

DISCAPACIDAD E INCLUSIÓN SOCIAL:

EVOLUCIÓN, MODELOS
Y TENDENCIAS
INVESTIGATIVAS



Ilse Soto Franco

Editora científica y autora

VIGILADA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN

USC
UNIVERSIDAD
SANTIAGO
DE CALI

EDITORIAL



Cita este libro / Cite this book:

Soto Franco, I. (ed. científica). (2023). *Discapacidad e inclusión social: evolución, modelos y tendencias investigativas*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

Palabras Clave:

Discapacidad, persona con discapacidad, determinantes sociales de la Salud, representaciones sociales, participación de la comunidad, redes comunitarias, actitudes y práctica en salud, percepción, rehabilitación, fisioterapia, enfermería, medicina, actividad motora, discapacidad visual, control postural, actitudes, capacidades, dificultades, WHODAS, deficiencias, limitaciones, restricciones.

Keywords:

Disability, disabled person, social determinants of health, social representations, community participation, community networks, attitudes and practice in health, perception, rehabilitation, physiotherapy, nursing, medicine, motor activity, visual impairment, postural control, attitudes, capabilities, difficulties, WHODAS, deficiencies, limitations, restrictions.

Contenido relacionado:

<https://libros.usc.edu.co>

DISCAPACIDAD E INCLUSIÓN SOCIAL:

**EVOLUCIÓN, MODELOS Y
TENDENCIAS INVESTIGATIVAS**

*Disability and social inclusion:
evolution, models and research trends*

Ilse Soto Franco

Editora científica
y autora



EDITORIAL

Discapacidad e inclusión social: evolución, modelos y tendencias investigativas / Ilse Soto Franco [Editora científica]. -- Santiago de Cali: Universidad Santiago de Cali, 2022.

198 páginas; 24 cm.

Incluye referencias bibliográficas.

ISBN IMPRESO: 978-628-7604-14-8

ISBN DIGITAL: 978-628-7604-15-5

I. Discapacidad 2. Representaciones sociales 3. Participación de la comunidad 4. WHODAS.
I. Ilse Soto Franco. II. Universidad Santiago de Cali. Facultad de Salud

SCDD 371.9 ed. 23

CO-CaUSC

JRGB/2023



Discapacidad e inclusión social: evolución, modelos y tendencias investigativas.

© Universidad Santiago de Cali.

© **Editora Científica:** Ilse Soto Franco.

© **Autores:** Ada Patricia Quintana Núñez, Bellazmín Arenas Quintana, Paula Andrea Peña Hernández, Gina Marcela Jiménez Zambrano, Claudia Liliana Marín Giraldo, Yaneth Mayor Sánchez, Juan Fernando Bedoya Sandoval, Laura María Bejarano Alos, Esperanza Gómez Ramírez, Claudia Daniela Espinosa Cárdenas, Nathalia Lisbeth Cavanzo Rodríguez, Lina Marcela Rincón Ortiz, Diana Alexandra Camargo Rojas, Lady Marcela Núñez Quintero, Diana Patricia Sánchez, Lida Johana Sánchez Montoya, Ilse Soto Franco, Estefany Echeverry Mosquera, Luisa María Zapata, María Paula Arroyave, Lina Marcela Romero Londoño y Daniela Sánchez Caicedo.

1a. Edición 100 ejemplares.

Cali, Colombia - 2022.

Fondo Editorial

University Press Team

Carlos Andrés Pérez Galindo

Rector

Claudia Liliana Zúñiga Cañón

Directora General de Investigaciones

Edward Javier Ordóñez

Editor en Jefe

Comité Editorial

Editorial Board

Claudia Liliana Zúñiga Cañón

Edward Javier Ordóñez

Paula Andrea Garcés Constaín

Jonathan Pelegrín Ramírez

Yuirubán Hernández

Milton Orlando Sarría Paja

Doris Lilia Andrade Agudelo

Ana María Soria

Odín Ávila Rojas

Proceso de arbitraje doble ciego:

“Double blind” peer-review.

Recepción/Submission:

Diciembre (December) de 2021.

Evaluación de contenidos/

Peer-review outcome:

Mayo (May) de 2022.

Correcciones de autor/

Improved version submission:

Julio (July) de 2022.

Aprobación/Acceptance:

Agosto (August) de 2022.



La editorial de la Universidad Santiago de Cali se adhiere a la filosofía de acceso abierto. Este libro está licenciado bajo los términos de la Atribución 4.0 de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso, el intercambio, adaptación, distribución y reproducción en cualquier medio o formato, siempre y cuando se dé crédito al autor o autores originales y a la fuente <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

CONTENIDO

Prólogo9

Introducción13

Capítulo 1

Representaciones sociales de discapacidad en profesionales de la salud 15

Ada Patricia Quintana Núñez, *Universidad Autónoma de Manizales - Manizales, Colombia*

Bellazmín Arenas Quintana, *Universidad Autónoma de Manizales - Manizales, Colombia*

Capítulo 2

La rehabilitación integral de personas con discapacidad: revisión desde la medicina, enfermería y fisioterapia47

Paula Andrea Peña Hernández, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Gina Marcela Jiménez Zambrano, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Claudia Liliana Marín Giraldo, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Yaneth Mayor Sánchez, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Juan Fernando Bedoya Sandoval, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Laura María Bejarano Alos, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Capítulo 3

Estrategia de rehabilitación basada en la comunidad: apuesta a la participación de personas con discapacidad71

Paula Andrea Peña Hernández, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Esperanza Gómez Ramírez, *Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte - Cali, Colombia*

Claudia Daniela Espinosa Cárdenas, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Nathalia Lisbeth Cavanzo Rodríguez, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Capítulo 4

Factores asociados a la práctica de actividad física en población con parálisis cerebral: un enfoque multinivel93

Lina Marcela Rincón Ortiz, *Universidad Nacional de Colombia - Bogotá, Colombia*

Diana Alexandra Camargo Rojas, *Universidad Nacional de Colombia - Bogotá, Colombia*

Lady Marcela Núñez Quintero, *Laboratorio de análisis de movimiento - MovyLab- Bogotá, Colombia*

Capítulo 5

Medidas de control postural estático en discapacidad visual.....125

Diana Patricia Sánchez, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Lida Johana Sánchez Montoya, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Capítulo 6

Actitud de los estudiantes de básica secundaria hacia las personas con discapacidad143

Estefany Echeverry Mosquera, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Luisa María Zapata Segura, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Ilse Soto Franco, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Capítulo 7

Caracterización de las personas con discapacidad en el corregimiento de Santa Elena y zona rural alta163

María Paula Arroyave Sanz, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Lina Marcela Romero Londoño, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Daniela Sánchez Caicedo, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Ilse Soto Franco, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Acerca de los autores.....191

Pares Evaluadores.....195

TABLE OF CONTENTS

Foreword9

Introduction13

Chapter 1

Social representations of disability in health professionals 15

Ada Patricia Quintana Núñez, *Universidad Autónoma de Manizales - Manizales, Colombia*

Bellazmín Arenas Quintana, *Universidad Autónoma de Manizales - Manizales, Colombia*

Chapter 2

Comprehensive rehabilitation of people with disabilities: a review from medicine, nursing and physiotherapy47

Paula Andrea Peña Hernández, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Gina Marcela Jiménez Zambrano, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Claudia Liliana Marín Giraldo, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Yaneth Mayor Sánchez, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Juan Fernando Bedoya Sandoval, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Laura María Bejarano Alos, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Chapter 3

Community-based rehabilitation strategy: commitment to the participation of people with disabilities71

Paula Andrea Peña Hernández, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Esperanza Gómez Ramírez, *Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte - Cali, Colombia*

Claudia Daniela Espinosa Cárdenas, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Nathalia Lisbeth Cavanzo Rodríguez, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Chapter 4

Factors associated with the practice of physical activity in population with cerebral palsy: a multilevel approach93

Lina Marcela Rincón Ortiz, *Universidad Nacional de Colombia - Bogotá, Colombia*

Diana Alexandra Camargo Rojas, *Universidad Nacional de Colombia - Bogotá, Colombia*

Lady Marcela Núñez Quintero, *Laboratorio de análisis de movimiento - MovyLab- Bogotá, Colombia*

Chapter 5

Static postural control measures in visually impaired people125

Diana Patricia Sánchez, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Lida Johana Sánchez Montoya, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Chapter 6

Attitude of high school students towards people with disabilities.....143

Estefany Echeverry Mosquera, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Luisa María Zapata Segura, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Ilse Soto Franco, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Chapter 7

Characterization of people with disabilities in the Santa Elena
and upper rural area163

María Paula Arroyave Sanz, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Lina Marcela Romero Londoño, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Daniela Sánchez Caicedo, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

Ilse Soto Franco, *Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia*

About the Authors191

Peer Reviewers195



PRÓLOGO

Foreword

*“Creer en la rehabilitación es creer en la humanidad”
Dr. Howard A. Rusk. Padre de la Rehabilitación médica.*

En la historia reciente de la humanidad, el concepto de discapacidad ha ido en constante evolución. Al llegar a nuestros días, éste se encuentra, en perspectiva, presente en la agenda pública de los diversos grupos sociales y sus estructuras diversas. Hoy el tema de derechos universales plantea una inercia holística desde los gobiernos, las familias, la academia y, por supuesto, el propio colectivo: sumar esfuerzos para llegar a lo que podríamos denominar un ajuste social que, pese a los avances, en algunas latitudes presenta vanguardias, pero también retos.

En materia de inclusión social de quienes viven en condición de discapacidad, América Latina y el Caribe presentan estos retos en los que se genera una reflexión hacia la socialización emergente de los planteamientos y correcta aplicación de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Colombia, con una población de 51 millones de habitantes, según el último reporte demográfico que publicó la CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), y cuya población con discapacidad es de 3,134.036, según el Censo de Población y Vivienda del 2018, es un país que desde el año 2011 ratificó su incorporación al ordenamiento jurídico de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, con lo que el Estado Colombiano adquirió la obligación de transformar los imaginarios, las prácticas y las normas contrarias al derecho internacional de los derechos humanos y obtuvo la responsabilidad de diseñar, implementar y evaluar las políticas públicas respetuosas de la diversidad y la universalidad.

Tener discapacidad en Colombia, América Latina y el Caribe (por sus similitudes en aspectos políticos, culturales y sociales), ciertamente es un reto a nivel personal, pero es de relevancia general al hablar de diseño universal de barreras actitudinales, o de implementación de acciones afirmativas para

avanzar a una plena y correcta aplicación de nuestros derechos en materia de salud, rehabilitación, trabajo, educación, deporte, recreación; así como, en los diversos temas relacionados con nuestra plena inclusión.

Desde la aprobación de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, impulsada por el mexicano Gilberto Rincón Gallardo, en la búsqueda de visibilizar el concepto de discapacidad, hoy en día la dinámica global nos plantea avanzar hacia la normalización, término que ayudará a una plena y total incorporación del colectivo en una sociedad cambiante y en evolución.

El enfoque social de la discapacidad basado en Derechos Humanos señala importantes avances en las últimas décadas, ejemplo de ello es esta obra *-Discapacidad e Inclusión Social: evolución, modelos y tendencias investigativas-* que nos muestra, a través de una serie de investigaciones, una radiografía sobre el interés de la academia y de los investigadores en participar en los procesos de reconocimiento de la problemática y de las estrategias de abordaje sobre el tema.

Es tiempo que el colectivo y quienes lo integramos pasemos de ser simples habitantes de un país, zona o región, a ser ciudadanos, ciudadanos con nombre y apellido, con derechos y obligaciones, ciudadanos de primera, que seamos ejemplo de inclusión, convirtiéndonos en la prueba fiable de lo planteado por el Dr. Howard A. Rusk el padre de la rehabilitación “Una persona rehabilitada, es aquella que paga impuestos”. Para lograrlo, como ya lo había comentado, son varios entes los que debemos sumarnos; profesionales de la salud, el colectivo de las personas con discapacidad, la sociedad en general, la academia y los gobiernos; si cada uno ponemos lo que nos corresponde definitivamente, pasaremos de simplemente ser visibilizados a una normalización del concepto de discapacidad.

En este libro se nos presentan una serie de investigaciones que le abonan, a manera de ejemplo, al avance significativo a favor del colectivo de las personas con discapacidad en Colombia, proporcionado información cualitativa y cuantitativa que sin duda dejará una reflexión en la forma de atender este sector social, un colectivo que pasó de ser simplemente minoría, a ser la minoría con mayor representatividad en el mundo.

Mis felicitaciones a la fisioterapeuta Ilse Soto Franco y a los investigadores que hicieron posible esta obra, porque nos permiten llevarnos de la mano a una exploración académica de la rehabilitación de las personas con dis-

capacidad que, sin duda, será fuente de consulta en la materia para la posterioridad.

“No basta solamente con tener discapacidad para hablar o escribir de ella, hay que estudiar el concepto, especializarse, formarse en la materia”:

Mtro. José José Grimaldo Colmenero¹

¹ Mexicano con discapacidad motriz, usuario de prótesis en miembros inferiores, experto y activista en pro de los derechos de las Personas con Discapacidad.



INTRODUCCIÓN

Introduction

La obra que se presenta a continuación “Discapacidad e Inclusión Social: evolución, modelos y tendencias investigativas”, es un ejercicio académico de investigación, que compila diversas percepciones y propuestas sobre la discapacidad en Colombia desde una visión global y local, con miradas interdisciplinarias e institucionales que pretenden enriquecer el discurso, estableciendo un diálogo entre actores, planteando de manera respetuosa discusiones y sugerencias que pueden servir de insumo para el fortalecimiento de políticas públicas o en su defecto, el seguimiento y evaluación de las mismas.

La discapacidad y la inclusión social es un tema que plantea el reconocimiento de la funcionalidad, la movilidad y la participación de las personas con discapacidad (PcD) en la sociedad. Es un aspecto que atañe y define el contexto para que el sujeto pueda tener oportunidades y acceder a equipamientos que le faciliten disfrutar del entorno.

Se debe reconocer que la discapacidad ha generado y seguirá generando, para bien, muchas discusiones y planteamientos que fortalecen su concepción y manejo desde lo público y lo privado; se trata del abordaje de un sujeto social y político con derechos, el cual establece relaciones sociales y territoriales, que pese a ser un tema de tanta trascendencia en Colombia, aún se presentan vacíos de información y precisión como son los tipos y el número de personas con discapacidad en las diferentes regiones.

El libro “Discapacidad e Inclusión Social: evolución, modelos y tendencias investigativas”, aborda estos temas desde diversos contextos culturales del área urbana y rural, con la mirada de profesionales de la salud que de acuerdo a su disciplina establece un referente de desempeño de la persona con discapacidad, aportando elementos técnicos, estadísticos, descriptivos y procedimentales que permiten el fortalecimiento y la construcción de un marco de actuación integral de la discapacidad y la inclusión social en el país.

El tema de la Discapacidad y la inclusión social se nutre con diferentes fundamentos conceptuales y teóricos que plantean un abanico de referentes y tendencias, en este caso específico, se tiene en cuenta el “Modelo Ecológi-

co del Desarrollo Humano” de Bronfenbrenner de 1979, quién propuso una serie de sistemas que operan en conjunto para impactar directa o indirectamente el comportamiento de una determinada situación. (García, 2002) (Vanegas & Gil, 2007)

Igualmente se aborda el “Modelo Biopsicosocial” propuesto por George Engel en 1977 (Vanegas & Gil, 2007) (Borrell, 2002). Este modelo derivado de la teoría general de los sistemas, considera al individuo como un ser que participa de las esferas biológicas, psicológicas y sociales; aquí se pretende hacer una explicación sobre la afectación de la salud de una persona en la compleja interacción entre estas tres dimensiones, es decir, no solo la afectación biológica del cuerpo se refleja en una alteración del estado de salud, sino que además cualquier alteración psicológica o social puede determinar el estado completo de bienestar de un individuo (Vanegas & Gil, 2007).

La Rehabilitación Basada en la Comunidad y de ahora en adelante RBC se define como “la estrategia que promueve la colaboración entre los dirigentes comunitarios, las personas con discapacidad, sus familias y demás ciudadanos, para ofrecer igualdad de oportunidades a todas las personas con discapacidad en la comunidad” (Organización Mundial de la Salud., 2012). Esta estrategia, cuenta con unos componentes que permiten la participación del colectivo con discapacidad en sectores como: salud, educación, social, subsistencia y fortalecimiento, que en conjunto generarán procesos comunitarios inclusivos y que se explicarán en detalle en el presente capítulo.

Las investigaciones relacionadas en este libro cuentan con diversas metodologías que serán planteadas en el resumen inicial de cada capítulo, donde se evidencian estudios de carácter cuantitativo comprensivo con diferentes fuentes de información; investigaciones descriptivas de tipo documental, estudios mixtos basados en determinantes para identificación de factores, método descriptivo de corte transversal, entre otros. Cuenta también con revisiones bibliográficas en diversas fuentes utilizando palabras claves relacionadas con el tema.

Esta obra contiene siete capítulos de investigación, en los cuales el lector podrá obtener información técnica y estadística de los procesos investigativos compilados en este documento. Cada capítulo plantea una discusión de cara a los resultados obtenidos, como también las conclusiones y recomendaciones para que tanto la comunidad educativa como científica, y las personas interesadas en el tema, puedan disponer de ella para sus propósitos tanto institucionales, profesionales como personales.



CAPÍTULO 1

REPRESENTACIONES SOCIALES DE DISCAPACIDAD EN PROFESIONALES DE LA SALUD

Social representations of disability in health professionals

Ada Patricia Quintana Núñez

Universidad Autónoma de Manizales- UAM

© <https://orcid.org/0000-0003-0584-5339>

✉ adap.quintanan@autonoma.edu.co / adapatyqnft@gmail.com

Bellazmín Arenas Quintana

Universidad Autónoma de Manizales- UAM

© <https://orcid.org/0000-0003-2337-6142>

✉ bellazmin.arenasq@autonoma.edu.co / bellazminarenas@gmail.com

Resumen

Objetivo general: Comprender las representaciones sociales (RS) sobre discapacidad que posee el personal de salud de una ESE del municipio de la Unión Nariño durante el año 2020. **Metodología:** Estudio cualitativo comprensivo. Identifica fuentes de información y devela el nodo central y el sistema periférico de la representación social sobre discapacidad. Se aplicaron 36 cuestionarios, 7 entrevistas semiestructuradas y se conformaron tres grupos focales con el personal de salud de la ESE para la respectiva triangulación de la información. Se empleó el enfoque estructural de las RS a través de redes semánticas y se complementó con el enfoque procesual mediante el análisis de contenido. **Resultados:** En cuanto a las características sociodemográficas de

Cita este capítulo / Cite this chapter

Quintana Núñez, A. P. y Arenas Quintana, B. (2022). Representaciones sociales de discapacidad en profesionales de la salud. En: Soto Franco, I. (ed. científica). *Discapacidad e inclusión social: evolución, modelos y tendencias investigativas*. (pp. 15-46). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

los participantes en el estudio se obtuvo que, el mayor número de ellos, son mujeres con edades entre los 21 y los 50 años, principalmente profesionales de medicina general. En cuanto a la RS sobre discapacidad, el análisis de las redes semánticas muestra elementos tales como: limitación/restricción, dificultad, respeto, ayuda, alteración/deficiencia, tristeza, exclusión/discriminación, amor, incapacidad, barreras/obstáculos, dependencia, fortaleza/valor, solidaridad, apoyo y atención. El sistema periférico de las RS se sintetizó en las categorías cuerpo, condición de salud, actividades, participación y factores contextuales. Se identificaron como fuentes de información que poseen los participantes: el lugar de trabajo, las instituciones de salud y la familia. **Conclusiones:** El nodo central conjuga principalmente aspectos de los modelos de prescindencia, médico y social. Los conocimientos, prácticas y actitudes del personal de salud de la ESE se relacionan con el trato frecuente con personas con discapacidad y formación en el marco conceptual CIF en el contexto social en el que están inmersos, siendo el lugar de trabajo la principal fuente de información.

Palabras clave: representaciones sociales, discapacidad, personas con discapacidad, personal de salud, conocimientos, actitudes y práctica en salud, percepción. DeCS.

Abstract

Objective: Understand the social representations (SR) on disability possessed by the health personnel of an ESE of the municipality of Unión Nariño 2020. **Methodology:** Comprehensive qualitative study. It identifies sources of information and reveals the central node and the peripheral system of social representation on disability. 36 questionnaires were applied, 7 semi-structured interviews and three focus groups were formed with the health personnel of the ESE for triangulation of the information, the structural approach of SR through semantic networks was used and it was complemented with the procedural approach through analysis of content. **Results:** Regarding the sociodemographic characteristics of the study participants, it was found that the largest number of them are women between the ages of 21 and 50, mainly general medicine professionals. The content and hierarchy of the social representation for “disability” was obtained, which includes elements such as: limitation / restriction, difficulty, respect, help, alteration / deficiency, sadness, exclusion / discrimination, love, disability, barriers / obstacles, dependence , strength / courage, solidarity, su-

port and attention. The peripheral system is synthesized in the categories body, health condition, activities and participation, and contextual factors. The following sources of information were identified: work, institutions and family. Conclusion: The central node mainly combines aspects of the models of disregard, medical and social. The knowledge, practices and attitudes of the ESE health personnel are related to the frequent treatment of people with disabilities and training in the CIF conceptual framework in the social context in which they are immersed, with work being the main source of information.

Keywords: “health personnel”, health knowledge, attitudes, practice, disabled persons. MeSH.

Introducción

Las representaciones sociales (RS) emergen de determinadas condiciones en que son pensadas y constituidas, teniendo como denominador común el hecho de surgir en momentos de crisis y conflicto (Moscovici, 1979). Para el personal sanitario de una institución de salud de baja complejidad, esta situación de conflicto surge en su entorno laboral ante el cambio de paradigma sobre discapacidad, orientado en la normatividad y políticas tanto en el ámbito nacional como internacional, que pone en la agenda de lo público la palabra discapacidad. En este sentido, se parte del supuesto de que poseen la información suficiente, dado que la generación adecuada del certificado de discapacidad, así como la orientación, el trato y las acciones impartidas, están relacionadas con ese “conocimiento que se constituye a partir de las experiencias, pero también de informaciones, ideas y modelos que se construyen o reciben, y se transfieren a través de la tradición, educación y comunicación social” (Moscovici, 1984, p. 473).

Esta situación de cambio obliga al trabajador de la salud a tomar postura ante la presión generada en la vida cotidiana de forma inconsciente en algunos casos a través de la cultura, los medios de comunicación, la educación formal, las conversaciones, así como en la experiencia personal, siendo estas fuentes de información descritas por Jodelet (1997). Por lo anterior, hay que tener en cuenta “el conocimiento y las actitudes que son factores ambientales importantes que afectan a todas las esferas de la prestación de servicios y la vida social” (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2011), que luego se transmiten a través de la consulta. Llama la atención que la orientación en el

manejo de la discapacidad, según el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), a nivel nacional corresponde al 52%, y para el departamento de Nariño, el porcentaje se reduce al 33%.

De otro lado, varias investigaciones han abordado el estudio de la RS sobre discapacidad, empleando los enfoques procesual y estructural en diferentes grupos, entre estos: docentes, estudiantes, trabajadores, líderes, miembros del concejo y personal de salud; sin embargo; continúa el panorama de exclusión y resultados desfavorables para las Personas con Discapacidad (PcD). Lena Saleh² (2005) menciona que no solo basta con “agregar el tema de la discapacidad por aquí y por allá dentro de las estructuras existentes, sino que se debe comprender y conceptualizar nuevamente” (p.17). Al respecto, es necesario volver a los universales y a la verdad que se encuentra en la realidad objetiva, que es externa a cada sujeto. Finalmente, Sartori (2010), menciona, que “los modos de relación con las PcD tiene que ver en gran parte con las experiencias previas que se ha tenido con ellas y las formas de definir la discapacidad en cada época” (p.30).

En este sentido, esta investigación se fundamenta en la revisión del concepto de discapacidad a través de los modelos teóricos de prescindencia, médico-rehabilitador, social y biopsicosocial, el marco normativo actual nacional e internacional, además de la teoría de RS. Aquí se evidencia un proceso de transición del enfoque de salud médico rehabilitador al enfoque de derechos humanos que tiene sus antecedentes en el Programa de Acción Mundial para las PcD en 1981 y las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las PcD de 1993 hasta la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que, a diferencia de las anteriores, tiene un carácter vinculante y obligatorio de los estados parte, además de que contiene los marcos normativos y los principios concertados (Hernández, 2015). De igual forma, el Estado colombiano cuenta con un amplio marco normativo en el ámbito de la Discapacidad a partir de la Constitución Política de Colombia de 1991.

Con referencia a las consideraciones éticas, esta investigación está enmarcada en los parámetros enunciados por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y se consideró con “riesgo mínimo” acorde con el artículo 11 de la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud Colom-

² Exdirectora de Educación Especial UNESCO, en el Seminario Internacional “Inclusión Social, Discapacidad y Políticas Públicas” Santiago de Chile.

biano, puesto que no se realizó ningún procedimiento que atente contra la integridad física y moral de los participantes.

A partir de este referente se planteó el objetivo de este estudio que consistió en: comprender las representaciones sociales de la discapacidad construidas por el personal de salud que trabaja en una ESE, en el municipio de la Unión Nariño, durante el año 2020. Para su desarrollo, se describieron las características sociodemográficas, la interacción o el contacto de la población participante en el estudio con personas con discapacidad. Posteriormente se develó el nodo central y el sistema periférico de las representaciones sociales sobre discapacidad del personal de salud participante. Finalmente, se identificaron las fuentes de información que utilizó el personal de salud para la construcción de las representaciones sobre la discapacidad.

1. Referente metodológico

El presente capítulo es producto de la investigación de enfoque cualitativo comprensivo que buscó comprender la representación social sobre discapacidad del personal de salud que labora en la ESE del municipio de la Unión en el departamento de Nariño, construida en el contexto laboral compartido. Dada la naturaleza de las RS, se empleó el acercamiento plurimetodológico propuesto por Abric (2001), que proporciona resultados convergentes que permiten confirmar la existencia del núcleo central y la identificación de contenido de la representación a través de métodos interrogativos y asociativos.

Unidad de trabajo. Conformada por los testimonios de 36 trabajadores de la salud de la ESE de primer nivel de complejidad, del municipio de la Unión, en el primer trimestre del año 2020.

Unidad de análisis. La categoría teórica que orientó el análisis fue la representación social sobre discapacidad de las personas informantes de la ESE.

Técnicas e instrumentos de recolección. Se aplicaron 36 cuestionarios, se realizaron siete entrevistas semi-estructuradas a informantes clave y se llevaron a cabo tres grupos focales con el personal de salud de medicina, enfermería y odontología tras selección intencionada y saturación de categorías en el año 2020.

Procesamiento de la información. Una vez transcrita la información se realizaron matrices en Excel en las que se identificaron categorías previas y

emergentes, que se contrastaron posteriormente con la teoría. Mediante la técnica de redes semánticas y análisis de contenido se develaron los conocimientos, actitudes y prácticas que configuran la representación social sobre la discapacidad, el nodo central y el sistema periférico, elementos constitutivos de las representaciones sociales. Finalmente, se identificaron las fuentes de información en relación con la construcción de sus representaciones sociales.

2. Resultados

2.1 Características sociodemográficas de los participantes y de su interacción hacia PcD según escala de actitudes de Arias

De los 36 participantes, predomina el sexo femenino que corresponde al 80,56%, las edades oscilan entre los 21 y los 50 años. El 55,56% de los trabajadores tienen una edad entre los 31 y los 40 años. El 64% es profesional universitario, seguido del nivel técnico en un 19%. En su mayoría son profesionales en medicina con un 36,11%, seguido de auxiliares de odontología y enfermería superior. Los participantes desarrollan actividades y prestan servicios de consulta externa, odontología, higiene oral, crecimiento y desarrollo, psicología y actividades de educación como parte del Plan de Intervenciones Colectivas en el Centro de Salud del municipio de la Unión, de martes a sábado, en horario diurno de forma institucional y extramural. Alrededor del 75 % de los participantes se ubicaron en los estratos socioeconómicos 1 y 3.

Con relación al ámbito del contacto es en el entorno laboral donde los entrevistados refieren tener mayor contacto con las personas con discapacidad, representado en un 64%. Otros ámbitos de contacto son el familiar, ocio y amistad. La frecuencia de contacto es, en su mayoría, varias veces al mes representado con un 33% y este contacto ha sido, por lo regular, con personas con discapacidad física, visual y mental; lo que pone en evidencia que la discapacidad no es algo nuevo y que es importante tener en cuenta que no todos han tenido contacto con todos los tipos de discapacidad.

2.2 Configuración del Nodo central y sistema periférico de la Representación Social

A partir del ejercicio de asociación de palabras a través de la técnica de redes semánticas naturales, empleada por Olivia Mireles-Vargas (2015) y expuesta por José Luis Valdez-Medina (2002), se procedió a la organización y jerarquizar

zación de los elementos frente al término discapacidad. Mediante la técnica de redes semánticas se obtuvo una lista de 180 palabras y se determinó el valor **J** contabilizando 112 palabras, que es el conteo final de las palabras definidoras diferentes, e indica la riqueza semántica de la red. Luego se obtuvo el valor **M** que indica el peso semántico y se identificó el conjunto **SAM** y el valor **FMG** que se presentan en la tabla N° 1 a continuación.

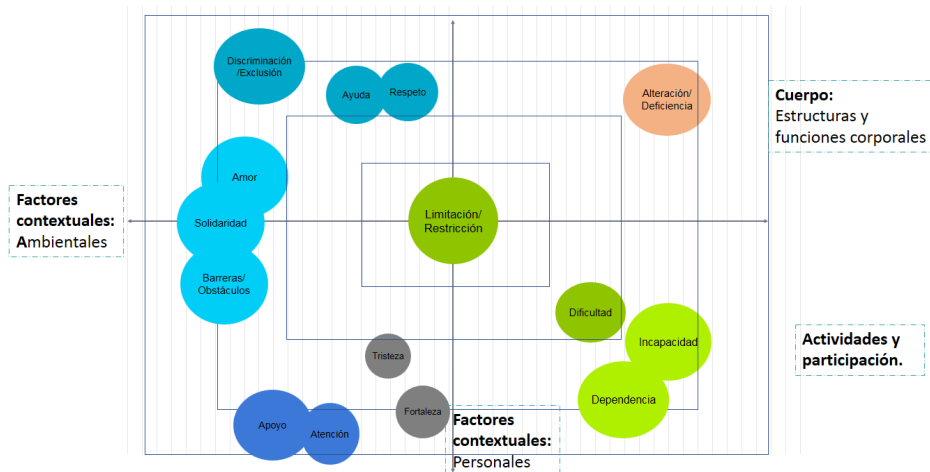
Tabla 1. Resultados de la palabra-estímulo “discapacidad” – NODO CENTRAL

Jerarquía asignada	1	2	3	4	5							
Valor semántico	5	4	3	2	1							
Definidoras	Fa	Fa	Fa	Fa	Fa	Fax5	Fax4	Fax3	Fax2	Fax1	Valor M	VFMG
Limitación/ Restricción	5	1	3	4	1	25	4	9	8	1	47	100
Dificultad	1	2	2	3	2	5	8	6	6	2	27	65,96
Respeto	3	1	0	1	0	15	4	0	2	0	21	44,68
Ayuda	0	3	2	1	1	0	12	6	2	1	21	44,68
Alteración/ Deficiencia	1	1	2	2	0	5	4	6	4	0	19	40,43
Tristeza	2	1	0	0	2	10	4	0	0	2	16	34,04
Exclusión/ Discriminación	2	1	0	0	1	10	4	0	0	1	15	31,91
Amor	1	0	2	0	3	5	0	6	0	3	14	29,79
Incapacidad	2	0	0	1	2	10	0	0	2	2	14	29,79
Barreras/ Obstáculos	0	2	0	1	2	0	8	0	2	2	12	25,53
Dependencia	1	1	1	0	0	5	4	3	0	0	12	25,53
Fortaleza/Valor	2	0	0	1	0	10	0	0	2	0	12	25,53
Solidaridad	1	1	0	1	1	5	4	0	2	1	12	25,53
Apoyo	1	1	0	1	0	5	4	0	2	0	11	23,40
Atención	1	0	2	0	0	5	0	6	0	0	11	23,40

Fuente: elaboración propia con datos de investigación

Valor M = peso semántico, VFMG = distancia semántica entre los elementos. Se calcula por regla de tres a partir del número 1 que equivale a 100.

Figura 1. Nodo central y sistema periférico de las representaciones sociales del personal de salud participante en el estudio.



Fuente: elaboración propia con resultados de la investigación

El conjunto **SAM** es el conjunto de las 15 palabras definidoras que alcanzaron el mayor peso semántico y que corresponde al **núcleo central** de la red, puesto que los participantes las mencionaron con mayor frecuencia, les asignaron los primeros lugares por orden de importancia y describieron las razones de dicha priorización. A partir del análisis y clasificación de las palabras del núcleo central, se agruparon las palabras restantes con menor frecuencia y menor peso semántico, dando lugar a las categorías condición de salud, cuerpo, actividades y participación y factores contextuales, tanto en sus aspectos positivos como negativos; develando así el **sistema periférico** de la representación como se presenta en la tabla N° 2.

Tabla 2. Categorías y sistema periférico de Discapacidad

Componentes CIF	Aspectos negativos	Aspectos positivos
Condición de salud	Síndrome de Down, Sordomudo, Enfermedad	Condición y Salud
Cuerpo: Estructuras y funciones corporales	Alteración, Deficiencia, Disminuido, Debilidad, Disfunción, Pérdida, Dolor, Problemas, Inmóvil	Anatómico, Mental, Psicológica, Funcionalidad, Fisiológico, Física, Visual

Componentes CIF	Aspectos negativos	Aspectos positivos
Actividades y participación.	Dificultad, Dependencia, Inhabilidad, Incapacidad, Limitación/Restricción,	Actividad, Capacidad, Desempeño, Relaciones personales, Ejecución, Participación
Factores contextuales: Ambientales y personales.	Abandono, Aislamiento social, Barreras, Discriminación/Exclusión, Carga, Miedo, Invalidez, Marginación, Minusvalía, Soledad, Pena, Tristeza, Frustración, Impotencia,	Amor, Acompañamiento, Bastón de apoyo, Apoyo, Amable, Compasión, Ayuda, Atención, Amistad, Comprensión, Comunidad, Consideración, Familia, Cuidado, Colaboración, Fortaleza, Empatía, Respeto, Igualdad, Solidaridad, Paciencia, Tenacidad, Perseverancia, Superación, Posibilidad, Silla de ruedas, Infraestructura, Confianza.

Fuente: elaboración propia con datos de investigación

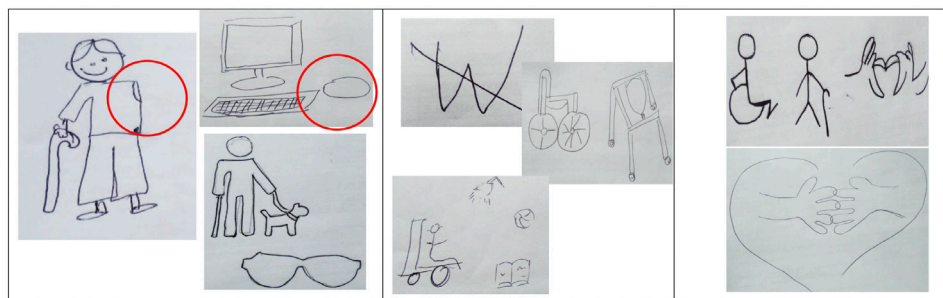
Luego, los resultados obtenidos del ejercicio de asociación de palabras se analizaron por grupos y se cruzaron con los enunciados de la explicación de la representación gráfica, así como, con las narrativas de los grupos focales. De esta forma, surgieron las siguientes categorías:

2.2.1 Enfermería y Discapacidad: “Cuidado y empatía”

El personal de enfermería, en el ejercicio de asociación de palabras, da importancia a la palabra tristeza. La razón de que la persona con discapacidad se sienta triste, se asocia, por un lado, a la realidad de estar incompleta y encontrar además obstáculos por esta situación, al respecto mencionan; *“deben sentir tristeza de estar incompletos y esto hace que se presenten muchos obstáculos en la vida, pero que se deben trabajar para salir adelante”* (Enfermera 3, comunicación personal, 8 de febrero de 2020); así mismo, la persona con discapacidad, encuentra dificultades para actuar y elegir lo que necesita y quiere *“porque se le dificulta realizar las cosas que ellos necesitan y le da depresión y tristeza, no pueda tomar sus propias decisiones”* (Enfermera 1, comunicación personal, 8 de febrero de 2020). Ante la evidente pérdida en ese cuerpo biológico (cuerpo objeto), se evidencia la complejidad del ser-persona (materia y espíritu), que debe toda su especificidad a su alma espiritual (Wojtyla, 1978). Al respecto, los participantes enuncian que es importante *“establecer la limitación para poder definir la conducta de atención en salud, digna y humanizada”* (Enfermera 2, comunicación personal, 8 de febrero de

2020). Esto evidencia que la PCD es el fin de la acción del personal en la prestación de un servicio, con calidad y equidad, a partir de las necesidades.

Figura 2. Representación gráfica de la discapacidad para el personal de enfermería participante en el estudio



Fuente: Cuestionario diligenciado por personal de salud

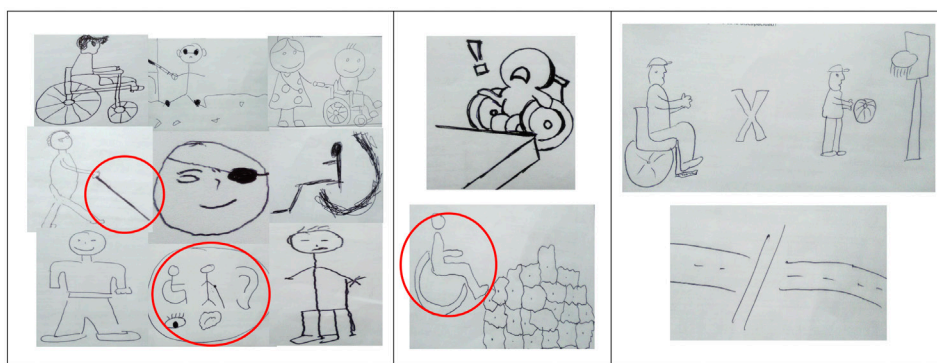
Para un enfermero, la “Solidaridad y el cuidado es lo más importante, cuando estamos en contacto con una persona con discapacidad, genera empatía” (Enfermera 4, comunicación personal, 8 de febrero de 2020); como respuesta a la actitud de la PCD, puesto que “son personas comprometidas con la vida, valientes, fuertes para soportarla y sobrellevarla”. Respecto del cuidado, este se caracteriza por una actitud de “apoyo, unión,” y se sintetiza en “cuidar con amor” (Enfermera 5, comunicación personal, 8 de febrero de 2020) pues “solo el amor constituye la actitud apropiada y valedera” (Wojtyla, 1978) al respecto de la persona con y sin discapacidad. Esta es la actitud determinante que exige y ordena el cuidado del personal de enfermería que siente lo que otro siente, “siento todo el esfuerzo que tuvo que realizar por su inhabilidad para realizar algunas actividades y siento el deseo de ayudar”(Enfermera 6, comunicación personal, 8 de febrero de 2020), Así mismo, esta actitud positiva del personal de enfermería, que cuida de la vida de la persona con discapacidad, señala “la ecografía o tamizaje genético” (Enfermera 7, comunicación personal, 8 de febrero de 2020) como una práctica eugenésica actual por motivos de discapacidad, contraria a lo promulgado en la Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad.

2.2.2. Medicina y Discapacidad: Médico y social

El personal de medicina en el ejercicio de asociación de palabras da importancia a la palabra limitación/ restricción. Mencionan aspectos positivos y

negativos de la interacción del individuo con su entorno, como *anatómico, fisiológico, deficiencia, alteración, inhabilidad, invalidez, imposibilidad* que tiene que ver con la dimensión biológica; *actividad, limitación, dificultad, restricción, dependencia*, palabras que tienen relación con la dimensión individual y social de la persona que genera *discriminación, exclusión* como respuestas de la sociedad, “por el estado social en el que se vive y la falta de oportunidades” y “la falta de educación a la comunidad es excluida lo que limita a una participación como ciudadano”. (Médico 3,1 comunicación personal, 7 de febrero de 2020).

Figura 3. Representación gráfica de la discapacidad para el personal de medicina participante en el estudio.



Fuente: Cuestionario diligenciado por personal de salud

Los médicos, al igual que los enfermeros, identificaron sentimientos de soledad y tristeza en la PCD, que relacionan directamente al rechazo, “... las dejan solas, las rechazan y eso lleva a la soledad y tristeza” (Médico 2 comunicación personal, 7 de febrero de 2020). Este rechazo puede ser por parte de la sociedad que vulnera derechos y exige del personal de medicina una respuesta de ayuda, como refiere un participante; “porque primero está la humanización de sus derechos fundamentales con respeto y ayuda en caso de que esos derechos sean vulnerados” (Médico 3 comunicación personal, 7 de febrero de 2020). La familia se menciona como “... el pilar fundamental para cualquier situación que se nos presente, además de brindarnos el apoyo incondicional frente a los problemas”, al respecto Chesterton G. K. (2007), la define como “la unidad del Estado; la célula que permite su formación” (p. 68) y permite a la persona con y sin discapacidad superar obstáculos, tener una meta, un propósito, como se encuentra en uno de los enunciados “se considera importante

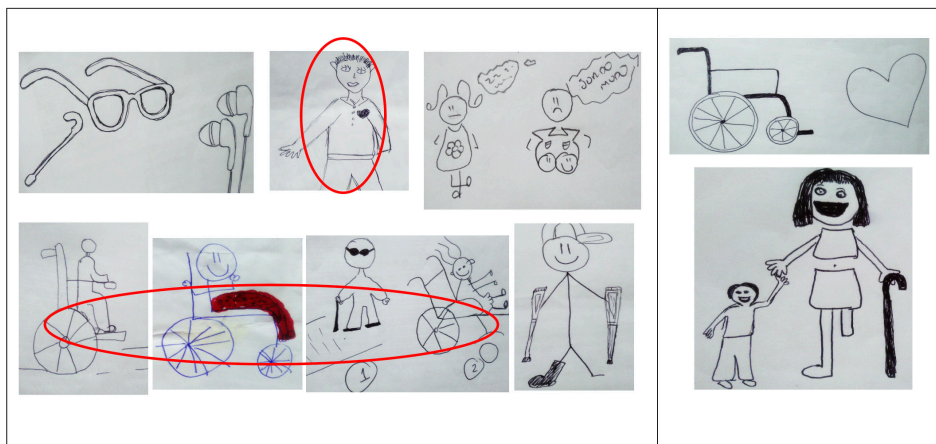
que la persona con discapacidad se logre superar, que a pesar de tener alguna limitación logre sus metas y de la mano se debe tener confianza en sí mismo para lograr los objetivos” (Médico 4 comunicación personal, 7 de febrero de 2020) .

En este sentido, cobra valor la actitud de la persona con discapacidad ante la vida, como *“un camino que es interrumpido por la discapacidad, pero con una adecuada actitud para el manejo se puede seguir transitando”* (Médico 12 comunicación personal, 7 de febrero de 2020), se puede seguir viviendo, amando; hay posibilidad. Finalmente, los análisis de los gráficos muestran la interacción de la persona con discapacidad y las barreras en el entorno, las cuales generan tristeza y son expresión de llanto en la persona, limitando la participación en actividades recreativas como el juego. Este último aspecto corrobora el desconocimiento por parte del personal de salud, acerca de las adaptaciones y ajustes razonables que la sociedad civil, representada en la comunidad, instituciones y escenarios comunitarios, deben realizar en atención a la normatividad vigente para garantizar la participación y expresión de la persona a través de su cuerpo.

2.2.3. Odontología y Discapacidad: “Es persona y merece Respeto”

El personal de odontología, en el ejercicio de las palabras, da importancia a la palabra respeto. Se caracteriza por una noción de discapacidad en una persona concreta, digna de respeto *“sin olvidar que ante todo es una persona igual que las demás y por ende merece respeto”* más allá de las características de pérdida representadas por las palabras *“invalidez, incapacidad”* y que experimentan *“desventaja, inseguridad, frustración y rechazo”*. Hacen énfasis en el *“respeto”*, *“en cuanto al trato sin importar el tipo de discapacidad sin causar ofensa o prejuicio: igualmente que ser amable afectuosa con las personas para que ellas sientan interés al asistir y buena actitud”* (Odontóloga 3,1 comunicación personal, 6 de febrero de 2020) en este caso, respecto de la prestación de servicios de salud, tienen en cuenta la atención prioritaria, el acompañamiento de un familiar y la importancia de la amabilidad, amor y comprensión para *“entenderla y hacerle sentir lo más cómodo posible”* (Auxiliar odontología 5 comunicación personal, 6 de febrero de 2020) . Este aspecto describe la conexión que hace el personal entre el respeto y el reconocimiento de derechos humanos y la equiparación de oportunidades, como extensiones de la dignidad humana.

Figura 4. Representación gráfica de la discapacidad para el personal de odontología participante en el estudio.



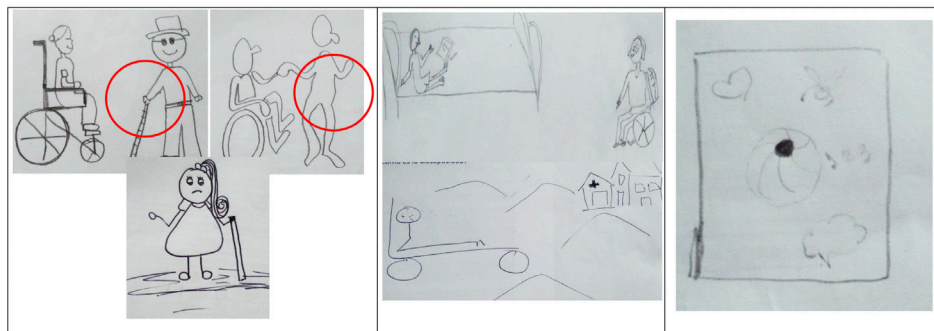
Fuente: Cuestionario diligenciado por personal de salud

Al igual que el personal de enfermería, la representación gráfica hace alusión a la pérdida y al amor; empleando corazones, así mismo, muestra la emoción de tristeza en el rostro de una de las dos personas del diálogo como una reacción al no poder comunicarse.

2.2.4. Psicología, fisioterapia, nutrición y Discapacidad: “Participación y calidad de vida”

El personal de salud de psicología, fisioterapia y nutrición, en el ejercicio de las palabras, da importancia a la palabra dificultad que “de una u otra manera afecta la calidad de vida del individuo” (Psicólogo 3, comunicación personal, 5 de febrero de 2020) y genera en la dimensión individual “incapacidad y dependencia” para la ejecución de algunas actividades, y requiere “cuidados, apoyo, solidaridad” entre otros valores y virtudes; lo que en palabras de un participante “implican la actuación de la comunidad en general para el beneficio de una persona con discapacidad”. Rescatan factores personales; “requiere valor para vencer las barreras de todo tipo, así como las pérdidas y las dificultades”. (Fisioterapeuta, comunicación personal, 5 de febrero de 2020).

Figura 5. Representación gráfica de la discapacidad para el personal de Psicología, fisioterapia y nutrición participantes en el estudio.



Fuente: Cuestionario diligenciado por personal de salud

En algunos dibujos se observa el contexto en el que vive la persona con discapacidad: montañas, un cuaderno en cama, notas musicales, números, pelota; que harían alusión a la zona rural, hogar, gustos, estudio, tiempo libre y sueños; al respecto una participante menciona “*para poder desplazarse e ir a la universidad, a la tienda, a cantar, ...*” (Nutricionista, comunicación personal, 5 de febrero de 2020). Cabe resaltar cómo la cama deja de ser lugar exclusivo para el descanso y es el lugar del hogar donde la persona es cuidada y aprende, es decir, desde donde participa, aunque se cuente con barreras que aumentan la discapacidad, como menciona la CIF.

Estas experiencias propias de la persona; en la persona con discapacidad y su familia, implica la conjugación de facilitadores y factores personales; al respecto mencionan que se “*requiere valor para vencer las barreras de todo tipo, así como las pérdidas y las dificultades*” pues “*ese punto negro perdido en la inmensidad de la hoja, como menciona un participante, haciendo alegoría a la discapacidad, puede tomarse como un mundo de posibilidades a partir de una pérdida, donde la persona, es capaz de dar sentido a ese punto negro y a la hoja en sí misma, porque a pesar de este punto no deja de ser hoja*” (Fisioterapeuta, comunicación personal, 5 de febrero de 2020). Este aspecto hace referencia a la perspectiva existencialista, fenomenológica de la discapacidad como posibilidad de ser en el mundo y la complejidad del ser persona.

La discapacidad es una realidad objetiva en una persona que se percibe a través de nuestros sentidos, que no solo es fuente de información, sino que sensibiliza; al respecto refieren, “*Si bien existe diversos tipos de discapacidad, están*

también aquellas que son más visibles o fáciles de identificar. Es la manera más frecuente o más entendible de proyectar qué es una discapacidad y a su vez sensibilizar.” Se hace referencia a la vida como “una conjugación de varias cualidades relevantes para subsistir, generosidad, la sanación del alma para tener el cuerpo, don maravilloso que nos regaló Dios”. Vida a cuidar, entendida como un bien objetivo y que dependerá de los hábitos saludables practicados, como: “alimentándose bien, con el deporte”, que luego se percibirá en la calidad de vida en el plano subjetivo. (Psicóloga 2,1, comunicación personal, 5 de febrero de 2020)

Posteriormente se relacionó la información arrojada de los cuestionarios de las entrevistas semi-estructuradas y de la guía aplicada a los grupos focales, desde el referente epistemológico sobre RS, es decir, conocimientos, prácticas y actitudes.

2.2.5. Conocimientos del personal de salud sobre discapacidad

En las respuestas al cuestionario los participantes consideraron estar bien informados sobre discapacidad auditiva, visual y física, pero mal informados sobre discapacidad mental, múltiple, intelectual y sordoceguera, según las categorías que propone la resolución 00583 de 2018 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social. De forma similar, en los grupos focales los participantes refirieron bajo nivel de conocimiento frente a la discapacidad, así mismo, en otros enunciados los participantes enfatizan en la capacitación como un medio, pero lo califican como un aprendizaje difícil, debido a que requiere amplias horas de formación. Estos aspectos hacen referencia a lo que Ibáñez, (1988) menciona: “la información sobre los objetos representados varía notablemente, tanto de la calidad como de la cantidad”, así como de la facilidad o dificultad para el acceso (p. 185).

2.2.6. Prácticas del personal de salud y discapacidad

Los actores clave entrevistados manifiestan un cambio positivo en sus prácticas laborales frente a la discapacidad en la atención diaria en el centro de salud, con relación a dos razones; por un lado la experiencia de vivir o tener un familiar cercano con discapacidad y por otro lado, la experiencia de participar de forma activa en la implementación del proceso de certificación de discapacidad y en el proyecto de Rehabilitación Basada en la Comunidad; donde se llevaron a cabo actividades con el personal como: capacitaciones y talleres en el marco conceptual de la CIF, jornadas de sensibilización sobre discapacidad, aprendizaje LSC, construcción de productos de apoyo con material económico, entre otras.

2.2.7. Actitudes del personal de salud y discapacidad

Los participantes, a partir de la experiencia personal y laboral con personas con discapacidad, valoran la discapacidad, como algo bueno, malo, positivo y/o negativo. En este sentido se analizó la categoría actitud que “supone la predisposición hacia un objeto, es decir, que la reacción de una persona ante otra persona, objeto o situación se explica en función de la predisposición, de la actitud. Las actitudes implican tres componentes (cognitivo, afectivo y conductual)” (Santiago et al., 2003).

2.2.7.1. Valoración negativa de la discapacidad por parte del personal de salud

Los enunciados ponen al descubierto la realidad que conlleva la discapacidad, no solo para la persona que tiene la condición de salud, sino para el núcleo familiar. En la experiencia cotidiana del personal de salud se comparte ese lado negativo, malo, *“porque ellos dicen que no pueden hacer absolutamente nada y muchas veces también la familia no es que ayude mucho; porque yo veo, que ellos dicen; él es enfermo, él no entiende, él no aprende, desde la misma casa lo están condicionando”* cuando la PCD requiere un servicio y no consigue respuesta a lo solicitado, conforme con su necesidad, conocimiento y deseo como persona, puesto que está implicado un esfuerzo personal y familiar adicional, determinados por el contexto particular y los determinantes sociales presentes.

Este aspecto genera enfado o tristeza tanto en la PCD como en su familia, *“hay unos que se desplazan se sienten tristes, ahí es negativa la discapacidad, y es toda la familia... algunos desde que llegan, están bravos o se ponen enojan rápido con retrasos. Por eso hay que correrles, uno sabe que son bien de lejos, y cuando se han crecido es más pesado para los padres, que tienen que venir los dos para ayudarse porque ya está muy grande... y hasta ellos ya andan sacando citas porque están enfermos de cargarlo”*. (Fisioterapeuta, comunicación personal, 5 de febrero de 2020)

2.2.7.2. Valoración positiva de la discapacidad por parte del personal de salud

Se describen enunciados de valoración positiva hacia la discapacidad respecto del aporte para la sociedad *“que cada vez es más egoísta, y vive en su rollo”* debido a la sensibilidad de las PCD para identificar cambios en el estado de ánimo y responder con gestos genuinos, así mismo, los informantes

rescatan el ejemplo y “enseñanza de vida” de las PCD para lograr objetivos en la vida y no quedarse en el sentimiento de incapacidad o “nos ahogamos en un vaso de agua”, pues la discapacidad “enseña a que no hay límites en esta vida” y se pueden vencer los obstáculos. Por otro lado, refieren aprendizajes que favorecen un trato más humano “he aprendido incluso a sentir el dolor del otro”. (Enfermera 7, comunicación personal, 8 de febrero de 2020)

2.3. Fuentes de información

En relación con las fuentes de información, consideradas por Moscovici (1961) como lugar de mediación de diferentes tipos de comunicaciones y que han incidido en la construcción de las representaciones sociales sobre discapacidad en el personal de salud, en primer lugar se encuentra lo referenciado con el contexto laboral entre las que se encuentran las actividades desarrolladas en el trabajo con un 38,88% seguido por las instituciones con un 25% entre ellas el hospital, alcaldía, secretaria de salud, universidad, en un tercer lugar la familia que representa el 16,67%.

A continuación, se describen las categorías las cuales se relacionaron con las narraciones de los informantes mediante las entrevistas semiestructuradas y la guía aplicada a los grupos focales.

2.3.1. El Trabajo

El contexto laboral de un trabajador de la salud, a partir de los enunciados, está determinado por la prestación de sus servicios de forma frecuente a personas con discapacidad en la “consulta médica, de higiene oral, consultas con especialistas”, entre otras, en las que la “La Historia clínica, el examen físico” (Grupo focal enfermería, medicina, comunicación personal, 15,20 de febrero de 2020), ayudas diagnósticas como “paraclínicos, la ecografía”. En este escenario laboral, el personal identifica por su parte la importancia de la experiencia al entrar en contacto con un paciente con discapacidad, “en mi trabajo, al brindarle mi atención como profesional a algún paciente” en la que a través de la observación se recibe información “Cuando lo vi... el nivel de las orejas, le vi los dientes negritos en la consulta, como le estarán doliendo los dienteitos a esa niña y la remitimos a odontología.”. Frente al desconocimiento, identifica en este escenario las “capacitaciones, curso de certificación de discapacidad, campañas de sensibilización que hicimos” recibidas por el centro de salud y del instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) como parte de la voluntad política de gerencia. (Grupo focal medicina, comunicación personal, 20 de febrero de 2020)

Otra fuente de información está relacionada con la solicitud por parte de las instancias que hacen inspección, vigilancia y control (IVC) en línea a la dimensión transversal Gestión de Poblaciones Vulnerables, la política de Atención Integral en Salud-PAIS y demás lineamientos normativos que regulan el sistema de Salud en Colombia *“en el trabajo cuando nos auditan”* (Grupo focal enfermería, comunicación personal, 15 de febrero de 2020) dado que en este ejercicio se requiere el cumplimiento de unos estándares mínimos en cuanto a historia clínica, atención preferencial, infraestructura, señalización, satisfacción del usuario, entre otros y se orienta la realización de ajustes.

2.3.2. Instituciones prestadoras de servicios de salud

Los participantes identifican como origen de información sobre discapacidad, instituciones y lugares públicos a los que se accede, solicitan servicios, o simplemente observan y rescatan la adopción de leyes escritas que orientan el uso de *“filas preferenciales como es el caso de bancos, oficinas, centros educativos, puestos de salud, sitios públicos”*, que han realizado ajustes que favorecen la accesibilidad a todos al adoptar políticas de atención preferencial.

Así mismo, mencionan instituciones que tienen que ver con la atención directa para proteger a las personas de la *“pobreza extrema y la pérdida o falta de ingresos por motivos de enfermedad, discapacidad o ancianidad”* Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), que denominan *“ayudas gubernamentales”* a través de la *“alcaldía, secretaria de salud, hospitales, instituciones gubernamentales, religiosas y políticas”* (Grupo focal enfermería, comunicación personal, 15 de febrero de 2020. Estas instituciones brindan medidas de soporte social.

Llama la atención que solo un participante hace alusión a la *“Universidad”* como fuente de información obtenida de conocimientos adquiridos en medios formales, correspondiendo con una categoría propuesta por Jodelet (1990); por otro lado, algunos participantes mencionaron desconocimiento sobre discapacidad, refiriendo en sus discursos que: *“Porque a uno en la universidad, así como tal nunca le dice a uno cómo debe actuar, o sea no hay conocimiento”*, *“Yo no recuerdo que me hayan enfatizado en discapacidad”* y lo asociaron con su formación técnica, tecnológica y profesional. (Grupo focal odontología, comunicación personal, 22 de febrero de 2020)

Recomiendan como grupo abordar esta temática como parte de un proceso teórico-práctico, por ejemplo: *“que en la Universidad deberían hacer atender*

ese tipo de pacientes”, ya que de forma errónea se asocia en algunos casos; enfermedad con discapacidad y se puede calificar mal. Al respecto, hacen énfasis en “...que se profundice más, qué tipo de discapacidades hay” y “no solamente lo teórico, una práctica”, y proponen que “debería haber electivas de cómo tratar pacientes con discapacidad”. (Grupo focal enfermería, medicina, comunicación personal, 15,20 de febrero de 2020)

En general, recomiendan a las instituciones eliminación de barreras y la implementación de ajustes razonables, de modo “Infraestructura”, “que las instalaciones cumplan con algunos estándares como el baño “, se facilite el tiempo pertinente para la prestación de los servicios, pues...”se requiere más tiempo”, y sugieren a la institución de salud “incluir en la agenda, la columna para que ponga cuál de los usuarios del día tienen discapacidad,...” y al Instituto Departamental de Salud de Nariño IDSN, material escrito sobre discapacidad “yo diría que ellos mismos desde el Instituto deberían sacar un material”. (Grupo focal odontología, enfermería, comunicación personal, 22,20 de febrero de 2020).

2.3.3. La Familia

Los participantes manifiestan que la familia ha contribuido en la medida que ha compartido la vida cotidiana en un mismo entorno con varios familiares con discapacidad; atender a un familiar y recibir con el núcleo familiar diagnósticos relacionados a discapacidad. En este sentido, las “informaciones procedentes de las experiencias vividas por las propias personas” (Araza, 2002), corresponden a una de las fuentes de información propuestas por (Jodelet,1990), donde se transmiten conceptos como “mente sana en cuerpo sano” y reivindica que las RS se construyen socialmente en contextos, como la familia, puesto que la familia es ya, en sí misma, una pequeña sociedad de la que depende la existencia de toda gran sociedad: nación, Estado, Iglesia (Wojtyla, 1978).

La familia, además de ser fuente de información para los participantes, es pilar fundamental del que depende el proceso de inclusión e influye en la configuración de la representación social sobre discapacidad tanto de las personas con discapacidad, su familia y el profesional de la salud.

2.3.4. Otras fuentes

La comunicación social es otro lugar de mediación como, por ejemplo, “conversaciones en el trabajo, con la familia y amigos” (Grupo focal odonto-

logía, comunicación personal, 22 de febrero de 2020) que junto a la normatividad que regula los estándares de prestación de servicios en el contexto laboral, favorece el reconocimiento de la discapacidad, al respecto mencionan que “la parte legal es una fuente, nos dieron Resoluciones (normas)” y que han incidido en la construcción de las representaciones sociales sobre discapacidad. Los medios de comunicación son otra fuente de información, los participantes refieren “por ejemplo, la televisión o cuando sale el presidente en algunas ocasiones está la persona con señas, publicaciones en Facebook, del niño que salió del bullying”, entre otras, mencionan “web, Google...” que emplean para la búsqueda. (Grupo focal medicina, enfermería, comunicación personal, 20,15 de febrero de 2020).

3. Discusión

En este apartado se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de los discursos del personal de salud obtenidos de los instrumentos de recolección, en combinación con la teoría y la experiencia de la investigadora.

Para el personal de salud de la ESE la discapacidad está representada por los aspectos negativos del funcionamiento, evidentes en una persona que refiere o experimenta limitación o restricción en la realización de actividades; además, de dificultad, incapacidad y dependencia relacionada a las alteraciones o deficiencias en las estructuras o funciones corporales, así como, a las barreras que la persona encuentra al interactuar con la sociedad que en algunas ocasiones excluye, situación que puede ocasionar tristeza y/o fortaleza en la PCD. Así mismo, los participantes mencionan que la discapacidad implica respeto, amor, solidaridad, apoyo, ayuda y atención por parte del personal de salud; actitudes, valores y comportamientos que afirman la dignidad de la persona en cuanto tal y la relación del contexto como facilitador o barrera.

El anterior concepto que se obtuvo, indica en primer lugar que “la discapacidad es parte de la condición humana” (OMS, 2011), es decir, reconoce lo normal y lo propio del hombre (García Sánchez, 2012). En segundo lugar, corresponde a problemas en los componentes Cuerpo, Actividades y Participación tanto desde una perspectiva biológica, individual como social abordados en la CIF (OMS, 2001); de modo que esta representación social de discapacidad mantiene características del modelo de prescindencia y conjuga los modelos médico y social, aspectos del actual modelo biopsicosocial (OMS, 2001).

La figura N°6, sintetiza los hallazgos respecto al nodo central, sistema periférico y fuentes de información.

Figura 6. Nodo central, sistema periférico y fuentes de información



Fuente: Elaboración propia a partir de los hallazgos del estudio.

En este estudio se identificaron como fuentes de información, en primer lugar, el trabajo, que determinó el trato frecuente con las personas con discapacidad en la consulta, visitas domiciliarias a PCD y la formación del personal en capacitaciones sobre discapacidad en el centro de salud; en segundo lugar, las instituciones tanto públicas como privadas, y en tercer lugar, la familia, donde algunos participantes conviven con familiares con discapacidad. Estas fuentes aportaron al conocimiento sobre discapacidad de una persona en su contexto y en el de la consulta con personal de salud, dando así paso a la configuración de la representación social sobre discapacidad en concordancia con el concepto y paradigma actual de discapacidad.

Conocer a los pacientes permitió al personal de salud, además de contrastar la teoría con la realidad, “priorizar mejor los problemas y ayudar a tomar decisiones» (Loeb et al., 2016, p. 7). Evidentemente, este conocimiento se convirtió en una demanda de atención con calidad y con los ajustes pertinentes para que el usuario se vaya contento y satisfecho, puesto que, se contrae el deber de prestar una atención con calidad frente al derecho de los pacientes

con y sin discapacidad al buscar una atención que satisfaga sus expectativas y valores. Dassah E, Aldersey HM, McColl MA, Davison C (2019) destacaron en particular, la experiencia gratificante de ofrecer atención a personas con discapacidades físicas, [...] y una relación de trabajo cordial.

En este sentido, la discapacidad precisa un abordaje desde los derechos humanos que se funda en la comprensión del valor de la persona humana en su dignidad intrínseca, como menciona la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), que lo hace sujeto de derechos. Este aspecto social de la discapacidad permitió al personal de salud prestar una atención fundada en valores como el respeto, solidaridad, amor, apoyo, ayuda, como instrumentos que operacionalizan la moral pública por el reconocimiento de la dignidad, libertad, autonomía, entre otros (Palacios, 2008). Es preciso señalar que esta forma de proceder evidencia la importancia del acto humano que, mediante su inteligencia y libertad, decide prestar un servicio humanizado y de calidad como medios oportunos y efectivos para alcanzar el bien común.

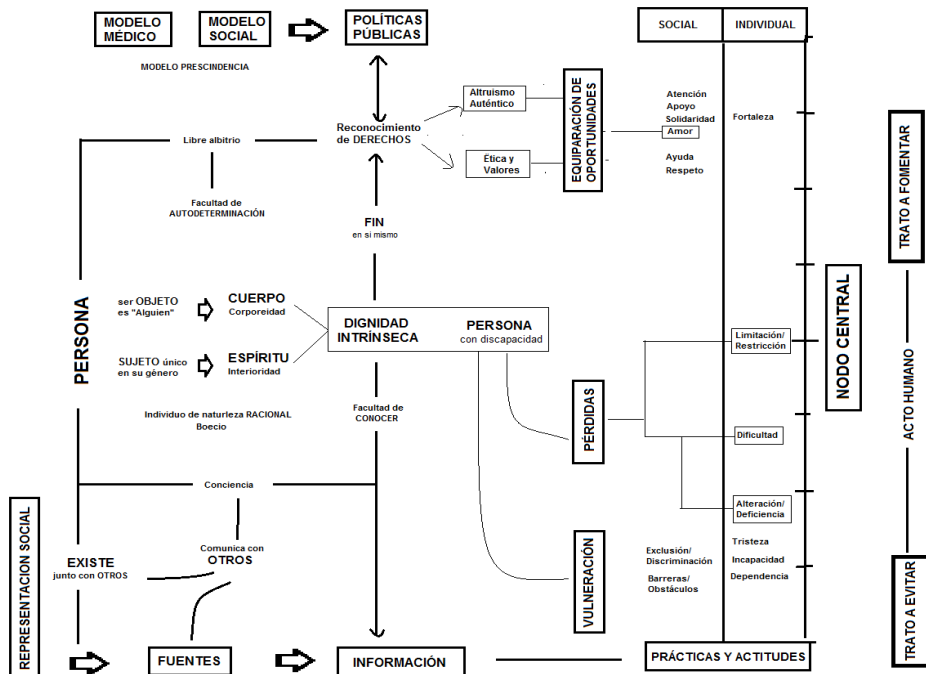
Continuando con el análisis relacionado con los valores es preciso prestar atención a la relación interpersonal de la consulta entre personal de salud y persona con discapacidad, que según Rosso & Urquiza (2003), es también, una relación ética, donde los valores de cada uno deben ser conocidos y considerados de igual importancia, lo que exige del personal de enfermería un comportamiento práctico moral. Lo anterior, sumado a la propuesta de los cuatro principios éticos de inspiración hipocrática, son válidos no solo para el personal de enfermería, sino que trasciende a todo el personal sanitario, que además asiste a personas con discapacidad para: respetarlas, protegerlas, curarlas y cuidarlas, porque están vivas y otro comportamiento sería contrario al estándar ético moral (García, 2012)

Ahora bien, Bramley & Matiti, (2014) refieren cómo la compasión del personal de enfermería es capaz de “notar la vulnerabilidad de otra persona, experimentar una reacción emocional y actuar de alguna manera con ella, que sea significativa para las personas” (p. 2791). De igual manera, el personal de enfermería de este estudio se caracterizó por sentir empatía con el otro, como lo presentan en sus narrativas los informantes, al identificar algunas sensaciones como tristeza o dolor entre otros, en la persona con discapacidad y su familia. Gracias a esta característica surgió la categoría “cuidar y empatía”, que sintetiza intenciones y acciones características del trato a fomentar en el personal de salud.

En este estudio, no solo el personal de medicina, sino también de enfermería, hace alusión a algunos postulados del Modelo Social, como se evidencian en el nodo central de la representación, generando la categoría de “factores contextuales” como un elemento del sistema periférico. En este sentido, las recomendaciones de Reynolds (2018) no son exclusivas para el personal de medicina, sino para todo el personal sanitario que está llamado a la comprensión, tanto médica como social de la discapacidad, para comunicar mejor y reconocer la autoridad de las personas con discapacidades como expertos en sus propias vidas y comunidades. Lo anterior evidencia la importancia de rescatar los aspectos positivos de cada modelo, pues abordados de forma aislada reducen a la persona y su dignidad a sus meros postulados.

En la figura N° 7 se sintetiza el análisis de hallazgos a través de los objetivos específicos de la investigación:

Figura 7. Síntesis hallazgos investigación relacionados con las representaciones de Discapacidad del personal de salud participante en el estudio.



Fuente: Elaboración propia a partir de los hallazgos del estudio.

Las narrativas del personal del centro de salud respecto de los conocimientos y prácticas sobre discapacidad expresaron la disposición de continuar formándose, siendo esta una actitud favorable que permitió identificar características de un buen trato a fomentar hacia la persona con discapacidad; sin embargo, los participantes en este estudio manifestaron barreras que pueden afectar el trato: como el tiempo limitado en la consulta y las demandas de producción estipuladas para la rentabilidad de las instituciones prestadoras de salud (IPS). Esta problemática se evidenció también en el estudio realizado con proveedores de atención primaria en el cuidado de pacientes complejos, quienes encontraron barreras importantes a nivel de los sistemas de salud, entre ellas, “las exigencias de productividad, causando frustración en el personal de salud y compensación no relacionada con la atención del paciente” (Loeb et al., 2016, p. 6).

El personal de salud identificó además la necesidad de un conocimiento desde la interdisciplinariedad y la integración de otros profesionales. En este sentido Roots & Li (2013) proponen la contratación de profesionales de la rehabilitación para aumentar el nivel de recursos humanos de los proveedores y mejorar el acceso equitativo a la atención médica enriqueciendo la “atención centrada en el paciente y mejorando los resultados generales de salud” desde un nivel de baja complejidad (Reynolds, 2018, p. 1184). Al respecto, es necesario cuestionar el modelo abordado por parte del SGSSS colombiano y a nivel internacional para garantizar el servicio de rehabilitación individualizado a la PCD, desde un nivel de baja complejidad, aun en las zonas rurales dispersas; puesto que el abordaje comunitario no tiene en cuenta la particularidad de cada persona con discapacidad, reduciendo la atención objetiva en salud a solo un número de participantes.

Por otro lado, el personal de salud de la ESE propuso dar continuidad a la visita domiciliaria a pacientes con discapacidad, donde es posible conocer el contexto de la persona y su familia. Al respecto, un participante del estudio de Agaronnik et al. (2019) afirmó que hacer visitas domiciliarias a pacientes con discapacidad cambió su “forma de pensar sobre la práctica»(p. 8), puesto que frente a una persona con discapacidad no se puede permanecer indiferente: o se toma una postura de muerte, o bien una que abre al misterio que nos lleva a reconocer la vulnerabilidad del ser humano, haciéndose imprescindible una decisión ética (Immig, 2010).

Finalmente, si se trata de implementar una política, una norma, entre otras, como parte de un cambio de paradigma frente a un fenómeno, como refie-

ren Fotia & Assis (2012) “es en la intersección entre un nuevo paradigma de trabajo y las prácticas instituidas, donde las modalidades de atención deben reorganizarse para conformar un nuevo sistema de atención eficaz” (p. 89). A este respecto, como menciona Mora Guillart (2015), “la aplicación y el conocimiento de los enfoques éticos y bioéticos son indispensables para modificar ideas, hábitos y conductas éticas relacionadas con el ejercicio profesional, lo que permite, a su vez, elevar el nivel de la calidad en la atención de los pacientes” (p. 232).

Para este propósito, Wojtyła (1978) propone actuar desde el altruismo auténtico como medida del amor que orienta la acción, tras una elección donde “el amor compromete a la libertad y la colma de todo lo que naturalmente atrae a la voluntad; el bien” (p. 67). En este caso, un bien recíproco tanto para la persona con discapacidad y el personal de salud en la cotidianidad de la interacción durante la consulta, contribuyendo así a la equiparación de oportunidades ante la pérdida objetiva o vulneración de los derechos y libertades fundamentales de una persona respecto a su dignidad intrínseca. Este aspecto cobra valor en la formación del personal de salud en la academia. Al respecto, Jiménez Bósquez (2010), citando a Martha Nussbaum, propone una formación en humanidades como un trato a fomentar en todos los contextos, puesto:

Que sirve para formar un mundo en el que valga la pena vivir, con personas capaces de ver a los otros seres humanos, como entidades en sí mismas, merecedoras de respeto y empatía, que tienen sus propios pensamientos y sentimientos, un mundo con naciones capaces de superar el miedo y la desconfianza en pro de un debate signado por la razón y la compasión. (p. 189).

4. Conclusiones

A continuación, se presentan las conclusiones según los objetivos propuestos.

Características sociodemográficas. La mayoría de los participantes son mujeres con edades entre los 21 y los 50 años. En cuanto a la ocupación son principalmente profesionales de medicina que representan el 36,11%, seguido de auxiliares de odontología con el 16,67% y enfermería superior con el 13,89%. El personal participante tiene contacto con PCD generalmente por su entorno laboral, la frecuencia de contacto es de un 33%, varias veces al mes, por lo regular con personas con discapacidad física, visual y mental.

Nodo central y sistema periférico. El nodo central de la representación social sobre discapacidad obtenido a través del enfoque estructural y complementado con el procesual abordados por Abric y Moscovici respectivamente, permitió identificar la organización de la representación social y además identificar una transición relacionada a la evolución histórica, conceptual y normativa hacia el modelo biopsicosocial adoptado por la OMS e implementado en las políticas y modelos actuales de salud a implementarse en la ESE.

El nodo central conjuga aspectos de los modelos de prescindencia, médico y social, además de que los conocimientos, prácticas y actitudes del personal de salud se relacionan con el contexto social que comparten, el trato frecuente con PCD y la formación en el marco conceptual CIF, donde configuran la RS de discapacidad que se organiza alrededor de la persona, su funcionamiento y la interacción con el entorno. Lo anterior sintetiza el nodo central en las siguientes palabras: limitación/restricción, dificultad, respeto, ayuda, alteraciones/deficiencias, tristeza, exclusión/discriminación, amor, incapacidad, barreras/obstáculos, dependencia, valor/fortaleza, solidaridad, apoyo y atención. Así mismo, expresa la homogeneidad y la pertenencia al grupo. El sistema periférico es complementario y dependiente del núcleo, se sintetiza en los aspectos positivos o negativos de las categorías cuerpo, condición de salud, actividades y participación, y factores contextuales.

El personal tiene un conocimiento sobre discapacidad en el que identifica tanto aspectos positivos como negativos de la interacción de una persona con su entorno. En cuanto a la actitud, realizan una valoración positiva de la discapacidad como aporte para la sociedad por su sensibilidad, humanidad, ejemplo y enseñanza para lograr objetivos en la vida; y negativa con relación a las dificultades y/o barreras que en algunas ocasiones experimenta la persona al interactuar con la sociedad. Con relación a las prácticas, indican un aspecto positivo en el trato del personal de salud con la persona con discapacidad, por ejemplo, en la consulta donde se hace énfasis en el entorno y se aborda a la persona como un sujeto de derechos.

El referente epistemológico de cada profesión influyó en la comprensión y trato de la PCD, así el personal de enfermería dio importancia al cuidado y la empatía, el de medicina a lo biológico y social, y el de odontología resaltó a la persona que merece respeto. Los profesionales de psicología, fisioterapia y nutrición enfatizaron en la participación y la calidad de vida. Este aspecto evidenció la necesidad e importancia de la interdisciplinariedad respecto a la discapacidad, desde la atención de menor complejidad.

Fuentes de información. El trabajo fue una fuente importante de información en la generación de conocimientos sobre discapacidad para el personal de salud, principalmente de medicina y enfermería, donde, además del trato frecuente con PCD, se contó con espacios para la formación en el marco conceptual CIF y el modelo biopsicosocial, adoptado a nivel nacional mediante la resolución 00583 de 2018, hoy derogada por la resolución 00113 de 2020 y la Política PAIS.

Las instituciones, entre estas, bancos, alcaldía, así como instituciones religiosas y educativas fueron otra fuente que aportó a la configuración de la representación a partir de la observación de enunciados en atención a la accesibilidad y la atención preferencial y diferencial en cumplimiento de normatividad del orden nacional e internacional. La universidad no fue una fuente importante de información durante la formación del personal de salud.

La familia fue una fuente de información importante para el personal de salud, que además del trato frecuente de PCD y su familia en el trabajo, algunos trabajadores viven con un familiar con discapacidad, siendo esta una fuente personal. Otras fuentes de información importantes fueron la comunicación social, normatividad y medios de comunicación.

5. Recomendaciones

A partir de los resultados y en línea con los objetivos propuestos se recomienda a:

Una recomendación para el personal de salud está orientada a la búsqueda de formación clínica y humana permanente frente a temas como la discapacidad en el marco conceptual de la CIF adoptado por el país. También se recomienda el fomento de investigación frente a problemáticas identificadas durante la interacción con la PCD y su contexto, para la debida gestión de la discapacidad desde el personal de salud, para una oportuna y adecuada orientación en el manejo de esta. El personal de salud es un actor clave en el cambio de paradigma propuesto a nivel nacional, pasando desde el asistencialismo a sujetos de derechos, desde la eliminación a la posibilidad, del miedo y rechazo a la inclusión y participación.

Se recomienda a las instituciones de salud mantener procesos y políticas de calidad y seguridad del paciente, basados en los principios éticos y humanos a partir del diálogo y la escucha permanente de las PCD y el personal

de salud, para garantizar un espacio de confianza, de reconocimiento de la diversidad, conocimiento de marco legal y la comunicación social en un clima de respeto que propicie la sensibilización, formación continua y permanente del talento humano sobre el tema de discapacidad. De este modo, se respalda una atención centrada en la persona con los debidos ajustes, entre estos la consulta domiciliaria, con tiempos adecuados y trato humanizado. Se recomienda hacerlo de forma sistemática con el fin de garantizar los conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas hacia las PCD en el marco del modelo biopsicosocial, puesto que los cambios de personal pueden afectar.

Se recomienda a las instituciones educativas incorporar en su currículo y planes de estudio, así como en el PEI, políticas y lineamientos que fomenten conocimientos, actitudes y comportamientos adecuados frente a la discapacidad desde el marco conceptual de persona, la clasificación CIF para el abordaje como sujeto de derechos. Se recomienda hacerlo desde la reflexión y el diálogo permanente con PCD para la formación de personas responsables, con conciencia ética y solidaria, que logren humanizar el mundo social.

Se recomienda el respectivo monitoreo de la implementación de las medidas afirmativas orientadas a garantizar al marco individual, familiar y comunitario, desde el diálogo reflexivo y abierto, respeto a la persona y las articulaciones intersectoriales para la atención a personas con discapacidad. Se debe incluir el análisis de problemáticas y el conocimiento de la normatividad vigente a partir de un enfoque de derechos. Esto es necesario puesto que continúan los resultados desfavorables para esta población.

Se recomienda a cada PCD, sus familias y cuidadores mantener los espacios de participación para la comunicación social en un clima de respeto y confianza con las instituciones públicas y privadas, la sociedad civil, los medios de comunicación, entre otras, para avanzar en la construcción de una sociedad abierta al diálogo con la discapacidad, que es inherente al ser humano, y propiciar así, comunidades sensibles, dispuestas a facilitar la inclusión y participación de sus integrantes con discapacidad con la más exquisita calidad humana, y evitar actitudes y comportamientos negativos, que generan exclusión de quienes no producen en una cultura utilitarista.

Limitaciones del estudio

Teniendo en cuenta la cantidad de participantes, no es posible la generalización de los hallazgos, puesto que, en el marco de las representaciones socia-

les, este es producto del contexto social compartido por el personal de salud con unas características propias. Posiblemente estos hallazgos podrían servir de réplica en otros centros de salud que, en sus políticas institucionales, la discapacidad forme parte de la agenda de gerencia y sea de interés más allá del mero cumplimiento de normatividad exigida por entes de control.

El tiempo reducido del personal para el desarrollo de las entrevistas y grupos focales, así como la renuncia y cambio de personal, limitó profundizar en algunos aspectos y la participación de algunos actores clave.

Referencias bibliográficas

- Abric, J. (2001). *Prácticas sociales y representaciones Jean-Claude Abric* (Coyoacán S.A de C.V. (ed.); 1st ed.). file:///C:/Users/ADA/Downloads/ABRIC_Jean-Claude_org_Practicas_Sociales.pdf
- Agaronnik, N., Campbell, E. G., Ressalam, J., & Iezzoni, L. I. (2019). Exploring Issues Relating to Disability Cultural Competence Among Practicing Physicians. *Disabil Health*, 3(1), 403–410. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.01.010>. Exploring
- Araya, S. (2002). *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión* (L. Villegas (ed.); 1st ed.). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). [http://www.efamiliarcomunitaria.fcm.unc.edu.ar/libros/Araya Uma%20Representaciones sociales.pdf](http://www.efamiliarcomunitaria.fcm.unc.edu.ar/libros/Araya%20Uma%20Representaciones%20sociales.pdf)
- Bramley, L., & Matiti, M. (2014). How does it really feel to be in my shoes? Patients' experiences of compassion within nursing care and their perceptions of developing compassionate nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19–20), 2790–2799. <https://doi.org/10.1111/jocn.12537>
- Chesterton, G. (2007). *El hombre Eterno* (Cristiandad (ed.); 2nd ed.).
- Dassah, E., Aldersey, H. M., McColl, M. A., & Davison, C. (2019). Healthcare providers' perspectives of providing primary healthcare services to persons with physical disabilities in rural Ghana. *Primary Health Care Research & Development*, 20(e108), 1–8. <https://doi.org/10.1017/S1463423619000495>
- Fotia, G., & Assis, C. (2012). Representaciones Sociales de los trabajadores de la salud sobre la atención con internación de pacientes con padeci-

- mientos mentales en el Hospital General de Agudos J.M Ramos Mejía a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional En Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores En Psicología Del MERCOSUR, 1-5. <https://www.aacademica.org/000-072/286>
- García Sánchez, E. (2012). “Dignidad y vulnerabilidad: propuesta bioética de compatibilidad.” In Universidad Católica de Valencia (Ed.), *Comunicación presentada en las VIII Jornadas de la AEP: Bioética personalista: fundamentación, práctica, perspectivas* (p. 7). [https://repositorioinstitucional.ceu.es/jspui/bitstream/10637/6531/1/Dignidad y vulnerabilidad propuesta bioética de compatibilidad.pdf](https://repositorioinstitucional.ceu.es/jspui/bitstream/10637/6531/1/Dignidad_y_vulnerabilidad_propuesta_bioetica_de_compatibilidad.pdf)
- García Sánchez, E. (2012). “Dignidad y vulnerabilidad: propuesta bioética de compatibilidad.” VIII Jornadas de La AEP: Bioética Personalista: Fundamentación, Práctica, Perspectivas, 1-7. https://studylib.es/doc/6941998/dignidad-y-vulnerabilidad_propuesta-bioetica-de
- Hernández, M. (2015). El Concepto de Discapacidad: De la Enfermedad al Enfoque de Derechos. *Revista CES Derecho*, 6(2), 46-59. <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5280484.pdf%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=5280484>
- Ibáñez, T. (1988). Representaciones sociales: teoría y método. In Sendai-Caroto Tec. S. A. (Ed.), *Ideologías de la vida cotidiana* (1st ed., pp. 153-216). <https://es.scribd.com/document/412414932/Ibanez-RRSS-Teoria-y-Metodo>
- Immig, C. (2010). A presença profética das pessoas com deficiência no atual contexto cultural: questões antropológicas, éticas e sociais. Pontificia Universitas Lateranensis, Academia Alfonsiana, Institutum Superius Theologiae Moralis.
- Jiménez Bósquez, D. (2010). NUSSBAUM, Martha C. Sin fines de lucro. Por qué la democracia necesita de las humanidades. In Katz (Ed.), *Universitas Philosophica* (Vol. 28, Issue 57).
- Loeb, D. F., Bayliss, E. A., Candrian, C., DeGruy, F. V., & Binswanger, I. A. (2016). Primary care providers’ experiences caring for complex patients in primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 17(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0433-z>

- Martinez, J. (2006). *Representaciones sociales de discapacitado* (Servicios Académicos Internacionales para eumed.net (ed.); 1st ed.). www.eumed.net/libros-gratis/2014/1381/index.htm
- Ministerio de Trabajo, Ministerio de Salud, FONADIS, OMS/OPS, OIT, PNUD, UNESCO, Universidad Central, & Santiago, M. de E. de. (2005). *Inclusión social, discapacidad y políticas públicas* (C. Bañados (ed.)). Noviembre de 2005. https://www.unicef.cl/archivos_documento/200/Libro_seminario_internacional_discapacidad.pdf
- Mora Guillart, L. (2015). Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. *Revista Cubana de Oftalmología*, 28(2), 228–233. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009
- Moscovici, S. (1979). *El Psicoanálisis, su imagen y su público* (Huemul S.A. (ed.); 1st ed.). <https://doi.org/10.1037/h0067186>
- Moscovici, S. (1984). *Psicología Social II*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud CIF: Versión abreviada*. In Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (Ed.), IMSERSO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43360>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. https://doi.org/ISBN_978_92_4_068823_0
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *Componente de Subsistencia*. In *Rehabilitación Basada en la Comunidad: Guías para la RBC*. <https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/44809>
- Páez, M. J. (2014). *Representaciones de discapacidad en el cine mexicano*. 1er Congreso Internacional Virtual Sobre Discapacidad y Derechos Humanos, 18. <https://inclusion-international.org/event/1er-congreso-internacional-virtual-sobre-discapacidad-y-derechos-humanos/>
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. In Cinca S. A (Ed.), CERMI (1st ed., Vol. 36). <https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/coleccion/Elmodelosocialdediscapacidad.pdf>

- Reynolds, J. M. (2018). MEDICINE AND SOCIETY Three Things Clinicians Should Know About Disability. *AMA Journal of Ethics*, 20(12), 1181–1187. www.amajournalofethics.org
- Roots, R. K., & Li, L. C. (2013). Recruitment and retention of occupational therapists and physiotherapists in rural regions: a meta-synthesis. *BMC Health Services Research*, 13(1), 59. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-59>
- Rosso, V., & Urquiza, T. (2003). Orientación deontológica y bioética en el ejercicio de la enfermería. *Rev Enferm Hosp Ital*, 19, 14–23. <https://www.semanticscholar.org/paper/Orientación-deontológica-y-bioética-en-el-ejercicio-Rosso-Urquiza/dc0945852c8a926aaaec7c31888a2a-8042d9c090>
- Santiago, O., Marrero, G., & Diaz, G. (2003). Las actitudes hacia las personas con discapacidad. Una revisión de estudios empíricos. *El Guaniguada*, 12, 169–182. <https://ojsspdc.ulpgc.es/ojs/index.php/ElGuaniguada/article/view/621>
- Sartori, M. (2010). *Discapacidad y Representaciones Sociales de la educación especial a la educación inclusiva* (Fundación Universidad Nacional de San Juan (ed.); 1st ed.). <http://www.unsj.edu.ar/descargas/institucional/comisionDiscapacidad/libroSartoriMariaLuisa.pdf>
- Wojtyla, K. (1978). *Amor y responsabilidad: Estudio de moral sexual* (Razón y Fe S. A. (ed.); 3rd ed.). http://www.mercaba.org/LECTOR_PDB/Amor_y_Responsabilidad,_Cardenal_Karol_Wojtyla.pdf



CAPÍTULO 2

LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD: REVISIÓN DESDE LA MEDICINA, ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA

Comprehensive rehabilitation of people with disabilities: a review from medicine, nursing and physiotherapy

Paula Andrea Peña Hernández

Universidad Santiago de Cali

© <https://orcid.org/0000-0002-9918-2910>

✉ paula.pena00@usc.edu.co

Yaneth Mayor Sánchez

Universidad Santiago de Cali

© <https://orcid.org/0000-0003-4095-6931>

✉ yanethmayor@hotmail.com

Gina Marcela Jiménez Zambrano

Universidad Santiago de Cali

© <https://orcid.org/0000-0002-1569-694X>

✉ marcelagjz@gmail.com

Juan Fernando Bedoya Sandoval

Universidad Santiago de Cali

© <https://orcid.org/0000-0002-9206-7952>

✉ juan.bedoya09@usc.edu.co

Claudia Liliana Marín Giraldo

Universidad Santiago de Cali

© <https://orcid.org/0000-0001-6282-2729>

✉ claudiamarin754@gmail.com

Laura María Bejarano Alos

Universidad Santiago de Cali

© <https://orcid.org/0000-0002-7596-9911>

✉ laura.bejarano00@usc.edu.co

Resumen

Se realizó una revisión acerca del desempeño de algunas profesiones de la salud como Medicina, Enfermería y Fisioterapia en procesos de rehabilitación integral de personas con discapacidad. Para ello, se hizo una búsqueda

Cita este capítulo / Cite this chapter

Peña Hernández, P.A.; Jiménez Zambrano, G. M.; Marín Giraldo, C. L.; Mayor Sánchez, Y.; Bedoya Sandoval, J. F. & Bejarano Alos, L. M. (2022). La rehabilitación integral de personas con discapacidad: revisión desde la medicina, enfermería y fisioterapia. En: Soto Franco, I. (ed. científica). *Discapacidad e inclusión social: evolución, modelos y tendencias investigativas*. (pp. 47-70). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

bibliográfica en bases de datos que relacionaron las profesiones con la intervención de la discapacidad. Los hallazgos de esta indagación evidenciaron que no hay claridad, ni adecuada delimitación frente a la actuación de las profesiones de Medicina y Enfermería en comparación con la profesión de Fisioterapia frente a la intervención de este colectivo. Esto refleja la necesidad de plantear consensos profesionales sobre la actuación y delimitación profesional desde aspectos médico-biológicos hasta la participación social.

Palabras clave: rehabilitación; enfermería en rehabilitación; personas con discapacidad, medicina física y rehabilitación; fisioterapia.

Abstract

A review was carried out on the performance of some health professions such as Medicine, Nursing and Physiotherapy in comprehensive rehabilitation processes for people with disabilities. For this, a bibliographic search was made in databases that related the professions with the intervention of the disability. The findings of this investigation showed that there is no clarity, nor adequate delimitation regarding the performance of the professions of Medicine and Nursing in comparison with the profession of Physiotherapy in the face of the intervention of this group. This reflects the need to establish professional consensus on professional performance and delimitation from medical-biological aspects to social participation.

Keywords: Rehabilitation; Rehabilitation Nursing; Disabled Persons; Physical and Rehabilitation Medicine y Physical Therapy Specialty.

Introducción

La presente revisión nace desde la inquietud de docentes y estudiantes de áreas de la salud frente al rol que desempeña cada profesión en la discapacidad, pues es un concepto que, a pesar de ser complejo, con frecuencia se relaciona con estados de salud, enfermedad y rehabilitación. En ese sentido, se pretende conocer en profundidad cuál es el papel que desempeña tanto la Medicina, Enfermería y Fisioterapia, teniendo en cuenta que no hay evidencia dentro de los currículos de estas carreras de una actuación profesional clara y con límites definidos entre ellas. Además, es importante conocer cuál es el origen de estas profesiones, así como las del área de rehabilitación como Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, entre otras; para encontrar puntos

articuladores y al mismo tiempo diferenciadores, que permitan una intervención pertinente, sin repetición de actividades y que facilite procesos de inclusión social como fin último de un completo programa de rehabilitación.

Este artículo pretende exponer los resultados de una revisión de tipo documental por medio de una búsqueda en bases de datos indexadas y en diversos idiomas donde se relaciona la categoría discapacidad con las tres profesiones enmarcadas en el título. Se presenta un análisis frente a la inquietud inicial de los investigadores con el fin de conocer fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas sobre las acciones en los procesos de intervención hacia este colectivo, pues la mala atención en salud y rehabilitación están generando más discapacidad (Organización Mundial de la Salud -OMS, 2011).

El presente análisis tiene como fundamento teórico un soporte en dos modelos estrictamente. El primero sustentado desde el “Modelo Ecológico del Desarrollo Humano” de Bronfenbrenner (García Sánchez, 2002; Vanegas García & Gil Obando, 2007) en 1979, quién propuso una serie de sistemas que operan en conjunto para impactar directa o indirectamente el comportamiento de una determinada situación. En este aspecto, este modelo define: 1. *Microsistema*: Es el nivel del entorno inmediato que incluye a la persona en desarrollo, las relaciones más próximas y la familia. Este contiene tanto el contexto efectivo y positivo del desarrollo humano, como el contexto destructivo o negativo para el mismo; 2. *Mesosistema*: En este nivel inicia la relación entre los microsistemas, se establece de forma bidireccional entre dos o más entornos, de acuerdo con la interacción entre la persona y el ambiente. Incluye la familia, el trabajo y la vida social; 3. *Exosistema*: Comprende uno o más entornos que no incluyen a la persona como participante activo, pero que las consecuencias o hechos afectan el desarrollo y comportamiento de la persona. Encierra las actividades realizadas en el barrio, la comunidad, familia extensa o círculo de amigos; finalmente, 4. *Macrosistema*: En este nivel la persona se ve afectada por hechos en los que no está presente, el ambiente es generado principalmente por la cultura, las costumbres de cada país, ciudad o región, el sistema económico y las normas que rigen a la sociedad.

Se soporta teóricamente desde el “Modelo Biopsicosocial” propuesto por George Engel en 1977 (Vanegas García & Gil Obando, 2007; Borrell i Carrió, 2022). Este modelo, derivado de la teoría general de los sistemas, considera al individuo como un ser que participa de las esferas biológicas, psicológicas y sociales; aquí se pretende hacer una explicación sobre la afectación de la salud de una persona en la compleja interacción entre estas tres dimensiones,

es decir, no solo la afectación biológica del cuerpo se refleja en una alteración del estado de salud, sino que, además cualquier alteración psicológica o social puede determinar el estado completo de bienestar de un individuo (García & Gil, 2007). Por ello, “toda intervención ha de estar enfocada en el abordaje terapéutico de estas tres esferas, pues solo considerando al individuo en toda su dimensión se puede garantizar con éxito una recuperación o un mantenimiento completo de la deficiencia, trastorno o enfermedad” (Vanegas García & Gil Obando, 2007, p. 61)

Lo que se obtuvo de este análisis se relaciona con la actuación marcada y poco integrativa del profesional en Medicina desde un modelo médico biológico que poco o nada tiene en cuenta aspectos psicológicos y sociales de las personas; esto ha dado origen a un movimiento conceptual y una mirada de la deshumanización de la profesión donde se segmenta el cuerpo humano en estructuras y funciones corporales para “arreglar”, que tienen una estrecha relación con la formación universitaria que se recibe. De otro lado, se encuentra que la Fisioterapia tiene un marcado énfasis, también, en un modelo médico biológico que está trascendiendo a un modelo más social, es decir, cada vez con mayor frecuencia se tienen en cuenta aspectos psicológicos y sociales de las personas con discapacidad en las evaluaciones e intervenciones. Finalmente, se puede afirmar que Enfermería es de las tres profesiones analizadas, la más integrativa, es decir, se han preocupado por intervenir desde el cuidado, aspectos netamente biológicos, hasta psicológicos y sociales; esto es positivo, pero a la vez genera mayores confusiones al momento de reconocer acciones claras y límites en la atención de personas con discapacidad.

El contenido del manuscrito, en primer lugar, expone la realidad social de las personas con discapacidad y el origen de las profesiones de rehabilitación; en segundo lugar, resalta el rol del médico en la atención y medición de la discapacidad como la puerta de entrada al proceso de rehabilitación; analiza el papel del fisioterapeuta en la intervención de las personas con discapacidad y su intervención en todas las etapas del ciclo vital, y profundiza en el rol del profesional de enfermería en la atención de este colectivo.

1. Las Personas con Discapacidad: analizando su realidad social

Definir la discapacidad se ha considerado un reto y presenta múltiples desafíos debido a las diferencias conceptuales, metodológicas y operativas que se ob-

servan en los procedimientos de recolección de información entre los distintos países. Es por eso por lo que aún es difícil contar con una buena cuantificación de esta realidad, medir su evolución y conocer las tendencias en el tiempo (CEPAL, Informe regional sobre la medición de la discapacidad, 2014). Sin embargo, a continuación, se presentan algunos acercamientos en cifras y datos de la cuantificación de la discapacidad en diversas perspectivas geográficas.

A nivel mundial se estima que alrededor del 15% de la población global viven con algún tipo o forma de discapacidad (Organización Mundial de la Salud -OMS, 2011). Este número supera las expectativas de la OMS de la década del 70 dado a que en esa época el porcentaje de personas con dificultades en la salud era alrededor del 10 %. Una comparación entre la Encuesta Mundial de Salud y el Proyecto sobre la Carga Mundial de Morbilidad evidenciaron que entre 15,6% y 19,4% de la población con una edad igual o mayor de 15 años padece algún tipo de discapacidad. Así mismo, la Encuesta de Salud considera que, de la población con alguna discapacidad, el 2,2%, es decir alrededor de 115 millones, tiene una problemática considerable en cuanto a la funcionalidad, considerándola como “discapacidad grave” que impacta negativamente la calidad de vida de la persona y entre esas condiciones se enmarca la depresión grave, ceguera o tetraplejía. La Carga Mundial de Morbilidad estima que de la población infantil que padece discapacidades, que son alrededor de 995 millones de niños en un rango de edad de 0 a 15 años, el 0,7% sufren de “discapacidad grave (Organización Mundial de la Salud -OMS, 2011).

En el caso de Latinoamérica, en el año 2006, alrededor de 85 millones de personas manifiestan algún tipo de discapacidad. Datos de la Ronda Censal de 2010, el número de casos nuevos de discapacidad en esta región del mundo oscila entre 5.1% hasta 23,9%, mientras que en la región Caribe el estimado está entre 2,9% y 6,9%. En resumen, se proyecta que alrededor del 12% de la población de Latinoamérica viviría con al menos una discapacidad, lo que se traduce en un número aproximado de 66 millones de personas (CEPAL, Informe regional sobre la medición de la discapacidad, 2014).

De acuerdo con el Panorama Social de América Latina, del año 2012, el 12% de los habitantes de América Latina padece discapacidad siendo el género femenino el que presenta mayor tasa de prevalencia sobre el masculino y con una edad mayor de 60 años. Así mismo la población que habita en áreas rurales, grupos afrodescendientes, indígenas y de bajos recursos económicos son las más propensas a padecer algún tipo de discapacidad (CEPAL, Panorama Social de América Latina, 2012).

En Colombia, la prevalencia de discapacidad es alrededor del 6.4% pero las cifras son variables en las diferentes regiones del territorio nacional. Los departamentos del sur-pacífico, del eje cafetero, del Tolima grande y Boyacá presentan una prevalencia superior al promedio colombiano situándose entre un 7,8% y 9,5% cuyos habitantes padecen discapacidad permanente (DANE, 2005). Estos datos han sido objeto de diversas críticas debido a que no permiten traspasarse a una base de datos de manera sistemática y consistente, ni su procesamiento periódico en virtud de criterios uniformes de conceptualización de la discapacidad. Estas limitaciones contribuyen a que los datos no se puedan interpretar de manera comparable entre servicios, países y regiones (Almerás et al., 2002; CEPA, 2014).

Las cifras anteriores se deben principalmente a que la población va envejeciendo y genera que el riesgo de sufrir una discapacidad aumente; también, esta tendencia se debe a la creciente predisposición mundial de las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, el cáncer, las cardiovasculares y las enfermedades de la salud mental. De otro lado, es importante resaltar que en el mundo las personas con discapacidad tienen los más bajos resultados en aspectos de salud, educación, participación laboral, lo que genera tasas muy altas de pobreza, marginación, mendicidad entre otras condiciones desalentadoras. Esto es resultado de la incompetencia, falta de interés o baja incidencia política, considerados como barreras que impiden la plena participación de las personas a unos servicios en algunas ocasiones considerados inalienables como la salud, el transporte, el trabajo, la recreación, la educación o la información (Organización Mundial de la Salud -OMS, 2011).

2. Origen de las Profesiones en Rehabilitación: analizando puntos de encuentro y desencuentro

La medicina ha incursionado en diferentes conocimientos y prácticas sobre vida, muerte, salud y enfermedad, pero para comprender un poco más sobre la diferencia entre medicina y las profesiones de la rehabilitación es relevante hacer un recuento histórico. No se puede hablar de la historia de Medicina y profesiones de la rehabilitación sin mencionar a Hipócrates del siglo IV y V (a.C) como sus inicios en la antigua Grecia, considerado como el padre de la medicina y quién separó la medicina de la filosofía, fue uno de los médicos que más aportes hizo al origen de la fisioterapia, pues escribió siete tratados en los que se encuentran reflejados los agentes físicos como

instrumentos terapéuticos, entre ellos, se incluyen La Helioterapia (baños de sol), La Hidrología (efectos del agua), uso de agentes físicos en fracturas, La Masoterapia (masajes), entre otros (Gallego Izquierdo, 2011). Sin embargo, y a pesar de que el inicio de la rehabilitación a nivel mundial se remonta según diversos autores (Giulletti et al., 2012; Palacios, 2008) a esta Grecia Antigua, es básicamente durante el siglo XX por las guerras y los accidentes laborales que se genera un movimiento rehabilitador, donde el positivismo y los paradigmas de investigación empiezan a influir en los aspectos de índole científico y académico.

Es así como la Primera Guerra Mundial se convirtió en un icono importante para el nacimiento del mismo concepto de Rehabilitación, que hoy en día no solo se utiliza para referirse a aspectos de salud, sino a otras áreas del conocimiento como política (Rosanvallón & Pierre, 1987), derecho (De la Maza, 2007), sociología (Svietkova, 1979), urbanismo (Fernández, 1989), arquitectura (Bigas Vidal, Bravo, & Contepomi, 2011) e ingeniería (Torres, 2007), así como también en áreas ambientales al denominar el concepto de “rehabilitación de la vida silvestre” (Varela, 2005).

Desde este importante acontecimiento y por la cantidad de soldados heridos, amputados, pero sobrevivientes de la guerra, hicieron que países como Estados Unidos desde 1918 crearan programas de rehabilitación profesional y de rehabilitación para incorporar a estas personas de nuevo a la sociedad. Esto hizo que en este país se estableciera y desarrollara en 1921 la Asociación Americana de Terapia Física (APTA por sus siglas en inglés). Esta profesión ganó reconocimiento, validación durante la década de 1920 a 1930, pero en este último año se introdujo en el país la epidemia de poliomielitis y el involucramiento de Estados Unidos en la Segunda Guerra Mundial, lo que generó de nuevo soldados con discapacidad y, por supuesto, necesidades de rehabilitación. Finalmente, esto llamó la atención de otros países y fue así como varios médicos investigaron medios para incrementar el cuidado de la salud e incursionaron en el uso de agentes físicos terapéuticos, algunos viajaron a Estados Unidos para formarse en esta nueva especialidad y se replicó esta información en sus países de origen ya con la certificación de técnicos calificados en terapia física por la APTA (American Physical Therapy Association, 2011) (Kottke & Knapp, 1988).

Básicamente este interés y formación médica en terapia física fue el origen de lo que hoy se denomina Especialidad en Medicina Física y Rehabilitación, donde se distancian los intereses de los médicos de otras especialidades.

Esta fue liderada por el Dr. Frank Krusen de la Clínica Mayo de Rochester graduado en la Jefferson Medical Collage en Filadelfia en 1921. Fue quien, gracias a una experiencia a temprana edad con tuberculosis, hizo que comprendiera que la recuperación o no de esta enfermedad, dependía en gran medida del acondicionamiento físico de las personas y de la rehabilitación vocacional y reintegración social. Decidió que la Medicina Física debía ser aceptada como una especialidad médica y desarrolló avances científicos importantes en deportistas de fútbol. En los años posteriores (1938 y 1943) en la Clínica Mayo, resultaron numerosas investigaciones en relación con “ejercicios terapéuticos, onda corta, tratamiento de fibrositis, contracturas, dolor lumbar, estrés cardíaco secundario a fiebre y usos de la radiación ultravioleta”. El Dr. Krusen es considerado el “padre de la medicina física” y fue quien propuso el término “Fisiatría”, para denominar esta especialidad, palabra cuyo significado etimológico se deriva de las palabras griegas “physis”, que describe fenómenos físicos, y “iatreia”, que se refiere a tratamiento médico (Pava, Nora & Granada, 2016; Vergara Bize, 2010).

Lo anterior quizá genere algún tipo de inquietudes frente a la diferenciación entre lo que hace un Médico Fisiatra y un Fisioterapeuta, debido a que son áreas del conocimiento cuyo origen es el mismo y se han alimentado de la misma evidencia científica. Por ello, es preciso aclarar que desde la medicina algunos fisiatras practicaban esta especialidad usando agentes físicos y otros la medicina de rehabilitación, es decir, la reintegración psicosocial de las personas con discapacidad. Ambos campos tienen relación entre sí y por eso se unieron como Medicina Física y Rehabilitación, que hasta hoy en día existe y se lleva a cabo desde una mirada interdisciplinaria, dirigida por médicos fisiatras, con la participación de profesionales de la rehabilitación como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, psicólogos, enfermeras, cuidadores, especialistas en educación, entre otros. Entender esto permite reconocer que la diferencia entre la fisiatría y la fisioterapia radica básicamente en que el fisiatra debe estudiar la carrera de medicina y luego realizar la especialización en Medicina Física y Rehabilitación, por el contrario, el fisioterapeuta estudia la carrera de Fisioterapia y recibe al paciente que viene con un diagnóstico médico, realiza una valoración y ejecuta el tratamiento rehabilitador. Otra marcada diferencia entre las dos profesiones es que en la fisiatría se utilizan estudios electrofisiológicos de diagnóstico como la electromiografía, la neuroconducción y los potenciales evocados, y la farmacología, mientras que el fisioterapeuta no tiene este tipo de acciones que son propias de la medicina. Finalmente, el médico fisiatra es

quien coordina el equipo rehabilitador y es el primer consultor del paciente antes de llegar al resto de profesionales que lo conforman.

Desde otras perspectivas, en Estados Unidos en 1872, nacían las primeras señales de una profesión cuyo objeto de estudio era la comunicación, profesión también derivada de la medicina, cuyo propósito era la creación de un instrumento que permitió hacer visible la producción de la voz, instrumento creado por Alexander Melville Bell y Alexander Graham Bell, que fue de mucho apoyo para la rehabilitación de paciente con tartamudez. En 1925 se consolidó esta profesión en Estados Unidos con la creación de la Sociedad Americana de Habla y Lenguaje (ASHA) (Dottor, 2015). Del mismo modo, en esta época de finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX se dio el auge de la rehabilitación y paralelamente se crearon programas técnicos denominados Técnicos Laborales que posteriormente llamaron Laborterapistas y Terapia Ocupacional. Su fundadora Eleanor Clarke Slagle, enfermera y trabajadora social, que por sus experiencias familiares donde estuvo presente la discapacidad, comprendió los efectos perjudiciales de la inactividad y surgió su interés por la utilización de artes y oficios. Posteriormente, en Chicago, se iniciaron las primeras Escuelas de Terapia Ocupacional cuyo propósito era promover la salud a través de la ocupación humana (Morrison, 2011) como un motor para su desarrollo profesional basado en la Medicina Física y la Rehabilitación. A su vez, antes de los años 50 nacía y se formalizaba la profesión de Fisioterapia en Estados Unidos con los aportes de Margaret Rood, Margaret Knott, Dorothy Voss, Signe Brunnström, y Berta y Karl Bobath, que desarrollaron técnicas para adultos con parálisis cerebral y otros desórdenes del sistema nervioso central, cuyo propósito era prevenir y abordar las alteraciones del movimiento corporal humano (American Physical Therapy Association, 2011).

Pero en todo esto, ¿Dónde queda la Enfermería? La Enfermería juega un papel tan importante como la misma Medicina en la generación de las profesiones de la rehabilitación, pues son los enfermeros quienes siempre han estado más tiempo al lado de las personas ejerciendo su rol y promoviendo la salud mediante el cuidado. Es así como, por ejemplo, para graduarse como técnico en Fisioterapia en Estados Unidos uno de los requisitos o las normas mínimas era prerequisite pasar por una escuela de enfermería o de educación física (American Physical Therapy Association, 2011). Por otra parte, las primeras personas que ejercieron la Terapia Ocupacional, la Fisioterapia y la Fonoaudiología, fueron las enfermeras y las religiosas, siempre mujeres

debido a dos razones básicamente, primero a que a las mujeres se les ha considerado como las cuidadoras del hogar y desde el punto de vista religioso a la mujer se le ha encomendado esta misión; y segundo, por la marcada influencia de las religiosas o monjas en el origen de la profesión de Enfermería (Cuervo Echeverri, 1999).

En la siguiente tabla (Tabla 1) brevemente se explica los puntos de encuentro y desencuentro de las profesiones de rehabilitación y las que han intervenido en su desarrollo:

Tabla 1. Profesiones de la salud y su objeto de estudio

Profesión	Año de formalización	Objeto de estudio	Definición
Medicina	1962	Se encuentra información variada. Sin embargo, se presenta el objeto de estudio más completo encontrado: “Estudio de la vida, la salud, las enfermedades y la muerte del ser humano”	La aplicación de medios y conocimientos para el examen, diagnóstico, prevención, tratamiento y curación de las enfermedades, así como para la rehabilitación de las ciencias o defectos ya sean físicos, mentales o de otro orden que afecten a las personas o que se relacionen con su desarrollo y bienestar.
Enfermería	1996	El cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno; ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludables	Es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar.
Fisioterapia	1999	Su objetivo es el estudio, comprensión y manejo del movimiento corporal humano, como elemento esencial de la salud y el bienestar del hombre.	La fisioterapia es una profesión liberal, del área de la salud, con formación universitaria, cuyos sujetos de atención son el individuo, la familia y la comunidad, en el ambiente en donde se desenvuelven.

Profesión	Año de formalización	Objeto de estudio	Definición
Fonoaudiología	1997	Los procesos comunicativos del hombre, los desórdenes del lenguaje, el habla y la audición, las variaciones y las diferencias comunicativas, y el bienestar comunicativo del individuo, de los grupos humanos y de las poblaciones.	Para todos los efectos legales, se entiende por fonoaudiología, la profesión autónoma e independiente de nivel superior universitario con carácter científico. Sus miembros se interesan por, cultivar el intelecto, ejercer la academia y prestar los servicios relacionados con su objeto de estudio.
Terapia Ocupacional	2005	Es el estudio de la naturaleza del desempeño ocupacional de las personas y las comunidades, la promoción de estilos de vida saludables y la prevención, tratamiento y rehabilitación de personas con discapacidades y limitaciones.	Es una profesión liberal de formación universitaria que aplica sus conocimientos en el campo de la seguridad social y la educación

Fuente: Elaboración propia basado en la normatividad colombiana para el ejercicio de las profesiones

3. La Medicina, La Fisioterapia y La Enfermería frente a las Personas con Discapacidad

Entendiendo este recorrido histórico y las posibles confusiones que han existido entre las diferentes profesiones mencionadas, es preciso señalar en primer lugar cuál es el rol del médico dentro de la discapacidad. Para ello, se hace un recuento sobre lo que se ha hecho hasta ahora y lo que se debe hacer a futuro.

La medicina en Colombia es una profesión que tiene por objeto de estudio la conservación y el restablecimiento de la salud, ha estado concentrada en las consecuencias de la enfermedad y en hacer un diagnóstico como proceso inverso en la relación causa-efecto. Sin embargo, su actuación ha estado en-

marcada dentro del modelo médico-biológico y poco en modelos biopsicosociales, por lo que la comprensión de la discapacidad desde esta profesión se considera compleja, a razón de que la discapacidad no solo es generada a raíz de una alteración en los procesos de salud. Por esta razón, la medicina se considera incompleta para establecer el estado de discapacidad y/o funcionamiento de un ser humano (Esquivia, 2015).

La discapacidad en el mundo y en el país crece y, es por eso, por lo que se requiere de profesionales con suficiente formación para dar respuesta a las necesidades insatisfechas y a problemáticas que aquejan la salud pública, pero es bien sabido que la formación que reciben los médicos, hoy por hoy, todavía es memorística, basada en órganos y sistemas corporales donde se busca normalizar lo anormal. Sin embargo, la medicina de hoy debe tener un alcance social e inclusivo, donde cada paciente atendido pueda integrarse nuevamente a la sociedad dentro de las posibilidades de la discapacidad que presenta (Esquivia, 2015). En este sentido, al hacer una búsqueda bibliográfica de la relación entre medicina y discapacidad se encontró que tan solo cuatro programas de medicina, en el país, se han interesado por incluir de manera obligatoria este concepto dentro de sus planes de curso, entre ellos la Universidad Nacional de Colombia (Universidad Nacional de Colombia, 2015), Universidad Militar Nueva Granada (Esquivia, 2015), la Universidad Pontificia Javeriana (Pontificia Universidad Javeriana, 2015) y la Universidad Santiago de Cali (Universidad Santiago de Cali, 2015). Sin embargo, en el resto de los programas no se evidencia tal inclusión, por lo que se podría pensar en que la formación de los médicos aún consiste en la secuencia de evaluar manifestaciones clínicas, hacer un diagnóstico y plantear un tratamiento y termina la atención.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que:

En el primer nivel de atención en salud es fundamental el contacto del médico con el individuo en situación de discapacidad, su familia y la comunidad, con el fin no solamente de ampliar la cobertura, sino también ampliar el horizonte de oportunidades que se presentan para esta población, y mejorar la calidad de la oferta de los servicios de salud, facilitando el acceso y la integridad de todo el grupo familiar del paciente en esta condición” (OMS, 2011, p.9).

Sin embargo, lo que sucede en Colombia no es tal recomendación y esto se puede asegurar bajo los siguientes argumentos. En primer lugar, la Ley 361 de 1997 en su artículo 5 menciona que:

Las personas con limitación deberán aparecer calificadas como tales en el carné de afiliado al Sistema de Seguridad en Salud, ya sea el régimen contributivo o subsidiado. Para tal efecto las empresas promotoras de salud deberán consignar la existencia de la respectiva limitación en el carné de afiliado, para lo cual solicitarán en el formulario de afiliación la información respectiva y la verificación a través de diagnóstico médico en caso de que dicha limitación no sea evidente. Dicho carné especificará el carácter de persona con limitación y el grado de limitación moderada, severa o profunda de la persona” (World Health Organization, 2001).

Este artículo fue redactado antes del año 2001 cuando se publicó, a nivel mundial, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF); con las últimas modificaciones a esta ley se cambia el término limitación, por persona en situación de discapacidad, dando lugar a un nuevo modelo para comprenderla que es el modelo biopsicosocial; sin embargo, la calificación de la discapacidad se da por un diagnóstico médico, cuando hoy se sabe que la discapacidad no necesariamente es a causa de una condición de salud alterada, sino que, puede darse por situaciones que no implican estados patológicos como la vejez y el embarazo (World Health Organization, 2001). Es por esto, por lo que difícilmente se pueda conocer con exactitud quién tiene discapacidad en el país, si quienes la miden son los médicos que, como hemos hecho saber, en su pregrado poco o nada reciben de formación en este aspecto, limitándose a medir la discapacidad con base en lo que se reporta en la historia clínica; sin tan siquiera medir las limitaciones en actividad y restricciones en la participación en entornos reales como lo sugiere esta clasificación.

Por otra parte, es preciso mencionar también la equivocada intervención histórica con la que se ha abordado a las personas con discapacidad desde la medicina, donde han sido famosos los casos de interdicción, pues todavía en 2017 en Colombia

Las personas con discapacidad pueden ser declaradas interdictas, una figura jurídica que implica la privación de sus derechos pues otros toman las decisiones por ellos sin que exista la obligación de consultarles. Quien fue declarado interdicto no puede decidir sobre su economía, su salud o, incluso, su voto. Por ese camino, que si bien busca protegerlos, se han cometido muchos abusos. Por ejemplo, solo entre 2009 y 2011, más de 600 personas con discapacidad fueron esterilizadas sin su consentimiento; estas decisiones han estado influidas por el sistema de salud en general y por sus médicos tratantes y familiares (Padilla, 2016)

Adicional a esto, se encuentran las malsanas relaciones de poder entre el médico y la persona, que recientemente se han conocido como “síndrome de Hermógenes” entendido como «cualquier clase de padecimiento del paciente que sea ocasionado por una actitud deshumanizada del médico o del sistema de salud ante la enfermedad y el sufrimiento humano» (Mendoza , 1998), pues es frecuente encontrar personas con discapacidad quienes afirman que las palabras de sus médicos fueron las menos alentadoras y cuyos pronósticos los desahuciaban en quedarse para siempre en una silla de ruedas y en una cama. Esto se considera una práctica antigua que aún se utiliza con frecuencia, pues a manera personal se cree que es casi jugar a ser Dios, o peor aún, no comprender con exactitud lo que vive y siente el otro ser humano por simplemente no estar en su lugar.

El caso anterior es igual a pretender que un “hombre” entienda lo que se siente estar en gestación, pues sus condiciones biológicas no lo permiten; pasa lo mismo con una persona con discapacidad y otra que no, un médico que nunca ha pasado por una paraplejia no sabe qué es o qué se siente, por lo tanto, decir si va a caminar o no, no debe ser una última palabra desde el pronóstico, pues a juicio personal, se considera que es la misma persona que en su proceso se irá dando cuenta que es capaz de hacer o no, pero no se considera válido decirle a una persona si va a caminar o no y menos en etapas agudas, pues es bien sabido que la mente capta lo que le dicen, y más, si es una persona que confía en su médico, pues las palabras de su superior se convertirán en ley y esa persona puede ser improductiva e infeliz por el resto de su vida, si así lo creyere, mientras que hay otras que lo asumen como un reto y al finalizar el proceso de rehabilitación llegan donde el médico caminando, con aparatos largos, con el fin de demostrarle al profesional que estaba equivocado.

Lo cierto es que parece que la historia de la medicina es opuesta a la historia de la discapacidad, aunque este camino disímil ha favorecido enormemente la mirada creativa de la discapacidad que se sale de los parámetros de la visión normalizadora de la medicina. La discapacidad ha protagonizado su propia historia sin depender puramente de las ciencias de la salud, mientras que para las ciencias de la salud la discapacidad carece de epistemología, ontología y fenomenología diferente a la enfermedad como objeto de estudio en la medicina (Linker, 2013).

Como conclusión, de la medicina en la discapacidad se puede decir que no necesariamente son campos opuestos, la discapacidad podría ser una peque-

ña porción de análisis en la medicina, no todos los médicos se han interesado en estudiar estas dos categorías y definir cuál sería el rol del médico moderno en la atención de la discapacidad desde una mirada holística, por lo tanto, aún se considera un campo ávido de conocimiento para dar respuesta a las necesidades del país, que no son solo en salud, sino en una completa relación de ese estado de salud y bienestar con la calidad de vida y desarrollo de la persona dentro de situaciones vitales como la educación, trabajo, cultura, participación social, entre otras.

Desde otra perspectiva, se tiene la profesión de Fisioterapia, una profesión que se originó desde las raíces médicas y enfermeras y se afianzó en Colombia en los años 50. Su objetivo es el estudio, la comprensión y el manejo del movimiento corporal humano y, por tanto, su ejercicio profesional está dirigido a promover el bienestar cinético y prevenir deficiencias, limitaciones y discapacidades. Su diagnóstico debe estar orientado en determinar las capacidades/discapacidades originadas por diferentes mecanismos donde la medicina juega un papel relevante para su establecimiento (Linker, 2013).

Por su articulación íntima con la discapacidad se discute el rol del fisioterapeuta dentro de estos procesos. En este aspecto, la Ley 528 de 1999 que reglamentó el ejercicio de la profesión en Colombia, expresa que: “la fisioterapia orienta sus acciones al mantenimiento, optimización o potencialización del movimiento, así como a la prevención y recuperación de sus alteraciones y a la habilitación y rehabilitación integral de las personas, con el fin de optimizar su calidad de vida y contribuir al desarrollo social” (Linker, 2013, p.2). Sin embargo como se mencionó con anterioridad, la legislación menciona la habilitación y rehabilitación integral como una orientación de la fisioterapia, sin embargo, los profesionales dirigen de manera prioritaria sus acciones hacia la rehabilitación médico funcional, dando origen a un doble discurso que no coincide entre la teoría y la práctica, es decir, en el lenguaje está presente el modelo biopsicosocial, pero en la práctica sigue reinante el modelo médico-biológico (Millán, 2004).

En vista del gran avance que ha tenido tanto el concepto de discapacidad como el de rehabilitación en las últimas décadas, se ha encontrado que autores, por ejemplo, Brogna (Lozano, 2008) expone una visión crítica frente al rol de los profesionales en rehabilitación en la intervención de personas con discapacidad, pues expresa que los profesionales acotan su territorio disciplinar a un fragmento del cuerpo o la mente de un sujeto, sin comprender que la complejidad de la discapacidad supera inmensamente el déficit orgá-

nico o mental de una persona; Brogna afirma, además, que “la primera responsabilidad del profesional es estar en su consultorio para la sesión, pero la ‘responsabilidad primera’ es tener muy claro que la deficiencia no causa la discapacidad, que aquello que la persona no pueda hacer va a depender tanto o más de las barreras que la sociedad construya o legitime, que de los músculos o las neuronas” (Lozano, 2008). Así mismo, ayudar a la persona a escapar del cepo de la deficiencia depende de cuánto y cómo la persona, la familia y la comunidad asuman su valía, sus derechos, su “capacidad de ser persona” y su dignidad, antes que de un grado más o menos de movilidad o que de un punto más o menos de coeficiente intelectual (Rodríguez, Reis, & Petroski, 2008). La condición de discapacidad condiciona, pero no determina, (Wilson & Ciliska, 1984).

Lo más preocupante es que los profesionales en fisioterapia consideran que nada de eso es su responsabilidad (Lozano, 2008; Rodríguez, et al., 2008) y este pensamiento puede estar justificado en que en la mayoría de los países

El concepto y su práctica tienen raíces muy profundas en el modelo médico, en el cual el funcionamiento corporal (y mental) se considera el fundamento de la participación y la autodeterminación. Todavía es el diagnóstico médico el criterio de elegibilidad para recibir servicios de rehabilitación, el cual también mantiene a las profesiones médicas en la parte superior de la jerarquía de la rehabilitación” (Gómez & Lantarón, 2007).

Con ello, tampoco se pretende afirmar que la rehabilitación funcional no sea importante, lo que se quiere expresar es que raramente esas intervenciones y tratamientos son suficientes para asegurarle a las personas con discapacidad una igualdad de oportunidades para participar en la sociedad (Seelman, 2004). Siendo así, se hace necesario cambiar la meta de la rehabilitación: de mejorar las funciones corporales, a lograr la participación y la igualdad de oportunidades.

Al respecto se debe destacar la importancia de impulsar la rehabilitación integral desde la profesión de fisioterapia para incorporar una visión holística de las personas que se rehabilitan y acercar los avances teóricos a la práctica profesional. Entre tanto, el actuar de los profesionales de fisioterapia frente al abordaje integral de personas con discapacidad se considera una tarea desafiante debido a varias causas entre las que se destacan: a) la faltante incorporación y apropiación de los profesionales en rehabilitación del modelo CIF (Gómez & Lantarón, 2007); b) la mirada clínica basada

en el mejoramiento de alteraciones en estructuras y funciones corporales, dejando de lado la participación (Seelman, 2004); c) la falta de asignaturas básicas en rehabilitación y discapacidad en los programas académicos de fisioterapia (Montaño & Peña-Hernandez, 2014); d) la gran cantidad de programas de formación posgradual a nivel de especialización basados en el modelo médico-biológico (Montaño & Peña-Hernandez, 2014) ; e) poca oferta de programas a nivel de maestría y doctorado basados en modelos sistémicos de atención (Ramírez-Vélez , Hurtado, & López, 2010); f) desconocimiento de los profesionales frente a la oferta de formación posgradual a nivel de maestría en discapacidad (Montaño & Peña-Hernandez, 2014); g) desempeño laboral en instituciones de salud con una mirada médico-biológica (Gómez & Lantarón, 2007); h) falta de actualización y asistencia a eventos de tipo académico posteriores a la graduación (Ramírez-Vélez , Hurtado, & López, 2010); i) poca realización de investigación en fisioterapia (Ramírez-Vélez , Hurtado, & López, 2010).

Este reto representa cambios en la concepción de los profesionales frente a la consideración y dinámica de la rehabilitación. Sin embargo, la falta de investigaciones y de instrumentos que permitan evaluar las acciones y el impacto del abordaje fisioterapéutico en la inclusión social, representa una dificultad para establecer la situación actual de esta corriente en el marco de la fisioterapia dentro de la cultura colombiana.

Finalmente, y desde la última profesión del área de la salud que se relaciona en este escrito, que es la Enfermería, se hará una breve revisión en la delimitación del actuar del profesional en la discapacidad. En este aspecto, lo primero que se puede decir es que la Enfermería es una profesión que en un principio estuvo muy ligada al cuidado y recuperación de las personas con alguna discapacidad. Sin embargo, con el nacimiento de las profesiones de la rehabilitación que esta misma contribuyó a crear, se ha generado una desarticulación de la profesión con esta problemática.

Tal situación quizá sea resultado de la adopción de modelos como el de Shallock, como un modelo lineal centrado en el defecto y no en el potencial y con un énfasis en el cuidado, la salud, la seguridad y la paternalización (Shallock , 1999). Esta mirada por supuesto es médico-biológico y la Enfermería se ha caracterizado en gran medida por llevar esta misma tendencia, es más, su mismo nombre hace énfasis en la “enfermedad” y las consecuencias que ella deriva, razón por la cual su atención se basa en el “cuidar”. Sin embargo, su actuación desde el marco normativo se extiende a la persona en particular,

su familia y su ambiente familiar y social, es decir, tiene un enfoque biopsicosocial (Alzate, et al., 2010).

En el imaginario de la profesión de enfermería es frecuente encontrar que sus áreas de actuación son más de tipo institucional y poco se relaciona la profesión con trabajo fuera de los ámbitos hospitalarios, desconociendo en gran medida su amplio actuar profesional que les fue quitado en el mismo momento en que se empezó a gestar en Colombia la Escuela Colombiana de Rehabilitación y se empezaron a formar Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacional, Fonoaudiólogos y posteriormente, Terapeutas Respiratorios para el año 1947. Ya para 1973 se creó la Fundación Saldarriaga Concha, un lugar con profesionales de rehabilitación donde ya la enfermería al parecer no hacía mucha falta (Alzate, et al., 2010).

Este abrupto despojo es un motivo por el cual la Enfermería, quizá gracias a la oferta de profesionales y de las pocas oportunidades laborales, ha entrado en un momento reflexivo: ¿Cómo rescatar lo perdido?, ¿Qué se necesita para aclarar el actuar del enfermero en la rehabilitación? La respuesta parece ser sencilla, pues ningún profesional actuando de manera individualista o multidisciplinaria puede lograr la inclusión social de la persona con discapacidad. No podrá hacerlo el médico, ni el fisioterapeuta, ni el enfermero, ni siquiera los tres en conjunto, pues para ello se necesita incursionar en la transdisciplinariedad y quizá en tener en cuenta los imaginarios y representaciones de la misma persona y sus objetivos de rehabilitación, es más, deberá salir de las instituciones de salud, porque la rehabilitación de hoy no se hace en un recinto cerrado.

Pero ¿la participación de un enfermero es igual o más importante que la del resto de equipo de rehabilitación? Esto también es muy fácil de responder, pues ¿quiénes más que ellos, están por largos periodos con las personas con discapacidad? Las “terapias” ya sea de fonoaudiología, fisioterapia o terapia ocupacional, son de corta duración, de 40 minutos a 1 hora, pero en ocasiones los enfermeros están por turnos o por largas horas pendientes de sus “pacientes”. Es más, la enfermería, se ha caracterizado por ser una profesión que tiene en cuenta todas las esferas de las personas que interviene gracias a la cantidad de tiempo que pasa con el “enfermo”, es así como, desde la perspectiva de la atención sanitaria basada en la evidencia, la gestión de servicios dirigida a personas con discapacidad precisa otorgar un papel principal a un profesional que reúna los siguientes atributos: 1) Cercano en la presencia a todas las etapas de vida; 2) Competente para integrar y aplicar las «buenas prácticas»

y resolver situaciones complejas en colaboración con otros profesionales; 3) Visión integral para valorar necesidades biopsicosociales y emitir juicios diagnósticos sobre dichas necesidades; 4) Capacidad de anticipación por la posición ventajosa que ofrece la proximidad y el seguimiento continuado; 5) Capacidad de gestionar recursos con el uso racional, priorización y aptitudes creativas. En otras palabras, sería necesario un profesional que pueda identificar en su trabajo cotidiano situaciones de dependencia, que pueda hacerlo además en el contexto en el que se producen y evolucionan (domicilio y hospital), que pueda valorar los recursos que se tienen a disposición en el entorno (red familiar, social, suplencia/ayuda contratada...), que conozca las preferencias de las personas con las que viene manteniendo una relación empática y profesional a lo largo del tiempo, y que al tener conocimiento de los servicios disponibles pueda analizarlos y proponerlos para dar respuesta a la dependencia y mejorar la autonomía ajustada a la necesidad, preferencia y solvencia económica, en coordinación o de forma complementaria con los profesionales del campo de lo social (Gala, et al., 2006).

No es en vano afirmar que las y los enfermeros poseen estos atributos y, por tanto, están llamadas a ser un pilar para la coordinación sociosanitaria. Muestra de ello y solo como ejemplo, se pueden mencionar las enfermeras del Servicio Andaluz de Salud (España), quienes forman el grupo profesional mayoritario, con alrededor de 20.000 enfermeras que suponen cerca del 40% del total de profesionales sanitarios. De ellas, en torno a 5.000 desempeñan su función en Atención Primaria. Estas enfermeras son reconocidas por la comunidad como un agente autónomo y activo de salud que se muestra muy accesible y cercano a la misma, ya que realizan más del 80% de la atención domiciliaria de todos los profesionales. Su visión integral les permite realizar un diagnóstico biopsicosocial de las necesidades de cuidados que presenta la población en situación de dependencia y utilizar instrumentos para graduarla; para lo cual, el Servicio Andaluz de Salud ha realizado numerosos cursos de formación continuada. Además, las enfermeras cuentan con formación y experiencia en la gestión de casos, coordinando profesionales y recursos, priorizando aquellas personas más frágiles y necesitadas desde el principio de equidad, como son las más de 5000 personas con gran discapacidad identificadas en Andalucía, demostrando una gran efectividad en los resultados clínicos de sus intervenciones (Gala, et al., 2006).

Pese a que existen estas experiencias exitosas, también es importante mencionar y, es preciso aclarar para la formación de los futuros profesionales,

que el campo de acción de la enfermería es muy amplio, y del mismo modo, se debe estimular a que recuperen campos de acción que, quizá, se han percibido perdidos, pues el país y las regiones necesitan de buenos equipos de rehabilitación para que la discapacidad no aumente, debido a pobres procesos de intervención en salud.

Como conclusión, se puede decir que se cuenta con puntos de encuentro entre estas profesiones muy bien definidos, ahora bien, los puntos de desencuentro o lo que nos diferencia dentro de las áreas de actuación, aun no son muy claros, así como tampoco son claros los alcances de actuación entre algunas profesiones, no solo en las mencionadas con especial interés, sino con las otras profesiones del área de la rehabilitación. Pese a ello, siempre se debe tener claro dos cosas principalmente, la primera, es continuar con el desarrollo y comprensión desde las ciencias propias de cada disciplina de los fenómenos que hacen parte de los objetivos de estudio y, lo segundo, no olvidar que se debe dejar de lado el fenómeno “selfish” o egoísmo profesional, pues por encima de esto, debe primar el bienestar de las personas y comunidades que se intervienen.

Referencias bibliográficas

- Almerás, D., Bravo, R., Milosavljevic, V., Montaña, S., & Rico, M. N. (2002). Violencia contra la mujer en relación de pareja: América Latina y el Caribe. Una propuesta para medir su magnitud y evolución. *Serie Mujer y Desarrollo*, 1-50.
- Alzate, M., López, L., & Velásquez, V. (2010). Una mirada de la Rehabilitación desde la perspectiva de la profesión de enfermería. *Avances en Enfermería*, 151-164.
- American Physical Therapy Association. (2011). *Today's physical therapist: a comprehensive review of a 21st-century health care profession*. Alexandria: American Physical Therapy Association.
- Bigas Vidal, M., Bravo, L., & Contepomi, G. (2011). Proyectar el contexto: sobre la evolución reciente del concepto de rehabilitación en arquitectura. *Revista de Expresión Gráfica Arquitectónica*, 140-157.
- Borrell i Carrió, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clínica*, 175-179.

- CEPAL, N. (2012). Panorama Social de America Latina 2011. (pág. 248). CEPAL.
- CEPAL, N. (2014). Informe regional sobre la medición de la discapacidad. Una mirada a los procedimientos de medición de la discapacidad en América Latina y el Caribe. Grupo de tareas sobre medición de la discapacidad Conferencia Estadística de las Américas (CEA). (pág. 48). CEPAL.
- Cuervo Echeverri, C. (1999). La profesión de fonoaudiología: Colombia en perspectiva internacional.
- DANE. (2005). *Censo General 2005*. Colombia: Libro Censo General.
- De la Maza, L. (2007). *La rehabilitación de la "Filosofía del Derecho" de Hegel en la filosofía hermeneútica*. Revista Filosofía y teología.
- Dottor, L. (2015). El ethos de la fonoaudiología en Colombia: un análisis desde la bioética. MS thesis.
- Esquivia, C. (2015). La inclusión del concepto de discapacidad en el plan de estudios del programa de medicina. BS thesis Universidad Militar Nueva Granada.
- Fernández, A. (1989). *La rehabilitación integrada de los centros históricos: el reto urbanístico de finales de los ochenta*. Investigaciones geográficas.
- Gala, B., Romeo, A., & Pérez, R. (2006). La enfermera, profesional clave para la coordinación de la atención socio-sanitaria a personas con dependencia. *Index Enferm*, 7-9.
- Gallego Izquierdo, T. (2011). Bases teóricas y fundamentos de la fisioterapia. Medica Panamericana.
- García, J., & Gil, L. (2007). La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 51-61.
- García Sánchez, F. A. (2002). Atención temprana: elementos para el desarrollo de un integral de intervención. 39-52.
- Giulletti, J., Karcher, C., Young, M., Powell, K., Wilkie, S., & Hogg, S. (2012). *History of Physical Therapy*.
- Gómez, J., & Lantarón, S. (2007). La Clasificación Internacional de Funcionamiento como Marco de Atención a Niños y Adolescentes con Paráli-

- sis Cerebral. IX Jornadas Científicas Internacional de Investigación sobre Personas con Discapacidad, 1-12.
- Kottke, F., & Knapp, M. (1988). The Development of Physiatry before 1950. *Arch Phys Med Rehabil*, 1-11.
- Linker, B. (2013). On the Borderland of Medical and Disability History: A Survey of the Fields. *Bull Hist Med*, 499-535.
- Lozano, R. (2008). Fisioterapia y discapacidad: hacia un modelo de atención integral. *Fisioterapira*, 163.
- Mendoza, M. (1998). Reflexiones sobre humanismo y medicina: hacia la caracterización de la nueva entidad nosológica El síndrome de Hermodgenes. *Acta méd. colomb*, 130-3.
- Millán, R. (2004). Programa de rehabilitación con participación comunitaria Amazonas-Colombia.
- Montaño, J., & Peña-Hernández, P. (2014). Importancia de la formación en discapacidad para algunos profesionales de la salud en Santiago de Cali. *Rastros Rostros*, 71-76.
- Morrison, R. (2011). Conociendo a las fundadoras y “madres” de la terapia ocupacional. Una aproximación desde los estudios feministas sobre la ciencia. *TOG (A Coruña)*, 1-21.
- OMS. (2011). *Informe Mundial Sobre la Discapacidad*.
- Padilla, D. (2016). Interdicción por discapacidad mental y derecho al sufragio activo.
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: CERMI.
- Pava, R., Nora, A., & Granada, P. (2016). El surgimiento de las profesiones médicas [re] habilitadoras y la infancia: historia entretejida de tensiones teóricas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 21.
- Pontificia Universidad Javeriana. (2015). *Facultad de Medicina. Instituto de Genética Humana. Curso: Genética Clínica*. Obtenido de Disponible en: http://puj-portal.javeriana.edu.co/portal/pls/portal/!portal.wwwpob_page.show?_docname=4222077.pdf

- Ramírez-Vélez, R., Hurtado, C., & López, M. (2010). Análisis de la capacidad científica e investigativa de los profesionales en Fisioterapia de Colombia. Dificultades y oportunidades de desarrollo. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología. Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*, 37-45.
- Rodríguez, C., Reis, R., & Petroski, E. (2008). Brazilian Version of a Lifestyle Questionnaire: Translation and Validation for Young Adults. *Arq Bras Cardiol*, 92-98.
- Rosanvallón, P., & Pierre, R. (1987). *La autogestión como rehabilitación de lo político*. MATE.
- Schalock, L. (1999). Hacia una nueva concepción de la discapacidad. *Siglo Cero*, 5-20.
- Seelman, C. (2004). Tendencias en la rehabilitación y la discapacidad: transición desde un Modelo médico a un Modelo de integración. *Disability World*.
- Svietkova, L. (1979). *El aspecto sociológico de la rehabilitación de los enfermos con afasia*. Moscú: Universitaria.
- Torres, A. (2007). El aporte de la Biomecánica y la ingeniería en Rehabilitación en la Ingeniería Biomédica de la EIA-CES. *Ingeniería Biomédica*, 10-13.
- Universidad Nacional de Colombia. (2015). *Malla Curricular del Programa de Medicina*. . Obtenido de Disponible en: <http://medicina.bogota.unal.edu.co/formacion/pregrado/medicina>
- Universidad Santiago de Cali. (2015). *Grupos de Investigación Santiaguinos preocupados por el tema de la discapacidad*. Unidad de Comunicaciones. Obtenido de Disponible en: <http://usc.edu.co/index.php/noticias/item/1692-grupos-de-investigacion-santiaguinos-preocupados-por-el-tema-de-la-discapacidad>
- Vanegas García, J. H., & Gil Obando, L. M. (2007). La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. *Hacia la Promoción de la Salud*, 51-61.
- Varela, N. (2005). Rehabilitación de fauna silvestre. *Asociación de Veterinarios de Vida Silvestre*, 94.

Vergara Bize, L. (2010). Desarrollo de la Medicina Física y Rehabilitación como especialidad médica.

Wilson, D., & Ciliska, D. (1984). Life-style assessment: Development and use of the FANTASTIC checklist. *Can Fam Physician*, 1527-1532.

World Health Organization. (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud: CIF: versión abreviada.*



CAPÍTULO 3

ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD: APUESTA A LA PARTICIPACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

*Community-based rehabilitation strategy:
commitment to the participation of people with disabilities*

Paula Andrea Peña Hernández

Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia
© <https://orcid.org/0000-0002-9918-2910>
✉ paula.pena00@usc.edu.co

Claudia Daniela Espinosa Cárdenas

Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia
© <https://orcid.org/0000-0002-1560-1103>
✉ claudia.espinosa01@usc.edu.co

Esperanza Gómez Ramírez

Institución Universitaria Escuela Nacional
del Deporte - Cali, Colombia
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7610-244X>
✉ egomezr@endeporte.edu.co

Nathalia Lisbeth Cavanzo Rodríguez

Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia
© <https://orcid.org/0000-0002-3803-3997>
✉ nathalia.cavanzo00@usc.edu.co

Resumen

La Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) es una estrategia que promueve la colaboración y participación de diferentes actores para alcanzar la igualdad en las oportunidades de las personas con discapacidad. El presente capítulo desglosa el concepto de RBC iniciando con un abordaje a las cifras

Cita este capítulo / Cite this chapter

Peña Hernández, P.A.; Gómez Ramírez, E.; Espinosa Cárdenas, C. D. y Cavanzo Rodríguez, N. L. (2022). Estrategia de rehabilitación basada en la comunidad: apuesta a la participación de personas con discapacidad. En: Soto Franco, I. (ed. científica). *Discapacidad e inclusión social: evolución, modelos y tendencias investigativas*. (pp. 71-91). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

de discapacidad y su conceptualización. Presenta a la salud, la educación, la subsistencia, lo social y el fortalecimiento, como principales elementos de la RBC, identificando los aspectos que se relacionan con cada uno de ellos y la participación. Los resultados describen el contexto de la discapacidad en Colombia y el mundo, así como la relación que existe entre la discapacidad y la pobreza. La promoción de la salud se aborda como una herramienta relevante para promover la participación de las personas con discapacidad a través de diferentes acciones como, por ejemplo, la promoción de hábitos de vida sanos. Desde el ámbito de la educación, se propone el desarrollo de estrategias que promuevan entornos escolares inclusivos, desde etapas tempranas en educación formal y no formal. El mejoramiento de subsistencia enmarcado en la promoción del desarrollo de habilidades para la vida con el fin de mejorar el acceso a la vida laboral formal y mejoramiento de los ingresos de las personas con discapacidad. Finalmente, se concluye que la promoción de la participación debe darse en todos los espacios donde confluyen las personas con discapacidad, sus familias y comunidades, como una excelente estrategia de inclusión social, identificando las principales barreras y considerando las realidades de los territorios donde se encuentra la comunidad.

Palabras clave: participación de la comunidad, redes comunitarias, personas con discapacidad, responsabilidad social.

Abstract

Community-Based Rehabilitation (CBR) is a strategy that promotes the collaboration and participation of different actors to achieve equal opportunities for people with disabilities. This chapter breaks down the concept of CBR starting with an approach to disability figures and their conceptualization. It presents health, education, subsistence, social and strengthening as the main elements of CBR, identifying the aspects that relate to each of them and participation. The results describe the context of disability in Colombia and the world, as well as the relationship between disability and poverty. Health promotion is addressed as a relevant tool to promote the participation of people with disabilities through different actions such as the promotion of healthy lifestyle habits. From the field of education, the development of strategies that promote inclusive school environments is proposed, from early stages in formal and non-formal education. The improvement of subsistence framed in the promotion of the development of life skills in order

to improve access to formal working life and improvement of the income of people with disabilities. Finally, it is concluded that the promotion of participation must take place in all spaces where people with disabilities, their families and communities converge, as an excellent strategy for social inclusion, identifying the main barriers and considering the realities of the territories where the community is located.

Keywords: community participation, community networks, disabled persons, social responsibility.

Introducción

La Rehabilitación Basada en la Comunidad y de ahora en adelante RBC se define como la estrategia que promueve la colaboración entre los dirigentes comunitarios, las personas con discapacidad, sus familias y demás ciudadanos, para ofrecer igualdad de oportunidades a todas las personas con discapacidad en la comunidad (OMS, 2012). Esta estrategia cuenta con unos componentes que permiten la participación del colectivo con discapacidad en sectores como: salud, educación, social, subsistencia y fortalecimiento, que en conjunto generarán procesos comunitarios inclusivos y que se explicarán en detalle en el presente capítulo.

En el año 1994 desde diferentes organismos internacionales se empezó a gestar y consolidar la estrategia RBC (Díaz-Aristizabal, y otros, 2012). Sin embargo, en Colombia se conocen experiencias anteriores al año 2009, siendo este periodo representativo, ya que fue ahí cuando el Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social), formuló los Lineamientos Nacionales de Rehabilitación Basada en Comunidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). La RBC nace con el propósito de “reducir la pobreza y propender por el desarrollo comunitario, la igualdad de oportunidades, la integración social, la atención sanitaria y la rehabilitación” (Díaz-Aristizabal, y otros, 2012, pp. 166-167) aunque algunos aspectos de índole cultural, político, de salud, entre otros, dificulten en ocasiones su implementación.

Para el desarrollo del siguiente ejercicio se presentará el panorama general de la prevalencia de discapacidad en el mundo y en Colombia; posteriormente, se reflexionará sobre la articulación de la fisioterapia con la estrategia RBC para, finalmente, mostrar los elementos de la RBC y su articulación con la participación de las personas con discapacidad.

Acercamiento al panorama de la prevalencia de discapacidad en el mundo y en el territorio colombiano

Una de las razones primordiales para volver la mirada a la estrategia RBC se relaciona con las altas cifras de discapacidad reportadas no solo a nivel mundial sino también en territorio colombiano. En el mundo más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, es decir, alrededor del 15% de la población en el mundo (OMS, 2011).

En España, en el año 2022, el Instituto Nacional de Estadística (INE), reportó en el año 2020, mediante la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia, que de los 4,48 millones de personas que declaran tener alguna discapacidad, el 58,6% pertenecían al género femenino. El panorama por edades muestra que, las tasas de discapacidad son ligeramente superiores en los hombres hasta los 34 años, pero a partir de los 35 años, se invierte, y la diferencia se hace más notoria con el aumento de la edad. Las discapacidades más prevalentes en el género femenino se relacionaron con movilidad (68,5), vida doméstica (57,8) y autocuidado (38,0). Respecto de los hombres, movilidad (38,9), vida doméstica (31,8) y audición (24,2). (Ruiz-Calzado, 2023).

En el contexto Latinoamericano residen más de 70 millones de personas con discapacidad (CEPAL, 2014). Las características de esta población son diversas, y a ello se suman las discriminaciones que deben enfrentar y que se acentúan según el género, edad, lugar de residencia, condición socioeconómica, étnico-racial y estatus migratorio. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), se ha convertido en un avance importante en la defensa de los derechos de este grupo poblacional.

La aprobación en 2006 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), y su posterior ratificación por parte de 28 países (en muchos casos confirmada mediante la promulgación de leyes nacionales en la materia), ha implicado un avance considerable en la visibilización de los derechos de esta población. (Meresman y Ulman, 2020)

El panorama más reciente en América Latina y el Caribe, de acuerdo con datos reportados por el Banco Mundial en el año 2021, refiere que, aproximadamente 85 millones de personas tienen algún tipo de discapacidad, esta estimación equivale a un 14,7% de la población total. El informe aborda las problemáticas con relación a las personas con discapacidad, siendo las ba-

rreras físicas, legales y sociales las más prevalentes. Dichas barreras generan exclusión de las personas con discapacidad, representando una pérdida entre el 3 y 7% en el PIB de un país. (Banco Mundial, 2021).

El DANE en su informe titulado “panorama general de discapacidad en Colombia” año 2020, afirma que, existen en el país 3.134.037 personas con dificultades para realizar actividades básicas diarias (7,1% de la población del país), de quienes 1.784.372 (4,07% de la población del país) reportaron tener dificultades en los niveles de severidad 1 o 2 según la escala del Washington Group. (DANE, 2020)

El número de personas con discapacidad tenderá a aumentar en el futuro, debido al envejecimiento poblacional y a que las discapacidades se acumulan con la edad. Se espera que el número de personas de 60 años o más aumente de los 59 millones que hay en la actualidad a 196 millones para el año 2050, lo que vuelve imprescindible avanzar en políticas inclusivas. No hacerlo, indica el informe, podría poner en riesgo la sustentabilidad de largo plazo de la recuperación pospandemia. (Banco Mundial, 2021)

Estas cifras dan cuenta de que este fenómeno está en constante crecimiento y, sumado a ello, la existencia de algunas condiciones políticas, socioeconómicas y culturales, se han convertido en facilitadores para el origen de las discapacidades en el territorio colombiano. Algunas profesiones del área de la salud han aportado de manera significativa a la mitigación de estos ciclos de deterioro social y de salud en las poblaciones, tal es el caso de la fisioterapia.

Fisioterapia y su articulación con la RBC

La ley 528 de 1999 es el marco normativo que regula esta profesión en el país. La define como:

Una profesión liberar del área de la salud que orienta sus acciones al mantenimiento, optimización o potencialización del movimiento, así como a la prevención y recuperación de sus alteraciones y a la habilitación y rehabilitación integral de las personas, con el fin de optimizar su calidad de vida y contribuir al desarrollo social. (Congreso de Colombia, Ministerio de Educación Nacional, 1999, p. 1)

La rehabilitación integral es entendida como la visión holística del ser humano en todas sus dimensiones: física, psicológica y social. Es por esta ra-

zón que se considera válida la aproximación a la RBC desde la profesión de Fisioterapia, ya que esta profesión se encuentra transitando hacia un cambio de paradigma en la rehabilitación, desde los aspectos biológicos y médicos a abarcar unos aspectos más sociales contemplados en la RBC.

También se considera importante hacer énfasis en la asociación objetiva que representa la discapacidad con la pobreza. En el mundo, las personas con discapacidad tienen los más bajos resultados en aspectos de salud, educación, participación laboral, entre otros. Lo que genera tasas muy altas de pobreza, marginación, mendicidad entre otras condiciones desalentadoras. Esto es resultado de la incompetencia, falta de interés o baja incidencia política, considerados barreras que impiden la plena participación de las personas a servicios inalienables como la salud, el transporte, el trabajo, la recreación, la educación o la información (OMS, 2011).

Imagen 1. Matriz de Rehabilitación Basada en la Comunidad



Fuente: OMS. Guías para la RBC. Folleto Introducción. 2012.

De acuerdo con lo anteriormente descrito la RBC se concibe como un elemento facilitador de los procesos participativos de las personas con discapacidad. En este sentido es importante comprender el concepto de discapacidad, pues se considera un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano, las barreras que se presentan en cuanto a la actitud de las personas sin discapacidad y el entorno, las cuales impiden la plena participación en comunidad. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (OMS,

OPS, 2001), afirma que la discapacidad es un término que abarca de forma general las deficiencias, limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación, esta no solo va a depender de la condición de salud, sino también de los factores personales y ambientales.

Rehabilitación basada en la comunidad y participación

El concepto de discapacidad ha evolucionado desde el modelo médico, el cual orientaba el abordaje para catalogar la discapacidad por su deficiencia, es decir, por sus condiciones en estructuras y funciones corporales (estructuras, entendidas como las partes anatómicas del cuerpo y funciones, como la fisiología corporal), hasta la concepción actual que habla explícitamente de un enfoque de derechos humanos, esto es, se reconoce que toda personas con discapacidad debe ser participe activo de una sociedad en todos los sectores y ser incluido en situaciones vitales para su vida como la educación, la cultura, el empleo, la salud, entre otros (Hernández-Ríos, 2015).

Esta evolución ha demandado que los profesionales de la salud, y en general todos los que cuenten con alguna relación con la discapacidad, amplíen su quehacer, adicionando a los aspectos físicos, los abordajes psicológicos y sociales. Por tanto, impera la necesidad de plantear nuevas estrategias que den respuesta a las necesidades de este colectivo, y la RBC se convierte en una herramienta especial para ello.

La RBC en esencia, promueve la colaboración entre los dirigentes comunitarios, las personas con discapacidad, sus familias y otros ciudadanos involucrados para ofrecer igualdad de oportunidades a todas las personas con discapacidad en una comunidad específica. Esto se da gracias al esfuerzo conjunto de las propias personas con discapacidad, de sus familias, organizaciones y comunidades, y de los pertinentes servicios gubernamentales y no gubernamentales en salud, educación, trabajo, social, y otros (OMS, 2012).

Esta estrategia está compuesta por diversos componentes que, en conjunto, pretenden mitigar las barreras en busca de la inclusión y participación. A continuación, se hace una descripción de cada componente y sus elementos de participación para personas con discapacidad:

1. La Salud:

Se busca alcanzar excelentes servicios de salud basándose en cinco áreas claves como son: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención médica, la rehabilitación y los dispositivos de asistencia personal (OMS, 2012).

Uno de los elementos del componente de salud más debatido es la rehabilitación. Dentro de la salud, el acceso a rehabilitación integral que promueva la salud general de las personas es un derecho fundamental que se debe prestar sin discriminación alguna, según lo estipulado en varios estamentos internacionales. En este aspecto, la Organización Mundial de la Salud, afirma que: “disfrutar del más alto estándar de salud alcanzable es uno de los derechos fundamentales de todos los seres humanos, sin distinción de raza, religión, creencia política, condición económica o social” (OMS Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008).

Al interior de la estrategia de RBC se apoya a las personas con discapacidad para que alcancen el nivel más elevado de salud posible. Para esto se trabaja en las cinco áreas anteriormente mencionadas:

1) Promoción de la salud: se enfoca en modificar ciertos determinantes como las conductas de salud individual y los estilos de vida. Para esta tarea, los programas de RBC no demandan del empleo de tecnología, equipos o medicamentos costosos que promuevan la salud, ya que se puede realizar básicamente con campañas derivadas de los recursos que se encuentran en la misma comunidad donde se promueve la estrategia; 2) Prevención de la enfermedad: se basa principalmente en la prevención primaria; ya que es la medida inicial para evitar la aparición de enfermedades. El objetivo es asegurar que tanto las personas con y sin discapacidad, accedan a servicios que promuevan la salud y prevengan enfermedades. Este propósito se fundamenta en lo expuesto por la Organización Mundial de la Salud, donde afirma que “la carga global de las patologías tendría una reducción significativa si se diera mejor uso de la promoción y la prevención primaria” (OMS, 1978); 3) Atención médica: definida “como la identificación, evaluación y tratamiento de condiciones de salud o deficiencias resultantes” (OMS, 2012). En ella, la RBC tiene como objetivo asegurar el acceso a diferentes servicios que deben ser prestados de forma adecuada y oportuna dentro de las comunidades o en zonas cercanas a todas las personas con y sin discapacidad; esto, con el fin de identificar, prevenir, reducir o corregir condiciones de salud; 4) Rehabilita-

ción: tiene el objetivo de brindar acceso a los servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad, donde se promueve el bienestar general, la inclusión y participación. Y 5) Dispositivos de asistencia personal: definidos como “aparatos diseñados, fabricados o adaptados para asistir a una persona a hacer una tarea en particular”. El objetivo desde RBC es permitir que las personas con discapacidad accedan a estos dispositivos que permiten mayor autonomía, participación e inclusión. Del mismo modo, se debe facilitar la reparación o el reemplazo de estos.

La salud y los elementos de participación

Dentro de los elementos de participación de personas con discapacidad en el componente salud de RBC, se pueden identificar los siguientes:

Desde la promoción se abordan las temáticas que afectan el estado de salud y se proponen una serie de actividades que permitan influir en una buena salud como, el apoyo a las campañas de promoción, fortalecimiento de los conocimientos y destrezas personales, capacitando a la persona con discapacidad y su familia en la conservación de un estilo de vida sano. De igual forma, se pretende familiarizar a las personas a los programas de promoción de la salud, permitiendo la integración en los grupos de autoayuda, donde se debaten experiencias, situaciones o problemas que se presentan en comunidad (OMS, 2012).

Un aspecto de gran importancia consiste en educar a los proveedores de servicios de salud, precisando sobre el trato respetuoso hacia las personas con discapacidad evitando la discriminación y exclusión. Otra actividad que permite la participación es creando grupos de apoyo que se conviertan en organizaciones promotoras de salud y se generen alianzas para el reconocimiento de derechos (OMS, 2012).

En la prevención se promueve el comportamiento y estilos de vida sanos. Así como el acceso a programas de nutrición adecuada e inmunización. También se incluye el uso del agua potable, la prevención de lesiones o el agravamiento de las mismas. Mientras que, desde la atención médica, se requiere conocer sobre los servicios médicos disponibles en todos los niveles de atención, que permitan la identificación temprana de alteraciones en la salud, facilitando un tratamiento médico o quirúrgico anticipado (OMS, 2012).

En la rehabilitación se requiere la identificación de las necesidades a través de procesos evaluativos, que sirven para identificar necesidades comunes

entre profesionales o especialistas en el tratamiento del individuo, con el fin de brindar una atención multi o interdisciplinar. De igual forma y como complemento se realizan orientaciones educativas en intervenciones de rehabilitación (OMS, 2012).

Por último, en cuanto a los dispositivos de asistencia personal, la RBC sugiere capacitar al personal sobre las características, usos y formulación, dependiendo del tipo y del grado de discapacidad. Esto permite mayor autonomía individual e inclusión familiar en la rehabilitación gracias a la eliminación de las barreras del ambiente. Es importante precisar que en Colombia se reporta bajo acceso a estos dispositivos o usos inadecuados (Saray, 2011).

2. Educación:

Se brinda desarrollo académico y social aplicando el aprendizaje de Braille, lenguaje de señas, entre otros, para facilitar el acceso a ambientes educativos regulares. La RBC entiende la educación como un proceso que inicia en la familia, pasa por la comunidad y la sociedad, y se fundamenta en las instituciones dispuestas para tal fin. Una de las principales barreras para acceder a una educación inclusiva es la pobreza, generando con ello, marginación y discriminación. Por estas y otras razones, los programas RBC tienen como objetivo la adquisición de conocimientos permanentes, que desarrollen el potencial y la participación efectiva de las personas con discapacidad en la sociedad (OMS, 2012).

Para lograr este objetivo, se destacan cinco elementos que son: 1) La atención a la infancia temprana y educación: la cual abarca desde el nacimiento hasta los ocho años de vida. Esta etapa, es tal vez la edad más importante, debido a que en los primeros años de vida el cerebro recibe toda clase de estímulos que incrementan su desarrollo y permiten un adecuado aprendizaje.

Es indispensable para lograr los propósitos trazados en RBC, que se identifiquen las familias con niños con discapacidad para realizar un trabajo cercano y colaborativo, estableciendo fundamentos de base para las actividades en la vida del pequeño; 2) Educación primaria: considerada la base para acceder a niveles educativos superiores. En RBC se tiene contemplada como meta para el año 2015 que:

“Los niños y niñas por igual de todo el mundo, puedan completar la educación primaria. Para lograr esto, es necesario que los sistemas educativos capaciten a los maestros, construyan aulas, mejoren la calidad de la educación, remue-

van las barreras a la asistencia, por ejemplo, tarifas y falta de transporte; así como, atender las inquietudes de las madres y padres sobre la seguridad de sus niños” (OMS, 2012).

Con base en lo anterior, el objetivo es desarrollar un sistema de educación primaria acogedor e inclusivo, donde los programas de RBC apoyen creando escuelas locales completamente inclusivas para los niños y niñas con discapacidad; 3) Educación secundaria y superior: el objetivo está encaminado a brindar las oportunidades para aprender, adquirir destrezas y experiencias que faciliten las oportunidades de subsistencia para las personas con discapacidad. Para lograr esto, la RBC facilita el acceso y participación de estudiantes en ambientes de aprendizaje accesibles y flexibles; 4) Educación no formal: entendida como la educación que se brinda por fuera del sistema escolar formal, donde están indicadas una amplia gama de iniciativas educativas en la comunidad. Es considerada la segunda mejor opción; ya que brinda una educación de mejor calidad que las escuelas formales. Como objetivo, las personas con discapacidad desarrollan destrezas y conocimientos que ayudan a mejorar la calidad de vida y donde los programas de RBC facilitan el acceso hacia este tipo de oportunidades de educación; Finalmente, 5) El aprendizaje permanente: que es el complemento a todas aquellas actividades educativas que se realizan de manera continua a lo largo de la vida. Para lograr esto, los programas de RBC brindan educación continua para prevenir la exclusión social, la marginación y el desempleo de las personas con discapacidad (OMS, 2012).

La educación y los elementos de participación

Con la educación se logra que las personas aprendan lo que desean y necesitan a lo largo de su vida según sus capacidades. Esto les permite a los individuos, independientemente de su condición, alejarse de la pobreza, la marginación y la discriminación. En este aspecto, la estrategia de RBC propone una serie de actividades de participación desde la infancia temprana hasta la educación no formal. Para ello, se requiere que sean identificadas las necesidades de la primera infancia, que se cuenten con servicios especializados y accesibles para niños con discapacidad, y que se busque integrar a la comunidad en todo el proceso que parte desde el hogar.

La educación primaria es la base de los siguientes procesos formativos. Esto es bien comprendido en RBC, por lo que se pretende que la inclusión escolar se lleve a cabo en ambientes de aprendizaje acordes a las necesidades, haciendo que la escuela sea un lugar acogedor donde el niño se sienta apoyado

y sus derechos respetados. Al mismo tiempo, es deber de la familia garantizar que el niño asista a la escuela e informar sobre todas aquellas barreras físicas y actitudinales que impiden su plena participación.

El acceso a la educación secundaria y superior es muy limitado en Colombia. Esto representa menores posibilidades de empleo dignamente remunerados, debido a que aún persiste la idea de que las deficiencias y limitaciones representan improductividad. En estos casos, el apoyo de la familia es primordial, pues se pueden evitar procesos de deserción escolar mediante el acceso a maestros itinerantes, que enseñen destrezas, permitiendo la participación en comunidad de las personas, basado en un ambiente de aprendizaje inclusivo. El aprendizaje debe ser constante, buscando ampliar los conocimientos y las destrezas adquiridas. Aquí la RBC identifica oportunidades de alfabetización y educación continua, permitiendo realizar transiciones de escuelas no formales a formales, facilitando con ello la supervivencia y la inclusión social.

3. Subsistencia:

El cual brinda oportunidades a las personas con discapacidad para que obtengan un empleo y con ello satisfagan sus necesidades. El componente de subsistencia es tan importante como los otros; ya que contribuye a eliminar la pobreza mediante la capacitación y búsqueda de una actividad laboral que permita la satisfacción de necesidades básicas. Pese a estas consideraciones, el derecho al trabajo a menudo es violado y las personas con discapacidad se enfrentan a muchas barreras para encontrar y mantener un trabajo. Sin embargo, el propósito de los programas de RBC es conceder acceso a medidas de protección social, que permitan la consecución de ingresos suficientes para llevar una vida digna y económicamente independiente, aportando a sus familias y comunidades.

La RBC facilita el acceso a la adquisición de conocimientos y habilidades que desarrollen destrezas necesarias para participar en actividades económicas y que se pueda acceder a oportunidades de trabajo dignas. Otro elemento es el trabajo por cuenta propia. Esto derivado de la imposibilidad cada vez mayor de encontrar un trabajo en el sector formal, ocasionado a su vez por la falta de educación, así como, por las actitudes negativas por parte de los empleadores. Para esto, el propósito de los programas de RBC es permitir el acceso al desarrollo de destrezas, con el objetivo de generar oportunidades de subsistencia mediante el autoempleo, es decir, posibilitando en la perso-

na un auto sostenimiento que le evite depender económicamente de un empleo remunerado, sin excluir esta posibilidad como una manera de generar ingresos.

Otro elemento es el trabajo remunerado, el cual se da en mayor medida en la economía formal. Aquí se requiere la adquisición de destrezas y de educación integral para la consecución de trabajos pagados, que permitan a las personas con discapacidad y sus familias, escapar de la pobreza. En relación con el elemento definido como servicios financieros, se facilita el acceso a líneas de crédito para la adquisición de un inmueble o servicio, gracias a las entidades encargadas como bancos y cooperativas; su objetivo es la sostenibilidad económica individual y familiar, buscando generar un negocio propio.

Para finalizar, está el elemento de protección social, el cual brinda una red de seguridad para proteger a las personas contra la pobreza, pérdida o falta de ingresos, enfermedad, discapacidad y ancianidad. Para ello, los programas de RBC facilitan el acceso de las personas con discapacidad a beneficios ordinarios o beneficios específicos para el disfrute de la vida. Entre los derechos que se describen para que las personas cuenten con protección social, se mencionan los siguientes:

1. Acceso al agua potable.
2. Acceso a seguridad alimentaria.
3. Acceso a servicios, dispositivos y otras medidas para las necesidades relacionadas con la discapacidad.
4. Acceso a la protección social y programas para reducir la pobreza.
5. Acceso de las personas con discapacidad y sus familias, que viven en pobreza, a asistencia del Estado con cobertura para gastos relacionados con la discapacidad, incluyendo capacitación, orientación, asistencia financiera y facilidades adecuadas para reposo.
6. Acceso a programas de vivienda pública.
7. Igualdad de acceso para las personas con discapacidad a beneficios y programas de jubilación.

La Subsistencia y los elementos de participación

Los niños con discapacidad se enfrentan a barreras en la educación, los jóvenes en capacitación y los adultos en encontrar y mantener un trabajo decente. El trabajo es un medio por el cual se reduce la pobreza y se mejora la calidad de vida de las familias. Estas razones hacen que la subsistencia sea parte de la Rehabilitación Basada en la Comunidad, ya que permite asegurar que tanto los jóvenes como los adultos con discapacidad, desarrollen autoconfianza y fortalecimiento mediante actividades de inclusión social, adquieran destrezas con el fin de mejorar la economía familiar y las condiciones de vida y, finalmente, adquieran dispositivos de asistencia personal (Gracias a los recursos económicos de un empleo o autoempleo) haciendo adaptaciones ambientales que le faciliten la vida.

Para conseguir todo esto se debe: promover la capacitación en el hogar, acceder a la educación básica, contribuir al desarrollo de destrezas empresariales (facilitando la capacitación en instituciones ordinarias o especializadas), entre otras. De igual forma, se debe identificar las oportunidades del mercado, facilitar el acceso a capital inicial, promover el ahorro y facilitar el acceso a los servicios financieros ordinarios. Todo esto sumado al constante apoyo de los profesionales, permitiendo que las personas con discapacidad participen activamente en comunidad.

4. Social:

Brinda la oportunidad de participar en las actividades sociales a la vez que permite el desarrollo personal. Se influye en la identidad, autoestima, calidad de vida y condición social de la persona con discapacidad. Este elemento es de vital importancia ya que, en el pasado, muchos de los programas de RBC enfatizaban su contenido en los aspectos relacionado con la salud, pasando por alto las necesidades sociales de estos individuos. Este es el caso de las actividades recreativas, deportivas, culturales, judiciales, entre otras, las cuales se asumió que no eran necesarias para el colectivo con discapacidad. Para cambiar este pensamiento, los programas de RBC aseguran la participación plena de estos sujetos y sus familias en la vida social, como una evolución a un enfoque de derechos donde todas las personas independientes de sus condiciones deben ser tratadas con equidad e igualdad en una sociedad.

Este componente habla de elementos comunes como: 1) **La asistencia personal:** entendida como “el apoyo a una persona con discapacidad en levantarse y acostarse cuando desea, comer lo que desea o cuándo lo desea,

completar actividades domésticas, asistir a eventos sociales fuera del hogar, acceder a la educación, ganarse un ingreso y cuidar la familia” (OMS, 2012). La asistencia personal no es sólo apoyar en sus tareas particulares íntimas. Puede incluir una variedad de tareas en diferentes ambientes como escuelas, sitios de trabajo y comunidades, entre otras. Por ejemplo, para viajar, comprar e ir al banco; **2) Las relaciones, matrimonio y familia:** “son el fundamento de toda comunidad. Las familias son universalmente reconocidas como una fuente importante de apoyo y seguridad. Pueden brindar ambientes seguros y estables para que cada miembro crezca y se desarrolle a lo largo de las diferentes etapas de la vida desde el nacimiento hasta la ancianidad” (OMS, 2012, p. 19). En este aspecto es importante mencionar que las personas con discapacidad tienen el mismo derecho de formar una familia, a establecer relaciones, casarse o ser padres, según lo escojan. Así pues, es preciso mencionar que desde el año 2017 se presentó un proyecto de ley en Colombia que busca devolverles la capacidad jurídica a las personas con discapacidad para que, como cualquier otro ciudadano, puedan decidir sobre los diferentes aspectos de sus vidas, entre ellos a formar una familia (Vallejo-Jimenez, Hernández-Ríos, & Posso-Ramírez, 2017); **3) Cultura y artes:** El concepto cultura en este caso se usa para referirse a la forma de vida de un grupo de personas. Así,

La cultura incluye muchas cosas como el vestido, los alimentos, el idioma, los valores y creencias, la religión, los rituales y las prácticas. Las artes también están muy relacionadas con la cultura, y pueden incluir la pintura, la música, la danza, la literatura, el cine y la fotografía (OMS, 2012).

Hay muchas maneras en las que las personas con discapacidad pueden ser incluidas en la vida cultural y artística de sus familias y comunidades. Pueden ser participantes activos, por ejemplo, produciendo, dirigiendo, escribiendo y realizando; también, pueden ser participantes pasivos, por ejemplo, disfrutando un drama, mirando una película o vistiendo ropa tradicional. **4) Recreación, esparcimientos y deportes:** la participación en actividades recreativas, de esparcimiento y deportivas puede ser una de las pocas oportunidades de involucrarse en la vida de la comunidad, más allá de sus familias inmediatas.

Como sucede con la cultura y las artes, las personas con discapacidad pueden escoger participar activamente, por ejemplo, como miembros de un equipo de baloncesto o, pasivamente, como espectadores de un partido de fútbol (OMS, 2012). Los beneficios de participación en este tipo de actividades, es-

tán relacionados con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, desarrollo de destrezas, aumento de la concientización, reducción del estigma y mejora de la inclusión social y el fortalecimiento de las personas, influyendo positivamente en la autoestima y confianza propia; y finalmente, **5) La Justicia:** si a una persona con discapacidad se le ha negado el derecho a trabajar, podría recurrir al sistema judicial para buscar una solución.

Muchas personas que pertenecen a grupos en desventaja, incluyendo las personas con discapacidad, se enfrentan con barreras al tratar de obtener justicia. Si no tienen justicia sus voces no serán escuchadas y no podrán ejercer sus derechos, combatir la discriminación o hacer responsables a quienes toman las decisiones y, como resultado, se hacen más vulnerables y marginados” (OMS, 2012).

Todos estos elementos como ser incluido activamente en la vida social de la familia y la comunidad, son importante para el desarrollo personal e influye considerablemente en la identidad, autoestima, calidad de vida y condición social de la persona.

Componente social y los elementos de participación

En este componente se habla de elementos de participación básicos como levantarse, realizar actividades en el hogar, casarse, familia, cultura, arte, recreación, deporte e incluso hasta unos más complejos como el acceso a la justicia. Para garantizar la plena participación de las personas con discapacidad en el componente social, se deben realizar trabajos conjuntos con organizaciones de personas con discapacidad, instituciones públicas y privadas con el apoyo del Estado; esto con el fin de brindar la asistencia y apoyo tanto individual como colectivo según la edad y el género, así como el contexto social y cultural. De este modo, se combate el estigma, prejuicio, discriminación y exclusión.

Lo cultural incluye actividades de participación cotidianas como las creencias, religión, valores, entre otros. De igual forma, se puede ser participe en la pintura, la música, danza, cine y literatura, de modo pasivo o activo. El participar en estas actividades promueve el cambio social, ya que son alternativas para conseguir el desarrollo de una habilidad, que le brinda la posibilidad de obtener incluso beneficios económicos. Lo mismo, puede suceder con el deporte y la recreación. Por estos motivos se debe facilitar la participación, así como el desarrollo y el apoyo a programas específicos de discapacidad.

En cuanto a la justicia, todas las personas requieren en algún momento acceso a los sistemas, los procedimientos y lugares destinados para la administración de justicia para hacer valer sus derechos. En este componente es importante mencionar que hay dos elementos de participación: tener derecho y tener obligaciones. Las personas con discapacidad son poseedores de derechos, así como todos los seres humanos. Según la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad 2006, se ratifican los derechos de las personas a contar con salud, educación, oportunidades de subsistencia, a la tierra, a la vivienda y a la participación política, entre otros. Pero a la vez, las personas y organizaciones tienen la obligación de respetar esos derechos, por ejemplo, dentro de los actores llamados a respetarlos está el Estado, las entidades o personas particulares como organizaciones no gubernamentales, dirigentes religiosos, madres y padres, entre otros.

5. Fortalecimiento:

“Se enfoca en la importancia de fortificar a las personas en situación de discapacidad, sus familias y comunidades facilitando la inclusión de la discapacidad en cada sector y asegurar que todas las personas son capaces de acceder a sus derechos y beneficios” (OMS, 2012). En este componente se promueven cambios con respecto al pensamiento tradicional, indicando un distanciamiento con el modelo médico, y mostrando un nuevo camino hacia un modelo inclusivo fundamentado en la comunidad.

Para conseguir esto, el objetivo de la RBC es promover, apoyar y facilitar la participación activa de estos individuos y sus familias en la toma de decisiones, y en asumir también, las consecuencias y responsabilidades. En los elementos que conforman este componente, está el de defensa y comunicación. En él se busca que las personas se defiendan y hablen por si solas y sean escuchadas o tenidas en cuenta en temas relacionados con la condición en la que viven. Los programas de RBC ayudan a desarrollar destrezas en defensa de los derechos y la comunicación, asegurando apoyo y oportunidades en la toma de decisiones en favor de sus necesidades.

Otro de los temas de este componente es la movilización comunal, la cual es el “proceso de reunir la mayor cantidad posible de interesados, para aumentar la sensibilización sobre un programa en particular y su demanda, para ayudar en la entrega de recursos y servicios, y fortalecer la participación comunitaria para la sostenibilidad y autosuficiencia” (OMS, 2012. P. 65). El objetivo de este elemento es remover las barreras promoviendo un rol activo

en lo referente a la inclusión propia y de sus familias. Para ello, los programas de RBC movilizan a la comunidad, procurando que esta apoye este tipo de iniciativas y generando en estas, actitudes y comportamientos positivos hacia los individuos.

En la participación política se “incluye una amplia gama de actividades con las cuales las personas desarrollan y expresan sus opiniones críticas sobre el mundo y su gobierno; y con las que tratan de participar e influir en las decisiones que afectan sus vidas” (OMS, 2012). En ella, pueden participar todo tipo de personas, incluyendo a las que tienen o no una discapacidad. Según lo estipulado en el artículo 29, de la Convención Sobre Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad de 2006: ...los estados parte garantizarán a las personas con discapacidad los derechos políticos y la posibilidad de gozar de ellos en igualdad de condiciones con los demás. (Tesón IV, 2006). Basado en estas razones, los programas de RBC aseguran conocimientos en política a las personas con discapacidad con el objetivo de generar la participación política y la vida pública por igual.

Otro de los puntos destacados de este componente, son los grupos de autoayuda, en donde las actividades van más allá del individuo motivando a las personas con discapacidad y sus familias a formar, unirse a y participar en grupos de autoayuda. La participación en estos grupos puede mejorar la presencia de las personas con discapacidad dentro de sus comunidades, brindarles apoyo mutuo, motivarlas a compartir recursos y encontrar soluciones juntas, y mejorar la confianza y la autoestima.

Por último, están las organizaciones de personas con discapacidad, las cuales son principalmente, organizaciones de defensa de los derechos que trabajan en los niveles regionales, nacionales e internacionales, para cambiar políticas y asegurar la igualdad de derechos y de oportunidades para las personas con discapacidad. Estas organizaciones usualmente tienen una estructura formal y participan en una amplia gama de actividades, incluyendo la defensa de los derechos propios y la representación. En las comunidades donde coexisten los programas de RBC y las organizaciones de personas con discapacidad se necesita trabajar unidos. Y donde no existen organizaciones de personas con discapacidad, los programas de RBC deben apoyar su formación a nivel comunal.

Fortalecimiento y los elementos de participación

Se enfoca en la importancia de fortalecer a las personas con discapacidad, sus familias y comunidades, al tiempo que se facilita la inclusión en cada sector social. Aquí toma gran relevancia la participación con organizaciones de personas con discapacidad, debido a que en ellas se promueve la defensa de sus derechos e influyen en la toma de decisiones. Otro aspecto destacado de participación en este componente es ser participe y hacer contribuciones a niveles diferentes. Por ejemplo, a nivel doméstico pueden participar en actividades como cuidar de algún miembro de la familia, pastorear animales, ir a buscar agua, cocinar, limpiar; a nivel comunal pueden brindar apoyo de los pares a personas que recién experimentan la discapacidad y pueden participar como miembros de un grupo u organización. (OMS, 2012). Sin embargo, es esencial que los programas de RBC sean realistas acerca del nivel de participación que es prácticamente posible para las personas con discapacidad que viven en las comunidades pobres y que las actividades se diseñan considerando las barreras potenciales.

Referencias bibliográficas

Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial (2021).

La inclusión de las personas con discapacidad, clave para el desarrollo sostenible de América Latina y el Caribe. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2021/12/02/la-inclusion-de-las-personas-con-discapacidad-clave-para-el-desarrollo-sostenible-de-america-latina-y-el-caribe>

CEPAL, ONU. (2014). “Informe regional sobre la medición de la discapacidad.

Una mirada a los procedimientos de medición de la discapacidad en América Latina y el Caribe. Grupo de tareas sobre medición de la discapacidad Conferencia Estadística de las Américas (CEA). Recuperado el Marzo de 2021, de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/36906-informe-regional-la-medicion-la-discapacidad-mirada-procedimientos-medicion-la>.

Congreso de Colombia. Ministerio de Educación Nacional. (1999). Ley 528 de 1999. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia, se dictan normas en materia de ética profesional y otras disposiciones. Bogotá.

- DANE. (2020). Panorama general de la discapacidad en Colombia. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/Panorama-general-de-la-discapacidad-en-Colombia.pdf>
- Díaz-Aristizabal, U., Sanz-Victoria, S., Sahonero-Daza, M., Ledesma-Ocampo, S., Cachimuel-Vinueza, M., & Torrico, M. (2012). Reflexiones sobre la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC): la experiencia de un programa de RBC en Bolivia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1), 167-177. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63020622018>.
- Hernández-Rios, M. (2015). El Concepto de Discapacidad: De la Enfermedad al Enfoque de Derechos. *Revista CES Derecho*, 6(2), 46-59.
- Meresman, S. y Ullmann, H. (2020). COVID-19 y las personas con discapacidad en América Latina: mitigar el impacto y proteger derechos para mañana, serie Políticas Sociales, N° 237.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Lineamientos Nacionales de Rehabilitación basada en la comunidad - RBC*. Recuperado el Febrero de 2021, de <https://discapacidadcolombia.com/phocadownloadpap/GOBIERNO/lineamientos-nacionales-rbc.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, (OMS) F.d. (1978). *Conferencia Internacional sobre APS, Alma Ata, Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia*.
- OMS, OPS. (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF*. Madrid.
- OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). *Resumen analítico del informe final. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*.
- OMS. (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Malta: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el Marzo de 2021
- OMS. (2012). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el Octubre de 2020, de Guía para la rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC).: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44809/9789243548050_Salud_spa.pdf;jsessionid=50664E52E8A0C4FDC25A5660E15B2C53?sequence=3

- Ruiz-Calzado, I. (2023). Experiencias de ocio en organizaciones socioeducativas de personas con discapacidad y su contribución a los ODS. *TECHNO REVIEW. International Technology, Science and Society Review/Revista Internacional de Tecnología, Ciencia y Sociedad*, 13(3), 1-9.
- Tesón IV. (2006). *La Convención ONU de 13 de diciembre de 2006: impulsando los derechos de las personas con discapacidad/The UN Convention of 13th December 2006: promoting the rights of disabled people*. *Comunitania* 2011(1):113-128
- Saray, P. (2011). *Ergonomía Dirigida Al Factor Social Del Diseño: Objetos Y Ayudas Técnicas Para La Población En Condición De Discapacidad*. *IconoFacto*, 7(8).
- Vallejo-Jimenez, G. A., Hernández-Ríos, M., & Posso-Ramírez, A. (2017). La capacidad jurídica de las personas con discapacidad en Colombia y los nuevos retos normativos. *Revista CES Derecho*, 8(1), 3-21.



CAPÍTULO 4

FACTORES ASOCIADOS A LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN POBLACIÓN CON PARÁLISIS CEREBRAL: UN ENFOQUE MULTINIVEL

Factors associated with the practice of physical activity in population with cerebral palsy: a multilevel approach

Lina Marcela Rincón Ortiz

Universidad Nacional de Colombia - Bogotá, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0002-8922-6190>

✉ lmrincono@unal.edu.co / lrinconoft@gmail.com

Lady Marcela Núñez Quintero

Laboratorio de análisis de movimiento MovyLab - Bogotá, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0003-1108-4249>

✉ lmnunezq@gmail.com

Diana Alexandra Camargo Rojas

Universidad Nacional de Colombia - Bogotá, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0003-0922-1603>

✉ dacamargor@unal.edu.co

dacamargor@gmail.com

Resumen

El presente estudio busca determinar los factores que influyen en la práctica de actividad física (AF) por parte de la población con Parálisis Cerebral (PC) entre las edades de 10 y 17 años de la ciudad de Bogotá desde un enfoque multinivel. Para cumplir con este objetivo se llevó a cabo un estudio de in-

Cita este capítulo / Cite this chapter

Rincón Ortiz, L. M.; Camargo Rojas, D. A. y Núñez Quintero, L. M. (2022). Factores asociados a la práctica de actividad física en población con parálisis cerebral: un enfoque multinivel. En: Soto Franco, I. (ed. científica). *Discapacidad e inclusión social: evolución, modelos y tendencias investigativas*. (pp. 93-124). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

investigación mixto basado en los determinantes sociales de la salud, con metodología transversal y narrativa para la identificación de factores dentro de la lectura de necesidades. El estudio involucró a 22 sujetos de entre 10 y 17 años que se caracterizaron sociodemográficamente y cuya condición física para la salud se evaluó mediante el Brockport Physical Fitness Manual Test (BPFT) y se analizó mediante el Statistical Package for the Social Science (SPSS). Desde el punto de vista cualitativo se desarrollaron entrevistas semiestructuradas relacionadas con AF y CP con padres, docentes y entidades públicas, las cuales fueron analizadas con el programa Atlas.Ti 8 para el cruce categórico de información. Como parte de los resultados se identificaron barreras a la participación, como factores personales, sociales y contextuales, desconocimiento de los conceptos de PC, participación, AF, profesionales no capacitados, brechas en las redes de apoyo, mala comunicación con las entidades distritales, ambientes poco accesibles y adaptados y escaso acceso a los servicios de salud. Gracias al cruce categórico de información se encontró que la participación periódica en actividades recreativas-deportivas mínimo 3 veces a la semana permite la mejora en la salud, lo cual se refleja en su ubicación en “Zonas Saludables Adaptadas” del BPFT. Finalmente, la AF está directamente relacionada con los procesos de participación e independencia. En conclusión, es necesario incluir temas relacionados con la discapacidad en los programadores de formación universitaria. El acceso a redes de apoyo como “Familia - Escuela” asegura una mejor participación en AF y por ende una mejor condición física para la salud de la población con PC.

Palabras Clave: DECS. actividad motora, parálisis cerebral, determinantes sociales de la Salud.

Abstract

The present study determined the factors that influence the practice of physical activity (PA) by the population with Cerebral Palsy (CP) between the ages of 10 and 17 in the city of Bogotá from a multilevel approach. To meet this objective, a mixed research study was carried out based on the social determinants of health, with a cross-sectional and narrative methodology for the identification of factors within the reading of needs. The study involved 22 subjects aged 10 to 17 years who were characterized sociodemographically and whose physical fitness for health was assessed using the Brockport Physical Fitness Manual Test (BPFT) and analyzed using the Statistical Package for the Social Science (SPSS). From a qualitative point of view, semi-structured interviews related to

AF and PC were carried out with parents, teachers and public entities, which were analyzed with the Atlas.Ti 8 program for the categorical crossing of information. As part of the results, barriers to participation were identified, such as personal, social and contextual factors, lack of knowledge of the concepts of PC, participation, FA, untrained professionals, gaps in support networks, poor communication with district entities, environments little accessible and adapted and little access to health services. Thanks to the categorical crossing of information, it was found that regular participation in recreational-sports activities at least 3 times a week allows for improvement in health, which is reflected in their location in “Adapted Healthy Zones” of the BPFT. Finally, AF is directly related to the processes of participation and independence. In conclusion, it is necessary to include issues related to disability in university-trained programmers. Access to support networks such as “Family - School” ensures a better participation in PA and therefore a better physical condition for the health of the population with CP.

Keywords: motor activity, cerebral palsy, social determinants of health

Introducción

Colombia, de acuerdo con el censo, el Informe Regional Sobre la Medición de la Discapacidad en América Latina y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, para el año 2005 contaba con un total de 2.624.898 personas en condición de discapacidad siendo un equivalente al 6.3% de la población total. De acuerdo con García (2010) Colombia cuenta con una prevalencia de niños con algún tipo de discapacidad de 1 a 2 casos por cada 1000 nacidos vivos (Martínez et al, 2013). Para el año 2010 el DANE refiere que Bogotá, por su parte, cuenta con 189.177 personas en condición de discapacidad, de las cuales 2270 son menores de 3 años, 2901 se encuentra en edades entre 3 y 4 años y 8.286 con edades comprendidas entre los 5 a 9 años, lo que representa que un 2.7 a un 7.1% aproximadamente de la población de primera infancia se encuentra en condición de discapacidad; aun así en la actualidad no se cuenta con estadísticas específicas enfocadas a la población con parálisis cerebral.

La parálisis cerebral (PC) se describe como un grupo de trastornos del desarrollo que afectan el movimiento, el tono muscular o la postura, y que depende de la ubicación y la severidad de la lesión a nivel cerebral. Además de las alteraciones neuromotoras y del desarrollo, las personas con PC pueden

presentar poca participación en diferentes actividades, como en las actividades recreo-deportivas y la práctica de la actividad física, lo cual puede estar asociado a las limitaciones en la movilidad, seguridad y funcionalidad de esta población, así como la presencia de comorbilidades (Maltais et al., 2014) y de barreras actitudinales, presentes por los imaginarios instaurados frente a la discapacidad.

Debido a las alteraciones estructurales y funcionales que condicionan las posibilidades del movimiento de la población infantil con PC, la asociación con problemáticas de salud global como el sedentarismo, sobrepeso y bajos niveles de actividad física, son una de las principales características de la persona con Parálisis Cerebral. Donde se ha evidenciado que población con Parálisis que puede caminar (con o sin apoyo) es 30% menos activa y casi el doble de sedentaria que la población infantil típica (Maltais et al., 2014), lo que significa una pérdida de las capacidades físicas por la falta de procesos de habilitación y rehabilitación basados en el entrenamiento físico.

Teniendo en cuenta las necesidades de esta población relacionadas en primera instancia con los niveles de dependencia motriz, la importancia en el desarrollo de capacidades motrices para una adecuada aptitud física es de gran relevancia para el desarrollo de las actividades cotidianas, por lo que el trabajo de dichas habilidades se convierte en una prioridad, la cual se relaciona directamente con adecuados niveles de calidad de vida de esta población (Sandoval & Burbano 2015). Sin embargo, esto no se cumple a cabalidad, y lo que nos muestra es una marcada problemática de salud donde se pueden ver alteraciones en la capacidad cardiorrespiratoria y aumentos en riesgos metabólicos atribuidos a bajos niveles de actividad física (Ryan et al., 2015).

Para comprender de qué manera la actividad física y el deporte representan un factor importante en la población con discapacidad es fundamental partir de los primeros esfuerzos de la realización de actividad física o deporte adaptado en población en condición de discapacidad, los cuales consisten, desde un principio, en un acercamiento de la actividad física dentro de los programas de rehabilitación y más específicamente para la población con “limitaciones físicas”. Como primer referente se encuentran las actividades adaptadas planteadas para las personas en condición de discapacidad después de la finalización de la segunda guerra mundial debido a la gran cantidad de soldados lesionados (Zucchi, 2001). Desde allí, los esfuerzos del deporte adaptado en el ámbito sanitario, como el realizado por Ludwig Guttmann en el Hospital de Stoke Mandeville en Inglaterra en los años cuarenta,

introduce la realización de disciplinas deportivas dentro de los procesos de rehabilitación de personas en condición de discapacidad física (Pérez et al., 2012), permitiendo así nuevas formas de restablecer un bienestar psicológico, adecuado uso del tiempo libre e impactos positivos en los procesos de rehabilitación para la inclusión social de dicha población a la sociedad.

Posteriormente, la realización de actividades adaptadas permitió la identificación y posterior planteamiento de soluciones individuales adecuadas al contexto de la discapacidad; de esta forma, la especialización de los conceptos de deporte de acuerdo con cada tipo de discapacidad fue abriendo campos de investigación (Pérez et al., 2012). A pesar de esto, investigaciones realizadas revelan que una de las problemáticas de salud presente en la población con discapacidad es la no realización de actividad física habitual, ejercicio físico o deporte adaptado, asociado a múltiples barreras/limitaciones personales y del entorno intervinientes en la población con parálisis cerebral; además, se suman otros factores impuestos por los cuidadores como la sobreprotección, donde los familiares restringen la realización de actividad física bajo la premisa de mantener la seguridad de esta población (Benites, 2012).

Con relación a parálisis cerebral, la primera vez que se generó una descripción de uno de los trastornos englobados en la parálisis cerebral fue en 1860 cuando el Doctor William Little identificó un trastorno a temprana edad que comprometía la rigidez muscular, lo actualmente conocido como una Diplejía espástica; este fue el primer paso para empezar todos los estudios relacionados con la Parálisis cerebral (PC), término establecido en el año 1868 (Madrigal, 2007). Con relación a la práctica de la actividad física, algunos autores plantean que la población con PC presenta inactividad física (Sherrill, 1993); así mismo, se observan niveles de salud por debajo de los parámetros esperados en comparación con sus pares que no se encuentran en condición de discapacidad. Igualmente, es importante mencionar que la obesidad, una de las principales enfermedades no transmisibles en esta población, representa uno de los riesgos de mayor impacto dentro de las enfermedades coronarias, enfermedades metabólicas y osteomusculares; además de otras afecciones de salud como hipertensión, altos niveles de triglicéridos y enfermedades respiratorias como el asma (Ozols, 2007).

Como respuesta a esta problemática y basados en los esfuerzos desarrollados en 1970 en Suecia y otros países para la integración de niños con parálisis cerebral en entornos escolares, se han implementado estrategias como gim-

nasia adaptada de forma individual para contrarrestar la disminución de los niveles de trabajo físico en etapas tempranas del desarrollo; estas estrategias han tenido un impacto significativo en la población. Esos esfuerzos se han direccionados a desarrollar estudios, como los realizados por Ake Lundberg en 1984, en donde se realiza un análisis longitudinal de población con parálisis cerebral en comparación con pares potencialmente sanos en entornos de trabajo submáximo, el cual buscaba comprar parámetros de consumo de oxígeno, lactato en sangre y diferentes variables fisiológicas, este estudio arrojó como resultado parámetros de alta significancia como mejoras en el consumo de oxígeno, en 80 y 75% en niños y niñas respectivamente en comparación con pares sin discapacidad, permitiendo tener un panorama claro de la condición de salud en la población con PC.

Junto con esto, estudios relacionados con las actividades recreativas acuáticas como los desarrollados por Universidad de la Fuerzas Armadas ESPE en Ecuador, donde se realizó una evaluación de la función motora antes y después de un programa recreativo acuático, en el cual se determinó que la realización de actividad física bajo principios de individualidad mejora los niveles de capacidad motora de un 45 a un 53.43 % en población con parálisis cerebral, leve y moderada (Sandoval & Burbano 2015). Igualmente, investigaciones basadas en la realización de actividad física y cultural como la danza interactiva, utilizada en el centro Obregón de Valladolid, donde mediante tecnología de sensores, transforman los movimientos voluntarios e involuntarios en música (Peñalba & Wechsler, 2010) estas actividades dan como resultado mejoras no solo en capacidades físicas, sino en la posibilidad de adaptación al movimiento en entornos sociales y familiares.

De la misma manera, estudios como los desarrollados por la Asociación de Pediatría Estadounidense de Terapia Física y su comité de Investigación en 2003, que destacan la necesidad de identificar y promover intervenciones específicas para mejorar la condición cardiorrespiratoria en niños con PC, la cual, en comparación con el niño con desarrollo típico es significativamente menor y generan repercusiones en su vida adulta como: limitaciones asociadas con la marcha y locomoción y posteriormente una pérdidas de la movilidad; además, de una asociación directa con un índice de masa corporal (IMC) alto, siendo indicativo de adiposidad central, obesidad, hipertensión, dislipidemia, resistencia a la insulina y síndromes metabólicos (Ryan et al., 2015).

En Colombia, estudios como el desarrollado por Escobar (2012) reconoce la importancia, en escenarios educativos, de los recursos humanos profesiona-

les capacitados para el trabajo con niños con capacidades diversas, que reconozcan la importancia del quehacer pedagógico y su relación con conceptos médicos y clínicos que se enfocan a una intervención terapéutica, propiciado así autonomía para la planeación y práctica de actividades acordes a las necesidades y capacidades de la población, siendo estos docentes parte de los equipos interdisciplinarios y las redes de apoyo. Esto a su vez considera lo estipulado en la Ley 115 de 1994, en la cual se plantea la necesidad de generar entornos educativos adaptados, para que los niños y las niñas con discapacidad puedan participar de todas las actividades académicas, incluyendo la educación física, la cual debe ser estructurada y planteada desde las capacidades de los y las estudiantes, con estrategias didácticas de movimiento como el juego, la experiencia motora, el diálogo entre otras; posibilitando espacios lúdicos óptimos en relación con los ritmos de aprendizaje y capacidades diferentes; que a su vez permitan superar barreras como las dificultades propias de la discapacidad y que contribuyan a la consolidación de la inclusión (Escobar, 2012).

No obstante, a pesar de la importancia de la realización de actividad física para la población en condición de discapacidad, específicamente población infantil y adolescente con parálisis cerebral, es poca la información y por ende los programas enfocados a resolver las necesidades de esta población y las problemáticas de salud asociadas con la inactividad física que trascienden más allá de los componentes fisiológicos de los individuos, ya que se ha demostrado que los factores socioculturales impactan directamente en las condiciones de salud, por lo cual, es importante indagar acerca de la relación de estos factores con el fin de poder plantear nuevas estrategias enfocadas a esta población.

Así mismo, a pesar de las estrategias disponibles en la actualidad y de la infraestructura pública, como los grandes parques metropolitanos de la ciudad, para abarcar el cumplimiento de necesidades educativas y sociales, la comunidad en condición de discapacidad manifiesta que estas pueden resultar insuficientes, siendo uno de los factores el difícil acceso a escenarios recreo-deportivos por condiciones geográficas; además, es importante mencionar que estos escenarios no cuentan con los requerimientos necesarios para el acceso y disfrute de las personas en condición de discapacidad. En segunda instancia, el número de instituciones tanto públicas como privadas, presentan deficiencias no solo en cantidad de programas, sino en la calidad de los mismos, siendo variables que inciden directamente en los procesos. Igualmente, la re-

ducida cantidad de profesionales altamente capacitados para contribuir con el adecuado desarrollo integral de las estrategias, tanto en entornos recreo deportivos como en espacios académicos, no permite potenciar las cualidades individuales de los individuos (Sandoval & Burbano, 2015).

Todo lo anterior, junto con el desconocimiento de dichas estrategias son unos de los factores que limitan la realización de Actividad Física (AF) y Actividad Física Adaptada (AFA), y a su vez, sumado a otros componentes como inadecuados hábitos de alimentación y poca accesibilidad a los servicios de salud desencadenan múltiples problemáticas de salud pública como lo son el sedentarismo y la obesidad (OMS, 2020).

Es por esto, que teniendo en cuenta el porcentaje de población infantil que se encuentra en condición de discapacidad, la carencia de información relacionada con la práctica de actividad física en la población con parálisis cerebral en Colombia y la presencia de pocas acciones diferenciales, para el fomento de la práctica de la actividad física, que se hace necesario indagar acerca de: ¿Cuáles son los factores que influyen en la realización de actividad física en población con parálisis cerebral, entre los 10 y los 17 años, en la ciudad de Bogotá desde un enfoque multinivel? Para dar respuesta a esta pregunta se realizó un estudio de alcance descriptivo, mixto, en el cual se contó con herramientas de los métodos cuantitativos y cualitativos, que permitieron identificar los factores que influyen en la práctica de actividad física de niños, niñas, adolescentes y jóvenes con parálisis cerebral; a partir de la aplicación de instrumentos de evaluación, cuestionarios y entrevistas dirigidas a diferentes actores.

Materiales y métodos

El presente estudio es de enfoque investigativo mixto, en el cual se incluyen metodologías investigativas cuantitativas y cualitativas, con diseño de corte transversal y de tipo narrativo, respectivamente. Se busca a partir de un enfoque multinivel que tiene por objetivo realizar una caracterización fundamentada en reconocer procesos de tipo biológico, social o político que puedan intervenir en la situación actual de la población con parálisis cerebral en Bogotá, basándose en los determinantes de la salud y su relación con la realización de actividad física por parte de esta población.

Siguiendo el modelo de los determinantes sociales de la salud, para realizar el análisis multinivel, la población se agrupó de la siguiente manera (Tabla 1).

Tabla 1. Agrupación de variables y categorías.

POBLACIÓN	DETERMINANTES	VARIABLES / CATEGORIAS DE ANÁLISIS
Población primer nivel, población con parálisis cerebral entre los 10 y 17 años pertenecientes a la ciudad de Bogotá.	Proximales	Edad, sexo, tipo de discapacidad, tipo de parálisis cerebral
	Intermedios	Localidad, estrato socioeconómico, acceso a servicios de salud, estado nutricional, escolaridad, cuidadores, nivel de Gross Motor, Nivel de Actividad Física, Condición Física.
Población segundo nivel, Padres, cuidadores y docentes que se encuentren trabajando con población con parálisis cerebral	Intermedios	Programa de actividad física, redes de apoyo, padres, cuidadores y profesionales en la docencia, percepciones profesionales acerca de la discapacidad, la parálisis cerebral, programas y estrategias.
Población tercer nivel, directores o líderes del programa de recreación incluyente liderado por el Instituto Distrital de Recreación y Deporte (IDRD)	Distales	Políticas públicas entorno a la AF para personas en condición de discapacidad, percepciones de líderes gubernamentales y subdirecciones de atención integral acerca de la realización de actividad física en población con discapacidad/parálisis cerebral

Fuente. Elaboración propia.

La población seleccionada cumplió con los criterios de inclusión y exclusión registrada en la tabla 2, adicionalmente, la población que cumplió con los criterios anteriormente nombrados debía realizar la firma del consentimiento informado o asentimiento informado según correspondía.

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN		
NIVELES	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Primer nivel	<p>Asentimiento y consentimiento informado, donde se acepta la participación voluntaria en el estudio.</p> <p>Población con parálisis cerebral entre los 10 y 17 años que se encuentren en la ciudad de Bogotá.</p> <p>Población con un nivel GMFCS 1 y 2</p> <p>Población que no hubiera tenido acercamiento con el deporte paralímpico.</p>	<p>No querer participar en el estudio.</p> <p>Población que tenga restricción médica para la realización de actividad física.</p>
Segundo Nivel	<p>Firma de consentimiento informado.</p> <p>Padres, cuidadores y profesionales del área de la docencia que se encuentren trabajando en programas enfocados en el fomento y realización de actividad física en población infantil con parálisis cerebral en la ciudad de Bogotá.</p> <p>Trabajo previo con población infantil en condición de discapacidad.</p>	<p>Reporte voluntario de no querer participar en el estudio.</p> <p>Padres, cuidadores y profesionales docentes que no tengan experiencia con trabajo en población infantil en condición de discapacidad física.</p>
Tercer Nivel	<p>Firma de consentimiento informado.</p> <p>Directores o líderes en el planteamiento de políticas públicas enfocadas en los programas de fomento a la actividad física para personas en condición de discapacidad.</p>	<p>Reporte voluntario de no querer participar en el estudio.</p>

Fuente. Elaboración propia.

Se aplicó inicialmente un cuestionario sociodemográfico a los cuidadores, las cuidadoras y/o familiares, posteriormente, se realizó una evaluación de las aptitudes físicas a un grupo de niños, niñas, adolescentes y jóvenes selec-

cionados en el primer nivel, que incluyó: capacidad aeróbica, fuerza, flexibilidad y composición corporal, mediante el Brockport Physical Fitness Test Manual (BPFT). El análisis de estos datos cuantitativos se realizó mediante la implementación de la herramienta estadística *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, utilizando la estadística descriptiva, medidas de tendencia central y de dispersión; así como la estadística analítica, empleando coeficientes de correlación y análisis de correspondencias múltiples.

Adicionalmente, se realizaron entrevistas semiestructuradas mediante preguntas abiertas con un enfoque diferencial a la población de los niveles 2 y 3 de diagnóstico, con el fin de realizar un cruce de categorías para identificar los factores intermedios y distales que intervienen en la realización de actividad física en la población con parálisis cerebral en Bogotá. Esta información fue analizada a través del programa Atlas ti desarrollando un análisis de contenido en el cual se establecieron categorías emergentes a partir de los discursos de los sujetos, así como identificando consensos y disensos en las categorías preestablecidas.

Consideraciones éticas

La presente investigación considera los principios éticos propuestos por la Declaración de Helsinki y la actual legislación colombiana, la resolución 8430 de 1993, en la cual se establecen las pautas normativas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Frente a esto cada uno de los participantes en las tres esferas recibió un consentimiento informado considerando la resolución 8430, el cual se aplicó a los padres de familia, quienes conocieron los propósitos, procedimientos, riesgos y beneficios de la investigación, para que de esta manera pudieran tomar una elección libre acerca de la participación de sus hijos y autorizar o no su participación de manera voluntaria por tratarse de un estudio en población menor de edad. Así mismo se aplicó, un asentimiento informado recalcando la importancia de los derechos de la población a participar de manera voluntaria del presente estudio, así se tenga la autorización de los padres de familia. El asentimiento cuenta con un lenguaje claro y sencillo, el cual fue diseñado teniendo en cuenta el nivel de comprensión de los participantes.

La información obtenida en el presente proyecto de investigación fue utilizada únicamente por los investigadores y por ningún motivo se dio a conocer dicha información a entes externos a la investigación.

En la presente investigación se tuvo en cuenta para la realización de las pruebas físicas, las normas de bioseguridad necesarias con el fin de realizar un adecuado control para evitar infecciones cruzadas. No obstante, es importante mencionar que ninguna de las pruebas realizadas se relaciona con procedimientos invasivos. Además, la investigación no generó un impacto ambiental y no cuenta con conflictos de interés.

Por último, es importante mencionar que el presente proyecto fue aprobado por el Comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia acta No 008-097- 19 del 10 de mayo de 2019.

Resultados

Condición física y características sociodemográficas

Tabla 3. Caracterización sociodemográfica.

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN (N=22)		
DATOS GENERALES		
Sexo	Femenino	31.8%
	Masculino	68.2%
Tipo de parálisis cerebral	Espástica	95.5%
	Disquinética	4.5%
Distribución topográfica de la parálisis cerebral	Hemiplejía	86.4 %
	Diplejía	13.6%
GMFCS	G1	68.2%
	G2	31.8%
CPISRA	C7	31.8%
	C8	68.2%

Elaboración propia.

Según la tabla 3 se obtuvo una población total de 22 niños entre los 10 a 17 años, 4 niños y 18 adolescentes, con una mayor prevalencia de población masculina comprendida en su mayoría en la población de 10 y 16 años, el 95.5% presenta parálisis cerebral tipo espástica, el 86.2% es de tipo unilate-

ral o hemiplejía y están clasificados en un GMFCS I y II con un CPISRA de C7 y C8.

Tabla 4. Caracterización de la Condición Física Para La Salud.

CARACTERIZACIÓN DE LA CONDICIÓN FÍSICA PARA LA SALUD (N=22)				
IMC Riesgo	Zona Saludable	81.8%		
	9.1%			
% Grasa Riesgo	Zona Saludable	81.8%		
	9.1%			
Apley Test Necesita mejorar Zona adaptada	Zona saludable	77.3%		
	9.1%			
	13.6%			
Thomas Test Necesita mejorar Zona adaptada	Zona saludable	13.6%		
	40.9%			
	45.5%			
TAMT	Resultado	Paso	27.2%	
	Calificación	Zona saludable	72.7%	
	Nivel de Intensidad	Ninguno	27.2%	
		Bajo Vigoroso	40.9%	
		Moderado	22.7%	
		Vigoroso	9.0%	
	Intensidad	I0	27.2%	
		I70	22.7%	
		I75	40.9%	
		I80	9.0%	
AF	No Responde	4.5%		
	Si	81.8%		
	No	13.6%		
CARACTERIZACIÓN AF	Tipo de AF	Edu. Física	18.2%	
		Deporte	36.4%	
		Otra AF	36.4%	
		Ninguno	9.1%	
	Veces por semana	No Responde	4.5%	
		V0	4.5%	
		V1	36.4%	
		V2	36.4%	
		V3	9.1%	
		V6	4.5%	
V7	4.5%			

CARACTERIZACIÓN DE LA CONDICIÓN FÍSICA PARA LA SALUD (N=22)			
ACCESO A REDES	Redes de apoyo	No Responde	4.5%
		Ninguno	13.6%
		Familia – Colegio	54.5%
		Institución Gubernamental	9.1%
		Entorno	13.6%
		Servicios de Salud	4.5%
		Todas	4.5%
	Acceso MovyLab	Si	54.5%
	Cirugía MMII	Si	63.6%
		No	31.8%
	Acceso IDRD	Si	4.5%
		No	90.9%
	Estrato	No Responde	4.5%
		E1	9.1%
		E2	54.5%
		NE3	31.8%

Fuente. Elaboración propia.

Se observa (Tabla 4) que el mayor porcentaje de la población se encuentra dentro de la zona saludable del IMC, el % de grasa y Apley test. En cuanto al acceso de redes se encuentra que el mayor porcentaje de apoyo lo aporta la familia y el colegio con un porcentaje de 54.4% y el 90.9% no tiene acceso al IDRD. En referencia con la condición cardiovascular la media en FC en la prueba TAMT arroja un valor de 137, refiriendo a que su condición cardiovascular ante actividades continuas no alcanza los niveles de intensidad moderada, que lo ubica por debajo de las zonas saludables.

La condición física y la actividad física en población con PC

Para el análisis de algunas variables de condición física y actividad física se utilizaron las tablas de contingencia junto con la prueba de Chi χ^2 de Pearson.

IMC - AF Número de veces a la semana

Las personas que realizan actividad mínima dos veces a la semana se ubican en su mayoría en una zona saludable, asociada a un índice de masa corporal

de 20. Las zonas de riesgo o bajo peso se asocian con prácticas de actividad física inferiores a 2 veces a la semana. No obstante, estas asociaciones no fueron estadísticamente significativas con un P valor de 0,884.

Target aerobic Movement (TAMT) – AF Número de veces a la semana

Las personas que realizan una actividad física al menos 3 veces a la semana logran mantenerse en una zona saludable, niveles de participación de la AF por debajo de este permiten que se mantengan dentro de una zona saludable con tendencia hacia la necesidad de mejorar la condición de salud. No obstante, estas asociaciones no fueron estadísticamente significativas con un P valor de 0,792.

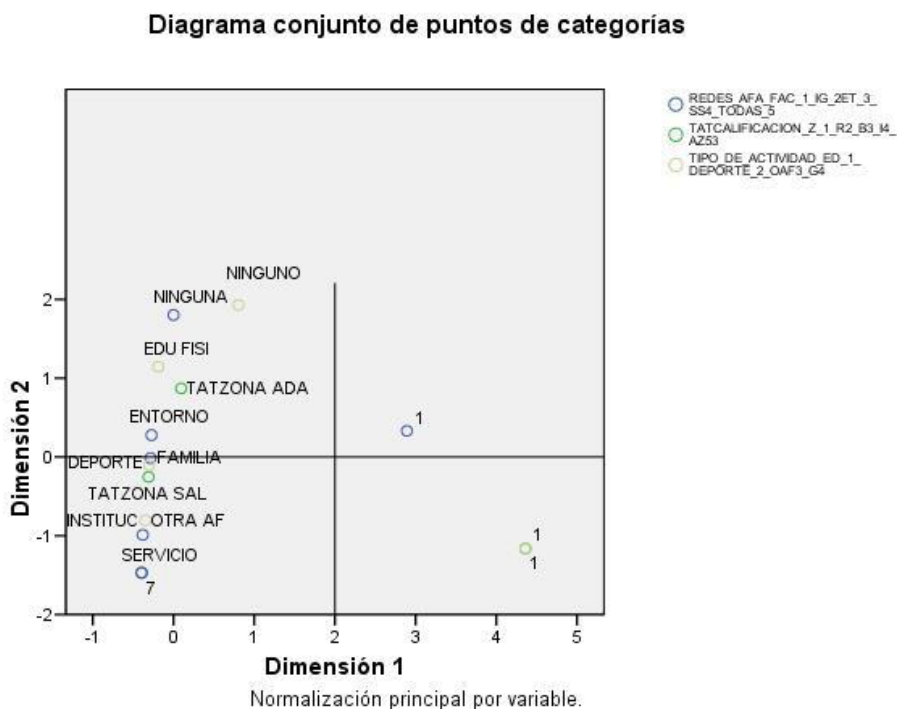
Análisis de correspondencias múltiples

Se realizó un análisis de los valores categóricos nominales mediante espacios cardinales los cuales permiten establecer tendencias que relacionan las variables de condición física para la salud, el acceso a redes y caracterización de la actividad física.

Redes/Tipo de Actividad/Clasificación TAMT

Los niños o jóvenes que presentaron calificaciones en la zona adaptada en la prueba TAMT practican actividad física en la clase de educación física en los entornos escolares, en comparación de aquellos que realizan deporte y otros tipos de actividades que se encuentran en la zona saludable en la prueba TAMT. Por otro lado, no realizar ningún tipo de actividad física y no tener acceso a las redes de apoyo, puede estar relacionado con la falta de conocimiento y estrategias que plantean por parte de redes y que no llegan a ser conocidas por la comunidad (Figura 1).

Figura 1. Diagrama puntos de categoría redes/ tipo de actividad/ clasificación TAMT. SPSS.

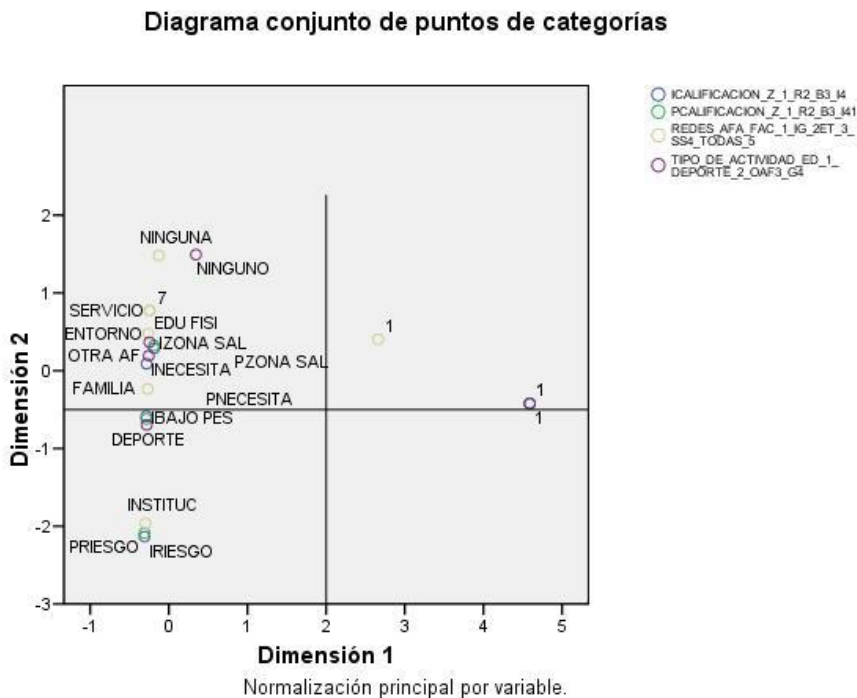


IMC/Tipo de AF/Redes de Apoyo/Pliegues Cutáneos

La no realización de actividad física o de participación y acceso a redes de apoyo no proporcionan ningún tipo de impacto positivo en el IMC de la población con PC. El acceso a redes y realización de AF tiene un impacto en las clasificaciones de la sumatoria de pliegues y por ende en el porcentaje graso. La familia y el colegio como redes tienen un gran impacto en esta tendencia.

Como relación secundaria, la práctica de deporte se relaciona con bajos niveles de peso sin que estos lleven al individuo a un riesgo en su salud. El solo acceso a una red de apoyo como la institucional, aunque es importante, sin un adecuado entorno o apoyo familiar pueden llegar a ser insuficientes para lograr una adecuada condición de salud. (Figura 2)

Figura 2. Diagrama puntos de categoría redes/ sumatoria de pliegues/ IMC/ tipo de actividad física. SPSS.



Sexo/Sumatoria de Pliegues/IMC

Se observó que la población masculina, que tenía un mayor número de participación, no se encontraba en zonas de riesgo, tanto en la clasificación de IMC y de pliegues cutáneos, caso opuesto a las mujeres, que a pesar de estar en la zona saludable tiene una relación cercana con clasificaciones de necesidad de mejorar en los pliegues cutáneos y por ende en el porcentaje grasa.

Acceso MovyLab/IMC/Sumatoria de Pliegues/TAMT

Por último, una tendencia de gran importancia es cómo el acceso a servicios de salud como MovyLab puede inferir en las categorías de aptitud física. El hecho de poder acceder al laboratorio de Marcha -MovyLab- tiene un impacto dentro de la condición física para la salud, si bien es cierto que no se encuentran una correlación directa con las zonas saludables, sí permite

ver que tiene un impacto en la población en la cual se mantiene en zonas de salud Adaptada del TAMT, además permite ver que no acceder a este tipo de redes de apoyo puede relacionarse, de forma importante, con necesidades de mejoramiento tanto en el IMC como en el porcentaje graso que se ve mediado por la sumatoria de pliegues.

Percepciones de padres, docentes y directivos: sus voces.

El análisis cualitativo de este proyecto se presenta mediante el manejo de categorías de indagación. Como método de análisis de estas, se utiliza el programa de análisis para la investigación cualitativa “Atlas.ti 7”, con el cual mediante la codificación de la información es posible identificar fenómenos complejos, ocultos en datos no estructurados, los cuales fueron obtenidos mediante la aplicación de una entrevista semiestructurada.

Se realizó un total de 22 entrevistas a padres y 5 entrevistas a docentes de instituciones educativas y gimnasios incluyentes, con el fin de obtener la información de la población perteneciente al segundo nivel del diagnóstico multinivel referido a los determinantes intermedios; y 5 entrevistas a funcionarios del programa de recreación incluyente perteneciente al Instituto Distrital de Recreación y Deporte que comprenden el tercer nivel de la investigación correspondiente a los determinante distales.

Definición de actividad física

Como parte de las respuestas obtenidas para la categoría de definición de AF se encontró como punto común en los grupos poblacionales entrevistados (padres, docentes, funcionarios), que no existe una claridad en el concepto por parte de padres y docentes principalmente, lo agrupan dentro del ejercicio físico, las actividades deportivas y las acciones cotidianas.

“Actividad física es mmm el movimiento que hacemos a diario para darle una mejor circulación al cuerpo y tener una mejor salud.”

(Madre)

En cuanto a categorías emergentes, se identifican relaciones externas asociadas a las respuestas ofrecidas por la población, como la importancia de la actividad física para los niveles de salud y funcionalidad.

Definición Actividad física adaptada

Como pauta general encontrada en los discursos planteados por los padres, se identificó un desconocimiento del concepto de actividad física adaptada, donde realizan asociaciones clínicas al término, como programas de fisioterapia y rehabilitación, o la utilización de apoyos externos para la movilidad, como diferentes tipos de elementos ortopédicos.

En relación con las percepciones de docentes y funcionarios de IDRD, el concepto de AFA se enfoca a la adaptación de actividades a las capacidades y necesidades de la población en condición de discapacidad, las cuales se ven influenciadas por factores externos como el ambiente físico del individuo. Pero junto con esto, una de las opciones brindadas por uno de los docentes, plantea a la AFA más allá de una realización de una actividad, y la trasciende a una decisión de autonomía como elemento de participación efectiva e igualdad.

“La actividad adaptada no es un elemento, la actividad adaptada es una decisión que yo tomo como profesor, como entrenador, yo soy el que tomó la decisión para que él participe efectivamente, la clave de la actividad física adaptada es la participación efectiva, no el material, son dos cosas fundamentales, la actitud que yo tenga y la decisión que yo tomé”

(Docente)

Existencia de espacios inclusivos

Como pauta general en los tres grupos poblacionales entrevistados, se coincide en que la cantidad de espacios inclusivos, tanto los educativos o los recreo-deportivos, son pocos en relación con la cantidad total de población en condición de discapacidad; además, de que dichos espacios pueden estar o no adaptados total o parcialmente para las capacidades diversas.

Junto con lo anterior, dentro de las categorías emergentes se logra una profundización que permite explicar la poca cantidad de espacios inclusivos, la primera razón es que estos son desconocidos por la comunidad, lo que los hace de difícil acceso y con bajos niveles de cobertura como lo refiere el IDRD, los funcionarios refieren que una de esas razones del desaprovechamiento de los espacios es que la comunidad a pesar de contar con escenarios inclusivos no se empodera de los mismos.

“No, porque no los hay, por eso uno sufre tanto para meter a un niño a terapias o lo que sea, las mismas instituciones usted va a meter al niño para

el tema de piscinas o lo que sea, no tiene que conseguir una entidad o lo que sea que le brinde ese apoyo, mientras que las que hay son muy poquitas y están muy retiradas”

(Padres)

Opinión condición de salud

Dentro de los resultados presentados en las entrevistas, la premisa de condición de salud-obesidad y cuidados de los padres es la que tiene una mayor aceptación por los cuidadores, ellos refieren que los estados de sedentarismo y obesidad responden en primera medida a los cuidados del hogar que se relacionan con acciones motivacionales de los padres hacia sus hijos en condición de discapacidad; en segunda instancia, el diagnóstico de base lo asocian a un menor tamaño y peso por casos de prematuros o complicaciones en el embarazo; en tercera posición se ubican las premisas de realización de actividad física como un factor influyente en la condición de salud y, por último, se evidencia en los discursos de los papás y las mamás la categoría recursos socioeconómicos, la cual no está directamente relacionada con el concepto de condición física, pero que de acuerdo a las narrativas es un elemento que puede influir en esta. Como datos aislados se presenta que en un caso particular por decisión propia el adolescente decide ser obeso.

Como parte de la opinión de los docentes, reconocen que existen otras implicaciones en la condición de salud más allá del sobrepeso, como las cardiopatías, que también tiene un importante valor en la condición física de esa población. También señalan que la condición de salud no necesariamente se ve afectada en esta población en relación solo con el sobrepeso, refieren que su gasto energético es mayor y por lo cual su nivel de obesidad es menor. Aun así, reconocen que son condiciones de salud vulnerables, por lo cual en estrategias distritales como los Gimnasios incluyentes, la certificación médica de que puedan realizar AF es una obligatoriedad.

“Los cuidados y acompañamientos de los padres infieren directamente en esta condición”

(Madre)

Existencia de redes de apoyo

Las redes de apoyo fueron una de las temáticas en las que los padres y docentes proporcionaron mayor información dentro de las respuestas recolectadas mediante las herramientas de recolección de datos, se trataron diferentes puntos enfocados en la temática. Tanto padres como docentes refirieron desconocer muchas redes de apoyo o de identificar muy pocas en su entorno, de las pocas que creen disponibles, refieren que estas son ineficientes debido a carencia de información, la falta de continuidad o la lejanía de estas, donde hacen mayor énfasis en las ofertadas por el distrito.

“Bueno es importante tener en cuenta los líderes, los líderes comunitarios y ese supremamente importante, por eso desde aquí desde el gimnasio hacemos énfasis en la página del IDR, cómo a través de personas que se acercan y el voz a voz, es supremamente importante, una persona que, por ejemplo, no sea líder, llegó con su persona con discapacidad, se entera y esa persona va a transmitir esa información de qué es lo que se oferta aquí directamente al líder”

(IDRD)

En conjunto, se identifican otras barreras dentro de las dinámicas de las redes, entre ellas se encuentran las complicaciones para el acceso en las redes de salud, además de la desinformación en relación a los diagnósticos. A nivel de la comunidad, la falta de trabajo mancomunado con los líderes comunitarios, cuidadores y demás entidades, como el IDR, del cual solo uno de los padres refirió haber accedido a sus servicios; por lo tanto, los docentes implementan estrategias de comunicación efectivas para solventar dichas carencias informativas.

En relación con la importancia de las redes de apoyo, los padres y docentes refieren que son indispensables como parte de los procesos de desarrollos de la población; dentro de las redes más identificadas por los padres se encuentran la familia, el colegio y los docentes, junto con los servicios de rehabilitación, los cuales, mediante la constancia, permiten evidenciar en esta población múltiples logros.

Barreras y limitaciones

La temática de barreras y limitadores para la realización de actividad física para la población con PC cuenta con una multiplicidad de datos, permitiendo ver la gran cantidad de fallos que están interviniendo en la práctica de

AF, los cuales se pueden agrupar no solo en las barreras arquitectónicas o de movilidad interpuestas por las dinámicas de una ciudad como Bogotá, sino que abarcan temáticas sensibles como barreras socioculturales, de imaginarios sociales asociados a dignificación y visibilización de la población.

Como elementos externos identificados de forma primaria por el IDRD, el reconocimiento de la población como sujetos de derecho marca también un comportamiento dentro de las dinámicas de participación. La falta de empoderamiento y de reconocerse como un colectivo garante de derechos limita su capacidad para acceder a todas las oportunidades ofertadas por las instituciones gubernamentales.

Facilitadores para la realización de AF

Dentro de las respuestas obtenidas desde las narrativas de padres y profesionales se establece que los facilitadores primarios para la realización de AF para la población con PC recaen en las redes familiares y escolares, siendo estos pilares un entorno óptimo para el desarrollo del individuo. Junto con esto, los espacios accesibles propiciados por las entidades gubernamentales posibilitan escenarios para las acciones de los facilitadores primarios.

“Lo coloqué en un espacio educativo regular y en ese espacio educativo regular ha tenido una mejor inclusión pues ha sido muy adaptado y ha sido con más disponibilidad de los Dueños del colegio donde está estudiando”

(Madre)

Logros obtenidos

Dentro de las percepciones relacionadas con la presente categoría se identifica que los padres, profesionales y docentes ven en la AF un mecanismo para el mejoramiento de la salud y la condición física, donde recalca su impacto en el sistema musculo esquelético, en otra instancia, a nivel de los funcionarios, ven la AF como un factor influyente en el bienestar biopsicosocial y en la capacidad funcional de los individuos que se ve mediado por el entorno.

Estrategias para fomentar AF

Como parte de las actividades para el fomento de la realización de actividad física, las propuestas planteadas desde los docentes y el IDRD, en su función de redes de apoyo, se enmarca la ejecución de acciones lúdicas, estrategias de recreación y actividades rítmicas, como la danza y la gimnasia. Estrate-

gias de gran significancia según los docentes; junto con esto, la realización de deportes y diferentes prácticas en los espacios de las clases de educación física permiten un adecuado fomento a la AF para esta población.

En adición, datos externos proporcionados por el IDRDRD manifiestan que sus estrategias trascienden a la comunidad mediante el trabajo mancomunado de los gestores y recreacionistas basados en comunidad, y los Agentes de Recreación Incluyente ARI, quienes participan en las redes de apoyo mediante las capacitaciones a líderes, entre otros.

“Sí claro, por ejemplo, el programa de nosotros es un programa bandera es un programa institucional un programa de recreación incluyente para personas con discapacidad, es una estrategia que se implementa para poder llevar a cabo diferentes actividades que permitan la inclusión de esta población.

Por ejemplo, en las estrategias disponibles está la de activación sin límites, nosotros planteamos mensualmente temáticas, entonces todas las actividades van enfocadas a una temática en específico, donde se hacen todas las actividades y se busca generar una educación a través de las actividades”

(IDRRD)

Impactos de la AF

Como generalidad, la premisa de que el impacto de la actividad física es positivo fue un común denominador tanto en padres como docentes. Como datos aislados, se refiere a que la AF no tuvo impacto en los niños con PC, esto asociado a que su condición de salud y su nivel de independencia no les permiten realizar de forma óptima y con frecuencia este tipo de actividades.

Categorías específicas IDRDRD

Dentro de las categorías específicas tratadas en las entrevistas al IDRDRD, como funcionarios distritales encargados de la recreación y deporte y puntualmente desde el Programa de Recreación Incluyente, se tratan las siguientes temáticas:

- **Discapacidad en Colombia:**

Dentro del colectivo de opiniones se recalca que Colombia ha tenido un avance significativo en cuanto a la temática de discapacidad, aun así, se re-

quieren más esfuerzos y visibilización de la población. Junto con esto, se recarga la segregación que se presenta en algunos espacios donde se priorizan ciertos tipos de discapacidad respecto a otros.

- **Clasificación CIF:**

Partiendo que actualmente la CIF es el principal ente clasificador de la funcionalidad en la población con discapacidad, desde el programa de Recreación Incluyente se cree que este sistema es insuficiente debido a que su clasificación no es clara, por lo cual es de difícil acceso y aplicación. Su codificación se basa en los diagnósticos, lo cual deja de lado las realidades socioculturales de la población; además, a pesar de ser un lenguaje universal, no todas las entidades fuera de las instituciones prestadoras del servicio de salud tienen una correcta aplicación de esta clasificación, lo que puede llegar a generar segregaciones poblacionales.

- **Legislación:**

Dentro del colectivo se rescata que, aunque existe un sin-número de leyes que protegen los derechos de esta población y en específico en la temática de actividad física, estos tienen leyes e instituciones puntuales para ser garantes de estos derechos. Sin embargo, muchas de estas leyes no se están aplicando, por lo cual más que no existir, se debe velar por la ejecución de las actuales leyes y a partir de allí plantear más dinámicas dentro de las políticas públicas.

- **Profesionales capacitados:**

Como parte de las garantías de la calidad del programa, este cuenta con profesionales que se encuentran capacitados en el manejo de la población en condición de discapacidad, junto con ellos, la identificación diaria de necesidades posibilita constantes procesos de capacitación para el fortalecimiento académico de la población.

- **Objetivos del programa:**

El programa de recreación Incluyente, como parte de los grandes programas que componen el Instituto Distrital de recreación y Deporte, busca ser un garante del cumplimiento de los derechos que tiene la población en condición de discapacidad, al cual puedan acceder, disfrutar y participar en actividades recreativas y de deporte. Por lo tanto, todos sus esfuerzos van enfocados a propiciar la inclusión de la población en condición de dis-

capacidad sin importar su nivel de funcionalidad, estado sociocultural o demás factores sociodemográficos.

Discusión

Después de culminar un abordaje investigativo mixto con las características del presente trabajo, entender la actividad física como una tarea de ejecución simple se vuelve insuficiente, por el contrario, la multiplicidad de factores transversales que la preceden, requiere que se indague mucho más a fondo para poder identificar cómo los determinantes sociales de la salud pensados desde los factores biológicos, sociales, políticos y gubernamentales en los que se desenvuelve diariamente esta población, (programas de desarrollo, las políticas públicas o los sistemas económicos), tienen una incidencia en los entornos sociales y familiares y, por ende, presentan un impacto en las características individuales de la población con parálisis cerebral y su condición física para la salud.

Dentro de los hallazgos identificados en datos cualitativos y cuantitativos, el establecimiento de un acercamiento a las realidades de esta población permitió encontrar relaciones causales provenientes del cruce categórico de la información, así como, la relación entre la presencia de condiciones de salud tales como las enfermedades no transmisibles y la ejecución de las políticas públicas.

Por otro lado, es importante mencionar que Colombia, en la actualidad, ha tenido un avance significativo en cuanto al tema de discapacidad, específicamente, en términos legislativos acogiéndose a la Convención sobre los derechos de las personas en condición de discapacidad (PcD), la cual plantea la garantía de los derechos de las PcD, entre los cuales se encuentra el derecho al deporte, la recreación y el esparcimiento (artículo 30, ONU, 2006). Así mismo, desde el artículo 52 de la Constitución Política de Colombia y la ley 181 de 1995 se propende por el fomento, masificación, divulgación, planificación, coordinación, ejecución y asesoramiento del deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre de personas en condición de discapacidad.

A pesar de esto, dentro de los datos obtenidos mediante las entrevistas semiestructuradas a la población del segundo y tercer nivel, llama la atención, cómo la no identificación de estas políticas públicas, así como la falta de reconocimiento de la población con discapacidad como sujetos de derechos y

el no empoderamiento como colectivo de los actuales espacios de participación ciudadana, limitan la participación y exponen las carencias en la ejecución legislativa de leyes como la Ley 582 de 2000 que determina pautas para el deporte asociado a personas con limitaciones físicas, mentales o sensoriales; el decreto 470 de 2007 donde se establecen las pautas para la participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte; y los lineamientos para fomentar y desarrollar la inclusión de la población con discapacidad en educación física, recreación, actividad física y deporte (COLDEPORTES, 2014), donde se estipulan las pautas para el fomento y desarrollo de la educación, la recreación, la actividad física y el deporte de la población con discapacidad, basado en la accesibilidad a la información para dar a conocer a la comunidad los programas enfocados al fomento de la actividad física y recreo-deportiva, la calidad de los servicios asegurando la garantía de los derechos de esta población, la adecuada formación académica por parte de los profesionales responsables de la ejecución de la estrategias, la transformación de los imaginarios sociales respecto de las temáticas de discapacidad e inclusión social, y la accesibilidad a los entornos físicos como parte de los programas de inclusión y participación, todos ellos necesarios para garantizar una práctica de actividades recreo deportivas, basada en derechos y la igualdad (COLDEPORTES, 2014).

Adicionalmente, es clave mencionar que desde los determinantes de tercer nivel o distales relacionados con los entes gubernamentales y las políticas públicas, se identifica que no existe una claridad respecto a los conceptos de actividad física o actividad física adaptada, tampoco se tiene claridad acerca de discapacidad y la parálisis cerebral. Esto conlleva a que acciones como la segregación, estigmatización y victimización de la población limiten su visibilización y participación. Pero esto no solo es un camino de no reconocimiento unidireccional, también se identificó cómo a pesar de que no existen tantos programas enfocados a la población con discapacidad, los existentes no son reconocidos por las familias de PcD, lo que se convierte en una de las principales barreras. Esto disminuye la posibilidad de establecer nuevas redes y afecta el acceso a estrategias, debido al desconocimiento tanto de las políticas como de los programas que de ella se derivan, generando una ruptura en el acceso que va más allá de las barreras físicas, arquitectónicas y de seguridad que se identifican en los entornos (Wakely et al., 2017). Si bien es cierto que esto explica por qué en ocasiones no se accede a los programas, no son las principales limitantes.

Dentro de los hallazgos más significativos encontrados en los determinantes intermedios, se identifica la importancia de las redes de apoyo como uno de los ejes primarios que determinan los niveles de participación de la población con parálisis cerebral dentro de las dinámicas tanto sociales como individuales relacionadas con la actividad física, y por ende, su relación con la condición física para la salud de esta población. Estas redes de apoyo son construcciones que trascienden más allá de una acción participativa dentro del hogar, siendo esta una de las redes de primera aparición entendida como la red de apoyo familiar.

Adicionalmente, la red de apoyo Familia-Colegio es una de las más importante para los niños y niñas con discapacidad, debido a que reúne dos espacios significativos en el curso de vida en donde se evidencia la socialización y la posibilidad de participación de entornos recreo-deportivos que potencian la realización de actividad física, permitiendo no solo beneficios en cuanto a la condición física para la salud, sino también el desarrollo de procesos de inclusión efectivos, aportando al desarrollo y crecimiento de la población. Como lo expresa Escobar en su Tesis: Educación física en los procesos de Integración Educativa en el 2012, la identificación de necesidades y capacidades de la población por parte de la familia y su trabajo mancomunado con los docentes, como elementos indispensables dentro de los equipos interdisciplinarios, garantizan adecuados procesos de inclusión (Escobar, 2012), y eso fue evidenciado en los discursos propuestos por los padres, docentes y funcionarios del IDR, que refieren que adecuados procesos de inclusión y apoyo a esta población generan cambios asertivos no solo hacia la mejora en la condición física, sino también en otras esferas del ser humano.

Desde la red Colegio, se identifican carencias relacionadas con los programas de formación universitaria, en donde se refiere que en el pregrado no se brindan herramientas suficientes para el abordaje de la discapacidad; refieren que muchos de estos procesos dentro de los campos de la academia quedan limitados o son insuficientes frente a las realidades de esta población y recalcan que su conocimiento se ha ido construyendo fuera de la academia. Por lo tanto, las temáticas de discapacidad, independiente de la formación académica, deberían ser un eje importante dentro de los programas curriculares.

Otro de los elementos importantes mencionados por los docentes es que la participación en la actividad física no solo se convierte en una acción para el mejoramiento físico, sino que también es parte de la decisión de los profe-

sionales que, motivados por el trabajo en pro de esta población, buscan mejores elementos de formación académica con el fin de brindar alta calidad en la ejecución de las estrategias que son pensadas desde la caracterización para suplir las necesidades de la población con PC.

Por otro parte, algunos autores reconocen que en personas con parálisis cerebral el sedentarismo puede agravar el grado de atrofia y debilidad. Revelan que un problema habitual en la población en condición de discapacidad es la no realización de ejercicios físico-recreativos de forma sistemática, situación influenciada por factores como la Comunidad y la Familia. Este problema se hace mayor cuando los familiares piensan que una forma de proteger, a estos de accidentes, es prohibirles realizar actividad física, un elemento que genera barreras actitudinales en la práctica de actividad física (Benites, 2012) y que no depende únicamente de las instituciones que desarrollan u ofrecen programas.

Finalmente, en el nivel intermedio, se pudo establecer que niveles óptimos de funcionalidad están relacionados con redes de apoyo como Familia – Colegio, así como con el acceso a servicios de salud como MovyLab. Lo cual posibilita un mejoramiento en la marcha y locomoción, elementos importantes en los niveles de funcionalidad establecidos por la GMFCS. Estos niveles de funcionalidad permiten, a su vez, una mayor participación en AF y, por ende, una mejoría en su condición de base.

Pasando a los factores biológicos y personales comprendidos en los determinantes de primer nivel, a pesar de que la muestra fue reducida y homogénea, permitió identificar relaciones causales entre la actividad física y la condición física para la salud. Dentro de las múltiples comorbilidades asociadas a la inactividad, se encuentran las enfermedades circulatorias y respiratorias, las cuales deben su origen al sedentarismo de niños y niñas, que aumenta la probabilidad de presentar fallas en su circulación sanguínea, con especial énfasis en la zona de miembros inferiores. Junto con las alteraciones de grandes grupos musculares, uno de los que presenta mayor compromiso por inadecuada actividad funcional es el diafragma, que caracterizado por una falta de fuerza en los músculos respiratorios que ayudan a los reflejos de tos hace que puedan presentar infecciones respiratorias frecuentes (gripe, bronquitis, bronquiolitis) (Vargas, 2015).

Posterior a la aplicación de las diferentes pruebas de evaluación se encontró que realizar cualquier tipo de actividad física de forma regular va a tener

impactos positivos dentro del funcionamiento cardiovascular y de la condición física para la salud (Winnick, Short, 2014). Esto relacionado con el hecho de que las enfermedades coronarias, hipertensivas y respiratorias son más frecuentes en la población con parálisis cerebral cuando se manejan prolongados periodos de sedentarismo, siendo un desencadenante para la aparición de enfermedades no transmisibles (Ozol., 2007 y Maltais, et al., 2014). Dentro de las actividades cotidianas, las limitaciones en la marcha y la locomoción generan pérdidas progresivas en la movilidad, por lo cual los individuos con movilidad reducida presentarían índices de masa corporal (IMC) más elevados (Ryan et al., 2015).

Basado en los resultados, se identificó que los individuos con mayores niveles de participación en actividad física tienen una mayor funcionalidad. La población que refirió realizar actividad física menos de dos veces a la semana se ubicó en zonas de riesgo -determinadas por la Batería Brockport- y bajo peso, con un aumento en los porcentajes de grasa obtenidos mediante la medición de pliegues. La población con una realización de actividad física de dos veces por semana presenta una tendencia a ubicarse en los rangos límites de zonas saludables y en su mayoría se establecen en zonas adaptadas con necesidad a la mejora. En cuanto a la población que realiza actividad física de tres o más veces por semana, se establecen en zonas saludables, con tolerancia a la actividad en intensidades alrededor del 70% de la Frecuencia cardíaca de reserva, en las pruebas del Target Aerobic Movent (TAMT), prueba perteneciente a la escala de evaluación Brockport Physical Fitness Test Manual (BPFT); además el IMC se ubican en las zonas saludables. También se identifica que los niños y adolescentes que tienen la posibilidad de realizar actividad física independiente del entorno en la que se ejecute, reducen los porcentajes de grasa ubicándolos en zonas saludables, y se confirma que la participación en actividades recreo-deportivas reduce la probabilidad del sedentarismo y la obesidad.

Se reconoce que todos estos beneficios provienen de adecuados procesos de acompañamiento por parte de las redes de apoyo, las cuales tendrían mayores niveles de impacto si estuvieran mejor articuladas las redes familiares, de colegio, servicios de salud y entes gubernamentales.

Conclusión

Dentro de las principales conclusiones se encontró que la práctica de actividad física, sin importar que esta se realice mínimo 3 veces a la semana, genera impactos positivos en la condición física para la salud específicamente en el rendimiento cardiovascular. Por otra parte, el acceso a redes de apoyo es un condicionante a una mejor participación en AF y con esto una mejor condición física para la salud de la población con PC; lo cual no solo influye en la salud física, sino también en el desarrollo de la autonomía, la independencia y la funcionalidad; por lo tanto, las acciones ejecutadas desde las redes de apoyo, tales como el binomio Familia-Colegio, son altamente efectivas, pero respaldadas por el apoyo institucional, para propiciar el empoderamiento de la población con PC como sujetos de derecho. Adicionalmente, es importante mencionar, a partir de los resultados de este estudio, que: se hace necesario mejorar la formación de profesionales en temas de deporte, actividad física y discapacidad, para que sus acciones con esta población sean eficaces y significativas, en el marco de los derechos. Así mismo, desarrollar acciones de información, comunicación y sensibilización que propicien un mayor reconocimiento y divulgación de las estrategias planteadas, tanto desde las instituciones gubernamentales, como desde los entornos específicos como el colegio. Para de esta forma asegurar mejor acceso de la población y una mayor participación por parte de la comunidad para la reestructuración, ejecución y seguimiento de las políticas públicas.

Limitaciones Y Recomendaciones

Una de las limitaciones del estudio es la poca muestra relacionada con población con PC, y la implementación de un muestreo por conveniencia, lo cual dificulta la generalización de los resultados. No obstante, el desarrollo de un estudio mixto con diferentes fuentes de información, que permitió la triangulación, proporcionó resultados significativos para el desarrollo de acciones que fomenten la garantía del derecho al deporte y la recreación de personas con discapacidad. Como recomendación la presente investigación, además de abrir nuevas oportunidades de investigación, sugiere aumentar la muestra poblacional, permitiendo la posibilidad de mejorar las acciones, resultados y subsecuentes correlaciones categóricas de la información relacionadas con la variable sexo- género, debido a que la muestra fue primordialmente masculina.

Referencias bibliográficas

- Benítez A., Blanco A., Aldana M., Azahares E. Almenares Y. (2012). *Actividades Físicas Recreativas Para Discapacitados Con Parálisis Cerebral Infantil*. Revista Digital. Buenos Aires.
- Coldeportes. (2014). *Lineamientos Para Fomentar Y Desarrollar La Inclusión De La Población Con Discapacidad En Educación Física, Recreación, Actividad Física Y Deporte*.
- Congreso De La República. Ley 1355 De 2009.
- DANE. (2005). Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Censo poblacional del 2005.
- Escobar G. (2012). *Educación Física En Los Procesos De Integración Educativa. Trabajo De Grado Maestría Discapacidad E Inclusión Social, Universidad Nacional De Colombia*.
- García L., Restrepo S. (2010). *La alimentación del niño con parálisis cerebral un reto para el nutricionista dietista. Perspectivas desde una revisión. Perspect Nutr Humana*.
- IDRD. Instituto Distrital De Recreación Y Deporte. (2009 – 2019). *Política Pública De Deporte, Recreación Y Actividad Física*.
- Madrigal A. (2007). *Familias ante la parálisis cerebral. Psychosocial Intervention*, 16(1), 55-68. Recuperado en 18 de marzo de 2019.
- Maltais, D., Wiart, L., Fowler, E., Verschuren, O., & Damiano, D. (2014). *Health-Related Physical Fitness For Children With Cerebral Palsy*. *Journal Of Child Neurology*, 29, 1091-1100.
- Martínez Marín, R. D. P., Angarita Fonseca, A., Rojas Gutiérrez, M., Rojas Pérez, K., & Velandia Rojas, E. (2013). *Caracterización de la discapacidad de una muestra de niños con parálisis cerebral de Bucaramanga y su área metropolitana, Colombia*. *Revista de la Facultad de Medicina*, 61(2), 185-194.
- OMS. Organización Mundial De La Salud. *Actividad Física (2020)*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activit>
- Ozols M. (2007). *Actividad física y discapacidad*. *Revista MHSalud*. Volumen 4, No. 2.

- Pérez Tejero, Javier; Reina Vaíllo, Raúl; Sanz Rivas, David *La Actividad Física Adaptada para personas con discapacidad en España: perspectivas científicas y de aplicación actual* *Cultura, Ciencia y Deporte*, vol. 7, núm. 21, noviembre, 2012, pp. 213-224 Universidad Católica San Antonio de Murcia Murcia, España
- Peñalba A, Wechsel R. (2010). *Danza Interactiva con niños con Parálisis cerebral*.
- Ryan.J, Hensey.O, Mcloughlin.B, Lyons.A, Gorneley.J. (2015). *Associations Of Sedentary Behaviour, Physical Activity, Blood Pressure And Anthropometric Measures With Cardiorespiratory Fitness In Children With Cerebral Palsy*. *Journal Plos.One* .1 - 13
- Sandoval M., Burbano D. (2015). *Actividades Recreativas Acuáticas En El Desarrollo Psicomotriz En Niños De 6 A 15 Años Con Parálisis Cerebral Leve, Moderada*. *Revista Digital*. Buenos Aires, N.º 210.
- Sherrill C. (1993). *Adapted Physical Activity, Recreation, and Sport: Crossdisciplinary and Lifespan*. Brown & Benchmark. 714.
- Vargas, A. (2015). *Caracterización de variables clínicas en pacientes con Parálisis Cerebral en la Fundación Hospital de la Misericordia en el año 2014*. Tesis. Universidad Nacional de Colombia.
- Wakely L., Langham J., Johnston C., Rae K., (2017). *Physical activity of rurally residing children with a disability: A survey of parents and carers*. *Revista Disability and Health Journal*, Volume 11. 31-35.
- Winnick J., Short F. (2014). *Brockport physical fitness test manual. A health related assessment for youngsters with disabilities. Second edition*. Human Kinetics. EEUU.
- Zucchi G. (2001). *Deporte y discapacidad*. *Revista digital*. Buenos Aires.



CAPÍTULO 5.

MEDIDAS DE CONTROL POSTURAL ESTÁTICO EN DISCAPACIDAD VISUAL

Static postural control measures in visually impaired people

Diana Patricia Sánchez

Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0003-2672-8481>

✉ diana.sanchez32@usc.edu.co / sandianapatricia@gmail.com

Lida Johana Sánchez Montoya

Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0003-1167-1961>

✉ lida.sanchez00@usc.edu.co / lida.johana.sanchez@correounivalle.edu.co

Resumen

La interacción e integridad del sistema somatosensorial, vestibular y visual permiten un adecuado control postural y aunque los mecanismos de control postural son innatos también son susceptibles de modificaciones y adaptaciones a través de la experiencia y el aprendizaje. Los niños con discapacidad visual tienen dificultades para desarrollar el control postural derivado de la falta de retroalimentación visual. El objetivo principal fue identificar las principales medidas del control postural estático en niños de 6 a 12 años con discapacidad visual. Se realizó una búsqueda sistemática exhaustiva en tres bases de datos de estudios relevantes, utilizando una estrategia de búsqueda predeterminada ((“Vision Disorders”[Mesh]) AND “Child”[Mesh]) AND “Postural Balance”[Mesh], que incluyera niños de 6 a 12 años con discapaci-

Cita este capítulo / Cite this chapter

Sánchez, D. P. y Sánchez Montoya, L. J. (2022). Medidas de control postural estático en discapacidad visual. En: Soto Franco, I. (ed. científica). *Discapacidad e inclusión social: evolución, modelos y tendencias investigativas*. (pp. 125-142). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

dad visual, y sin delimitación en año de publicación. Se aplicaron criterios descritos de PRISMA SCR. ocho estudios cumplieron con los criterios de inclusión encontrando que las principales medidas de evaluación del control postural estático en niños con discapacidad visual son la escala de balance pediátrica (PBS), la fotometría y plataformas digitales. No se encontró ningún estudio de validez de test o herramientas de medición de control postural en niños con discapacidad visual. Las medidas utilizadas ponen al descubierto que los niños con discapacidad visual tienen mayor dificultad en el control postural estático en comparación con los controles sanos.

Palabras clave: discapacidad visual, control postural, niño, sedente, bípedo. MeSH.

Abstract

The interaction and integrity of the somatosensory, vestibular and visual systems allow adequate postural control and although the postural control mechanisms are innate, they are also susceptible to modifications and adaptations through experience and learning. Children with visual impairments have difficulties developing postural control derived from a lack of visual feedback. To identify the main measures of static postural control in children aged 6 to 12 with visual impairment. A comprehensive systematic search was performed in three databases of relevant studies, using a predetermined search strategy (“Vision disorders” [Mesh]) AND “Child” [Mesh]) AND “Postural balance” [Mesh], which will include children from 6 to 12 years old with visual disabilities and without delimitation in the year of publication. Criteria described from PRISMA SCR were applied. 8 studies met the inclusion criteria, finding that the main evaluation measures of static postural control in children with visual impairment are the pediatric balance scale (PBS), photometry and digital platforms. No study of validity of test or postural control measurement tools was found in children with visual impairment. The tests used reveal that children with visual impairment have greater difficulty in static postural control compared to healthy controls.

Keys words: vision disorders, postural balance, child, standing position, sitting position. MeSH.

Introducción

Se considera control postural a la capacidad de controlar el centro de masa en diferentes posiciones del cuerpo humano, involucrando una tarea dinámica o estática en diferentes ambientes (Bolaños Roldán, 2021). En el caso de un niño con discapacidad visual, este se encuentra alterado debido a su dependencia de la integridad en la función del sistema visual, somatosensorial y vestibular (Zanini et al., 2018), la coordinación efectiva de estos es imperiosa y el deterioro o déficit de alguno influye de manera directa en el control postura y a su vez en el equilibrio, siendo necesario involucrar acciones compensatorias en otras estructuras y/ o sistemas. La discapacidad visual incluye varias condiciones, entre ellas estrabismo, ceguera parcial o total. Colombia cuenta con aproximadamente 1'948.332 personas con discapacidad visual de los cuales 83.212 son niños con edades entre los 5 y los 11 años (Parra, 2018).

Evaluar el control postural en este tipo de población plasma una línea base para realizar intervenciones de tipo preventivo. Sin embargo, las herramientas para su evaluación son reportadas principalmente en población sana. Es por ello que este estudio pretende identificar las principales medidas del control postural estático en niños de 6 a 12 años con discapacidad visual.

Metodología

Se realizó una revisión exploratoria de acuerdo con lo propuesto por el Manual del Instituto Joanna Briggs (The Joanna Briggs Institute, 2015). El protocolo descrito por (Arksey & O'Malley, 2005) y siguiendo los criterios descritos por Prisma para Scoping reviews (Page & Moher, 2017), que permitió mostrar la información disponible considerando la pregunta: Población: Niños con discapacidad visual de 6 a 12 años. Intervención: evaluación del control postural estático. Contexto: medidas de evaluación de control postural estático en sedente y bípedo.

El desarrollo de la lista de términos de búsqueda fue llevado a cabo por dos investigadores. La búsqueda se realizó de manera independiente por cada uno de los investigadores en tres bases de datos Science Direct, SCOPUS y PubMed, en agosto de 2021 utilizando las palabras claves y los encabezados temáticos haciendo uso de términos Mesh como ((“Vision Disorders”[Mesh])

AND “Child”[Mesh]) AND “Postural Balance”[Mesh]. No se definió límite de fecha de publicación, se seleccionaron estudios de tipo evaluación donde incluyeran niños con discapacidad visual y publicados en idioma español, inglés o portugués. Se usaron diferentes combinaciones con operadores booleanos “AND” y “OR”. Adicionalmente se realizaron búsquedas manuales en las referencias de los estudios para identificar otros artículos que durante la búsqueda se hubieran pasado por alto. La estrategia de búsqueda se detalla en la tabla 1.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda

TERMINOS		
N°	TERMINOS	MESH
1	Visual Disability	Vision Disorders
2	Postural Control	Postural Balance
3	Evaluation	Evaluation Study
4	Validation	Validation Study [Publication Type]
5	Confiability	Confiability
6	Balance	Postural Balance
7	Standing	Standing Position
8	Sitting	Sitting Position
9	Children	Childs

Fuente. Elaboración propia

Criterios de inclusión y exclusión

Para esta revisión se consideraron las publicaciones de tipo evaluación que estudiaron el control postural estático en niños con discapacidad visual. Se incluyeron en la revisión estudios de cohortes, de casos y controles, transversales, de casos y experimentales (datos iniciales / previos a la intervención). Además, los estudios debían haber incluido a niños entre las edades de 6 y 12 años, haber incluido una forma objetiva de evaluación y haber sido publicados en idioma español, inglés o portugués. Se excluyeron de esta re-

visión los ECA u otros estudios experimentales en niños que se estaban sometiendo o habían recibido tratamiento correctivo previo, es decir, cirugía, ejercicio de equilibrio o prescripción de prismas (anteojos) y que no proporcionaron datos previos a la intervención. Se excluyeron todas las narrativas, editoriales y revisiones sistemáticas. No hubo restricción en año de publicación. También se excluyeron las citas donde el texto completo en inglés no estaba disponible. Las actas publicadas (p. Ej., Publicaciones de conferencias) se excluyeron en la etapa de selección de texto completo. Estudios que incluyen a niños con hitos de desarrollo retrasados, discapacidad intelectual u otras comorbilidades/afecciones que podrían afectar su control postural. También se excluyó alteraciones del neurodesarrollo como, por ejemplo, parálisis cerebral.

Procedimiento

Dos autores revisaron en colaboración los estudios identificados para determinar si cumplían con los criterios de inclusión con un enfoque paso a paso. Lo que requirió la eliminación de duplicados, seguido de la selección de títulos, resumen y texto completo. Al finalizar el proceso de la selección inicial se realizó una plantilla en Excel de los resúmenes y los textos completos antes de llegar a la lista final de estudios. Las discrepancias que surgieron en el proceso de selección se resolvieron entre los investigadores y las no resueltas se discutieron con un tercer investigador para llegar a un consenso sobre la lista final de estudios que se incluyeron en la revisión.

Evaluación de la calidad metodológica

Para la evaluación de la calidad metodológica dos autores (DS, LS) evaluaron de manera independiente los estudios incluidos mediante la herramienta MINORS (Slim et al., 2003) (Slim, Nini, Forestier, Kwiatkowski, Panis y Chiponi, 2003). Se informa que el índice de evaluación metodológica de estudios no aleatorizados MINORS es una herramienta de evaluación de calidad válida y confiable en su forma original. Este índice de verificación cuenta con confiabilidad, validez y consistencia interna, la herramienta consta de 12 ítems, que son fácilmente utilizables tanto por lectores como por investigadores.

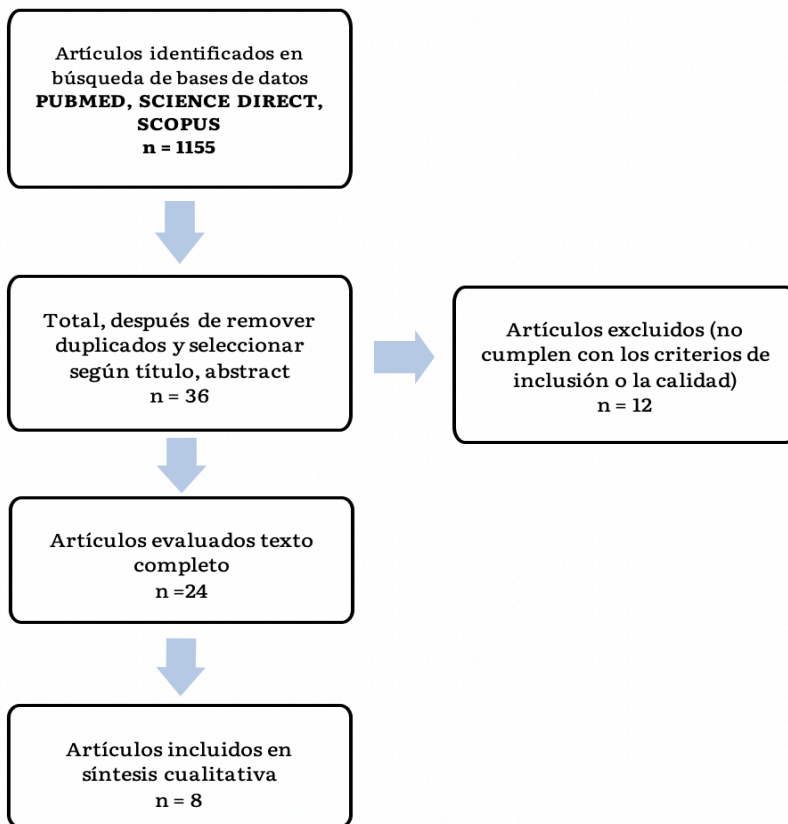
Extracción de datos

Dos investigadores (DS, LS) extrajeron en colaboración los datos bibliográficos y demográficos de la lista final de estudios incluidos en una plantilla en Excel que contenía detalles del estudio y de los participantes como: nombre del estudio, autores y año, diseño del estudio, país de publicación, tamaño de la muestra, enlace directo a sitio web del artículo, descripción del método de evaluación que usaron el documento, grado de discapacidad visual, y en caso de estar disponible, las características psicométricas del método de evaluación utilizado.

Resultados

La búsqueda en las bases de datos permitió recuperar un total de 1155 estudios, y después de eliminar los duplicados, hacer revisión de título y resumen quedaron 36 estudios para lectura a texto completo, inicialmente se determinó que 23 estudios eran elegibles para su inclusión. Tras la discusión entre los tres investigadores (DS, LS, SA), se excluyeron otros 15 artículos, ya que no cumplieron con los criterios de inclusión después de una inspección exhaustiva. Se identificó un artículo adicional mediante búsquedas manuales en la lista de referencias de los estudios seleccionados, lo que constituye el recuento final de ocho estudios que se incluyeron al análisis cualitativo para esta revisión. El diagrama de flujo de PRISMA se muestra en la figura 1.

Figura 1. Diagrama de la revisión



Fuente: Elaboración propia

Las razones de la exclusión basadas en el texto completo fueron: dos estudios por idioma; siete estudios por edad de la población de estudio inadecuada, y siete estudios por medición o evaluación inapropiada. Los estudios excluidos se detallan en la tabla 2.

Tabla 2. Estudios excluidos

Titulo	Autor y año	Criterio de exclusión
Body coordination during sit-to-stand in blind and sighted female children.	(Aylar et al., 2020)	Evaluación inadecuada: transición de sedente a bípedo
Balance impairment in individuals with Wolfram syndrome.	(Pickett et al., 2012)	Dead: 15 -25 años
Equilibrimetric findings in partially blind and blind children (author's transl).	(Aust & Goebel, 1977)	Idioma: Alemán
Evaluation of gross motor abilities and self perception in children with amblyopia.	(Engel-Yeger, 2008)	Evaluación de función motora gruesa con Batería de evaluación de movimiento para niños MABC-2, escala pictórica de competencia percibida y aceptación social, el equilibrio fue completado en un cuestionario para padres.
Postural Instability in Subjects With Usher Syndrome.	(Caldani et al., 2019)	Edad: 27-43 años
Axial deviations of the spine in blind children.	(Aulisa et al., 1986)	Evaluación inadecuada: Desviaciones estructurales de la columna vertebral
Balance, gait, and navigation performance are related to physical exercise in blind and visually impaired children and adolescents.	(Rogge et al., 2021)	Edad: 14 -18 años
Do the center of mass strategies change with restricted vision during the sit-to-stand task?.	(Aylar et al., 2019)	Evaluación inadecuada: transición de sedente a bípedo
Factors Associated with Impaired Motor Skills in Strabismic and Anisometric Children.	(Kelly et al., 2020)	Evaluación inadecuada: Habilidades motoras con MABC-2
Imbalance of the postural system studied by light stimulation in children with strabismus.	(Gentaz, 1991)	Idioma Frances

Título	Autor y año	Criterio de exclusión
Intra-session test-retest reliability of magnitude and structure of center of pressure from the Nintendo Wii Balance Board™ for a visually impaired and normally sighted population	(Jeter et al., 2015)	Edad >25 años
Postural stability and visual impairment: Assessing balance in children with strabismus and amblyopia.	(Zipori et al., 2018)	Edad de 4 a 21 años sin resultados por edad
The influence of the degree of visual impairment on psychomotor reaction and equilibrium maintenance of adolescents.	(Juodzbalienė & Muckus, 2006)	Edad: adolescentes de 11 -15 años
Sit-to-stand ground reaction force characteristics in blind and sighted female children.	(Faraji Aylar et al., 2018)	Evaluación inadecuada: transición de sedente a bípedo
The effect of time restricted visual sensory input on asymmetry of ground reaction force components in female children.	(Aylar et al., 2018)	Evaluación inadecuada: transición de sedente a bípedo
Visual and vestibular functioning, and age and surgery effects on postural control in healthy children with vertical strabismus.	(Zanini et al., 2018b)	Evaluación inadecuada: efectos de la cirugía en el control postural

Fuente. Elaboración propia

Características de los estudios

En los ocho estudios seleccionados se incluyeron un total de (n = 291 niños), dentro de los cuales 168 eran niños con discapacidad visual, 20 con discapacidad auditiva y 133 niños sanos que participaron como controles. Con respecto al género 107 eran niñas y 99 niños, los estudios de Häkkinen et al., 2006; De Sousa Santos et al., 2018; D'Anna et al., 2015 y Lions et al., 2014 no reportan el género de los participantes. Según la Clasificación de la Discapacidad Visual reportan ceguera congénita autores como D'Anna et al., 2015;

De Pádua et al., 2018; Häkkinen et al., 2006; Uysal et al., 2010; Zylka et al., 2013 six of them had no visual impairment, and other six had congenital blindness. The participants stood on RotoBit force plate maintaining upright stance in static conditions. Each blind subject executed the task three times, each sighted subject executed the task six times, three with eyes closed (EC, baja visión Santos et al., 2018 y estrabismo (Jayakaran et al., 2018; Lions et al., 2014) therefore, with abnormal binocular vision, may have an altered perception of space and use different sets of cues to determine depth perception when compared with children without strabismus.

OBJECTIVE: To explore the postural control of children with and without strabismus, when the three sensory systems are challenged.

METHOD: Forty-six children (21 with strabismus and 25 age-matched controls. En la tabla 3 se muestran las características generales de los estudios incluidos.

Tabla 3. Características de estudios incluidos

Nº	Autor y año	Filiación autores	Idioma	País	Población	Tipo de estudio
1	(Uysal et al., 2010)	Medicina física y rehabilitación	Inglés	Turquía	60 niños, 20 con pérdida auditiva (10 niñas, 10 niños), 20 con ceguera (8 niñas, 12 niños) y 20 controles sanos (10 niñas, 10 niños). La edad media de todos los grupos fue de 9,3 años	Comparativo
2	(Zylka et al., 2013)	Rehabilitación integral, Educación física	Inglés	Polonia	26 niñas con VI de 10 a 15 años (media = 12,7, DE = 1,8)	Comparativo observacional
3	(Häkkinen et al., 2006)	Medicina física y rehabilitación	Inglés	Finlandia	16 niños, 8 escolares ciegos de 9 a 13 años y 8 ciegos de 15 a 18 años	Comparativo

Nº	Autor y año	Filiación autores	Idioma	País	Población	Tipo de estudio
4	(Jayakaran et al., 2018)	Fisioterapia, Medicina, Departamento ocular	Inglés	Nueva Zelanda	46 niños, 21 con estrabismo y 25 controles emparejados por edad de entre 5 y 10 años (20 niñas, 16 niños)	Observacional transversal
5	(De Pádua et al., 2018)	Terapia física, terapia ocupacional	Inglés	Brasil	74 niños, 34 con discapacidades visuales y 40 con visión normal.	Comparativo
6	(De Sousa Santos et al., 2018)	Neurociencias y ciencias sociales	Inglés	Brasil	41 sujetos de 5 a 14 años con baja visión	Observacional
7	(D'Anna et al., 2015)	Ingeniería	Inglés	Roma	12 niños (6-12 años), 6 de ellos no tenían discapacidad visual y 6 tenían ceguera congénita	Comparativo
8	(Lions et al., 2014)	Oftalmología	Inglés	Francia	24 niños, 12 con estrabismo de 4,9 a 10 años y 12 sanos de la misma edad	Comparativo Observacional

Fuente. Elaboración propia

En la tabla 4 se logra evidenciar que, de los ocho estudios incluidos, tres de ellos utilizan como herramienta de valoración para control postural la Escala de equilibrio pediátrico (PBS), con ojos abiertos y cerrados en superficies estables e inestables. Llama la atención que la fotometría más plataformas digitales se utilizan también con gran frecuencia, estando presente en cuatro de los artículos seleccionados en este estudio; solo uno de ellos incluyó el test de equilibrio Flamingo modificada.

Tabla 4. Herramientas de medición de control postural

Artículo	Test/Herramienta	Descripción
(Uysal et al., 2010)	Pruebas de balance postural ojos abiertos, ojos cerrados	Control postural en bípedo, con ojos abiertos y ojos cerrados más integración sensorial
(Zyłka et al., 2013)	La Escala de Equilibrio Pediátrico (PBS).	El PBS permite una evaluación de las habilidades de equilibrio en el contexto de las tareas diarias y requiere solo un uso mínimo de equipo especializado. La escala se compone de 14 ítems que se puntúan en una escala de 0 a 4 basada en criterios.
	Estabilografía	Estabilidad postural. Los parámetros calculados fueron la trayectoria de balanceo y la velocidad de balanceo promedio, así como la trayectoria de balanceo mediolateral y antero-posterior, la amplitud de balanceo promedio y la velocidad.
(Häkkinen et al., 2006)	prueba de equilibrio Flamingo modificada	Los sujetos tenían que mantener el equilibrio sobre una pierna sobre una viga elevada. Cada vez que el sujeto perdía el equilibrio al soltar su pierna libre o cuando tocaba el suelo con cualquier parte de su cuerpo, el reloj se detenía.
(Jayakaran et al., 2018)	Test de Organización Sensorial (SOT)	Se utilizó para evaluar la ponderación sensorial en el control postural. La prueba se realizó con ojos abiertos y ojos cerrados, sobre una plataforma fija y móvil.
	Escala de equilibrio pediátrico (PBS)	Se utilizó como evaluación clínica del equilibrio, durante su aplicación evaluaron actividades de evaluación funcional y del equilibrio, como estar de pie con los ojos abiertos o cerrados con los pies separados / cerca, sentarse y pararse y alcance funcional.
(De Pádua et al., 2018)	Evaluación postural, por fotografía digital	Fotografías digitales del individuo en posición ortostática, en los planos sagital y frontal. En el plano sagital, cada individuo fue fotografiado dos veces, primero con los brazos colocados a lo largo del cuerpo y luego con aducción del hombro y rotación interna y flexión del codo, apoyando las manos en el tórax por vía contralateral, para facilitar la medición de las curvaturas torácicas y lumbares, la inclinación pélvica y las rodillas.

Artículo	Test/Herramienta	Descripción
(De Sousa Santos et al., 2018)	Escala de Equilibrio Pediátrico (PBS)	El PBS se administró a cada niño / adolescente de forma individual, utilizando un protocolo y puntuación descriptos por Franjoine et al (2003).
(D'Anna et al., 2015)	Plataforma de fuerza RotoBit	Los participantes se pararon en la plataforma de fuerza RotoBit con talones separados 2 cm, rotados externamente alrededor de 30 ° y con ejecutado la tarea tres veces, mientras que cada sujeto vidente ejecutar la tarea seis veces, tres con los ojos cerrados (EC) y tres con los ojos abiertos (EO). Para todos los temas cada uno la repetición duró 30 s.
(Lions et al., 2014)	Se realizaron dos posiciones posturales: Romberg y Tandem	Se realizaron dos posiciones posturales: Romberg y Tandem. Dos condiciones posturales: sin y con almohadilla de espuma. Analizamos la superficie, la longitud, la velocidad media del centro de presión (CoP) y el efecto de la información propioceptiva.

Fuente: elaboración propia

Calidad metodológica de los estudios incluidos según la ESCALA de MINORS

De los ocho estudios incluidos en esta revisión se encuentra una variabilidad entre 12 a 22 puntos. Solo un estudio (Häkkinen et al., 2006) obtiene seis puntos y no alcanza el puntaje mínimo establecido por la escala (11 puntos), sin embargo se incluye en consenso de los investigadores (DS, LS, SS) ya que la calidad metodológica no se encuentra establecida como criterio de exclusión. Según lo que se observa en la tabla 5 las mayores debilidades se encuentran en recolección prospectiva de datos, evaluación imparcial de los resultados, período de seguimiento apropiado, pérdida de seguimiento del 5%, cálculo del tamaño de muestra (IC 95%) y equivalencia basal de grupos.

Tabla 5. Valores de evidencia de MINORS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total
Autor	Un objetivo claramente establecido	Inclusión de pacientes consecutivos	Recolección prospectiva de datos	Resultados apropiados para el objetivo	Evaluación parcial de los resultados	Período de seguimiento apropiado	Pérdida de seguimiento inferior al 5%	Cálculo del tamaño de muestra del estudio. IC 95%	Un grupo de control adecuado	Grupos gestionados al mismo tiempo tanto el control como estudio	Equivalencia basal de grupos	Análisis estadísticos adecuados	
Uysal, et al, 2010.													14
Żyłka, et al, 2013													12
Häkkinen, et al, 2006.													6
Jayakaran, et al, 2018.													13
De Pádua, et al, 2018													19
De Sousa Santos, et al 2018.													22
D'Anna, et al 2015.													16
Lions, et al 2014.													21

Convención de la calificación verde (2), amarillo (1), rojo (0)

Conclusiones

El hallazgo principal posterior a la revisión hace referencia al bajo control postural estático y dinámico en los niños con discapacidad visual independientemente de las sustituciones de sistemas adicionales utilizados de manera compensatoria en comparación con la población sana, confirmando de esta manera que el funcionamiento coordinado del sistema visual, somatosensorial y vestibular son necesarios para la efectividad del control postural.

Se lograron identificar diferentes herramientas para evaluar el control postural, dentro de ellas la que contó con mayor reporte en la literatura fue La Escala de Equilibrio Pediátrico (PBS), sin embargo, su aplicabilidad está dada en discapacidad motora y no sensorial, teniendo de esta manera un sesgo de fiabilidad y validez para el uso en población infantil con discapacidad visual, lo cual hace necesario realizar estudios con este propósito.

Se encontraron diferentes limitaciones durante la realización de la revisión, debido a la escasez de literatura que investiga en este campo. Por lo que se recomienda ampliar el estudio a otras bases de datos, que nos ayudarían a conocer una visión más amplia en este campo de investigación.

Referencias bibliográficas

- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Aulisa, L., Bertolini, C., Piantelli, S., & Piazzini, D. B. (1986). Axial deviations of the spine in blind children. *Italian Journal of Orthopaedics and Traumatology*, 12(1), 85-92.
- Aust, G., & Goebel, P. (1977). [Equilibrimetric findings in partially blind and blind children (author's transl)]. *Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 214(4), 339-350. <https://doi.org/10.1007/BF00457475>
- Aylar, M. F., Dionisio, V. C., & Jafarnezhadgero, A. (2019). Do the center of mass strategies change with restricted vision during the sit-to-stand task? *Clinical Biomechanics (Bristol, Avon)*, 62, 104-112. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiomech.2019.01.011>

- Aylar, M. F., Dionisio, V. C., Jafarnezhadgero, A., & Parikhani, A. Z. (2020). Body coordination during sit-to-stand in blind and sighted female children. *Journal of Biomechanics*, 104, 109708. <https://doi.org/10.1016/j.jbiomech.2020.109708>
- Aylar, M. F., Jafarnezhadgero, A., Esker, F. S., Barber, R., & Robertson, D. G. E. (2018). The effect of time restricted visual sensory input on asymmetry of ground reaction force components in female children. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 22(4), 917-923. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2017.11.010>
- Bolaños Roldán, A. M. (2021). Estrategias de control postural en un niño con parálisis cerebral severamente comprometido. Estudio de caso. *Fisioterapia*. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2021.02.004>
- Caldani, S., Bucci, M. P., Tisné, M., Audo, I., Van Den Abbeele, T., & Wiener-Vacher, S. (2019). Postural Instability in Subjects With Usher Syndrome. *Frontiers in Neurology*, 10, 830. <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00830>
- D'Anna, C., Gazzellini, S., Petrarca, M., Vasco, G., Castelli, E., Schmid, M., & Conforto, S. (2015). Time to boundary function to assess upright stance in blind children. *Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society. IEEE Engineering in Medicine and Biology Society. Annual International Conference*, 2015, 3468-3471. <https://doi.org/10.1109/EMBC.2015.7319139>
- de Pádua, M., Sauer, J. F., & João, S. M. A. (2018). Quantitative Postural Analysis of Children With Congenital Visual Impairment. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 41(1), 62-70. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2017.07.016>
- Engel-Yeger, B. (2008). Evaluation of gross motor abilities and self perception in children with amblyopia. *Disability and Rehabilitation*, 30(4), 243-248. <https://doi.org/10.1080/09638280701257221>
- Faraji Aylar, M., Jafarnezhadgero, A. A., & Salari Esker, F. (2018). Sit-to-stand ground reaction force characteristics in blind and sighted female children. *Gait & Posture*, 62, 34-40. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2018.03.004>
- Gentaz, R. (1991). [Imbalance of the postural system studied by light stimulation in children with strabismus]. *Agressologie: Revue Internationale De Physio-Biologie Et De Pharmacologie Appliquees Aux Effets De L'agression*, 32(3 Spec No), 187-189.

- Häkkinen, A., Holopainen, E., Kautiainen, H., Sillanpää, E., & Häkkinen, K. (2006). Neuromuscular function and balance of prepubertal and pubertal blind and sighted boys. *Acta Paediatrica* (Oslo, Norway: 1992), 95(10), 1277-1283. <https://doi.org/10.1080/08035250600573144>
- Jayakaran, P., Mitchell, L., & Johnson, G. M. (2018). Peripheral sensory information and postural control in children with strabismus. *Gait & Posture*, 65, 197-202. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2018.07.173>
- Jeter, P. E., Wang, J., Gu, J., Barry, M. P., Roach, C., Corson, M., Yang, L., & Dagnelie, G. (2015). Intra-session test-retest reliability of magnitude and structure of center of pressure from the Nintendo Wii Balance Board™ for a visually impaired and normally sighted population. *Gait & Posture*, 41(2), 482-487. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2014.11.012>
- Juodzbalienė, V., & Muckus, K. (2006). The influence of the degree of visual impairment on psychomotor reaction and equilibrium maintenance of adolescents. *Medicina* (Kaunas, Lithuania), 42(1), 49-56.
- Kelly, K. R., Morale, S. E., Beauchamp, C. L., Dao, L. M., Luu, B. A., & Birch, E. E. (2020). Factors Associated with Impaired Motor Skills in Strabismic and Anisometropic Children. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 61(10), 43. <https://doi.org/10.1167/iov.61.10.43>
- Lions, C., Bui Quoc, E., Wiener-Vacher, S., & Bucci, M. P. (2014). Postural control in strabismic children: Importance of proprioceptive information. *Frontiers in Physiology*, 5, 156. <https://doi.org/10.3389/fphys.2014.00156>
- Page, M. J., & Moher, D. (2017). Evaluations of the uptake and impact of the Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) Statement and extensions: A scoping review. *Systematic Reviews*, 6(1), 263. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0663-8>
- Pickett, K. A., Duncan, R. P., Paciorkowski, A. R., Permutt, M. A., Marshall, B., Hershey, T., Earhart, G. M., & Washington University Wolfram Study Group. (2012). Balance impairment in individuals with Wolfram syndrome. *Gait & Posture*, 36(3), 619-624. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2012.06.008>
- Rogge, A.-K., Hamacher, D., Cappagli, G., Kuhne, L., Hötting, K., Zech, A., Gori, M., & Röder, B. (2021). Balance, gait, and navigation performance are related to physical exercise in blind and visually impaired children and

- adolescents. *Experimental Brain Research*, 239(4), 1111-1123. <https://doi.org/10.1007/s00221-021-06038-3>
- Santos, A. C. de S., Bakke, H. A., Oliveira, I. S. de, & Sarinho, S. W. (2018). The performance of children and adolescents with low vision on the Pediatric Balance Scale. *Motricidade*, 14(2-3), 71-78. <https://doi.org/10.6063/motricidade.13753>
- Slim, K., Nini, E., Forestier, D., Kwiatkowski, F., Panis, Y., & Chipponi, J. (2003). Methodological index for non-randomized studies (minors): Development and validation of a new instrument. *ANZ Journal of Surgery*, 73(9), 712-716. <https://doi.org/10.1046/j.1445-2197.2003.02748.x>
- The Joanna Briggs Institute. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition / Supplement*. Adelaide, SA Australia: The Joanna Briggs Institute., 1-24.
- Uysal, S. A., Erden, Z., Akbayrak, T., & Demirtürk, F. (2010). Comparison of Balance and Gait in Visually or Hearing Impaired Children. *Perceptual and Motor Skills*, 111(1), 71-80. <https://doi.org/10.2466/10.11.15.25.PMS.111.4.71-80>
- Zanini, S., Cordaro, C., Martucci, L., Del Piero, I., Geotti, S., Makuc, M., Csillaghy, A., Godio, M., & Cazzagon, M. (2018a). Visual and vestibular functioning, and age and surgery effects on postural control in healthy children with vertical strabismus. *Therapeutic Advances in Ophthalmology*, 10, 2515841418788005. <https://doi.org/10.1177/2515841418788005>
- Zanini, S., Cordaro, C., Martucci, L., Del Piero, I., Geotti, S., Makuc, M., Csillaghy, A., Godio, M., & Cazzagon, M. (2018b). Visual and vestibular functioning, and age and surgery effects on postural control in healthy children with vertical strabismus. *Therapeutic Advances in Ophthalmology*, 10, 2515841418788005. <https://doi.org/10.1177/2515841418788005>
- Zipori, A. B., Colpa, L., Wong, A. M. F., Cushing, S. L., & Gordon, K. A. (2018). Postural stability and visual impairment: Assessing balance in children with strabismus and amblyopia. *PloS One*, 13(10), e0205857. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205857>
- Zyłka, J., Lach, U., & Rutkowska, I. (2013). Functional balance assessment with pediatric balance scale in girls with visual impairment. *Pediatric Physical Therapy: The Official Publication of the Section on Pediatrics of the American Physical Therapy Association*, 25(4), 460-466. <https://doi.org/10.1097/PEP.0b013e31829ddbc8>



CAPÍTULO 6

ACTITUD DE LOS ESTUDIANTES DE BÁSICA SECUNDARIA HACIA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Attitude of high school students towards people with disabilities

Estefany Echeverry Mosquera

Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0003-1448-9612>

✉ stefyecheverry45@gmail.com

Ilse Soto Franco

Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0002-2649-2926>

✉ ilse.soto00@usc.edu.co

Luisa María Zapata Segura

Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0003-0457-7715>

✉ luisasegura1807@gmail.com

Resumen

Introducción: La actitud se define como “una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o una situación, las cuales predisponen a reaccionar preferentemente de una manera determinada”, ellas se caracterizan por ser positivas o negativas, o de acuerdo con la intensidad alta o baja, además ellas pueden entrañar actitud o rechazo. **Objetivo:** Determinar las actitudes de los estudiantes de básica primaria de una institución pública hacia las personas con discapacidad en la ciudad de Palmira Valle del Cauca, 2018-2019. **Metodología:** se presenta un estudio descriptivo transversal realizado en una institución educativa pública de la ciudad de

Cita este capítulo / Cite this chapter

Echeverry Mosquera, E.; Zapata Segura, L. M. y Soto Franco, I. (2022). Actitud de estudiantes de básica secundaria hacia las personas con discapacidad. En: Soto Franco, I. (ed. científica). *Discapacidad e inclusión social: evolución, modelos y tendencias investigativas*. (pp. 143-162). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

Palmira Valle del Cauca, en donde se evaluaron 96 estudiantes de 8° y 9° de básica Secundaria; por medio de la “Escala de Actitudes hacia las Personas con Discapacidad, Forma G (EAPD) de Verdugo, Arias y Jenaro (1994)”. Resultados: La totalidad del alumnado presenta actitudes positivas frente a las personas con discapacidad, y es así como no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Conclusión: Se puede inferir que los estudiantes presentan una predisposición favorable a comportarse de manera efectiva frente a personas con discapacidad, valorando positivamente sus capacidades y reconociendo sus derechos fundamentales.

Palabras claves: Actitudes, discapacidad, estudiantes, capacidades.

Abstract

Introduction: Attitude is defined as a relatively long-lasting organization of beliefs around an object or a situation, which predispose to preferentially react in a certain way”, they are characterized by being positive or negative, or according to high intensity or low, in addition they can involve attitude or rejection. Objective: To determine the attitudes of elementary school students from a public institution towards people with disabilities in the city of Palmira Valle del Cauca, 2018-2019. Methodology: a descriptive cross-sectional study carried out in a public educational institution in the city of Palmira Valle del Cauca is presented, where 96 students of 8th and 9th grade of Secondary were evaluated; by means of the “Scale of Attitudes towards Persons with Disabilities, Form G (EAPD) of Verdugo, Arias and Jenaro (1994)”. Results: All the students present positive attitudes towards people with disabilities, and this is how no statistically significant differences were found. Conclusion: It can be inferred that students have a favorable predisposition to behave effectively in front of people with disabilities, positively valuing their abilities and recognizing their fundamental rights.

Keywords: Attitudes, disability, students, abilities.

Introducción

La actitud se define como “una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o una situación, las cuales predisponen a reaccionar preferentemente de una manera determinada”, ellas se caracterizan por ser positivas o negativas, o de acuerdo con la intensidad alta o

baja, además ellas pueden entrañar actitud o rechazo (Verdugo Alonso Et al. 2006). Tienen que ver con una forma de actuar, pero no son la actuación, sino aquello que la propicia, quiere decir, son parte de un sistema de representación de la realidad. Hay que destacar que las actitudes no son innatas, se trata de disposiciones adquiridas, aprendidas a partir de la interacción y son relativamente durables, pero sólo relativamente, pues pueden ser modificadas por influencias externas (Ferreira, 2009).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), define la discapacidad como un término general que abarca las deficiencias, son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. La necesidad de cambiar el sentido del concepto de discapacidad se ha atribuido al reconocimiento de factores socioambientales como desencadenantes de la discapacidad, y a la movilización política de las personas con discapacidad y sus familias, que se ha logrado principalmente a través de diálogos interdisciplinarios, en los cuales el asunto de la discapacidad se abre de las ciencias de la salud a otras ciencias, entre ellas las ciencias sociales (Garzón, 2016).

Las personas con discapacidad han sido objeto del uso de términos ofensivos que han producido significados sociales de infravaloración, padecimiento, conmiseración, y las sociedades han actuado como consecuencia de ello a través de la discriminación, la exclusión y la falta de sincronía de enfoques y discursos. Estas marcaciones han actuado como mediaciones en la construcción de políticas, planes, programas, servicios e incluso han sido empleadas para obtener beneficios de lucro cuando se perpetúa la perspectiva de caridad. Por otra parte, la sociedad con frecuencia crea muchos estereotipos, y lo que no corresponda a estos es considerado algo erróneo o anormal y esto hace que muchas personas adopten actitudes discriminatorias y de rechazo hacia la persona con discapacidad, porque no está dentro del estereotipo que la misma sociedad ha creado, de tal forma que no hacen lo posible por integrarse, sino más bien excluyen y crean la desigualdad.

Por ello, es importante conocer el propósito fundamental de la Convención de Derechos Humanos en el siglo XXI, que es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos y libertades fundamentales para todas las personas con discapacidad, y promover el respeto por su dignidad inherente (Hernández Ríos, 2015). Esto quiere decir que la igualdad de condiciones es para todos y el tener capacidades o funcio-

nes de vida diferente a otros individuos no hace que la persona con discapacidad entre en un grupo de minorías y no participe en sus derechos. Por esta razón, es importante que desde la participación educativa los estudiantes, durante su formación y adquisición de conocimientos, reconozcan sus derechos y la importancia del respeto a los derechos de los demás construyendo una sociedad inclusiva y equitativa.

Todo esto contribuye a que la inclusión social sea una función importante en la mejora de la calidad de vida e influya notablemente en el desarrollo posterior del éxito personal, educativo y social. Por el contrario, la incompetencia social se relaciona con un variado abanico de desajustes y dificultades compatibles con trastornos como son: baja aceptación, rechazo, ignorancia y aislamiento que derivan en problemas emocionales y escolares, conductas disociales y diversos problemas de salud mental en la vida adulta (Hernández Ríos, 2015). Estos factores son excluyentes y son los que se deben prevenir, para que cada día sea transformada la exclusión por inclusión, desde las etapas de la adolescencia. Por ello, nace la importancia de estudiar las actitudes de los estudiantes, como un punto de partida para generar procesos de educación inclusiva.

Por otra parte, la educación inclusiva es aquella en donde todos los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos, según sus necesidades, intereses, posibilidades y expectativas, independientemente de su género, discapacidad, capacidad o talento excepcional, pertenencia étnica, posición política, ideología, visión del mundo, pertenencia a una comunidad o minoría lingüística, orientación sexual, credo religioso, lengua o cultura, asisten y participan de una educación en la que comparten con pares de su misma edad y reciben los apoyos que requieren para que su educación sea exitosa. Es un proceso permanente cuyo objetivo es promover el desarrollo, el aprendizaje y la participación de todos y todas sin discriminación o exclusión alguna, garantizando los ajustes razonables requeridos en su proceso educativo, atendiendo sus particularidades y prestando especial énfasis a quienes por diferentes razones están excluidos o en riesgo de ser marginados del sistema educativo.

Es necesario que el adolescente con discapacidad se incorpore al sistema regular de educación lo más tempranamente posible, con el fin de proveerlo de mejores herramientas para asumir un rol activo en su comunidad. De igual manera, promover que toda persona con discapacidad que necesite nivelación académica sea incluida a través de las diferentes modalidades

educativas con las que cuenta el Ministerio de Educación, y que le permita en un futuro tener mejores oportunidades laborales (Ministerio de Educación Nacional de Colombia, 2017).

Materiales y métodos

Se realizó una investigación con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo transversal para determinar las actitudes de los estudiantes de básica secundaria frente a las personas con discapacidad. Se tomó como población de estudio a los estudiantes de octavo y noveno grado de básica secundaria de una institución educativa pública de la ciudad de Palmira Valle.

Criterios de inclusión y exclusión

Se realizó la investigación con los estudiantes pertenecientes a básica secundaria de una institución educativa pública de la ciudad de Palmira y quienes sus padres dieran el consentimiento de participar en el estudio. Se excluyeron aquellos estudiantes que tuvieran algún tipo de discapacidad y los que no asistieron a ninguna de las jornadas de evaluación.

Aspectos éticos

La investigación se desarrolló de acuerdo con los aspectos éticos universales de investigación en seres humanos de acuerdo al código Deontológico de ética y bioética del fisioterapeuta en Colombia (Artículo 67 -68) y Declaración de Helsinki. De igual forma, se tuvo en cuenta la reglamentación y las recomendaciones éticas colombianas, Resolución 8430 de 1993 teniendo presente el Capítulo III. Por último, se contó con la aprobación del comité de ética y bioética de la Universidad Santiago de Cali. Todos los sujetos participantes aceptaron su participación en el estudio mediante la firma del consentimiento y el asentimiento informado.

Muestra

La muestra fue seleccionada a conveniencia y estuvo conformada por 96 estudiantes de los grados octavos y novenos procedentes de una Institución educativa de carácter público. El 51% (49) son hombres y el 49% (47) son mu-

jeros, con una edad promedio entre los 15 y 16 años. El contenido del estudio representa el primero de su tipo en Palmira Valle del Cauca.

El instrumento

El instrumento utilizado es un cuestionario auto administrado integrado por dos componentes:

- Datos sociodemográficos del alumnado como son el sexo, edad, el grado de estudio; también si presenta algún contacto con personas con discapacidad, en caso afirmativo, señalaron la razón de contacto, la frecuencia y el tipo de discapacidad con la cual tienen contacto.
- La segunda parte del instrumento llamado “Escala de Actitudes hacia las Personas con Discapacidad, Forma G (EAPD) de Verdugo, Arias y Jenaro (1994)” Los autores estimaron la fiabilidad global de la escala mediante dos métodos diferentes: El método ALFA DE CRONBACH: para evaluar el grado de consistencia interna, y el método LAMBDA DE GUTTMAN: cuya finalidad es examinar el nivel de fiabilidad que tendría la escala completa, esta se divide en dos partes y se combinan, siendo el coeficiente alfa de cron Bach un 0.92. Los autores desarrollaron esta escala multidimensional de evaluación de actitudes hacia las personas con discapacidad, partiendo de las investigaciones anteriores realizadas en España y en otros países. La escala, tras una primera revisión, está compuesta por 37 ítems y consta de una escala tipo Likert de 1 a 6 (1= Muy en desacuerdo, 6= Muy de acuerdo), de 5 factores o subescalas compuestas por 37 ítems según sea el caso. La elección de esta escala se basa en el hecho de ser una de las escalas más utilizadas a nivel internacional para medir las actitudes hacia las personas con discapacidad, por su alto índice de validez y fiabilidad y por ajustarse a las características del diseño de la presente investigación.

El procedimiento de registro de datos

Se definieron las variables y sus valores para ser codificados. Posteriormente, se introdujeron los datos estableciendo una base de datos. Para el análisis de las respuestas a la “Escala de Actitudes hacia las Personas con Discapacidad. Forma G” -Verdugo, Arias y Jenaro, 1994, se hizo necesario codificar de forma inversa algunos ítems, en cuanto a los valores que le asigna la escala,

por lo que una puntuación más próxima a 6 para cualquier ítem de la escala refleja una actitud positiva hacia las personas con discapacidad. Se utilizaron diferentes aspectos estadísticos y pruebas en función de los análisis realizados: descriptivo (análisis de frecuencias, medias y desviación típica) en Excel.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos según la escala de actitudes hacia las personas con discapacidad – forma G para determinar las actitudes hacia las personas con discapacidad de los 96 estudiantes de octavo y noveno de básica secundaria de una institución pública de la ciudad de Palmira, Valle 2018-2019. En la presente investigación se tuvieron en cuenta las siguientes variables.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los estudiantes de básica primaria de una institución pública de la ciudad de Palmira.

Características sociodemográficas		Frecuencia	Porcentaje %
Edad	13 a 14	41	41.8%
	15 a 16	45	46.9%
	17 a 18	10	10.4%
Sexo	Masculino	49	51%
	Femenino	47	49%
Etnia	Raizal	1	1%
	Indígena	2	2.1%
	Afrodescendiente	24	25%
	Mestizo	50	52.1%
	Mulato	19	19.8%
Nivel educativo	Octavo	44	45.9%
	Noveno	52	54.1%
Zona de residencia	Rural	21	3,6%
	Urbana	75	96,4%

Características sociodemográficas		Frecuencia	Porcentaje %
Estrato socioeconómico	Alto	1	1%
	Medio	3	3.1%
	Bajo	92	95,9%
Número de personas con las que vive	1 a 3	31	32.3%
	4 a 6	48	49.9%
	7 a 9	16	16.60%
	10 a 12	1	1%

Fuente. Elaboración propia

Con relación a las características sociodemográficas se encontró que el mayor porcentaje con relación a la edad la obtuvieron los estudiantes entre 15 a 16 años lo que corresponde a un 46.9% (45) lo que indica que la mayor parte de estos estudiantes se encuentra en la edad promedio de los que cursan los grados octavo y noveno de la básica secundaria; así mismo, el sexo predominante fue el masculino correspondiente a un 51% (49), la etnia más predominante en estos grados es la mestiza con 52.1% (50). Respecto del nivel educativo, el grado noveno obtuvo mayor prevalencia con un 54,1% (52); por otro lado, la mayor parte de los estudiantes residen en zonas urbanas con 96,4% (75); el estrato socioeconómico bajo fue el más destacado con un 95,9% (92). Por último, la mayoría de los estudiantes conviven con entre cuatro a seis personas en una misma casa con un 49.9% (48), (tabla 1).

Con relación al contacto con la persona con discapacidad que tienen los estudiantes de básica secundaria se puede señalar que el 51% (49) tienen contacto con personas con discapacidad; el 49% (47) de los estudiantes no tienen contacto con personas con discapacidad, la razón del contacto de los que respondieron “Sí”, es mayormente familiar 33.3% (32); la frecuencia del contacto de acentúa en frecuentemente con el 16.6% siendo el tipo de discapacidad motora mayor con un 27% (26) y solo el 6.2 % (6) viven con 1 o 2 personas que presentan discapacidad en su vivienda, (tabla 2).

Tabla 2. Contacto con personas con discapacidad de los estudiantes de básica secundaria.

Contacto con la discapacidad		Frecuencia	Porcentaje %
¿Tienen algún tipo de contacto con una persona con discapacidad?	Si	49	51%
	No	47	49%
Razón del contacto	Familiar	32	33.3%
	Amistad	13	13.5%
	Otra razón	4	4.1 %
	No aplica	47	49%
Frecuencia del contacto	Frecuentemente	16	16.6%
	A menudo	9	9.3%
	A veces	9	9.3%
	Raras veces	15	15.7%
	Nunca	47	49%
Tipo de discapacidad	Motora	26	27%
	Auditiva	4	4.1%
	Visual	3	3.1%
	Mental	14	14.6%
	Sensorial	2	2.1%
	No aplica	47	49%
Número de personas con discapacidad en su vivienda	1	5	5.2%
	2	1	1%
	No aplica	90	93.7%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 3 muestra cada uno de los factores que valora la escala, evidenciando que la actitud general de los estudiantes de básica secundaria hacia la persona con discapacidad tiende a ser positiva con una media de 4,46, pero además hay una percepción positiva por parte de los estudiantes en torno a

la forma como las personas con discapacidad pueden asumir roles (media de 4,78) y el reconocimiento de sus derechos con una media de 4,69 puntuaciones superiores a la media general.

Tabla 3. Aspectos descriptivos de la escala de actitudes hacia las personas con discapacidad.

FACTOR	N	MIN	MAX	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Actitud general de la persona con discapacidad	96	1	6	4,46	0,16
Valoración de capacidades y limitaciones	96	1	6	4,06	0,38
Reconocimiento / negación de derechos	96	1	6	4,69	0,39
Implicación personal	96	1	6	4,53	0,60
Calificación genérica	96	1	6	4,24	0,58
Asunción de roles	96	1	6	4,78	0,75

Fuente: Elaboración propia

Es importante tener en cuenta la actitud de acuerdo con cada factor lo cual muestra tendencias positivas debido a que los valores de la media son mayores a cuatro, (tabla 3), pero se puede observar en la tendencia hacia una actitud positiva o negativa de acuerdo con los ítems, según corresponda al factor (tabla 4). Se encontró que los ítems con puntuaciones más altas son 12, 14 y 3 (medias 5,56; 5,57 y 5,3 respectivamente) en donde se evidencia que los estudiantes tienen mejor actitud en temas como “ las personas con discapacidad deben divertirse igual que otras personas”, “las personas con discapacidad tienen el derecho a casarse” además añaden que no tendrían problemas de aceptar una invitación de cumpleaños que le hiciese un niño con discapacidad a sus hijos”, lo que aporta mucho al factor de reconocimiento y factor de derechos. Por otro lado, están los ítems 2, 7, 29 y 15 con baja puntuación (medias 3; 3,1 y 3,5 respectivamente), contempla el factor uno, en temas del trabajo para la persona con discapacidad, la inconstancia de personas con discapacidad y que su comportamiento muchas veces es como el de un

niño, lo que quiere decir que a pesar de que reconocen sus derechos, tienden a tener una actitud negativa frente a sus capacidades y habilidades.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos por factor de la actitud general hacia la persona con discapacidad por ítems.

Ítems	Media	Mediana	Desviación Estándar
Factor I			
1. Las personas con discapacidad con frecuencia son menos inteligentes que las demás personas.	4,34	4	1,375
2. Un trabajo sencillo y repetitivo es el más apropiado para personas con discapacidad	3,19	3	1,738
4. En el trabajo, una persona con discapacidad sólo es capaz de seguir instrucciones simples.	3,80	4	1,476
7. Las personas con discapacidad funcionan en muchos aspectos como los niños.	3,489	3	1,615
8. De las personas con discapacidad no puede esperarse demasiado.	4,05	4	1,531
13. Las personas con discapacidad tienen una personalidad tan equilibrada como cualquier persona.	4,40	5	1,664
16. Muchas personas con discapacidad pueden ser profesionales competentes.	5,14	6	1,239
21. En el trabajo, las personas con discapacidad se entienden sin problemas con el resto de los trabajadores.	4,09	4	1,673
29. La mayor parte de las personas con discapacidad son poco constantes.	3,71	3,5	1,519
36. Las personas con discapacidad en general son tan conscientes como las normales.	4,375	5	1,766
Factor II			
6. Las personas con discapacidad deberían vivir con personas afectadas por el mismo problema.	4,31	4	1,242

Ítems	Media	Mediana	Desviación Estándar
9. Las personas con discapacidad deberían tener las mismas oportunidades de empleo que las demás personas.	5,19	6	1,18
12. Las personas con discapacidad deberían poder divertirse con las demás personas.	5,56	6	0,926
14. Las personas con discapacidad deberían casarse si lo desean.	5,57	6	0,867
15. Las personas con discapacidad deberían ser confinadas a instituciones especiales.	3,10	3	1,439
17. Las personas con discapacidad se les deberían impedir votar.	4,55	4	1,177
22. Sería apropiado que las personas con discapacidad trabajaran y vivieran con personas normales.	5,01	5,5	1,200
23. A las personas con discapacidad se les debería prohibir pedir créditos o préstamos.	4,42	4	1,327
27. Las personas con discapacidad pueden hacer muchas cosas tan bien como cualquier otra persona.	5,10	6	1,277
35. Se debería prevenir que las personas con discapacidad tuvieran hijos.	4,19	4	1,484
37. Deberían existir leyes que prohibieran casarse a las personas con discapacidad.	4,55	4	1,055
Factor III			
3. Permitiría que mi hijo aceptase la invitación a un cumpleaños que le hiciera un niño con discapacidad.	5,43	6	1,212
5. Me disgusta estar cerca de personas que parecen diferentes, o actúan de forma diferente.	4,08	4	1,477
10. Las personas con discapacidad deberían mantenerse apartadas de la sociedad.	4,5	4	1,812
11. No me importaría trabajar con personas con discapacidad.	4,64	6	1,812
25. No quiero trabajar con personas con discapacidad.	4,385	4	1,300

Ítems	Media	Mediana	Desviación Estándar
26. En situaciones sociales preferiría no encontrarme con personas con discapacidad.	4,33	4	1,404
31. Si tuviera un familiar cercano con discapacidad evitaría comentarlo con otras personas.	4,23	4	1,382
Factor IV			
18. Las personas con discapacidad a menudo están de mal humor.	4,55	5	1,435
20. Generalmente las personas con discapacidad son sociales.	4,33	4	1,600
24. Las personas con discapacidad generalmente son suspicaces	4,16	4	1,455
28. La mayoría de las personas con discapacidad están resentidas con las personas físicamente normales.	4,08	4	1,411
34. La mayoría de las personas con discapacidad prefieren trabajar con otras personas que tengan su mismo problema.	4,06	4	1,640
Factor V			
19. Personas con discapacidad confían en sí mismos tanto como las personas normales.	4,73	6	1,571
30. Las personas con discapacidad son capaces de llevar una vida social normal.	5	6	1,45
32. La mayor parte de las personas con discapacidad están satisfechas de sí misma.	4,51	5	1,549
33. La mayoría de las personas con discapacidad sienten que son tan valiosas como cualquiera.	4,87	5	1,393

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a los resultados que se evidencian en la tabla 4 respecto a la actitud que tienen los estudiantes hacia las personas con discapacidad, en cuanto a la distribución por sexo arroja un promedio de 4,44 para ambos, lo que indica que la actitud tanto para hombres y mujeres tiende a ser positiva; en relación a las medias y sus factores, el factor de reconocimiento y negación de derechos refleja una media de 4,69, implicación personal 4,52 y califica-

ción genérica 4,24, se puede decir que son iguales en el sexo masculino como en femenino, encontrando que es mucho más positiva su actitud en situaciones que implican el reconocimiento de derechos, desempeños y conductas positivas de la persona con discapacidad. El factor asunción de roles 4,78 es mayor en hombres, lo que indica que perciben de la persona con discapacidad confianza y satisfacción consigo mismas. Posteriormente, el factor de capacidades y limitaciones 4,08 es mayor en mujeres, es decir que valoran mucho las capacidades y habilidades que la persona con discapacidad tiene (tabla 5). Finalmente, ambos sexos presentan una actitud positiva hacia la persona con discapacidad

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de la variable actitud general y sexo de los estudiantes de básica secundaria con personas con discapacidad.

FACTOR	SEXO	N	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTANDAR
Actitud general de la persona con discapacidad.	F	47	4,44	0,295
	M	49	4,44	0,297
Capacidades y limitaciones.	F	47	4,08	0,383
	M	49	4,06	0,381
Reconocimiento y negación de derechos.	F	47	4,69	0,393
	M	49	4,69	0,387
Implicación personal.	F	47	4,52	0,607
	M	49	4,52	0,605
Calificación genérica.	F	47	4,24	0,590
	M	49	4,24	0,571
Asunción de roles.	F	47	4,76	0,752
	M	49	4,78	0,754

Fuente: Elaboración propia

Discusión y conclusiones

Este estudio indagó sobre las actitudes que tienen los estudiantes de básica secundaria hacia la persona con discapacidad de una institución educativa pública, con una muestra de 96 estudiantes de los grados octavo y noveno. A

partir de los hallazgos encontrados, el 51% de los participantes son de sexo masculino, siendo similar a estudios de Domínguez (2013) en el que el 54.9% son hombres. En el estudio de Rodríguez (2013) las edades de los estudiantes se encuentran entre 13 y 18 años, lo que establece una relación directa con la edad del presente estudio, ya que son estudiantes y adolescentes dentro del mismo rango de edad.

En cuanto al contacto con una persona con discapacidad, según estudios como el de Rodríguez (2013) con el 62.7% y el de García y Hernández (2011), con un 57.6 refieren no haber tenido contacto alguno con personas con discapacidad, en tanto que en el presente estudio el 49% de los participantes refieren no haber tenido contacto con la persona con discapacidad y el 51% refiere haber tenido contacto. La razón del contacto en el presente estudio ha sido, en la mayoría de los participantes, de tipo familiar con un 33.3%, las razones del contacto permiten tener un mayor acercamiento a la persona con discapacidad por ende aumenta la tendencia a actitudes positivas.

En los estudios de Domínguez (2013), García y Hernández (2011), Muratori M, Gutiérrez C y Delfino G (2010), Martínez M y Bilbao M (2011), Arellano A, Et al (2019), Araya C (2014) refirieron que los resultados de la escala apuntan a una actitud positiva hacia la persona con discapacidad. Estos resultados guardan relación con el estudio realizado en la ciudad de Palmira en el cual los estudiantes reflejan actitudes positivas, destacando que la mayoría de los estudiantes no se rigen por estereotipos ni prejuicios con relación a las personas con discapacidad.

Los valores promedios de la escala de acuerdo con el factor I “Valoración de capacidades y limitaciones” presenta una media de 4,06, a pesar de que la tendencia de la actitud es positiva es uno de los valores más bajos, por lo tanto es importante tener en cuenta los ítems que fueron evaluados en este factor y se encontró que algunos obtienen puntuaciones por debajo de cuatro, lo que hace que este factor obtenga una de las calificaciones más bajas, esta media difiere del estudio de Martínez y Bilbao (2011) en el cual la media del primer factor es de 5,2 y en el estudio de Araya (2014), la media es de 4,9 puntajes mayores y positivos.

El factor II “Reconocimiento y negación de derechos” obtiene una media de 4,69 con tendencia hacia la actitud positiva, lo que indica que los estudiantes de la institución pública de Palmira aluden al reconocimiento de los derechos fundamentales de la persona con discapacidad especialmente en temas

como el derecho al voto, derecho a un trabajo digno y mucha igualdad de oportunidades, así mismo lo refiere el estudio de Martínez y Bilbao (2011) con una media de 5,4 y el estudio de Araya C (2014), la media es de 5,4 indicando actitudes positivas.

El factor III “Implicación personal” obtiene una media de 4,53 refleja la actitud positiva que tienen los estudiantes de la institución pública de Palmira, lo que es muy favorable porque indican que en los espacios o entornos sociales, laborales y personales, su actitud no es de rechazo ni discriminación, sino que toman en cuenta la aceptación efectiva que es importante compartir socialmente con la persona con discapacidad. Esto mismo refleja el estudio de Martínez y Bilbao (2011) con una media de 5,4 y el estudio de Araya (2014), la media es de 5,8 indicando actitudes positivas.

El factor IV “Calificación genérica” obtiene una media de 4,2 con tendencia hacia la actitud positiva, lo que nos indica que los estudiantes de la institución pública de Palmira consideran que la personalidad y conducta de la persona con discapacidad es diferente y que en la actualidad deben eliminarse las etiquetas y estereotipos de la persona con discapacidad como alguien de conductas negativas o que solo se relacionan con personas de su misma condición y contexto. Así mismo lo refiere el estudio de Martínez y Bilbao (2011) y el estudio de Araya (2014), la media es de 4,5 con de tendencia positiva en ambos estudios.

El factor V “Asunción de roles” obtiene una media de 4,7 con tendencia hacia la actitud positiva, especialmente, refleja la idea que tiene la persona evaluada hacia la concepción que la persona con discapacidad percibe de sí mismo, resaltando en ellas su diversidad y la capacidad de confianza y buena autoestima. Lo que contempla el estudio de Martínez y Bilbao (2011) es una tendencia positiva con una media de 4,5 y el estudio de Araya (2014), la media es de 5,2.

El estudio de Domínguez (2013) hace referencia a que las mujeres presentan actitudes más positivas que los hombres y que reconocen mucho más los derechos de las personas con discapacidad y a la vez se involucran mucho más en sus actividades, lo mismo revela el estudio Muratori et al (2010), lo que se diferencia del estudio realizado en los estudiantes de básica secundaria, en donde tanto las mujeres como los hombres tienden a una actitud positiva.

Para Muratori et al (2010), el contacto con personas con discapacidad ejerce una gran influencia sobre las actitudes hacia las mismas, dado que aquellos

que indican tener esta experiencia, manifiestan actitudes más positivas que los que reconocen no tener contacto, y en sus resultados menciona que para las que sí han tenido contacto mejora las medidas en los factores de implicación personal. En el presente estudio no se encontró diferencia en la actitud dado que manifestaron una actitud positiva tanto los que tuvieron algún vínculo con personas con discapacidad como los que no.

En este sentido, la actitud positiva hacia la discapacidad es un suceso favorable en la eliminación de barreras, prejuicios y actitudes negativas, posibilitando los procesos de educación inclusiva en colegios públicos de la ciudad de Palmira en el Valle del Cauca. Las variables sexo y tipo de contacto no fueron indicadores significativos para establecer si las actitudes cambian, tanto en hombres como mujeres la actitud es positiva, de igual manera, para los que tienen contacto con personas con discapacidad y los que no. Por otra parte, la investigación propone el estudio de otras posibles variables relevantes en la actitud hacia la discapacidad, como podría ser el tipo concreto de discapacidad o el grado en que esta se manifiesta, el colegio de procedencia, la presencia de alguna persona cercana con discapacidad en el ámbito del estudiante de básica secundaria o el tipo de hogar, dado que todos estos factores podrían ser relevantes en la actitud personal hacia la discapacidad, los comportamientos percibidos y la intención de ayudar y comprometerse activamente en la inclusión de las personas con discapacidad.

Se puede inferir que los estudiantes presentan una predisposición favorable a comportarse de manera efectiva frente a personas con discapacidad, valorando positivamente sus capacidades y reconociendo sus derechos fundamentales.

Limitaciones y recomendaciones

La dificultad en la recolección de datos fue una de las limitantes del estudio debido a que los estudiantes presentaron evaluaciones, cese de actividades y programaciones propias de la institución que dificultaron los tiempos de realización de la investigación pactados en el cronograma.

Se recomienda a las instituciones de educación secundaria que definan las concepciones éticas e implementen estrategias de enseñanza respetando las diversidades funcionales y abordando las causas de exclusión; todo esto desde un enfoque biopsicosocial que tenga en cuenta el contexto del aula y le permita formular estrategias de inclusión educativa.

Realizar trabajos interdisciplinarios que permitan la interacción entre el educador y el profesional de la salud, para que la comunidad educativa se involucre con la atención a persona con discapacidad, haya o no tenido contacto directo.

Referencias bibliográficas

- Aignerren, M. (2004). Análisis de datos tabulados. *La Sociología en sus Escenarios*, (10)
- Agaméz, J., Arenas, B., Restrepo, H., Toro, J., Rodríguez, J. E., Vanegas, J. H., & Vidarte, J. (2000). Sentido del cuerpo para la persona con discapacidad de la locomoción. III informe de avance: El movimiento como sistema complejo. *Revista digital*, 5(26).
- Angenscheidt Bidegain, L., & Navarrete Antola, I. (2017). Actitudes de los docentes acerca de la educación inclusiva. *Ciencias psicológicas*, 11(2), 233-243.
- Araya-Cortés, A., González-Arias, M., & Cerpa-Reyes, C. (2014). Actitud de universitarios hacia las personas con discapacidad. *Educación y educadores*, 17(2), 289-305.
- Arellano, A., Gaeta, M. L., Peralta, F., & Cavazos, J. (2019). Actitudes hacia la discapacidad en una universidad mexicana. *Revista Brasileira de Educação*, 24, 1-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-24782019240023>
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra: OPS. De Promoción Social, O. (2018). Ministerio de Salud y Protección Social, «. Sala situacional discapacidad.
- Diniz, D., Barbosa, L., & Santos, W. R. D. (2009). Deficiência, direitos humanos e justiça. *Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos*, 6, 64-77.
- Domínguez Lara, S. (2013). Actitudes hacia las personas con discapacidad en una muestra de estudiantes de educación secundaria de Lima. *Avances En Psicología*, 21(2), 181-193. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2013.v21n2.285>
- Ferreira, M. (2009). Cambio de actitudes sociales para un cambio de vida. Recuperado de: http://www.um.es/discatif/documentos/Actitudes_Cuenca09.pdf.

- García, L. G. A. & Hernández, O. S. (2011). Actitudes hacia la discapacidad de jóvenes y adultos de Chiapas. *Universitas Psychologica*, 10 (3), 817-827.
- Garzón-Díaz, K. (2016). Apuesta política sobre discapacidad desde el discurso de niños y niñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14 (2), pp. 1131-1144.
- Hernández Ríos, M. I. (2015). El concepto de discapacidad: de la enfermedad al enfoque de derechos. *Revista CES Derecho*, 6(2), 46-59.
- Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79.
- Lara, G. A. G., & Ortiz, S. H. (2011). Actitudes hacia la discapacidad de jóvenes y adultos de Chiapas. *Universitas Psychologica*, 10(3), 817-827.
- Martínez Martín, M., & Bilbao León, M. (2011). Los docentes de la universidad de Burgos y su actitud hacia las personas con discapacidad. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual Vol 42 (4), Núm. 240*, 50-78
- Ministerio de Educación Nacional (2017). Orientaciones para la transición educativa de los estudiantes con discapacidad y con capacidades o talentos excepcionales en la educación inicial, básica y media. Bogotá.
- Mora, L. T. O., Elejalde, L. P. D., Reyna, V. L., Valencia, L. M. F., & Ramírez, E. G. (2016). Procesos de inclusión escolar mediados por fisioterapia en niños de 0 a 16 años con discapacidad. *Horizontes Pedagógicos*, 18(1), 126-136.
- Muratori, M. M., Guntín, C., & Delfino, G. (2010). Actitudes de los adolescentes hacia personas con discapacidad: un estudio con alumnos de polimodal en la zona norte del conurbano bonaerense. *Revista de Psicología*, 6(12), 39-56.
- Piñeres, A. D., Rueda, C. B., & Delgado, G. E. S. (2020). Educación inclusiva en contexto: reflexiones sobre la implementación del Decreto 1421 del 2017. *Revista historia de la educación latinoamericana*, 22(34), 265-290.
- Polo Sánchez, M. T., & López Justicia, M. D. (2006). Actitudes hacia las personas con discapacidad de estudiantes de la Universidad de Granada. *Revista española de orientación y psicopedagogía*.

- Rodríguez, M. A. A., Sánchez, L. E. G., Gómez, Y. F., & García, R. G. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Actitudes hacia Personas con Discapacidad (IAPD). *Revista Mexicana de Psicología*, 30(2), 152-162.
- Ruiz, D. (2011). Reconocimiento a la Organización Panamericana de la Salud.
- Torres, A. A., González, M. L. G., López, F. P., & Arroyo, J. C. (2019). Actitudes hacia la discapacidad en una universidad mexicana. *Revista Brasileira de Educação*, 24.
- Verdugo Alonso, M. A., Vicent Ramis, C., Campo Blanco, M., & Jordán de Urríes Vega, F. (2006). Naciones Unidas. *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo* [Internet].
- Voos, M. C. (2016). The physical therapist's role in school inclusion during early childhood education.
- World Health Organization. (2011). *Resumen: informe mundial la discapacidad* (No. WHO/NMH/VIP/11.03). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.



CAPÍTULO 7

CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL CORREGIMIENTO DE SANTA ELENA Y ZONA RURAL ALTA

Characterization of people with disabilities in the Santa Elena and upper rural area

María Paula Arroyave Sanz

Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0002-6178-0739>

✉ mariapaulaarroyavesanz@gmail.com

Daniela Sánchez Caicedo

Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0002-4202-9368>

✉ d.nani_sc@hotmail.com

Lina Marcela Romero Londoño

Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0002-3137-510X>

✉ raylil0@hotmail.com

Ilse Soto Franco

Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0002-2649-2926>

✉ ilse.soto00@usc.edu.co

Resumen

En esta investigación se describieron las características de la población con discapacidad del corregimiento de Santa Elena, como parte del macroproyecto de registro y caracterización de las personas con discapacidad del municipio del Cerrito, en el Valle Del Cauca, y que a su vez se convierte en un referente para el desarrollo de planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad del Municipio. Objetivo: establecer las características sociodemográficas y de discapacidad de personas mayores de 18 años de edad, que residen en el área rural del

Cita este capítulo / Cite this chapter

Arroyave Sanz, M. P.; Romero Londoño, L. M.; Sánchez Caicedo, D. y Soto Franco, I. (2022). Caracterización de las personas con discapacidad en el corregimiento de Santa Elena y zona rural alta. En: Soto Franco, I. (ed. científica). *Discapacidad e inclusión social: evolución, modelos y tendencias investigativas*. (pp. 163-184). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

corregimiento de Santa Elena del municipio de El Cerrito, Valle del Cauca. Metodología: el estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal, se evaluó por medio de una encuesta sociodemográfica y el cuestionario WHODAS 2.0. Como muestra inicial se tuvo una base de datos de 36 personas con discapacidad. Dadas las circunstancias de pandemia junto con las dificultades de acceso al área rural, la muestra final conto con 20 participantes. Resultados: se reportan diferencias sociodemográficas como que la mayoría fueron mujeres, adultos mayores, afiliados al régimen subsidiado y con un nivel de escolaridad bajo o nulo. Las enfermedades generales y las alteraciones genéticas fueron las condiciones de salud a las cuales se atribuye las limitaciones en la mayoría de los participantes. En relación a los hallazgos obtenidos con la escala WHODAS 2.0, se logró determinar que el dominio 6 de participación obtuvo una mayor afectación en la muestra, el dominio con menor afectación es el 4 relacionado con la interacción con otras personas. Conclusiones: las limitaciones y las restricciones observadas en la población son de índole estructural a nivel general en su vida cotidiana, siendo importante evaluar a fondo la población del corregimiento para garantizar el bienestar común poblacional, logrando una mayor inclusión en las actividades y una vida social más activa brindándoles una mejor calidad de vida. Estos hallazgos sirven de base para la realización de proyectos y políticas públicas sobre discapacidad en el municipio, favoreciendo la inclusión de las personas con discapacidad del sector.

Palabras clave: discapacidad, WHODAS, salud, caracterización, dominios, deficiencias, limitaciones, restricciones, dificultad.

Abstract

In this research, the characteristics of the population with disabilities in the Santa Elena district were described as part of the macroproject for the registration and characterization of people with disabilities in the municipality of Cerrito in the Valle del Cauca and that in turn becomes a reference for the development of plans, programs and projects aimed at guaranteeing the rights of people with disabilities in the Municipality. Objective: to establish the sociodemographic and disability characteristics of people over 18 years of age who reside in the rural area of the village of Santa Elena in the municipality of El Cerrito Valle del Cauca. Methodology: the study is quantitative, descriptive, cross-sectional, it was evaluated through a sociodemographic survey and the WHODAS 2.0 questionnaire as an initial sample, the-

re was a database of 36 people with disabilities. Given the circumstances of the pandemic together with the difficulties of access to rural areas, the final sample had 20 participants. Results: sociodemographic differences are reported as the majority were women, older adults, affiliated to the subsidized regime and with a low or no level of education. General diseases and genetic alterations were the health conditions to which the limitations are attributed in most of the participants, in relation to the findings obtained with the WHODAS 2.0 scale, it was possible to determine that domain 6 of participation obtained a greater affectation in the sample, the domain with the least affectation is 4 related to interaction with other people. Conclusions: the limitations and restrictions observed in the population are of a structural nature at a general level in their daily life, being important to thoroughly evaluate the population of the district to guarantee the common well-being of the population, achieving greater inclusion in activities and a social life more active giving them a better quality of life. These findings serve as the basis for carrying out projects and public policies on disability in the municipality, favoring the inclusion of people with disabilities in the sector.

Key words: Disability, Whodas, health, characterization, domains, deficiencies, limitations, restrictions, difficulty.

Introducción

Según la Organización mundial de la salud (OMS), “toda restricción o ausencia debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen considerado normal para el ser humano. Puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible” (Fundación iberoamericana, 2019). Es una limitación funcional, consecuencia de una deficiencia, que se manifiesta en la vida cotidiana. La persona “no es” discapacitada, sino que “está” discapacitada (Acera, 2020). En los años futuros, la discapacidad será un motivo de preocupación aún mayor, pues su prevalencia ha aumentado. Ello se debe a que la población está envejeciendo y el riesgo de discapacidad es superior entre los adultos mayores, y también al aumento mundial de enfermedades crónicas tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los trastornos de la salud mental (Ministerio de salud y protección social, 2017).

El último Informe mundial sobre la discapacidad, elaborado conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud OMS y el Grupo del Banco Mundial

(2011), las características de discapacidad de un país suelen verse afectadas por problemas de salud y tendencias en el medio ambiente y otros factores, como lesiones de tránsito, desastres naturales, conflictos, hábitos alimenticios y abuso de sustancias (OMS, 2011).

En Colombia se ha dado un gran desarrollo normativo en favor de las personas con discapacidad, sin embargo, es a partir de la Constitución Política de 1991 que la discapacidad es entendida en términos de derechos. En los artículos 13 y 472 se consagran acciones afirmativas en favor de poblaciones especiales y establece el deber del Estado de promover la igualdad sustancial y de proteger especialmente a las personas que se encuentren en situación de debilidad manifiesta, y determina que el Estado adelantará políticas de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran (Rios, 2015).

Se considera que las personas con discapacidad tienen derechos y deberes, igual que el resto de los ciudadanos, pero no se respetan en todos los aspectos. Las personas con discapacidad, en la mayoría de los casos por su limitación física, mental o sensorial y por barreras que la misma sociedad les impone, presentan altos grados de exclusión. A nivel mundial, las personas con discapacidad tienen unos malos recursos sanitarios, peores resultados académicos, una menor participación económica y unas tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad. Estas limitaciones son dadas por diferentes factores que hacen disfuncional la vida de los individuos.

En esta investigación se describe metodológicamente la identificación de las características de la población con discapacidad para apoyar el desarrollo de planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad del corregimiento de Cerrito Valle del Cauca, donde no se cuenta aún con un registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad. Se tiene como base el modelo biopsicosocial y la Clasificación internacional del funcionamiento y la discapacidad – CIF, con su sistema de valoración WHODAS 2.0 y por último se acoge a los marcos éticos y legales se toman en cuenta los derechos que pueden promover la mejora y la calidad de vida de las personas basados en la ética, el marco legal, el marco disciplinar, basada en la ley 528 de 1999 “Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia, se dictan normas en materia de ética profesional y otras disposiciones”.

Metodología

Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, con una muestra no probabilística por conveniencia. Se tomó en cuenta el censo del 2010 del DANE realizado en El Cerrito Valle del Cauca que contaba con un total de 314 personas con discapacidad. Posteriormente, se obtuvo una base de datos brindada por el comité de discapacidad de Santa Elena, el cual proporcionaba un censo de 36 personas con discapacidad en la zona rural alta realizada en el 2017. De esta información se realizó un barrido, en el cual, una de las personas, equivalente al 3% de la muestra inicial decidió no participar en el estudio, el 5% (N=2) habían fallecido y con el otro 36% (N=13) no hubo recepción o la adecuada comunicación. Dadas las circunstancias la muestra final constó de 20 participantes (N=20) representando el 56% de la muestra inicial siendo finalmente una muestra no aleatoria por conveniencia.

- **Criterios de inclusión**

- Personas con discapacidad mayor de 18 años.
- Habitantes del corregimiento de Santa Elena de El Cerrito Valle del Cauca.
- Personas con discapacidad que participen de forma voluntaria en el estudio y acepten firmar el consentimiento informado.

- **Criterios de exclusión**

- Personas con discapacidad que ya hayan sido certificadas.
- Personas con discapacidad, mayores de 18 años que en el momento de la aplicación de la encuesta se encuentren en condiciones graves de salud.
- Personas con discapacidad que se encuentre en situación de discapacidad extrema y su tutor o persona responsable no pueda dar información.

El instrumento utilizado fue el cuestionario WHODAS 2.0, que permite medir factores demográficos, la salud y la discapacidad, captando el nivel de funcionamiento de los seis dominios de la vida, los cuales son:

- Dominio I: Cognición – Evalúa la comunicación y las actividades de pensamiento; las áreas específicas evaluadas incluyen la concentración, los recuerdos, la resolución de problemas, el aprendizaje y la comunicación.

- Dominio 2: Movilidad – Evalúa actividades tales como pararse, moverse adentro del hogar, salir del hogar y caminar largas distancias.
- Dominio 3: Cuidado personal – Evalúa la higiene, y si puede vestirse, comer y quedarse solo.
- Dominio 4: Relaciones – Evalúa la interacción con otras personas y las dificultades que pudieran surgir en este dominio debido a una condición de salud. En este contexto, “otras personas” incluye a aquellos conocidos íntimamente o con profundidad (por ejemplo, cónyuge o pareja, miembros de la familia o amigos cercanos) y a aquellos no conocidos con profundidad (por ejemplo, desconocidos).
- Dominio 5: Actividades de la vida diaria – Evalúa la dificultad en las actividades diarias (es decir, las que las personas realizan la mayoría de los días, entre las que se encuentran aquellas relacionadas con las responsabilidades domésticas, el tiempo libre, el trabajo y la escuela).
- Dominio 6: Participación – Evalúa las dimensiones sociales, tales como las actividades comunitarias; las barreras y los obstáculos en el mundo que rodea al entrevistado; y los problemas con otras cuestiones, como el mantenimiento de la dignidad personal. Las preguntas no se refieren necesariamente ni solamente al componente de la participación de la CIF como tal, sino que también incluyen varios factores contextuales (personales y ambientales) afectados por la condición de salud del entrevistado (OMS, 20215).

Se realizó una encuesta por las estudiantes la cual constó de 42 preguntas en las cuales se encontraban incluidas: edades, género, estado civil, ocupación, nivel de escolaridad, grupo étnico, régimen de salud, estrato socioeconómico, red de apoyo económico y familiar, factores ambientales y personales, causas de la discapacidad, entorno para la vida y el cuidado, auto reconocimiento étnico.

Para calcular adecuadamente la información recolectada, una vez aplicado el cuestionario WHODAS 2.0 a los participantes, se utilizó el plan estadístico SPSS versión 22 para sistematizar los resultados se tomó en cuenta la escala de evaluación de la herramienta, donde se hizo un análisis de medida central (media, mediana, desviación estándar) para las variables cuantitativas como lo es la edad y unas de frecuencia para las variables cualitativas.

Resultados

De acuerdo con el objetivo específico, identificar las características sociodemográficas de las personas con discapacidad, mayores de 18 años, la encuesta sociodemográfica arrojó los siguientes resultados:

Tabla 1. Características sociodemográficas y situación laboral de las personas con discapacidad

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Género	20	100
Femenino	12	60
Masculino	8	40
Edad por rangos	20	100
18- 26 años	1	5
27 - 59 años	7	35
>60 años	12	60
Edad Media: 68 Mediana:70 Desviación estándar: 22 Máximo: 102 Mínimo: 25		
Nivel de escolaridad	20	100
Primaria	11	55
Secundaria	3	15
Técnica o tecnológica	1	5
Otra	1	5
Ninguna	4	20
Situación laboral actual	20	100
Ninguna	8	40
Desempleado por razones de salud	9	45
Desempleado por otras razones	1	5
Trabajador independiente	2	10

Fuente. Elaboración propia

Se observa que la población a estudio estuvo compuesta por 20 participantes, donde el 60% son de sexo femenino, con relación a la edad el rango de edad con mayor frecuencia fue >60 años donde se cuenta con 12 personas que equivalente al 60% de la muestra total, las enfermedades generales y las alteraciones genéticas o hereditarias fueron las condiciones de salud a las cuales se atribuye las limitaciones en la mayoría de los participantes, la media de la edad de esta población fue de 68 años con una DS 22. Con relación al nivel de escolaridad el 55% de la población tiene primaria y el 20% ningún tipo de escolaridad, atribuyendo la no continuidad o ejercicio escolar a su condición de discapacidad, en cuanto a la situación laboral actual el 45% se encuentra desempleado por razones de salud, seguido del 40% que refieren ninguna situación laboral actual.

Tabla 2. Características sociodemográficas y procesos de rehabilitación de las personas con discapacidad.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
¿Se considera en situación de discapacidad?	20	100
Si	15	75
No	5	25
Causas de las deficiencias	20	100
No se identifica	2	10
Enfermedad general	4	20
Envejecimiento	3	15
Accidente de tránsito	1	5
Violencia por delincuencia común	2	10
Alteración genética o hereditaria	4	20
Alteración del desarrollo embrionario	1	5
Otra	1	5
Condición de salud de la madre	1	5
Accidente en el hogar	1	5
¿Ha estado en procesos de rehabilitación?	20	100
Si	13	65
No	7	35

Variable	Frecuencia	Porcentaje
¿Por qué no asiste a rehabilitación?	20	100
No aplica	3	15
Siente que ya no lo necesita	6	30
Ya terminó el proceso de rehabilitación	5	25
Queda muy lejos	1	5
No sabe	4	20
No le gusta o no le interesa	1	5
¿Su municipio cuenta con servicios de rehabilitación?	20	100
Si	4	20
No	16	80
¿Utiliza productos de apoyo?	20	100
Si	10	50
No	10	50
Participación en actividades	20	100
Familiares	7	35
Culturales	1	5
Deportivas o recreación	2	10
Religiosas o espirituales	2	10
Ninguna	8	40

Fuente. Elaboración propia

Respecto de la población estudiada, el 75% de los participantes se consideran en situación de discapacidad refiriendo sentir dependencia para la ejecución de sus actividades diarias, mientras que el 25% restante no se consideran discapacitados como se muestra en la tabla número 2. Como causas de las deficiencias encontradas en los participantes se evidencia que los factores predominantes fueron enfermedad general y alteración genética o hereditaria contando con un 20% respectivamente.

El 65% ha estado en procesos de rehabilitación por sus procesos de discapacidad y diversas atenciones de salud; el otro 35% refirió no haber contado con esos servicios. Dentro de la muestra el 30% refiere que ya no necesita

rehabilitación. En relación al 80% de los participantes refirieron no contar con centros de rehabilitación en el municipio. Se evidencia que el 50% de los participantes utiliza productos de apoyo, del 50% restante, hay quienes refieren tenerlos, pero prefieren no depender de ellos.

Tabla 3. Características sociodemográficas y barreras de las personas con discapacidad.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
En relación al proceso de toma de decisiones	20	100
Toma decisión de manera autónoma	7	35
Toma sus decisiones, pero requiere apoyo de otra persona	6	30
Otra persona tiene el poder de tomar sus decisiones	7	35
Actividades de la vida diaria	20	100
Si	10	50
No	10	50
Barreras físicas	20	100
Vivienda	1	5
Vivienda, espacio público, transporte público, edificaciones públicas o privadas	1	5
No encuentra barreras físicas	9	45
Barreras físicas en espacio público	2	10
Transporte público	3	15
Barreras físicas en transporte público, edificaciones públicas o privadas	2	10
Espacio público, transporte público, edificaciones públicas o privadas	2	10
Barreras actitudinales	20	100
No encuentra barreras actitudinales	15	75
Otros familiares	2	10
Cuidadores y personal de ayuda, profesionales de la salud	1	5
Otros profesionales	1	5
Miembros de la familia cercana	1	5

Fuente. Elaboración propia

Dentro de la participación en actividades, se evidencia que la mayoría de la muestra, siendo esta del 40%, refiere que no participan en ninguna actividad en su vida cotidiana ya que encuentran diversas barreras tanto físicas como sociales y personales en su entorno. En la toma de decisiones, el 35% de los participantes toma sus decisiones de manera autónoma. Para las actividades de la vida diaria como vestirse, bañarse, comer, entre otras, el 50% requiere ayuda permanente y el 50% restante pueden realizarlas de manera independiente. En cuanto a barreras físicas, el 45% de los participantes no encuentra barreras en la vida diaria. En las barreras actitudinales se evidencia que el 75% no encuentra actitudes negativas en sus interacciones.

Nivel de dificultad por dominios planteados por la escala WHODAS 2.0

Con base al objetivo específico determinar el nivel de dificultad por dominio de las personas de la investigación, se obtuvieron los siguientes resultados:

DOMINIO 4: Relacionarse con otras Personas

Tabla 4. Nivel de discapacidad por dimensión relacionarse con otras personas de las personas con discapacidad.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
D4.1. Relacionarse con personas que no conoce		
Ninguna	14	70%
Leve	1	5%
Severa	2	10%
No lo puede hacer	3	15%
D4.2. Mantener una amistad		
Ninguna	13	65%
Leve	2	10%
Severa	2	10%
No lo puede hacer	3	15%

Variable	Frecuencia	Porcentaje
D4.3. Llevarse bien con las personas cercanas a usted		
Ninguna	12	60%
Leve	3	15%
Severa	2	10%
No lo puede hacer	3	15%
D4.4. Hacer nuevos amigos		
Ninguna	13	65%
Leve	2	10%
Moderada	1	5%
No lo puede hacer	4	20%
D4.5. Realizar actividades sexuales		
Ninguna	6	30%
Moderada	1	5%
Severa	3	15%
No lo puede hacer	10	50%

Fuente. Elaboración propia

En el dominio de relaciones (D4), el 70% de la muestra no tiene dificultades para relacionarse con personas que no conoce, y tan solo el 15% presenta gran dificultad. El 65% puede mantener una amistad sin inconvenientes, mientras el 15% no, el 60% se lleva bien con las personas cercanas a ellos, mientras el 15% no logra llevarse bien con las personas cercanas, el 65% de la población tiene la capacidad de hacer nuevos amigos sin dificultad, por otro lado, el 20% no tiene la capacidad de hacer nuevos amigos. En cuanto a las actividades sexuales, el 50% refiere no poder realizarlas, mientras el 30% no presenta ninguna dificultad.

DOMINIO 6: Participación

Tabla 5. Nivel de discapacidad por dimensión participación con otras personas de las personas con discapacidad.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
D6.1. ¿cuánta dificultad ha tenido para participar en actividades de su comunidad (por ejemplo, festividades, actividades religiosas o de otro tipo) de la misma forma que cualquier otra persona?		
Ninguna	3	15%
Leve	3	15%
Moderada	5	25%
Severa	2	10%
No lo puede hacer	7	35%
D6.2. ¿cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en el mundo que lo rodea?		
Leve	5	25%
Moderada	7	35%
Severa	4	20%
No lo puede hacer	4	20%
D6.3. ¿cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad debido a las actitudes y acciones de otros?		
Ninguna	6	30%
Leve	6	30%
Moderada	3	15%
Severa	4	20%
No lo puede hacer	1	5%
D6.4. ¿cuánto tiempo dedicó usted a su condición de salud o a sus consecuencias?		
Ninguna	3	15%
Leve	3	15%
Moderada	8	40%
Severa	5	25%
No lo puede hacer	1	5%

Variable	Frecuencia	Porcentaje
D6.5. ¿cuánto ha sido afectado emocionalmente por su condición de salud?		
Ninguna	1	5%
Leve	1	5%
Moderada	11	55%
Severa	6	30%
No lo puede hacer	1	5%
D6.6. ¿qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su condición de salud?		
Ninguna	2	10%
Leve	4	20%
Moderada	7	35%
Severa	6	30%
No lo puede hacer	1	5%
D6.7. ¿cuánta dificultad ha tenido su familia debido a sus problemas de salud?		
Ninguna	2	10%
Leve	9	45%
Moderada	5	25%
Severa	3	15%
No lo puede hacer	1	5%
D6.8. ¿cuánta dificultad ha tenido al realizar por sí mismo cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?		
Ninguna	3	15%
Leve	8	40%
Moderada	5	25%
Severa	1	5%
No lo puede hacer	3	15%

Fuente. Elaboración propia

En el dominio de participación (D6), el cual representa la participación en la comunidad, barreras físicas, actitudinales y personales en el cual, el 35% no participa en actividades de la comunidad y tan solo un 15% participa en ac-

tividades religiosas y familiares. Solo el 35% presenta barreras u obstáculos de manera moderada y un 5% se le dificulta para vivir con dignidad debido a las actitudes y acciones de otros, el 40% de la población dedicó tiempo moderadamente a su condición de salud, el 55% se ha visto afectado a un nivel moderado emocionalmente debido a su condición de salud, el 35% ha sufrido un impacto moderado a nivel económico debido a su condición de salud y el 30% ha sufrido un impacto severo. A nivel familiar, el 45% ha presentado una dificultad leve debido a sus problemas de salud, por último, el 40% presenta dificultad leve al realizar por sí mismo cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar.

Tabla 6. Nivel de discapacidad

Nivel de discapacidad	Identidad de género		Total	¿Se considera en situación de discapacidad?		Total	Rango de edad			Total
	FEMENINO	MASCULINO		Si	No		19-26 años	27-59 años	>60 años	
	Leve	3	1	4	2	2	4	0	1	3
	75%	25%	100%	50%	50%	100%	0%	25%	75%	100%
Moderada	3	2	5	3	2	5	1	1	3	5
	60%	40%	100%	60%	40%	100%	20%	20%	60%	100%
Severa	6	5	11	10	1	11	0	5	6	11
	55%	45%	100%	91%	9%	100%	0%	46%	55%	100%
Total	12	8	20	15	5	20	1	7	12	20
	60%	40%	100%	75%	25%	100%	5%	35%	60%	100%

Fuente: Elaboración propia

Se logró evidenciar que la población femenina fue mayoría en los grados de discapacidad leve (con un 75%), moderada (con un 60%) y severa (con un 55%). El 91% de la población con discapacidad severa refirió que sí se considera en situación de discapacidad, al igual del 60% de las personas con discapacidad moderada y el 50% de la población con discapacidad severa. La población mayor de 60 años prevaleció en cuanto al nivel de discapacidad, siendo estos el 75% de la población con discapacidad leve, el 60% con discapacidad moderada y el 55% con discapacidad severa.

Discusión

El presente estudio permitió indagar aspectos relevantes a tener en cuenta en las personas con discapacidad que habitan en el corregimiento de Santa Elena, uno de estos aspectos son las características sociodemográficas observadas en el estudio. En cuanto al sexo se demostró que el sexo femenino tiene mayor preponderancia con un 60% debido a un mayor censo poblacional en la muestra, lo cual se asemeja a los boletines poblacionales de personas con discapacidad en el cual, el 50,9% son mujeres y el 48,9% son hombres (Ministerio de salud, 2020) al igual que el estudio de la relación entre las características sociodemográficas y la discapacidad en adultos del municipio de Sabanalarga Atlántico (Obando gil et al, 2019) donde se evidencian cifras de 54.4% enfatizando una mayor prevalencia femenina con una mayor probabilidad de presentar una discapacidad.

A nivel educativo, el estudio evidencia que el 55% de los encuestados tenían como último nivel educativo aprobado la primaria, indicando como causa principal la falta de oportunidades, apoyo, infraestructura y capacitación de personal a trabajar con esta población, siendo este correspondiente al reporte de la sala situacional de personas con discapacidad elaborado por el Ministerio de Salud y protección social (2018) el cual muestra que el 42% de las personas con discapacidad a nivel nacional alcanzaron como último nivel de educación la básica primaria, lo que genera una mayor dependencia para la supervivencia en la PcD. El desempleo por razones de salud, es la situación que más afecta a nivel emocional y social a las PcD encuestadas, en donde el 45% de la población se vio obligada a dejar sus actividades laborales, o no han tenido oportunidad de empleo en el corregimiento de Santa Elena, Valle del cauca, debido a su discapacidad; teniendo esto relación con el reporte de la sala situacional de personas con discapacidad elaborado por el ministerio de salud y protección social (2018) el cual a nivel nacional el 31% de la población con discapacidad no tienen oportunidad de trabajar y no tienen pensión.

El 65% de las personas encuestadas han asistido a procesos de rehabilitación por su situación de discapacidad mientras que el 35% refieren nunca haberlas tomado. La mayoría de las personas (30%) refieren que no necesitan procesos de rehabilitación ya que sienten que su condición de salud va en decadencia con el paso del tiempo a pesar de su esfuerzo en procesos de rehabilitación y terapia física, diferente al reporte de la sala situacional de personas con discapacidad elaborado por el ministerio de salud y protección

social (2018) en el cual el 42% de la población con discapacidad no asisten a rehabilitación por falta de recurso económico.

La participación activa es fundamental para las personas con discapacidad ya que permite percibir y experimentar en diversos ambientes y funciones que toman parte en la vida diaria que aumenta la proporción de sostener y perdurar relaciones con las demás personas, mantener motivación a largo plazo, incremento de la autoestima y finalmente mejorar la calidad de vida. En el presente estudio el 40% de la población refieren que no participan en ninguna actividad en su vida cotidiana ya que encuentran diversas barreras tanto físicas, como sociales y personales en su entorno. Seguido de un 35% que participa en actividades familiares. En el reporte de la sala situacional de personas con discapacidad del ministerio de salud y protección social (2018) plantea que el 43% de la población a nivel nacional participa mayormente en actividades religiosas mientras que el 10% no participa en ninguna actividad.

Por medio de la aplicación del cuestionario WHODAS 2.0, se logra identificar en un grupo de personas con discapacidad en el corregimiento de Santa Elena, Valle del Cauca, que el mayor nivel de dificultad, por dominio, se encuentran en las habilidades relacionadas con la comprensión y comunicación, debido a que la población obtuvo un alto porcentaje de dificultad en las preguntas del dominio 1, cognición, específicamente en recordar cosas importantes, donde el 30% refiere no poder recordarlas y otro 15% refiere tener una dificultad severa para recordarlas. En el ítem, entender lo que las personas están diciendo, el 25% no lo puede hacer y un 20% presenta dificultad moderada en la misma. En la pregunta aprender una nueva tarea el 25% no lo puede hacer y un 20% presenta dificultad severa y moderada al realizar la actividad, esto teniendo una relevante congruencia con el estudio presentado por Niño García et al (2020), en el cual el 90% de su población presenta alteración del presente dominio.

En el dominio de movilidad (2), se presenta una gran alteración teniendo como resultado, mayores dificultades en las preguntas relacionadas con la movilidad de largas distancias en el cual el 25% no lo puede hacer debido a que presentan un alto riesgo a caída, el 45% presenta dificultad moderada ya que en su mayoría estas personas refieren no necesitar de un aditamento. En el ítem salir del hogar que presenta unos resultados del 25% que contestaron no poder realizarlo por pérdida del sentido de orientación, el 20% con una dificultad severa y un 15% con dificultad moderada y leve respectivamente;

a diferencia del estudio presentado por Aparicio Jaimes et al (2017), el cual los participantes no encuentran ninguna afectación del presente dominio.

En los resultados se aprecia una baja dificultad en el dominio de cuidado personal (3); en las preguntas relacionadas al aseo personal un gran porcentaje de las respuestas es de ninguna dificultad presentada (al bañarse 60% y al vestirse 75%). Por el contrario, en respuesta al ítem que menciona el poder quedarse solo(a) durante uno o más días, el 50% refiere no poder hacerlo y el 35% no tiene ninguna dificultad.

En cuanto al dominio relaciones (4), no se presentan dificultades en las preguntas con respecto a las relaciones con amigos o personas que no conoce, sin embargo, en la pregunta que implica las relaciones sexuales hubo una notoria dificultad resaltando que el 50% no lo puede hacer y el 15% tiene una dificultad severa, además, la mayoría de las personas no contestaban a gusto la pregunta o se sentían incómodas al contestar. En el estudio de Niño García et al. (2020), casi el 82% de las personas encuestadas presentan una alteración en el presente dominio, presentando una mayor prevalencia en la dificultad en cuanto a las relaciones interpersonales, siendo este un mayor porcentaje de la población en comparación del presente trabajo de investigación.

El dominio de actividades de la vida diaria, tareas domésticas (5.1) está representado por una gran dificultad resaltada en la pregunta de terminar todas las actividades domésticas tan rápido como es necesario debido a que sus limitaciones les impiden realizar estas actividades con una adecuada continuidad, con una dificultad total del 40% y una dificultad moderada del 30%.

En el dominio de trabajo y actividades escolares (5.2), algunos de los participantes no contestaron las preguntas incluidas en este dominio debido a que no realizan actividades laborales o escolares. En el resto de la población se evidencia mayor dificultad en la pregunta relacionada a terminar todo el trabajo que debe realizar con un total del 55% que presenta una dificultad total.

El total de la muestra presenta dificultades significativas en el dominio de participación (6), siendo este el dominio con mayor dificultad en la población intervenida. Tiene prevalencia la dificultad en los ítems de barreras y obstáculos encontrados principalmente en el entorno social, cultural y estructural del corregimiento de Santa Elena, Valle del Cauca, para con las personas con discapacidad y la afectación tanto emocional como económica teniendo relación con el último Informe mundial sobre la discapacidad,

elaborado conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud OMS y el Grupo del Banco Mundial 2011, en el cual resaltan una relación importante entre la discapacidad y las afectaciones económicas. El estudio de Niño García et al. (2020), presentan en su trabajo el 96% de sus participantes con una afectación significativa en el presente dominio.

Conclusiones

El presente estudio se realizó en el corregimiento de Santa Elena con 20 personas con discapacidad, los cuales la mayoría fueron mujeres, adultos mayores, afiliados al régimen subsidiado y con un nivel de escolaridad bajo o nulo y la mitad de la población refirió padecer enfermedades de base (hipertensión o diabetes). Las enfermedades generales y las alteraciones genéticas o hereditarias fueron las condiciones de salud a las cuales se atribuye las limitaciones en la mayoría de los participantes.

Este estudio permitió determinar el nivel de dificultad por dominio de cada paciente evaluado según el Cuestionario WHODAS 2.0, permitiendo evidenciar la apreciación que tiene el paciente en cuanto su nivel de afectación y sus limitaciones en las actividades y restricciones en su participación. Con los resultados obtenidos de esta caracterización se obtiene la información necesaria para ordenar las prioridades en cuanto a las necesidades de la población con discapacidad del corregimiento de Santa Elena y tener las bases requeridas para dar continuidad a un macroproyecto.

En relación con los hallazgos obtenidos por medio de los resultados de la escala WHODAS 2.0, se logró determinar que el dominio número 6 (participación) obtuvo una mayor afectación en la población, presentando una gran dificultad en la participación en las actividades socioculturales y recreativas, además de encontrar constantemente obstáculos tanto dentro, como fuera del hogar y la comunidad, demostrando la debilidad que se presenta en el corregimiento para tener un ambiente propicio de inclusión para las personas con discapacidad. Dentro de los hallazgos prevalentes encontramos la menor afectación en el dominio número 4 (relaciones) que representa la mitad de la muestra, en el cual los participantes refirieron una mayor dificultad en el ítem de relacionarse con personas que no conoce, siendo este de menor afectación dentro de la calidad de vida en el marco de la situación de discapacidad de la población.

Dentro del diario vivir de las personas, se encuentra el funcionamiento y la independencia como un pilar importante durante el ciclo de vida del ser humano, a pesar de que las personas con discapacidad presenten una condición de salud que genera ciertas dificultades y deficiencias. Teniendo en cuenta los resultados de esta investigación, se puede concluir que las limitaciones y las restricciones observadas en la población son mayormente de índole estructural dentro del ambiente y área de vivienda al igual que a nivel del corregimiento de El Cerrito, por lo cual, con base en el presente estudio de investigación es de vital importancia evaluar a fondo y a mayor escala la población del corregimiento para garantizar el bienestar de cada una de ellas como población importante e influyente dentro de la comunidad general, logrando una mayor inclusión en las actividades y una vida social más activa brindándoles una mejor calidad de vida.

Limitaciones y recomendaciones

Dentro de las limitaciones en el estudio se presentó como principal dificultad la contingencia actual, debido a la pandemia covid-19 desde el año 2020. Asimismo, en el presente año 2021 se dificultó el traslado del equipo investigador y de las personas citadas al puesto de salud del corregimiento de Santa Elena debido a los bloqueos presentados en el marco del paro nacional. Por otro lado, se evidenció el apoyo a la ejecución del estudio por parte de la Secretaría de Salud de El Cerrito que luego se disipó debido a los procesos de emergencia sanitaria donde la red de apoyo para la ubicación de las PcD no dio respuesta alguna.

En cuanto a las recomendaciones, esta investigación permite otras miradas y la apertura de otros campos de la fisioterapia, por ello es importante tener en cuenta el enfoque biopsicosocial en discapacidad, un modelo que comprende que el bienestar del ser humano depende de la integración de los factores biológicos, psicológicos y sociales, el cual permite que los seres humanos sean abordados de una manera integral desde el reconocimiento de los derechos humanos, autonomía, la integración y los determinantes que condicionan la discapacidad.

Se recomienda que las futuras investigaciones amplíen los procesos de muestra de población para que tengan mayor visibilización y caracterización de las personas con discapacidad desde diferentes sectores del Departamento del Valle Del Cauca, las cuales puedan acceder a políticas públicas teniendo

un reconocimiento de inclusión social, junto con el desarrollo de mejores y nuevas competencias en los recursos humanos de los servicios de salud enfocándose en el derecho e igualdad de oportunidades.

Referencias bibliográficas

- Acera, M. (08 de Abril de 2020). *Deusto Salud*. Obtenido de <https://www.deustosalud.com/blog/tercera-edad/concepto-discapacidad-diferencias-entre-discapacidad-deficiencia-minusvalia>
- Aparicio Jaimes LD, Daza Mora, Manjarres Amador F. CARACTERIZACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD EN PACIENTES MENTALES DE LA CLÍNICA ISNOR DE BUCARAMANGA. Bucaramanga: Universidad de Santander, Facultad de salud; 2017.
- Departamento administrativo de la función pública. (1999). *Ley 528 de 1999*. Bogotá: Congreso de Colombia.
- Fundación iberoamericana. (2019). *Fundación iberoamericana*. Obtenido de <https://www.down2l.org/area-juridica/123-legislacion-espanola/1028-reconocimiento-de-discapacidad-y-derechos.html>
- Gil-Obando LM, López López A, Manotas Guzman YM, Martinez Cervantes SD. Relación entre las características sociodemográficas y la discapacidad en adultos del municipio de Sabanalarga - Atlántico. Sabanalarga; 2019.
- Ministerio de salud y protección social. (2017). *Guía metodológica, observatorio nacional de discapacidad de Colombia*. Bogotá: Oficina de promoción social.
- Ministerio de salud. Boletines Poblacionales: Personas con Discapacidad. Bogotá: Ministerio de salud; 2020.
- Niño García AJ, Gonzalez Guancha DC, Potes Anacondas h. *perfil de discapacidad desde los dominios de whodas 2.0 en personas con trastorno depresivo mayor atendidas en una institución de salud mental de cali en el 2017*. Cali: Universidad del Valle, Facultad de salud; 2020.
- Organización mundial de la salud. (s.f.). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Ginebra: Banco mundial.

Organización mundial de la salud. (s.f.). *Medición de la salud y la discapacidad*.

Ríos, M. I. (2015). *El Concepto de Discapacidad: De la Enfermedad al Enfoque de Derechos*. Medellín: Revista CES derecho.

Servicio nacional de rehabilitación. (2015). (K. Revirol, Ed.) Obtenido de Organización mundial de la salud: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170500/9874573309_spa.pdf;jsessionid=6A0AAA302565C3264C5EC0898E7C9357?sequence=1

ÍNDICE DE TABLAS

Capítulo 1

Tabla 1. Resultados de la palabra-estímulo “discapacidad” – NODO CENTRAL	21
Tabla 2. Categorías y sistema periférico de Discapacidad.....	22

Capítulo 2

Tabla 1. Profesiones de la salud y su objeto de estudio	56
---	----

Capítulo 4

Tabla 1. Agrupación de variables y categorías	101
Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión.....	102
Tabla 3. Caracterización sociodemográfica	104
Tabla 4. Caracterización de la Condición Física Para La Salud.....	105

Capítulo 5

Tabla 1. Estrategia de búsqueda	128
Tabla 2. Estudios excluidos.....	132
Tabla 3. Características de estudios incluidos	134
Tabla 4. Herramientas de medición de control postural	136
Tabla 5. Valores de evidencia de MINORS.....	138

Capítulo 6

Tabla 1. Características sociodemográficas de los estudiantes de básica primaria de una institución pública de la ciudad de Palmira	149
Tabla 2. Contacto con personas con discapacidad de los estudiantes de básica secundaria.....	151
Tabla 3. Aspectos descriptivos de la escala de actitudes hacia las personas con discapacidad	152
Tabla 4. Estadísticos descriptivos por factor de la actitud general hacia la persona con discapacidad por ítems	152
Tabla 5. Estadísticos descriptivos de la variable actitud general y sexo de los estudiantes de básica secundaria con personas con discapacidad	156

Capítulo 7

Tabla 1. Características sociodemográficas y situación laboral de las personas con discapacidad	169
Tabla 2. Características sociodemográficas y procesos de rehabilitación de las personas con discapacidad	170
Tabla 3. Características sociodemográficas y barreras de las personas con discapacidad	172
Tabla 4. Nivel de discapacidad por dimensión relacionarse con otras personas de las personas con discapacidad	173
Tabla 5. Nivel de discapacidad por dimensión participación con otras personas de las personas con discapacidad	175
Tabla 6. Nivel de discapacidad	177

INDEX OF TABLES

Chapter 1

Table 1. Results for the word-stimulus "disability" - CENTRAL Node.....	21
Table 2. Disability categories and peripheral system	22

Chapter 2

Table 1. Health professions and their object of study	56
---	----

Chapter 4

Table 1. Grouping of variables and categories	101
Table 2. Inclusion and exclusion criteria	102
Table 3. Sociodemographic Characterization	104
Table 4. Characterization of Physical Fitness for Health.....	105

Chapter 5

Table 1. Search strategy	128
Table 2. Excluded studies	132
Table 3. Characteristics of Included Studies	134
Table 4. Postural Control Measurement Tools	136
Table 5. MINORS Evidence Values.....	138

Chapter 6

Table 1. Sociodemographic characteristics of elementary school students in a public institution in the city of Palmira of a public institution in the city of Palmira...	149
Table 2. Contact with persons with disabilities of elementary school students secondary school students	151
Table 3. Descriptive statistics by factor of the general attitude toward the person with disability by items.....	152
Table 4. Descriptive statistics by factor of the general attitude toward the person with disability by items	152
Table 5. Descriptive statistics of the variable general attitude and sex of junior high school students with persons with disabilities.....	156

Chapter 7

Table 1. Sociodemographic characteristics and employment situation of people with disabilities.....	169
Table 2. Sociodemographic characteristics and rehabilitation processes of people with disabilities.....	170
Table 3. Sociodemographic characteristics and barriers of people with disabilities	172
Table 4. Level of disability by dimension of relating to other people of persons with disabilities	173
Table 5. Level of disability by dimension of participation with other persons of persons with disabilities	175
Table 6. Level of disability	177

ÍNDICE DE FIGURAS

Capítulo 1

Figura 1. Nodo central y sistema periférico de las representaciones sociales del personal de salud participante en el estudio.....	22
Figura 2. Representación gráfica de la discapacidad para el personal de enfermería participante en el estudio	24
Figura 3. Representación gráfica de la discapacidad para el personal de medicina participante en el estudio.....	25
Figura 4. Representación gráfica de la discapacidad para el personal de odontología participante en el estudio	25
Figura 5. Representación gráfica de la discapacidad para el personal de Psicología, fisioterapia y nutrición participantes en el estudio	28
Figura 6. Nodo central, sistema periférico y fuentes de información.....	35
Figura 7. Síntesis hallazgos investigación relacionados con las representaciones de Discapacidad del personal de salud participante en el estudio.....	37

Capítulo 4

Figura 1. Diagrama puntos de categoría redes/ tipo de actividad/ clasificación TAMT. SPSS.....	108
Figura 2. Diagrama puntos de categoría redes/ sumatoria de pliegues/ IMC/ tipo de actividad física. SPSS	109

Capítulo 5

Figura 1. Diagrama de la revisión	131
---	-----

INDEX OF FIGURES

Chapter 1

Figure 1. Central node and peripheral system of the social representations of the health personnel participating in the study. health personnel participating in the study.	22
Figure 2. Graphical representation of disability for the nursing staff participating in the study	24
Figure 3. Graphical representation of disability for the medical staff participating in the study	25
Figure 4. Graphical representation of the disability for the dental staff participating in the study	25
Figure 5. Graphical representation of disability for the psychology staff, physiotherapy and nutrition staff participating in the study	28
Figure 6. Central node, peripheral system and sources of information.....	35
Figure 7. Synthesis of research findings related to the representations of disability of the health personnel participating in the study.....	37

Chapter 4

Figure 1. Diagram of category points networks/ type of activity/ TAMT classification. SPSS	108
Figure 2. Diagram of category points networks/ fold sum/ BMI/ type of physical activity. SPSS	109

Chapter 5

Figure 1. Diagram of the revision	131
---	-----



ACERCA DE LOS AUTORES

About the authors

Ada Patricia Quintana Núñez

 <https://orcid.org/0000-0003-0584-5339>

 adap.quintanan@autonoma.edu.co / adapatyqnft@gmail.com

Fisioterapeuta. Estudiante de Maestría en Discapacidad del grupo de investigación Cuerpo Movimiento de la Universidad Autónoma de Manizales- UAM.

Bellazmín Arenas Quintana

 <https://orcid.org/0000-0003-2337-6142>

 bellazmin.arenasq@autonoma.edu.co / bellazminarenas@gmail.com

Fisioterapeuta. Magister en Educación y Desarrollo Humano. Docente Asociada del departamento de Movimiento Humano, integrante del grupo de investigación Cuerpo Movimiento de la Universidad Autónoma de Manizales.

Paula Andrea Peña Hernández

 <https://orcid.org/0000-0002-9918-2910>

 paula.pena00@usc.edu.co

Docente del Programa de Fisioterapia de la Universidad Santiago de Cali.


Gina Marcela Jiménez Zambrano

 <https://orcid.org/0000-0002-1569-694X>

 marcelagjz@gmail.com

Estudiante de Fisioterapia de la Universidad Santiago de Cali.

Claudia Liliana Marín Giraldo

 <https://orcid.org/0000-0001-6282-2729>

 claudiamarin754@gmail.com

Estudiante de Fisioterapia de la Universidad Santiago de Cali.

Yaneth Mayor Sánchez

🌐 <https://orcid.org/0000-0003-4095-6931>

✉ yanethmayor@hotmail.com

Docente del Programa de Enfermería de la Universidad Santiago de Cali.

Juan Fernando Bedoya Sandoval

🌐 <https://orcid.org/0000-0002-9206-7952>

✉ juan.bedoya09@usc.edu.co / fdobedoya@hotmail.com
juanfdobedoya85@gmail.com

Enfermero Jefe. Docente del Programa de Enfermería de la Universidad Santiago de Cali.

Laura María Bejarano Alos

🌐 <https://orcid.org/0000-0002-7596-9911>

✉ laura.bejarano00@usc.edu.co

Estudiante de Medicina de la Universidad Santiago de Cali.

Esperanza Gómez Ramírez

🌐 <https://orcid.org/0000-0001-7610-244X>

✉ egomezr@endeporte.edu.co

Fisioterapeuta y Magíster en Educación y Desarrollo Humano de la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte.

Claudia Daniela Espinosa Cárdenas

🌐 <https://orcid.org/0000-0002-1560-1103>

✉ claudia.espinosa01@usc.edu.co

Estudiante de Fisioterapia VIII semestre de la Universidad Santiago de Cali.

Nathalia Lisbeth Cavanzo Rodríguez

🌐 <https://orcid.org/0000-0002-3803-3997>

✉ nathalia.cavanzo00@usc.edu.co

Estudiante de Fisioterapia VIII semestre de la Universidad Santiago de Cali.

Lina Marcela Rincón Ortiz

 <https://orcid.org/0000-0002-8922-6190>

 lmrincono@unal.edu.co / lrinconoft@gmail.com

Fisioterapeuta de la Universidad Nacional De Colombia.

Diana Alexandra Camargo Rojas

 <https://orcid.org/0000-0003-0922-1603>

 dacamargor@unal.edu.co / dacamargor@gmail.com

Fisioterapeuta de la Universidad Nacional De Colombia.

Lady Marcela Núñez Quintero


 <https://orcid.org/0000-0003-1108-4249>

 lmnunezq@gmail.com

Fisioterapeuta de la Universidad Nacional De Colombia.

Diana Patricia Sánchez

 <https://orcid.org/0000-0003-2672-8481>

 diana.sanchez32@usc.edu.co / sandianapatricia@gmail.com

Nacionalidad colombiana. Fisioterapeuta de la Universidad Santiago de Cali. Magister en Neurorehabilitación de la Universidad Autónoma de Manizales. Docente investigador pregrado de Fisioterapia Universidad Santiago de Cali. Integrante grupo de investigación Salud y Movimiento de la Facultad de Salud de la Universidad Santiago de Cali.


Lida Johana Sánchez Montoya

 <https://orcid.org/0000-0003-1167-1961>

 lida.sanchez00@usc.edu.co / Lida.johana.sanchez@correounivalle.edu.co

Fisioterapeuta, Especialista en rehabilitación de mano y miembro superior, Magister en salud ocupacional.

Ilse Soto Franco


 <https://orcid.org/0000-0003-1108-4249>

 ilse.soto00@usc.edu.co

Nacionalidad Colombiana. Fisioterapeuta de la Universidad del Valle. Especialista en Fisioterapia en Neurorehabilitación de la Escuela Colombia-

na de Rehabilitación. Especialista en Docencia en Educación Superior de la Universidad Santo Tomás. Magister en Educación y Desarrollo Humano de la Universidad San Buenaventura Cali. Docente investigador del Pregrado de Fisioterapia, integrante del grupo de investigación Salud y Movimiento de la facultad de Salud de la Universidad Santiago de Cali.

Estefany Echeverry Mosquera


 <https://orcid.org/0000-0003-1448-9612>

 stefyecheverry45@gmail.com

Fisioterapeuta de la Universidad Santiago de Cali.

Luisa María Zapata Segura


 <https://orcid.org/0000-0003-0457-7715>

 luisasegura1807@gmail.com

Fisioterapeuta de la Universidad Santiago de Cali.

María Paula Arroyave Sanz

 <https://orcid.org/0000-0002-6178-0739>

 mariapaulaarroyavesanz@gmail.com

Fisioterapeuta de la Universidad Santiago de Cali.

Lina Marcela Romero Londoño

 <https://orcid.org/0000-0002-3137-510X>

 raylilo@hotmail.com

Fisioterapeuta de la Universidad Santiago de Cali.

Daniela Sánchez Caicedo

 <https://orcid.org/0000-0002-4202-9368>

 d.nani_sc@hotmail.com

Fisioterapeuta de la Universidad Santiago de Cali.



PARES EVALUADORES

Peer Reviewers

Gabriel Alberto Ortiz Rincón

Coordinador académico en Red Universitaria de Alta Velocidad del Valle del Cauca

 <https://orcid.org/0000-0001-7176-1024>

Diego Alejandro Calle Sandoval

Universidad Libre, Cali

 <https://orcid.org/0000-0002-4917-5819>

Jean Jader Orejarena Torres

Universidad Autónoma de Occidente

 <https://orcid.org/0000-0003-0401-3143>

Alexander Luna Nieto

Fundación Universitaria de Popayán

 <https://orcid.org/0000-0002-9297-8043>

Willian Fredy Palta Velasco

Universidad de San Buenaventura

 <https://orcid.org/0000-0003-1888-0416>

Pedro Antonio Calero

Investigador Asociado (IA)

Docente Universitario en Fundación Universitaria María Cano

 <https://orcid.org/0000-0002-9978-7944>

Lucely Obando Cabezas

Investigador Junior (IJ)

Universidad Libre

 <https://orcid.org/0000-0002-8770-2966>

Maria Alejandra Ceballos

Fundación Universitaria de Popayán

 <https://orcid.org/0000-0003-0640-4287>

Marco Alexis Salcedo Serna

Investigador junior (IJ)

Universidad Nacional de Colombia

 <https://orcid.org/0000-0003-0444-703X>

María Ceila Galeano Bautista

Universidad Libre

 <https://orcid.org/0000-0002-6679-4259>

Carol Andrea Bernal-Castro

Universidad Del Rosario

 <https://orcid.org/0000-0001-8284-0633>

Mauricio Jiménez

Universidad Autónoma Latinoamericana

 <https://orcid.org/0000-0003-4811-2514>

Distribución y comercialización

Distribution and Marketing

Universidad Santiago de Cali
Publicaciones / Editorial USC

Bloque 7 - Piso 5

Calle 5 No. 62 - 00

Tel: (57+) (2+) 518 3000

Ext. 323 - 324 - 414

✉ editor@usc.edu.co

✉ publica@usc.edu.co

Cali, Valle del Cauca

Colombia

Diseño y diagramación

layout by

Juan Diego Tovar Cardenas

✉ librosusc@usc.edu.co

Tel. 5183000 - Ext. 9130

Cel. 3014397925

Este libro fue diagramado utilizando fuentes
tipográficas Literata en el contenido del texto y
Open Sans para los títulos.

Impreso en el mes de junio.

Se imprimieron 100 ejemplares en los
Talleres de SAMAVA EDICIONES E.U.

Popayán-Colombia

Tel: (57+) 313 661 9756

2023

Fue publicado por la Facultad de Salud de la
Universidad Santiago de Cali.

Esta obra “Discapacidad e Inclusión Social: evolución, modelos y tendencias investigativas”, nace del interés de la autora y compiladora científica de evidenciar los trabajos de investigación en el campo de la discapacidad. Es el fruto de un ejercicio académico que compila diversas percepciones y propuestas sobre la discapacidad en Colombia, con miradas interdisciplinarias e institucionales que buscan enriquecer el discurso y fomentar el diálogo entre actores, planteando, de manera respetuosa, discusiones y sugerencias que sirvan de insumo para el fortalecimiento de políticas públicas en discapacidad, su seguimiento y evaluación. Del mismo modo, a través de los resultados y discusiones, se pretende aportar desde una postura académica, estrategias de inclusión social para el fortalecimiento de la investigación en discapacidad y generar espacios de reflexión donde las personas con discapacidad se conviertan en sujetos activos de su desarrollo.

