de la familia se avergüenzan de "presentar a sus hermanos" o "llevarlo con ellos a reuniones sociales" e incluso "los ocultan directa o indirectamente" sin siquiera reconocerlos o hablar con ellos.

Díaz Aguado (2000) refiere que los estudios realizados sobre la violencia en general reflejan la representación que una persona o un pueblo tiene de sus posibles víctimas y que esto desempeña un papel decisivo en el riesgo de ejercerla.

El individuo violento cree que su violencia es inevitable y se conceptualiza a sí mismo como un héroe y a la víctima como un ser despreciable. Así es más fácil emplear la violencia.

La representación de una persona como inferior está relacionada estrechamente con su posible victimización.

La intolerancia que ha menudo se produce en las relaciones humanas (entre niños, entre adolescentes, entre adultos y niños) es una de las causas más importantes que desencadenan situaciones violentas. Se desencadenan en forma

circular: la intolerancia está en el origen de la violencia y la violencia genera intolerancia.

Estos son algunos de los comportamientos a observar y analizar en el transcurso del trabajo.

¿Qué sucede en el ámbito escolar? A través de los resultados de investigaciones anteriores pudimos observar que "los/as niños/as y adolescentes con algún tipo de discapacidad, integrados a la escuela común, no escapan de lo que sucede en el ámbito escolar y sufren las mismas consecuencias que sus compañeros" (Schiavoni y Cardozo, 2005).

La violencia es un fenómeno social que atraviesa la escuela. El poder comprenderla nos obliga a involucrarnos como seres humanos posibles de causar daños a otros y como sujetos sociales poseedores de una cuota de poder para conservar o modificar un orden social.

En efecto, la violencia es un fenómeno que afectan a todos: niños/as y jóvenes con o sin discapacidad, pero, más allá de este reconocimientos ¿qué podemos hacer para lograr algún tipo de cambio? ¿Qué acciones se pueden desarrollar para no quedar anclados en la mera descripción de lo que acontece? ¿Cómo se puede avanzar sobre esta problemática y con que herramientas?

Tal vez haya más preguntas que respuestas. El propósito de este trabajo es aportar una alternativa posible, un camino que puede construirse entre quienes conformamos la comunidad educativa para frenar, en cierto modo, esta problemática que nos conmueve y conmociona: **la educación prosocialidad.**

Roberto Roche define la **prosocialidad** como aquellos comportamientos que, sin búsqueda de recompensa externa, favorecen a otras personas o fines sociales, aumentando la probabilidad de generar un reciprocidad positiva, salvaguardando la identidad y la creatividad de las personas y los grupos implicados, tanto de los que ofrecen como de los que reciben ayuda.

Gran desafío para una sociedad cada vez individualista.

Sin embargo, muchas personas, incluso grupos e instituciones, practican cada vez más esta estrategia para desarrollar sus actividades. Hoy existen antecedentes de trabajos científicos como el de Mauro Olmos, de la Universidad Nacional de Río Cuarto, digno de tenerse en cuenta y del que he tomado algunos conceptos para el desarrollo de esta ponencia por lo acertado de su propuesta, de la cual yo he obtenido resultados positivos con un grupo de personas con discapacidad intelectual.

Dicha implementación el Programa de Educación para la prosocialidad adaptándolo a niños/as con algún tipo de discapacidad a fin de disminuir la violencia escolar y la agresividad. En los detalles de dicho programa, ya que no es objeto de esta intervención, interesa analizar brevemente alguno de sus postulados, en

tanto puedan abrir caminos para la reflexión.

Factores relacionados con la formación del docente y que en realidad resume en una cuestión de **actitud**. Modificar las actitudes es tal vez una de las cuestiones más difíciles a las que enfrentamos, pero tal vez la más poderosa para promover cambios en nosotros y en los otros.

Los **factores IPRO** (Ítem Prosocial) hacen referencia a la formación del docente en esta línea de trabajo, son las acciones puntuales que inspiran la actuación del docente en torno a los siguientes factores que Roche define de la siguiente manera:

Aceptación y afecto expresado: produce una optimización de los comportamientos prosociales, a través de los cuales el docente genera un clima positivo en torno a la actividad educativa. Aceptar significa querer tal como es, teniendo en cuenta la diferencia. De este modo se puede llegar a una optimización de las relaciones de tú a tú con cada uno de los alumnos, comprendiendo y aceptando sus características, sus tiempos, su personal manera de arribar a los aprendizajes.

**Aceptar significa querer tal como es,
teniendo en cuenta la diferencia.**

Atribución de la prosocialidad: Atribuir positividad es fundamental en un docente: el tiene que estar convencido que creer y confiar en el otro, es la mejor manera de "hacer surgir, crecer, y educar los rasgos positivos que ya tiene los alumnos".

Disciplina inductiva: se refiere al autocontrol internalizado. Cuando se reprimina a un alumno se provoca un alerta emocional que, si se centra no en sí mismo, sino en las consecuencias del acto, la internalización podrá tener una dirección empática y prosocial.

Exhortación a la prosocialidad: tiene una influencia muy importante si procede de un modelo prosocial significativo con el que se mantienen relaciones positivas de afecto y que ha actuado oportunamente con disciplina inductiva.

Refuerzo de la prosocialidad: El refuerzo tiene un papel básico y efectivo en el comportamiento prosocial. El docente puede ir reforzando las conductas prosociales que se dan en forma espontánea para lograr su consolidación.

Para desarrollar estos comportamientos hay una variedad de acciones que se pueden realizar en la institución escolar y que permiten promover la prosocialidad.

Daremos algunos ejemplos:

1. Comprobar y comprender el **valor de la persona**, del yo y del otro (la autoestima y la heteroestima).
2. El **entorno**, el colectivo, la sociedad.
3. La escucha, la **sonrisa**, los saludos, dar las gracias.
4. **Disculparse**, elogiar al otro, valorar en forma positiva el comporta-

miento de los otros.

5. La **resolución de problemas**, la toma de decisiones, la participación.

6. La **comunicación**, el trato amable con los demás, la conversación, la ayuda, el dar, el compartir, el cooperar, la amistad, entre tantas otras, que a veces nos olvidamos de expresar o desarrollar y que tanto bien hacen a las relaciones humanas y sobre todo al autocontrol y resolución de la agresividad y del conflicto.

Para la concreción efectiva de estas acciones existen una variedad de técnicas que se pueden utilizar y a las que se puede recurrir en el citado programa de prosocialidad.

Haber presentado aquel listado tiene como intención visualizar la posibilidad de aplicar una amplia gama de herramientas en la situación áulica y en extensión en la vida cotidiana, a través del tratamiento de temas transversales en diferentes disciplinas curriculares.

La posibilidad es amplísima y los resultados pueden ser asombrosos. Tal vez esto suene como algo común y nos preguntemos ¿acaso no lo hacemos? Es posible que sí, pero también creo que estamos omitiendo normas básicas de convivencia y respeto que coadyuvarían en la prevención de conductas intimidatorias y de hechos violentos que se suceden todos los días.

Estamos cansados de ver violencia por todos lados, en la escuela, en la calle, no creo que valga la pena abundar en ello, lo que sí vale la pena es pensar en acciones que tal vez parezcan simples, pero son las que podemos realizar; y si predicamos con el ejemplo podemos modificar ciertos modelos conductuales violentos, trabajando en el uno a uno, en cada situación personal o grupal que se presente en todos los ámbito de nuestra vida.

El planteo es simple: Estamos dispuestos a modificar nuestras actitudes en pro de un mundo mejor donde la cultura por la paz y la tolerancia debería ser un hecho natural, y donde la violencia no tuviera cabida.

No podemos permitirnos creer que la solución no está en nuestras manos; siempre habrá algo que podamos llevar a cabo si trabajamos concertadamente con esta postura que nos indica la prosocialidad.

Desarrollar actitudes y comportamientos prosociales significa **tomar conciencia**, al escuchar y al decir, a veces escuchamos poco lo que nuestros niños y jóvenes nos quieren decir, no tomamos en cuenta sus necesidades y decimos o "**imponemos**" nuestra palabra, no nos corremos del "**lugar del saber**", en el que alguna vez los docentes fuimos ubicados, y por ello no consideramos otras posiciones, otras posibilidades, otras formas de ver la realidad, actitudes que si las tuviéramos en cuenta fomentarían el respeto y la tolerancia.

La educación debe preparar a los/as niños/as y jóvenes para una vida digna y feliz, en una cultura de amor y solidaridad hacia el otro y no reproducir modelos de exclusión y discriminación.

Pienso que tener en cuenta la prosocialidad es un aporte importante también para la investigación en curso, ya que posibilitará trabajar con elementos que provienen o al menos atemperan las actitudes violentas.

Trabajar en pro del bien común nos permitirá recuperar aquella humanización que hemos perdido por priorizar valores más ligados a intereses individuales o alejados de la conciencia social.

Bibliografía

1°. Crabay, M y Verhaeghe A. 2002. "Prosocialidad en contextos educativos, en Crabay, M (comp.) Prevención y Educación II. UNRC. Río Cuarto.

2°. De Beni, M. 1999 Prosocialità ed altruismo. Guida all'educazione socio-affective. Erickson. Trento

3°. Olmos, MJ. 2005. Educación en valores y actitudes prosociales como alternativa a la violencia familiar. UNRC. Río Cuarto.

4°. Roche, R. 1998. Psicología y educación para la prosocialidad. Ciudad Nueva. Buenos Aires.

5°. Roche, R. 1998. Desarrollo de la inteligencia emocional y social desde los valores y las actitudes prosociales en la escuela. Ciudad Nueva. Buenos Aires.

6°. Schiavoni, MC. 2005: Adolescencia y discapacidad, en : Crabay M(comp.) Prevención y educación III. UNRC. Río Cuarto.

7°. Schiavoni, MC. Maltrato en niños y jóvenes discapacitados integrados en la escuela común. Trabajo inédito en curso de impresión.

8°. Schiavoni, MC. y Cardozo, G. 2005. Repercusión en la conducta violenta, en: Barrón, M. (comp.) Inequidad socio cultural. Riesgo y resiliencia. Ed. Brujas. Córdoba

Familia y discapacidad

Prof. Verónica Cajal

Lic. Laura Castillo

Marco teórico

La familia es el grupo básico más importante, el primer contexto socializador y el entorno natural en donde los miembros que la forman evolucionan y se desarrollan según modelos vivenciados e interiorizados.

Cada familia es un sistema abierto, en continuo movimiento, cambio y reestructuración, en busca de estabilidad y equilibrio entre todos los miembros que la componen. Los procesos que tienen lugar son interactivos de forma que cualquier suceso que ocurra en alguno de los miembros repercute de una u otra manera sobre los demás; produciendo incertidumbres, desequilibrios y cambios que para ser superados necesitaran de un trabajo sistemático.

El proceso de adaptación es dinámico puesto que a medida que el niño crece vivencia situaciones nuevas que van a requerir nuevas adaptaciones. Es por esto que el nacimiento, accidente o enfermedad que produce un miembro con discapacidad, es percibido por la familia, como una vivencia traumática, rompe con las expectativas del hijo deseado.

En los grupos familiares se manifiestan confusión, desorientación, dudas, e inquietudes con respecto a como ayudar a su hijo/a con discapacidad en los aspectos que hacen a su desarrollo integral, y a la satisfacción de la praxis familiar de resolución de problemas que aparecen en la vida cotidiana obligando a sus miembros a transitar por diferentes etapas para llegar a la aceptación de su hijo/a, logrando su integración personal, familiar y social.

Considerando que la familia es el pilar fundamental en la atención primaria de la salud, la educación e integración de los/as hijos/as, el abordaje familiar constituye un aspecto de gran importancia y todas aquellas acciones a realizar bajo este encuadre apoyaran el logro de la autonomía de las personas con discapacidad.

Es por esto que familia y profesionales necesitan interactuar para generar mejores canales de comunicación y un trabajo articulado entre hogar, la comu-

nidad y escuela, beneficiando no sólo a el cuidado de la salud y la educación de los niños y jóvenes si no también la de los familiares y profesionales.

Es necesario tener presente que no hay una única e ideal manera de conocer, de demostrar interés, de alentar, enseñar, convivir, cada persona que se relaciona con la persona con discapacidad porta "su manera", "su estilo".

El trabajo junto a la familia es esencial para favorecer las oportunidades de aprendizajes claros, coherentes, organizados, significativos, contextualizados de los/as niños/a, jóvenes y adultos/as con discapacidad. Por ello sostenemos la necesidad de informar, formar y acompañar a la familia para dar continuidad a la sistematización del trabajo conjunto en la equiparación de oportunidades para sus miembros con discapacidad, donde haya instancias de reflexión participativa en las primeras etapas, para evolucionar hacia el trabajo en equipo cooperativo y cogestivo entre las familias, los miembros de equipos de salud, de las instituciones educativas y de sus comunidades, facilitando la tarea en relación a lograr un desarrollo integral y armónico.

A través de la existencia de acciones concretas de comunicación, conocimiento mutuo, de reflexión e intercambio del saber de los familiares, se puede articular con el saber profesional y comunitario constituyendo una experiencia creativa y enriquecedora para todos los que participan de la misma.

Antecedentes³⁷

En 1982, es aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 37/52, "**El Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad**". Los objetivos del mismo son "promover medidas eficaces para la prevención de la discapacidad y para la rehabilitación y la realización de los objetivos de igualdad y de plena participación de las personas con discapacidad en la vida social y el desarrollo.

Esto significa oportunidades iguales a las de toda la población y una participación equitativa en el mejoramiento de las condiciones de vida resultante del desarrollo social y económico. Estos principios deben aplicarse con el mismo alcance y la misma urgencia en todos los países independiente de sus niveles de desarrollo.

Nuestro país, en tanto Estado Miembro, suscribe al Programa de Acción Mundial y a partir del espíritu del documento aprobado por la Asamblea General fue conformando un amplio marco legal que aborda la temática de la discapacidad. En la actualidad la mayoría de las provincias disponen de leyes provinciales de discapacidad.

³⁷CONADIS. Política Integral de Acción para Personas con Discapacidad, Presidencia de Nación. 2006-2007, Buenos Aires, Argentina

Pese a la riqueza del marco normativo nacional y la reafirmación de la validez del Programa de Acción Mundial, es posible identificar que los objetivos y metas formulados, no sólo, no se han conseguido plenamente, sino que, resulta necesario formular nuevas estrategias y reformular políticas sobre la temática que permitan alcanzar efectivamente la equiparación de oportunidades.

Contexto social y familiar en la discapacidad³⁸

Una discapacidad no es algo agradable y no hay motivos para creer lo contrario. En la mayoría de los casos, causará dolor, incomodidad, vergüenza, lágrimas, confusión y un gran gasto de tiempo y dinero. Sin embargo, a cada instante, no sólo nace una persona con discapacidad sino que también la sociedad la convierte en tal.

Aunque en ese momento no sean concientes de ello, tanto el/la niño/a que nace con un defecto de nacimiento, como el adulto que queda lisiado no se encontrarán tan limitados por la discapacidad real como por la actitud de la sociedad frente a la discapacidad. Es la sociedad, principalmente, la que define a la discapacidad como una anomalía, y será el individuo quien sufra las consecuencias de la definición.

Es imperativo, por lo tanto, que quienes nos preocupamos por los individuos discapacitados estemos constantemente en guardia para asegurarnos de que no estamos ayudando ni facilitando el proceso de convertirlos también en impedidos.

Es conveniente que tengamos presente ciertas consideraciones...no se nace con un impedimento; es el medio circundante el que lo determina.

Recuerden que las personas discapacitadas se pertenecen a si mismos, no a ustedes...que cada persona discapacitada es diferente,...únicas...

Recuerden que las personas con discapacidad son **personas** en primer término,...tiene el mismo derecho que los demás a realizarse, según su propio ritmo, a su manera y mediante sus propias herramientas...

Recuerden que las personas discapacitadas tienen las **mismas necesidades** que ustedes de amar mundo en que ustedes viven. No tienen un mundo separado. Hay un solo mundo.

Recuerden que las personas discapacitadas tienen el **mismo derecho** que ustedes a caerse, a fracasar, a sufrir, a censurar, a maldecir, a desesperarse. Si los protegemos de estas experiencias, les impedimos vivir.

³⁸Compilado del texto de: BUSCAGLIA LEO, Los Discapacitados y sus Padres, páginas 16 a 26, Editorial Emecé, Buenos Aires, 1990.-

Recuerden que únicamente la persona con discapacidad puede indicarle o decirles cuáles son las **cosas posibles para él**. Nosotros, los que los amamos, debemos ser observadores y alertas.

Recuerden que las personas con discapacidad deben **hacer las cosas por sí mismos**. Nosotros podemos proporcionarles las alternativas, las posibilidades, las herramientas necesarias, pero son ellos los únicos que pueden llevar a la acción esas cosas. Nosotros debemos estar atentos, presentes para alentarlos, incentivarlos y ayudarlos cuando sea posible.

Recuerden que las personas con discapacidad, al igual que nosotros, tienen derecho a la vida como la conocemos. Ellos también deben decidir vivirla plenamente, en paz, con alegría y amor, tal como son y con lo que tengan, o sentarse a esperar con apatía la muerte llorosa.

Recuerden que la persona con discapacidad -prescindiendo de cuán grande sea la discapacidad- tienen un potencial ilimitado para llegar a ser, no lo que nosotros deseamos que sean, sino lo que está dentro de ellos.

Recuerden que las personas con discapacidad deben **encontrar su propio modo de hacer** las cosas; tengan presente que tratar de imponerles nuestras pautas (o las pautas de nuestra cultura) es ser poco realista y hasta destructivo. Hay muchos modos de atarse los cordones de los zapatos, de beber de un vaso, de llegar a la parada de ómnibus. Hay muchos modos aprender y de adaptarse. Ellos deben encontrar el modo más conveniente para ellos.

Recuerden que las personas con discapacidad **necesitan al mundo y a los demás**, para aprender. No todo aprendizaje se realiza en un medio protegido del hogar o en un aula, como muchos creen. El mundo es un aula. La humanidad completa es una maestra. No hay experiencia que no sea significativa...

Recuerden que todas las personas discapacitadas tienen derecho a que se le **hable con honestidad de sí mismas**, de ustedes y de su estado. No hacerlo es el peor daño que se les puede hacer..."

Comunicación, información, formación, acompañamiento y
asesoramiento a la familia

Un texto inicial para anclar el tema ...³⁹

"¡Cuando pienso en todas las amarguras y angustias que nos hubiéramos evitado si hace muchos años alguien nos hubiera asesorado, nos hubiera dado esperanzas, nos hubiera brindado su apoyo o sus conocimientos sobre nuestro hijo, me enfurezco!"

Silencio.

"Entonces ¿por qué diablos no hacen algo al respecto?"

³⁹Buscaglia, Leo 1990

“Durante muchos años, casi todos los estudios sistémicos relacionados con las personas discapacitadas y sus padres han acentuado la necesidad de aumentar y mejorar el trabajo en el campo del asesoramiento que deben recibir. La falta de ayuda a la persona con discapacidad y a su familia para que comprendan la naturaleza y las implicancias de la discapacidad causa, con frecuencia, más dolor y sufrimiento que la discapacidad misma. Sin embargo, fueron pocos los que aceptaron el desafío. Muchos de nosotros, los profesionales que trabajamos en esta área, continuamos ocultando nuestras propias carencias personales detrás de los resultados de los tests, la jerga médica, las historias clínicas, los rótulos nuevos y la "sabiduría" educativa del pasado.

Abandonamos a las personas con discapacidad y sus familias a su propia suerte, de modo que son ellos quienes deben descubrir sus propias soluciones, sufrir su confusión y sus temores y experimentar solos su angustia. Es lógico, entonces, que muchos de ellos sólo se hayan adaptado superficialmente o hayan caído en la ansiedad o la hostilidad.

Sus historias son muy similares. Las he escuchado una y otra vez. Su hijo nació con una discapacidad. A los padres se les brinda escasa información médica y poco consuelo y esperanza. Se envía al niño a su hogar. Cuando piden "ayuda", hasta los médicos, las enfermeras o las asistentes sociales parecen no encontrar las palabras ni estar preparados para hablar de su "desgracia".

Allí es donde comienzan los largos años de confusión, temor y autocompasión y de culparse y odiarse a sí mismos. Las horas en los consultorios médicos. La espera. Los tests, los diagnósticos y rediagnóstico constantes.

La **falta de información**. Las generalidades interpretativas. Las presiones constantes sin posibilidad de alivio. Ni siquiera las baby-sitters están dispuestas a cuidar al niño unas pocas horas.

Los **problemas familiares que aumentan constantemente**. Las preocupaciones por el dinero y las cuentas. Las tensiones. Las discusiones. La inseguridad. Sentimientos que los confunden y los asustan. Todas las frustraciones de una familia común y muchas más. Su impotencia al observar que ese hijo, a quien aman muchísimo, se aparta cada vez más del mundo "normal" que ellos desean brindarle. ¿Pero qué pueden hacer?

Y después, las **batallas en la escuela**. El ingreso. Los rótulos que no se explican jamás. ¡Nuevas evaluaciones! Enormes carpetas con datos sobre sus hijos, guardadas en archivos inaccesibles envueltos en el misterio.

La ansiedad por no saber si sus hijos podrán permanecer en la escuela. Las amenazas explícitas e implícitas de los funcionarios escolares.

Y a los niños, ¿qué les sucederá cuando crezcan? Preocupaciones por sus temores, su sensación de aislamiento, enorme soledad, su gran confusión, sus fantasías y sus frustraciones sexuales, sus preguntas sobre sus sentimientos, su futuro, su mañana. Se preocupan por su ira. Por el rechazo del mundo que les teme y al que ellos temen cada vez más. La frustración que les causa ver que cada

vez se aprende más sobre las maravillas de Egipto, la magia del renacimiento en Italia y la grandeza de la corte de Luis XIV, y casi nada sobre la sensación de vacío y angustia que los devora, necesidades especiales, preocupaciones, cuestiones urgentes que deben ser resueltas de inmediato...pero no hay nadie que los ayude, nadie con quien puedan hablar, nadie que los comprenda. Y así son todas las historias....

..., es un desafío para los padres, los médicos, los psicólogos, los asesores, los educadores, los terapeutas físicos y ocupacionales, los asistentes sociales, los psiquiatras y todos los profesionales afines, para que tomen conciencia de que las personas discapacitadas y sus familias necesitan desesperadamente que se les brinde una guía eficiente, sensata y basada en la realidad, y que, al no recibirla, experimentan una tremenda angustia y una pérdida del potencial humano.

"He intentado ocuparme del asesoramiento a las personas con discapacidad en el sentido más amplio y humano como proceso multidisciplinario de rehabilitación, cuyo objetivo principal es ayudar a la persona con discapacidad y a su familia durante el proceso complicado y necesario que tiene frente a sí para adaptarse mental, física y emocionalmente, y para adquirir esperanza, los conocimientos y la fortaleza necesarios para aceptar como propio el más importante de los desafíos humanos. El derecho inalienable de toda persona, sea o no discapacitada, a realizarse como tal"

En este sentido los niveles de intervención que se propone para el trabajo de los profesionales a cargo de la salud, rehabilitación y educación de las personas con discapacidad son:

A) Comunicación-Información

El primer vínculo fuerte es la información a los padres de la realidad de su hijo/a-. Debe existir una logística para trabajar sobre estos temas y como profesionales informar oportuna y adecuadamente a cada familia.

**Para comunicar se propone:
salir de uno mismo al encuentro del otro.**

Construir esa logística supone el conocimiento previo de la información relevante y necesaria que cada profesional de la salud debe conocer, en tal sentido los grandes planes, proyectos y acciones de las políticas públicas de salud a nivel municipal, provincial y nacional. Se requiere un profesional sensible, capaz de analizar los instrumentos y canales de comunicación (interna y externa), para mejorar la eficacia, la eficiencia y la pertinencia, de modo de poder recrearlos si fuera necesario

Es un facilitador, un iniciador, la primera palabra que se escucha al momento de intentar comprender lo que está sucediendo.

B) Formación para familias, miembros de la sociedad

La formación es una necesidad lógica para ayudar a las familias a acompañar el proceso de inclusión social de sus miembros.

La formación que se debe brindar a los padres implicaría ayudarlos a pasar del pensamiento-conocimiento al reconocimiento de sus derechos y deberes en relación de un hijo/a con discapacidad. Es el reconocimiento de los derechos ciudadanos en la construcción de una sociedad justa y democrática.

Una **persona formada** tiene mejores herramientas para poder resolver situaciones problemáticas, para mejorar su calidad de vida como ciudadanos activos en una sociedad en pleno cambio.

La adecuación de la información a cada contexto es una dimensión que es necesario tener presente. Si bien no es posible indicar a priori y desde fuera, qué temas y como es más adecuado tratarlos, en una comunidad determinada.

Cada **Equipo de Atención Primaria de la Salud** debe diseñar sus estrategias de abordaje conjunto entre la familia y la comunidad. Es decir, se propone una instancia de formación entre pares. En este sentido es oportuno recuperar formas de trabajo cooperativo / cogestivo orientado a la construcción de redes sociales extendidas, que faciliten la articulación y la integración de esfuerzos e iniciativas del Estado, ONG, Empresas, Escuela y Familia. Generando "comunidades de aprendizaje" donde se construyen respuestas y planteos desde el conocimiento social entre pares.

C) Acompañamiento Responsable

El acompañamiento responsable implica el seguimiento del niño/a, joven y/o adulto/a con discapacidad en su trayectoria a cargo del equipo de rehabilitación. Conocer el resultado de sus derivaciones, la situación social y emocional de la persona y su entorno, el cumplimiento de sus expectativas y anhelos.

El acompañamiento se podrá realizar de una manera directa o indirecta. La forma directa implica el contacto personal con la persona y su familia a través de las diferentes consultas médicas que desde un marco de entrevista en profundidad dan nociones de la situación de vida de las personas. Y de manera indirecta mediante, antecedentes, historias, referentes, mediaciones que den cuenta de tal realidad. Ambos acompañamientos implican tener un conocimiento procesual de la situación de vida de la persona con discapacidad, de tal forma que si se considera intervenir se tienen los elementos suficientes.

Esto supone el desarrollo de estrategias profesionales individuales e institucionales que implican subrayar el grado de compromiso en el acompañamiento del niño/a, joven y o adulto con discapacidad.

D) Asesoramiento

El asesoramiento a la familia y la persona con discapacidad desde el primer momento es muy importante y requiere una postura de los profesionales frente a

la realidad de cada familia que le de confianza y aliento en búsqueda de soluciones y equilibrio para el sistema familiar.

"Muchos profesionales sostienen que es inútil tratar de determinar quienes deben recibir el asesoramiento, si los padres o los individuos discapacitados, puesto que, por lo general, resulta preferible emplear un método ecológico". (Perosa y Perosa, 1981).

Por ejemplo toman al niño/a como parte de un sistema familiar y por lo tanto, consideran que un asesoramiento efectivo brindado al niño/a discapacitado no dará resultado sin la participación y el apoyo de la familia.

Los profesionales deben prestar mucha atención a la forma y al contenido de las entrevistas iniciales con los padres para comunicarles el diagnóstico. Los resultados de las investigaciones demuestran claramente que los padres están, con frecuencia, confusos e insatisfechos con la información, o por la falta de información, sobre los problemas de su hijo... Uno de los estudios indicó que la expresión "comportamiento itinerante" - según se la aplica a los padres que consultan muchos profesionales que se desempeñan en la rehabilitación, educación, asistencia y recreación... los profesionales deberían considerarla, quizá, como un reflejo de la calidad de los servicios que reciben y no como un indicio de que los padres niegan la realidad... Si bien las opiniones difieren en lo relativo al modo en que debe llevarse a cabo la consulta inicial, hay coincidencia en cuanto a que la presencia de ambos padres y el énfasis en la interacción, en lugar de una presentación formal y estructurada, incrementan la cantidad de información asimilada... hay más posibilidades de que las recomendaciones sean llevadas a la práctica cuando los padres comprenden el diagnóstico y coinciden con él. Aunque ésta puede parecer una deducción elemental basada en el sentido común, las investigaciones indican que los profesionales subestiman, con frecuencia, la importancia de las actitudes de los padres.

Quizás lo primero que deba resolverse es la cuestión relativa a los objetivos del proceso de asesoramiento... Solamente cuando se fijan estos objetivos y se los ponga en práctica mediante el estudio y la investigación sistemáticos y rigurosos, los individuos excepcionales y sus padres comenzarán a recibir el apoyo que necesitan y se merecen" (Buscaglia, Leo 1990).

"...los padres tenían sus propias recomendaciones para los profesionales:

Que usaran un lenguaje claro;

Que proporcionaran una atmósfera cálida y abierta para que ellos se sintieran libres para formular preguntas;

Que incluyan ambos padres en la consulta;

Que les proporcionen material de lectura o referencias no técnicas para ayudarlos a comprender mejor el problema del niño;

Que les proporcionen informes por escrito;

Que tomaran los recaudos necesarios para hubiera comunicación entre las distintas disciplinas con el objeto de disminuir la cantidad de profesionales a los cuales debían consultar;

Que les proporcionaran apoyo educativo; y

Que les proporcionaran información del comportamiento social, además de la información sobre el comportamiento académico.

...Mejor asesoramiento al efectuarse el diagnóstico, y posteriormente, en cuanto a los problemas referentes a la educación y el comportamiento...

Abramson y otros (1977) sugieren que los **médicos** deben actuar como asesores cuando diagnostican una deficiencia y deben proporcionar información sobre los servicios que brindan los organismos y la comunidad con el fin de acortar el tiempo que transcurre entre el diagnóstico de un problema y la iniciación de los servicios especializados" (Buscaglia, Leo 1990).

Bibliografía

1°.- Buscaglia Leo “Los discapacitados y sus padres” EMECE Editores. Buenos Aires 1990.

2°.-Núñez, Blanca “la familia con un hijo discapacitado: sus conflictos vinculares. Hacia un lineamiento en prevención de salud mental familiar” trabajo publicado en Archivos Argentinos de Pediatría- Abril 2003. 1001 (2):81-160.

3°.-Segovia Domingo Jesús “Reconstruir la competencia familiar”. Algunas puntualizaciones de interés sobre la formación de los padres. Departamento de Didáctica y Organización Escolar. Universidad de Granada.

4°.- Fundación Diario La Nación. Suplementos Solidarios. Sociedad y Discapacidad. Buenos Aires, 2003.

5°.- Abalo V y Bastida F. Adaptaciones Curriculares Teoría y práctica. Ed. Escuela Española. Madrid 1994

6°.-Arnaiz Sanchez Pilar. El Reto de Educar en una Sociedad Multicultural y Desigual. Servicios de Publicaciones de la universidad de MURCIA

7°.- Castorina y otros. Psicología Genética. Ed. Miño y Dávila. Bs As, 1994

8°.- CONADI. Política Integral de Acción para Personas con Discapacidad. Presidencia de Nación, 2006- 2007.-

9°.- Coll César Aprendizaje Escolar y Construcción del Conocimiento. Ed. Paidós. Bs As. 1993

10°.- Dadamia Oscar Miguel. Lo Especial de la Educación. Magisterio del Río de la Plata. Buenos Aires, 2004

11°.- Ferreyro E. Los Hijos del Analfabetismo. Siglo XXI Editores. Bs As, 1990

12°.- Frigerio G y Poggi M y col.. Las Instituciones Educativas. Cara y Ceca. Ed. Troquel. Bs As, 1992

13°.- González Manjón D. Adaptaciones Curriculares. Ed. Aljibe. Malaga 1995

14°.- Perkins David. La escuela Inteligente. Ed. Gedisa. Barcelona, 1997

15°.- Puigdellívol. La Educación Integrada. Ed. Graó. Barcelona. 1999

16°.- Stainbck Susan y Williams Aulas Inclusivas. Narcea, Madrid 999



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

