

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE

HIDALGO

UNSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

AREA ACADEMICA DE TRABAJO SOCIAL

"INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL
PROCESO DE REHABILITACION DE PACIENTES CON
DISCAPACIDAD EN EL SECTOR SALUD EN PACHUCA
DE SOTO.HGO"

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

TRABAJADORA SOCIAL

PRESENTA:

MARIA DOLORES VELAZQUEZ BELTRAN

ASESOR:

L.T.S. CLAUDIA I. FLORES TAPIA

PACHUCA HGO 2006.

AGRADEZCO A MIS PADRES:

A QUIENES ME HAN HEREDADO

EL TESORO MÀS VALIOSO

QUE PUEDE DARSELE A UN

HIJO, AMOR.

GRACIAS PAPAS

A DIOS POR DARME ESTE REGALO

QUE ES LA VIDA Y POR PODER

SEGUIR DISFRUTANDO

DIA A DIA LOS BELLOS

Y MALOS MOMENTOS, QUE

ME HAN ENSEÑADO A SER

MEJOR PERSONA

GRACIAS

CON UNA MUESTRA DE MI CARIÑO
Y AGRADECIMIENTO A MIS HERMANOS
POR TODO EL APOYO BRINDADO
Y PORQUE HOY VEO LLEGAR
UNA DE LAS METAS DE MI VIDA.

GRACIAS

CON TESTIMONIO DE GRATITUD
Y ETERNO RECONOCIMIENTO
POR EL APOYO QUE SIEMPRE
BRINDO HACIA EL PRESENTE
TRABAJO. Y CON EL CUAL LOGRE
TERMINAR LA CARRERA PROFESIONAL
CON ADMIRACION Y RESPETO.

L.T.S. CLAUDIA I. FLORES TAPIA

GRACIAS

AL TERMINO DE ESTA ETAPA
DE MI VIDA QUIERO EXPRESAR UN PROFUNDO
AGRADECIMIENTO A QUIENES
CON SU APOYO Y COMPRENSION ME
ALENTARON A LOGRAR ESTA HERMOSA REALIDAD.

GRACIAS

INDICE	Pag
Introducción.....	1
CAPITULO I	
Metodología de la investigación	
1.1. Planteamiento del problema.....	4
1.2. Justificación.....	8
1.3. Objetivos.....	9
1.4. Hipótesis.....	10
1.5. Metodología a utilizar.....	11
1.6. Tabulación de datos.....	15
1.7. Análisis e interpretación de los resultados.	22
CAPITULO II	
DISCAPACIDAD	
Definición de Discapacidad	
2.1. Definición de discapacidad.....	25
2.2. Definición de Discapacidad, Minusvalía y Rehabilitación.....	26

2.3. Tipos de Discapacidad.....	28
2.4. Discapacidades más frecuentes.....	32
2.5. Áreas de desenvolvimiento del discapacitado.....	41
2.6. Importancia de la familia en el proceso de Rehabilitación.....	54
2.7. Niveles de Atención.....	62
2.8. Antecedentes de discapacidad en México.....	75
2.9. Antecedentes Históricos de discapacidad en el Estado de Hidalgo.....	80

CAPITULO III

Instituciones que atienden el problema de discapacidad.

3.1. Sector Salud.....	85
3.2. Programas en el Sector Salud.....	93
3.3. Programas de Rehabilitación.....	96
3.4. Sector Educativo.....	98
3.5. Sector Asistencial.....	100

CAPITULO IV.

Participación del Trabajador Social en el equipo interdisciplinario en el proceso de Rehabilitación en el sector salud de Pachuca.

4.1. ¿Quiénes conforman el equipo interdisciplinario?..101

4.2. Funciones específicas del Trabajador Social.....103

Conclusiones..... 110

Propuestas..... 112

Bibliografía

Anexo

INTRODUCCION.

El presente trabajo es con la finalidad de provocar una mayor participación del trabajador social y de la sociedad en general hacia el campo en que se desenvuelve el discapacitado; por ser el profesionalista idóneo para cooperar con sus conocimientos, y poder brindar apoyo para a las personas con discapacidad y para que ellas sean aceptadas dentro de la sociedad con sus cualidades y defectos (como los de todo ser humano) como un miembro más de la misma.

Confirmando lo expresado anteriormente, tenemos que, según cifras de la O.M.S; entre el 7 y 12 % de la población nacional, padece discapacidad; donde la discapacidad mas frecuente es la motriz, representan la mayor cantidad de dicho porcentaje, y se encuentran principalmente en las conglomeraciones urbanas.

Generalmente se piensa que el tratamiento y la rehabilitación médica y física cumplen o bastan para que el discapacitado se integre a la sociedad como una persona productiva; más esto no es suficiente, ya que se está pasando por alto la atención emocional, la cual es la base de la integración total del discapacitado a la sociedad.

Siendo el problema de la discapacidad poco estudiado la perspectiva social, consideramos pertinente caracterizar a la población con la finalidad de poder definir la rutina que se presenta en el hogar, la escuela, la interacción social, el trabajo, la recreación, el deporte, etc, con la finalidad de hacer un estudio más profundo sobre la dinámica social y familiar en la que se desenvuelve el discapacitado.

Para el desarrollo de esta investigación, hemos tomado como base, el ISSSTE, IMSS Y Hospital General Pachuca, analizando su funcionamiento y

organización, así como los procedimientos que utiliza ante el problema de la discapacidad; y en específico, la intervención del profesional de Trabajo Social en dicha problemática.

En el presente trabajo se abordara definiciones de discapacidad, rehabilitación, tipos de discapacidad y antecedentes históricos de esta, así como las diversas instituciones que atienden el problema de la discapacidad y la participación del trabajador social en el campo de la salud.

CAPITULO I

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

"Se entiende por discapacidad al conjunto de población que padece alguna deficiencia física, mental o sensorial".

Escuela Nacional de Trabajo Social-UNAM
REVISTA Pag.6

La discapacidad es un concepto y una experiencia multidimensional que determina las posibilidades de integración social de las personas con necesidades especiales.

Por citar algunas cifras se tiene que: La población con discapacidad representa el 8.9% del la población

total del país. La infantil y la adolescente representan la cuarta parte de la población discapacitada, o sea 71,474 personas.

Se ha comprobado que más de 50% de los casos de discapacidad proceden de una mala atención antes del embarazo, en el embarazo y después del parto. De ahí la necesidad de formar líderes en la atención preventiva mediante la especialización.

Por otro lado el 25% de las mujeres embarazadas carecen de atención médica en México esto acarrea una altísima mortalidad materna y riesgo de hipertensión, diabetes, desnutrición y muerte perinatal.

Los niños y adultos con discapacidad deben asumir procesos complejos de socialización, a través de la participación de instituciones asociadas a la salud.

Es así como intervienen en este proceso algunas organizaciones que funcionan como Centros de Rehabilitación donde no solo la salud es foco de atención sino que también la formación de los niños con discapacidad para lograr su integración social.

La Familia es el primer contexto socializador por excelencia, el primer entorno natural en donde los miembros que la forman y se desarrollan a nivel afectivo, físico, intelectual y social.

La Familia es un sistema abierto en continuo movimiento, cambio y reestructuración, en busca de una estabilidad y equilibrio entre todos los integrantes que la componen.

Freixa Niella, M (1997) Las familias con niños discapacitados.

La eventual integración de estos niños al medio comprende además una serie de otros factores como

sus posibilidades económicas reales y el compromiso de las familias.

La integración depende de condicionantes sociales, al respecto *surge la siguiente pregunta:*

¿Cuál es la participación de la familia en el Proceso de Rehabilitación?

1.2. JUSTIFICACIÓN.

Cabe mencionar que las personas con discapacidad se enfrentan a una problemática por la falta de apoyo por parte de instituciones específicamente sector salud, y profesionistas para su rehabilitación. Por tal motivo se pretende investigar y profundizar en el tema para proponer un modelo de intervención para que las futuras generaciones de trabajo social proporcionen una atención más acorde a las necesidades de las personas con discapacidad.

Otra situación que se pretende estudiar es la importancia que tiene la familia para la rehabilitación de las personas con discapacidad, que hoy en día ya no hay tanto rechazo por parte de la familia hacia el discapacitado, la familia acepta mas la condición de su hijo o familiar y esto ayuda de manera positiva para la rehabilitación del discapacitado.

1.3. OBJETIVOS.

Objetivo General.

- ❖ Identificar los factores sociales que influyen en la integración social del discapacitado.

Objetivos Específicos.

- ❖ Conocer como influye la participación de los familiares en el proceso de rehabilitación de las personas con discapacidad.
- ❖ Identificar cuales son las funciones que desempeña el Trabajador Social en el proceso de rehabilitación de las personas con discapacidad.
- ❖ Indagar los principales tipos de discapacidad que presenta la población que se atiende en las

Instituciones Públicas del Sector Salud en la Ciudad de Pachuca.

- ❖ Conocer los factores que limitan la integración social de las personas con rehabilitación.

1.4. HIPÓTESIS

- A mayor comunicación familiar mayor progreso en el proceso de rehabilitación de pacientes con discapacidad.

Variable independiente

A mayor comunicación Familiar

Indicador

Relaciones-Interrelaciones

Índice

Principios

Valores

Normas

Roles.

Variable Dependiente:

Mayor apoyo en el proceso de rehabilitación

Indicador

Responsabilidad-Discapacitado Familiar

Índice

Participación Familiar.

Acompañar a los Discapacitados a las terapias.

Emotividad

Empeño para continuar con las terapias.

1.5 METODOLOGÍA A UTILIZAR.**Matriz Metodológica.**

I.- Estudio de investigación que tiene por objeto acercarse a la problemática con el fin de captar los problemas más significativos.⁽¹⁾

II.- Diseño de la investigación consiste en elaborar un esquema o modelo que indica las decisiones,

pasos y actividades a realizar para llevar a cabo la investigación.⁽²⁾

III.- Elección de los métodos y técnicas son llamadas armas metodológicas, sus factores son: naturaleza del fenómeno a estudiar, objetivo de la investigación, equipo humano que realizara la investigación y cooperación del público.⁽³⁾

IV.- Determinación y elección de la muestra por lo general resulta imposible encuestar a todos los individuos, por lo cual se utilizó el método de muestreo que consiste en obtener un juicio sobre un total de individuos mediante la recopilación y examen de una parte de estos llamados **muestra**.

V.- Obtención y recopilación de datos.las técnicas mas usadas son:

La Observación. se observa el contexto real para captar los aspectos mas significativos de cara al fenómeno o hecho a investigar abarcando los

ámbitos físicos, social cultural, etc. Tomando en consideración que se debe hacer una observación sistemática y controlada.

Los instrumentos de la observación son: el diario de campo, cuaderno de notas y cuadros de trabajo. (4)

La entrevista. Es la técnica fundamental de apoyo para la obtención de datos para una investigación, con esta se interpreta las actitudes del entrevistado, me ayudo a entender la adaptación familiar y social así como las condiciones de vida de las personas con discapacidad. (5)

La encuesta. El objeto de investigar la opinión pública es "obtener de un número selecto de personas (la muestra) respuestas a preguntas uniformes, esas personas representan a todo el grupo de personas (el universo) sobre las que se desea tener información". (6)

Cuando se realiza encuesta es necesario seguir ciertos pasos.

Primero se aclara el tipo de información.

Segundo se identifica el universo o la población a la que se dirige la encuesta.

Tercero se determina el tamaño y las características de la muestra.

Cuarto se elabora el cuestionario.

Quinto se aplica la encuesta.

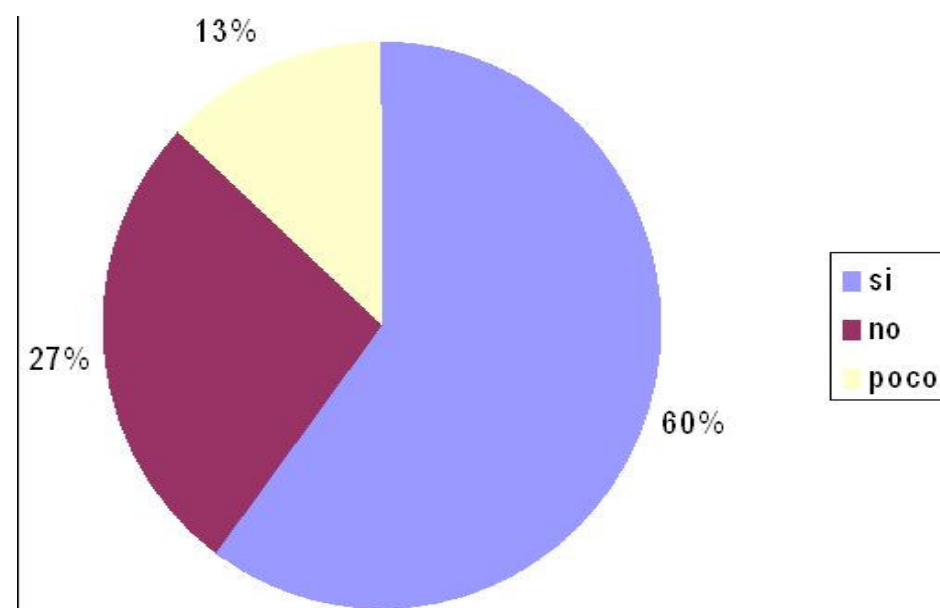
Séptimo se procesa y analizan los datos.

VI.- Tabulación de datos se clasifican en la **codificación** que tiene como objeto traducir y reducir las respuestas extensas y la **elaboración**, consiste en la tabulación de datos.

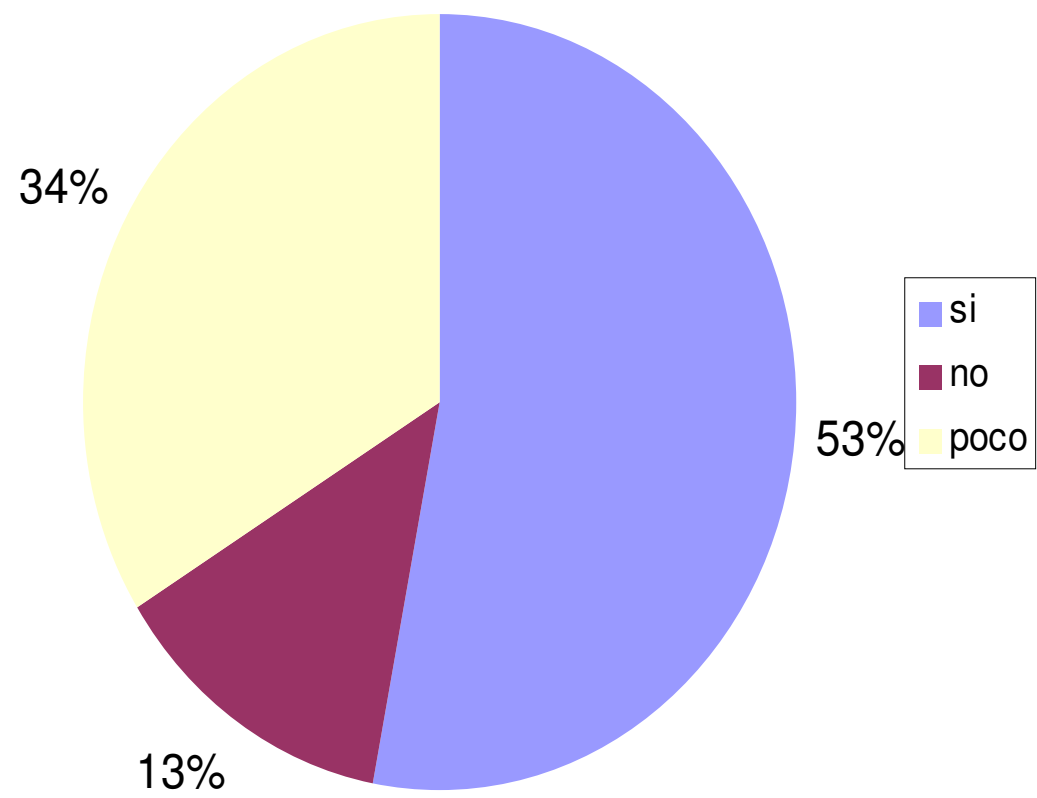
VII.- Análisis, e interpretación de los resultados es la elaboración de las gráficas. (7)

1.6. Tabulacion de datos.

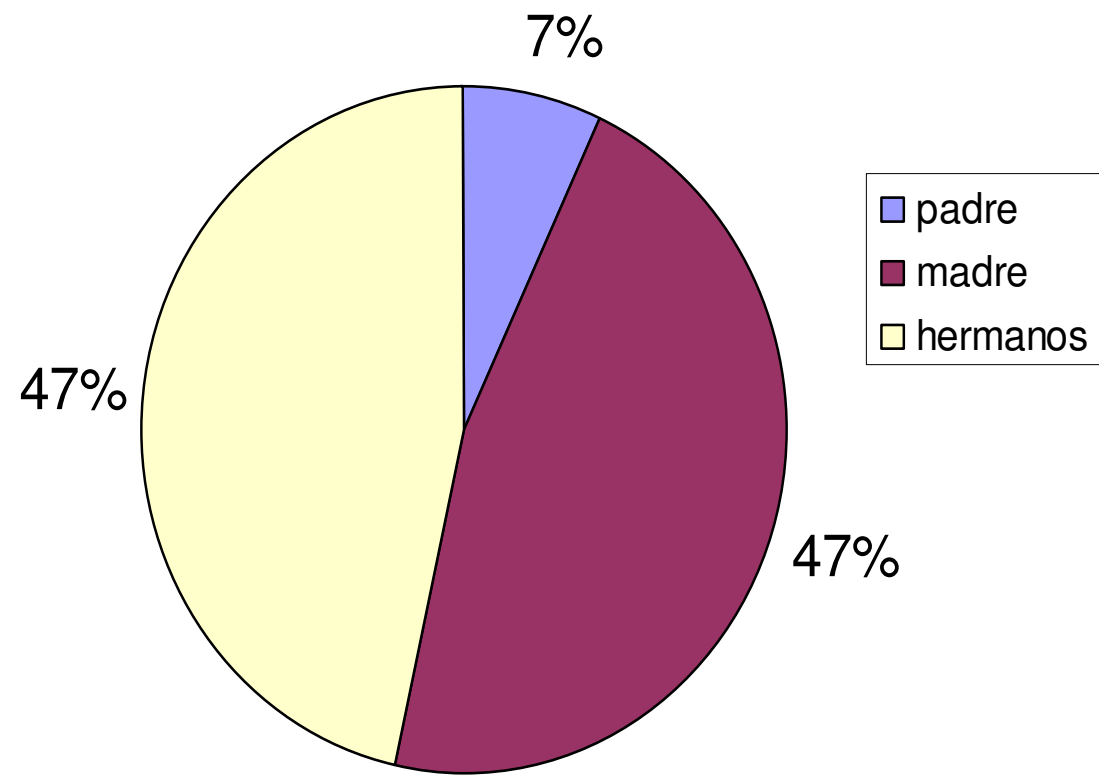
1.- ¿CONSIDERA USTED QUE EL APOYO FAMILIAR HA SIDO SUFICIENTE PARA LA REHABILITACION?



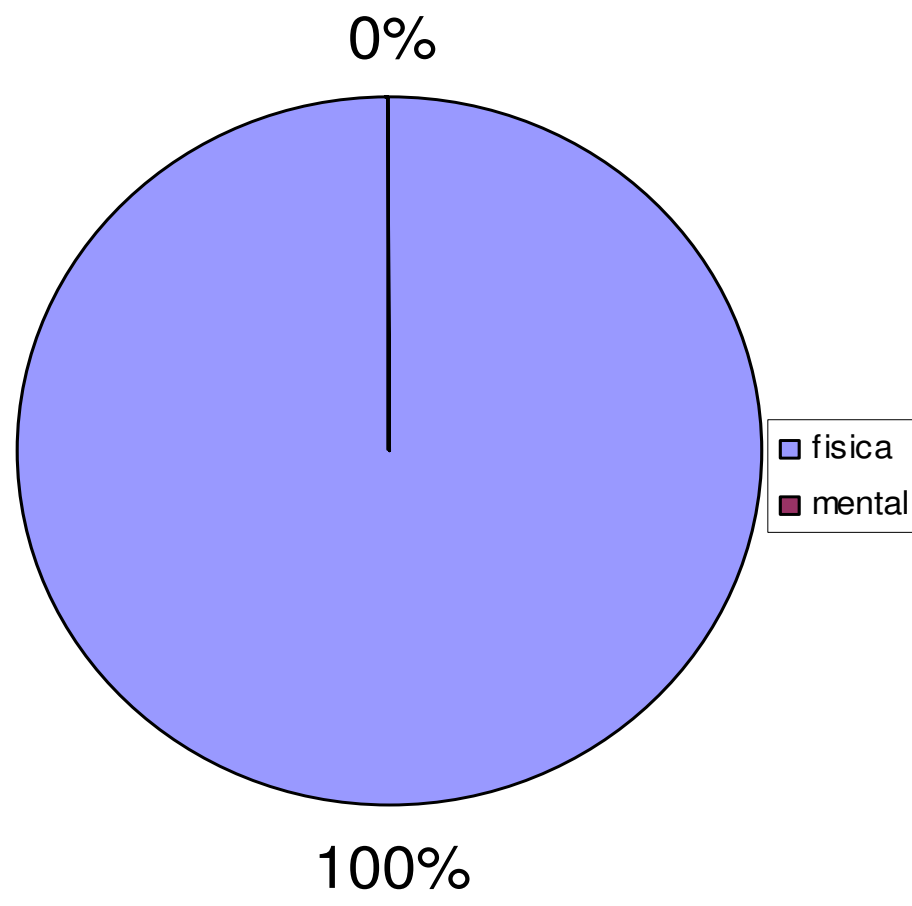
2.- ¿CONSIDERA QUE EL TRATAMIENTO DE REHABILITACION HA SIDO ADECUADO EN ESTA INSTITUCION?



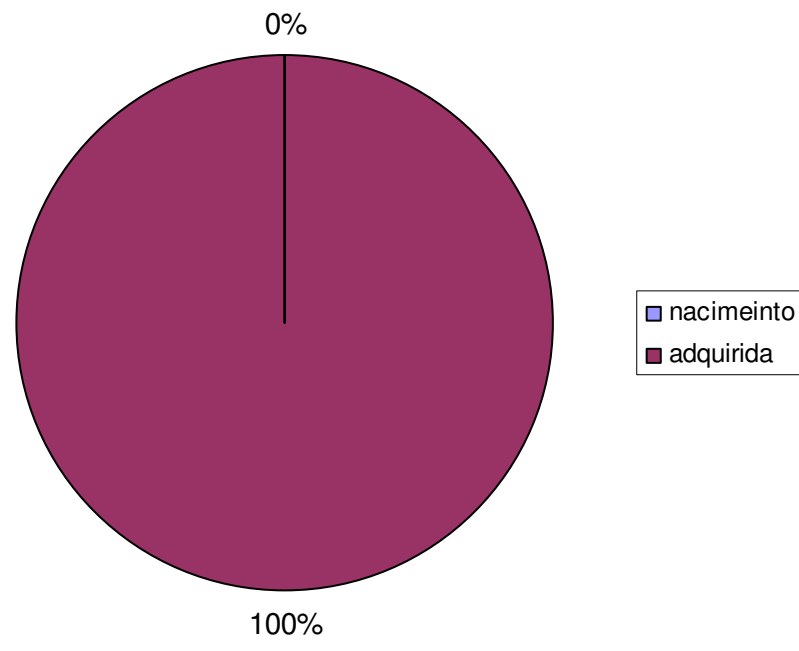
3- ¿QUIEN ACOMPAÑA REGULARMENTE A SU PACIENTE A LAS TERAPIAS DE REHABILITACION?



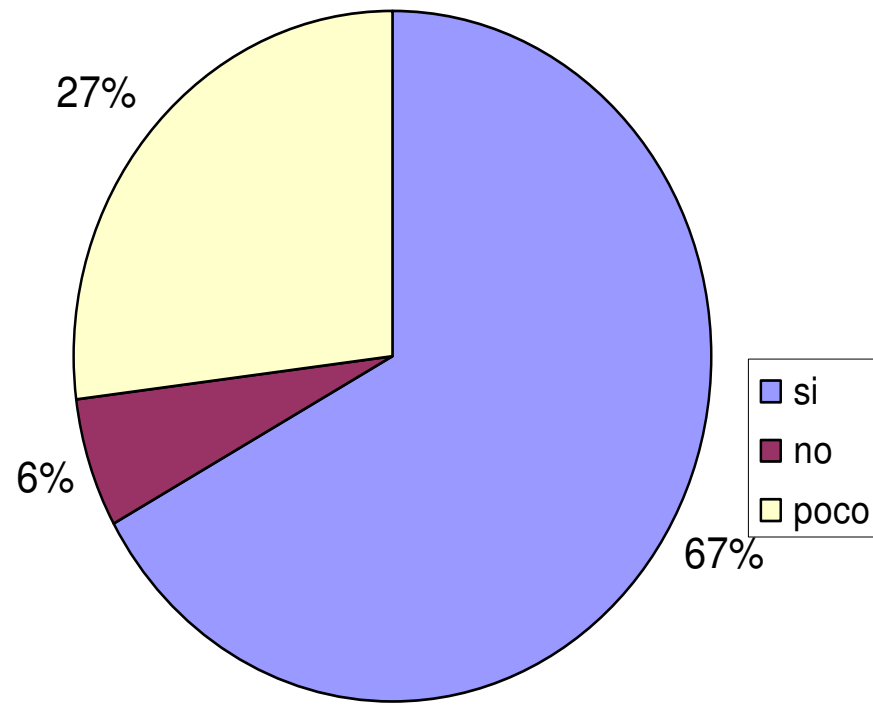
4- ¿QUE TIPO DE DISCAPACIDAD TIENE SU HIJO?



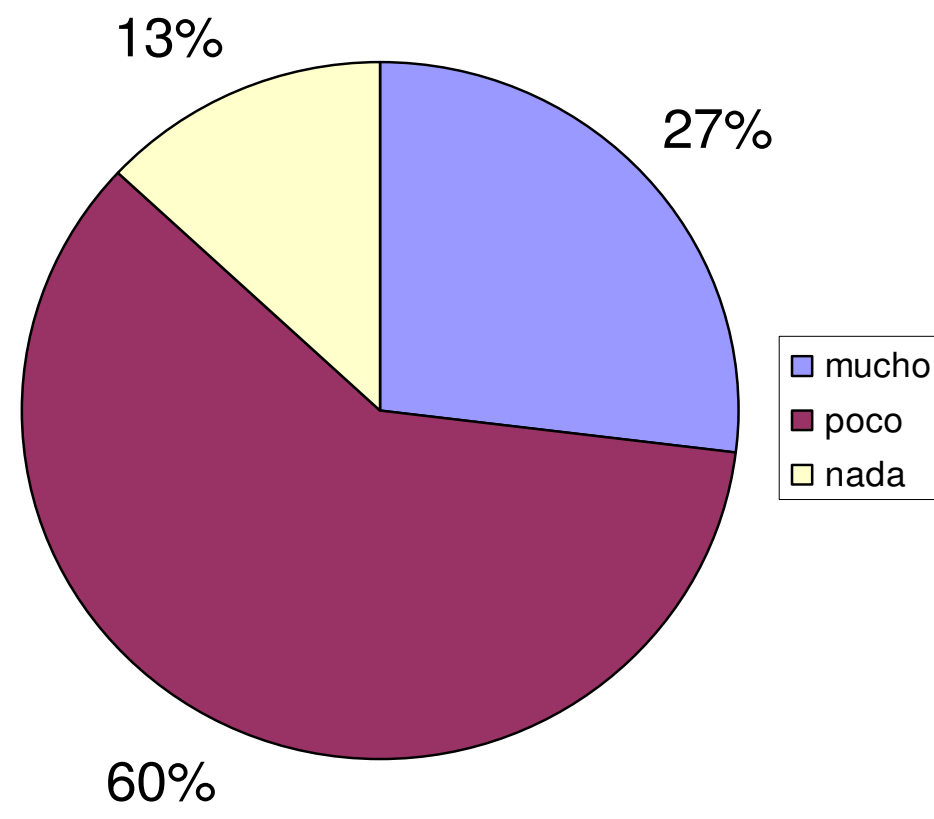
5- ¿LA DISCAPACIDAD QUE PADECE SU HIJO FUE?



6.- ¿ACUDE REGULARMENTE A LAS TERAPIAS?



7.- ¿SU HIJO INTERACTUA CON OTRAS PERSONAS?



1.7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

De los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario se puede concluir que el apoyo familiar ha sido suficiente en un 60% que la familia si esta pendiente de la rehabilitación de su familiar y el 40% manifiesta que el apoyo es insuficiente para la rehabilitación del paciente.

Dentro del tratamiento de rehabilitación que les estaban aplicando en la institución a las personas se les pregunto si su rehabilitación ha sido el adecuado por lo que el 53% contesto que si estaban de acuerdo con el tratamiento, el 47 % manifiesta que no ha sido adecuado debido a que durante el tiempo que han estado acudiendo a las terapias no veían resultados favorables.

De las personas que acompañan regularmente al paciente a las terapias se observa que la figura

materna es la que se hace cargo de acompañar al familiar en un 47% y es la que participa mas en la rehabilitación del enfermo, otro 47% son los hermanos quien lo acompaña manifestando que solo lo acude cuando su madre o padre no pueden asistir a las terapias, la figura paterna en un 7% debido a que por lo regular tiene que trabajar y cuando no lo hace acude con su familiar a la rehabilitación.

La discapacidad mas frecuente que se observo en el momento de realizar la encuesta fue la física y adquirida en un 100%,manifiestan que su discapacidad fue causada por accidentes en su domicilio y cuando estaban en horario de trabajo, a consecuencia de adquirir la discapacidad un 60% se relaciona poco con otras personas, un 27% no le afecto el hecho de que estuviera imposibilitado para realizar sus actividades diarias y así mismo interactuar con otras personas y el 13 % si le causo conflicto para volver a relacionarse con sus amistades y familiares.

El 67% acude regularmente a sus terapias pero manifiestan que no están muy convencidos del tipo de tratamiento que están llevando no ven resultados favorables a pesar de que acuden constantemente a sus rehabilitaciones, un 6% no acude regularmente debido a que en ocasiones no cuentan con los recursos económicos para acudir a estas y el 67% acude poco y es por la situación antes mencionada.

CAPÍTULO II

DISCAPACIDAD

2.1 DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD.

Se considera que una persona es discapacitada cuando tiene deficiencia física o intelectual, y se piensa que será dependiente, porque sus limitaciones físicas y/o mentales le imposibilitan para tener iniciativa propia, cosa que no es del todo válida, porque se le agudizan otros sentidos que le permiten desarrollarse y desenvolverse dentro de su medio social, en función de que éstas personas sienten, piensan y viven igual que una persona sana o normal.

(1) Diccionario enciclopédico de educación especial edit nuevas técnicas Vol. II México 1982.

Para comprender y entender la inquietud que me ha surgido respecto de la problemática de la intervención del trabajador social en el proceso de rehabilitación de pacientes con discapacidad en el Sector Salud, considero que es necesario, primeramente tratar de definir lo que significa discapacidad, minusvalía, deficiencia y rehabilitación.

2.2. DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD, MINUSVALÍA DEFICIENCIA Y REHABILITACIÓN.

Discapacidad: " Es la restricción o ausencia relacionada con alguna deficiencia del individuo de naturaleza permanente o natural producida por alteraciones hereditarias, congénitas y perinatales, infecciones, traumatismos, enfermedades degenerativas que por su duración y secuelas pueden producir deficiencias en el lenguaje, el movimiento, la audición, la vista y la capacidad intelectual." ⁽¹⁾

¹Diccionario enciclopédico de educación especial edit nuevas técnicas Vol. II México 1982 .

Minusvalía: "Es la situación de desventaja de un individuo determinado a consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad que le limita o impide el desempeño de actividades a desempeñar."

⁽¹⁾

Deficiencia: "Es el estado o cualidad de lo que es deficiente, que es lo mismo que decir que no alcanza el grado debido o conveniente, que es incompleto o con defectos (es decir, con faltas o carencias)." ⁽²⁾

Rehabilitación: "Es el conjunto de programas y acciones médicas, psicológicas, sociales, educativas y ocupacionales que el estado y las instituciones privadas fomentan y establecen para los discapacitados". ⁽³⁾

2.3. TIPOS DE DISCAPACIDAD.

Discapacidad Física: Se da cuando un individuo padece algún defecto físico, ya sea congénito o adquirido, lo cual le impide o dificulta desarrollar plenamente sus actividades. Entre las más frecuentes, se consideran las siguientes:

- a) Discapacidad del Sistema Músculo Esquelético la cual consiste en la afectación de los órganos o miembros activos, tanto de los músculos, como del sistema óseo, por ejemplo: personas afectadas por la poliomielitis por parásitos cerebrales paraplejías, hemiplejías, amputaciones.

- b) Discapacidad de la Comunicación Humana que es la afectación de las relaciones interactuantes con la sociedad: por ejemplo: sordos, afásicos,

labio y paladar hendido, laringectomizados disléxicos, dislalicos.

- c) Discapacidad de la visión: que es la carencia del sentido óptico, lo cual no le permite al individuo conocer los colores la forma de las cosas entre otras, por ejemplo: ciegos, estrávicos etc.
- d) Discapacidad por enfermedad del corazón que son las afecciones por defecto o deformación del corazón entre los cuales tenemos las siguientes: cardiopatías congénitas, insuficiencia coronaria.
- e) Discapacidad por afecciones pulmonares. La cual se manifiesta por la dificultad en las actividades del aparato respiratorio, los padecimientos más frecuentes son: enfisema pulmonar, asma bronquial, tuberculosis pulmonar neomopatias crónicas congénita.
- f) Discapacidad por lesiones de la piel como son secuelas por quemaduras, lepra.⁽¹⁾

Invalidez Mental: Se caracteriza por la disminución de las facultades mentales, que no le permiten al individuo tener un desarrollo psíquico y social para su plena adaptación al medio, entre las más importantes tenemos.

- a) La deficiencia mental.- Que es la reducción de las facultades mentales del individuo con respecto a la generalidad.
- b) Epilepsia.- Que es una disfunción crónica del sistema nervioso, caracterizada por pérdidas periódicas del conocimiento.
- c) Daño Cerebral.- Que son consecuencias de lesiones traumáticas cerebrales.⁽²⁾

Discapacidad Social: Se caracteriza por la dependencia que se tiene de algo o de alguien en

cuanto a su manutención, estabilidad económica y lo emocional, entre las cuales tenemos:

- a) Los ancianos.- Los cuales por su edad se les considera improductivos por la disminución de su capacidad física y/o mental.
- b) Los huérfanos.- porque dependen económica, social y emocionalmente de terceras personas familiares o tutores y de instituciones de beneficencia pública.
- c) Los alcohólicos.- son las personas inestables emocional, económica y socialmente, lo que les causa problemas laborales, familiares, sociales.
- d) Los fármacos dependientes: Son muy similares a los alcohólicos, pues por el daño que les causa la droga, adquieren comportamientos agresivos y desadaptación social.⁽³⁾

³Manual para minusvalidos ediciones Barcelona España 1979

2.4. DISCAPACIDADES MÁS FRECUENTES.

Dentro de las discapacidades mas frecuentes en la edad infantil son las siguientes:

❖ *Parálisis Cerebral Infantil.*

Es una de las condiciones que con mayor frecuencia causan discapacidad en la infancia, afectando tanto los aspectos motores como los de lenguaje, la audición y el aprendizaje. Para su prevención se requiere promover acciones de salud prenatal y perinatal, así como la prevención de infecciones encefálicas y traumatismos cráneo cefálico en los niños durante los primeros años de vida. Sin embargo, es muy necesaria la detección temprana y la atención oportuna y adecuada de los casos que sufren de daño cerebral, lo cual permitirá la prevención de deformidades y de complicaciones y la más pronta y completa rehabilitación de estos niños. Para ello se requiere de acciones de educación para la salud, prevención y atención adecuada de la

prematurez, prevención de hipoxia perinatal como también, la detección temprana de signos y síntomas de daño cerebral, la referencia de casos al segundo y tercer nivel de atención y el tratamiento adecuado mediante rehabilitación integral. ⁽¹⁾

❖ *Sordera congénita e infantil.*

Los problemas de sordera al nacimiento en un alto porcentaje tiene origen genético por lo que se hace necesario el diagnóstico y el asesoramiento correspondiente en las familias portadoras de éste problema.

También es indispensable la detección precoz para iniciar un tratamiento temprano y adecuado que permita el desarrollo del lenguaje, intelectual y su rehabilitación integral.

La sordera e hipoacusia adquiridas son consecuencia en un alto porcentaje de otitis media,

por lo que deberán reforzarse las acciones en el primero y segundo niveles de atención para su prevención y tratamiento oportuno y adecuado. Sin embargo también es generada por otras causas. Frecuentemente pasa desapercibida por lo que es necesario la detección de la deficiencia auditiva en guarderías, jardines de niños y escuelas, para su rehabilitación temprana e integral con acciones específicas. (2)

❖ *Discapacidades mentales de la infancia.*

- La deficiencia mental, constituye una de las discapacidades mas frecuentes en la infancia teniendo una etiología multifactorial que es atendida a través de los diversos programas de salud de la mujer y del niño. Sin embargo se requieren también de acciones para detectar tempranamente el problema y poder intervenir en tal forma de propiciar

máximo desarrollo de las potencialidades del niño.

- El hipotiroidismo congénito es causante de deficiencia mental cuando se trata oportunamente y por ello se hace necesario el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno. Para su prevención debe realizarse sistemáticamente el tamizaje con los exámenes de laboratorio que permitan la determinación del problema y su tratamiento correspondiente.

- El autismo es un problema que aunque afecta a un número menor de niños sus efectos en la familia y en la sociedad son de gran importancia y se requiere de programas de rehabilitación específicos

que favorezcan el mejor funcionamiento individual y familiar.⁽³⁾

❖ ***Ceguera Congénita y discapacidades visuales de la niñez.***

- La ceguera congénita es causada principalmente por alteraciones genéticas y daño neurológico y afecta significativamente el desarrollo infantil. Cuando se atiende tempranamente mediante programas de rehabilitación que incluye la estimulación temprana se logra un desarrollo apropiado y la incorporación del niño al sistema escolar regular y en su momento la capacitación laboral y el empleo.

Por lo anterior deben implementarse programas de rehabilitación para niños ciegos en

los diversos servicios de rehabilitación en coordinación con los de educación y trabajo.

Labio y paladar endidos.

Es una de las malformaciones congénitas más frecuentes y causa de discapacidad para la comunicación. Desde hace tiempo, se ha venido atendiendo a través de las campañas de cirugías extramuros, con buenos resultados, por lo que estas actividades deben promoverse para tener una mayor cobertura.

La incidencia de las lesiones por accidente tiene una tendencia al incremento progresivo conforme aumenta la industrialización, mecanización, tráfico vial y población que vive en áreas urbanas.

Entre las principales lesiones por accidentes que generan discapacidad:

➤ **Fracturas:** Constituyen una de las lesiones mas frecuentes, causadas por accidentes, su tratamiento adecuado con rehabilitación temprana permite la consolidación de las mismas sin dejar secuelas significativas. Sin embargo, las fracturas severas, el tratamiento inadecuado y la falta de rehabilitación temprana causan incapacidad prolongada y secuelas permanentes que generan discapacidad.⁽⁴⁾

❖ ***Discapacidades causadas por enfermedades crónicas degenerativas.***

➤ **Diabetes mellitas.** Es una importante causa de discapacidad. En México se estima una prevalencia de 4 millones, de los cuales el 10% sufrirá de amputaciones de las extremidades inferiores y un

porcentaje importante de ceguera y de insuficiencia renal crónica por neftroesclerosis, todas ellas generadoras de discapacidad. Por ello se requiere no solamente el control de la enfermedad, sino la prevención de las complicaciones y la rehabilitación temprana y adecuada de las condiciones de discapacidad para permitir el mejor funcionamiento y calidad de vida del individuo.

- **Hipertensión arterial:** Se estima que afecta en México a 14 millones de personas y un porcentaje importante de las mismas sufren de enfermedad vascular cerebral. Se hace indispensable establecer servicios de rehabilitación integral adonde sean referidos los casos oportunamente evitando costosas complicaciones que dificultan la

rehabilitación y encarecen la atención médica.

- **Cáncer:** Cada día se logra incrementar más la sobrevivencia de personas que sufren de diversos tipos de cáncer, pero frecuentemente a costo de una pobre calidad de vida y discapacidad. Por ello se hace necesario proporcionarles servicios de rehabilitación mediante los cuales puedan continuar funcionando adecuadamente, integrados al trabajo y a las actividades sociales con mejor calidad de vida. ⁽⁵⁾

2.5. ÁREAS DE DESENVOLVIMIENTO DEL DISCAPACITADO.

❖ Familiar:

El cumplimiento adecuado del rol que cada individuo desempeña en la familia determina que ésta permanezca integrada y pueda sortear los diferentes problemas que se presentan en su vida cotidiana.

Las personas del sexo femenino desempeñan el rol de esposa y a la vez, madres de familia, siendo en ellas donde recae la responsabilidad de los quehaceres del hogar, así como la educación de los hijos; las relaciones con sus parejas e hijos son buenas, aún cuando su problema de discapacidad las limita para desempeñar dichas actividades restándoles capacidad y agilidad para desplazarse dentro y fuera del hogar, cumpliendo con un

mayor esfuerzo que las personas normales, con los que hacerles que sus roles le imponen.

Los varones desempeñan el rol de esposos y padres de familia: tienen apoyo de la familia. Su discapacidad los limita para cumplir sus roles. Una de las actividades que los caracterizan es la manutención familiar, la cual se obtiene a través del trabajo; en trabajos eventuales y por su cuenta como vendedores ambulantes, entre otros, repercutiendo esto en el ingreso familiar, que determina el nivel de vida.

Otra población que es importante mencionar dentro del núcleo familiar son los roles de hijos y de hermano que desempeña dentro del seno familiar.

La invalidez de estas personas los limita en el desempeño de su rol en la familia, no siendo esto

tan relevante en la dinámica familiar, como en el caso del padre o de la madre.

De toda ésta población se considera que a veces no ha sido comprendida por los demás miembros de familia, trayendo esto inseguridad y falta de reconocimiento en sí mismo.

La estructura y organización familiar se va a conservar cuando exista apoyo y comprensión hacia el discapacitado, ya sea éste, padre o madre de familia, hijo y/o hermano. ⁽¹⁾

❖ *Laboral.*

Partiendo del artículo 123 Constitucional, y que dice "Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil" podemos ver que dicho principio no contempla y mucho menos se hace vigente para una persona física, mental y socialmente afectada, situación que recalcamos,

no les impide realizar determinadas actividades productivas.

La población con discapacidad con capacidad para trabajar es lo suficientemente significativa, debido a que más de un 60% de ésta, se encuentra con extremidades superiores sanas que le permiten desempeñar ciertas tareas.

Si vemos que los individuos que no trabajan constituyen el 64% de la población objeto de estudio y que dicha población determina, en un alto porcentaje (75%), que el problema de discapacidad si los limita para realizar sus actividades, podemos establecer, que aunque éstas personas pueden realizar determinados trabajos, su limitación hace que debido a ésta, la planta productiva no los observa, dando preferencia a personas que no están limitadas física, mental y/o socialmente. ⁽²⁾

Otra cosa que va a determinar la restricción del ingreso al trabajo, es la preparación de las personas con discapacidad, tienen únicamente la primaria, algunas veces incompleta, o son analfabetas; con lo que se ven con una mayor dificultad para conseguir un empleo.

Algo que es importante señalar, es que, de los individuos que trabajan cuenta con una relación de trabajo; otros se dedica a diferentes actividades como: artesanales, comercio ambulante, eventuales entre otras.

De las personas mencionadas, que si trabajan, el empleo lo han conseguido por ellas mismas, dándose con esto un rasgo de seguridad. Lo que hay que tener en cuenta, es que en algunos casos lo han conseguido tomando una caja de goma de

mascar y lanzándose a la calle a engrosar las filas de subempleados.

La dificultad para conseguir empleo es la falta de preparación, para quienes lo tienen cuentan con una relación formal de trabajo, es porque tienen un nivel educativo alto.

Algo importante que mencionar es el temor de las personas con discapacidad a salir a la calle, lo que va a limitarlo para salir y tratar de conseguir un empleo, o prepararse intelectualmente mas, para que esto pueda ayudarlo a cumplir con su rol dentro de la familia, con lo cual, ésta lo reconozca como tal.

Por último, podemos concluir, con todo lo expresado anteriormente, que el área laboral está restringida para el discapacitado por su mala preparación, sus limitaciones físicas y/o

mentales y sus temores; lo que ocasiona que éste no cumpla con su rol correspondiente dentro del ámbito familiar.⁽³⁾

❖ **Educativa.**

La educación es importante en el desarrollo de las facultades físicas, intelectuales y sociales del individuo, siendo la base para el desarrollo integral de éste.

Generalmente en las zonas marginadas un gran porcentaje de la población no acude a la escuela, por carecer de recursos económicos o por ignorancia de los padres, acentuándose éste problema en el discapacitado.

Se observa que mas de la mitad de la población solo tiene estudios de primaria o menos.

Comparando el nivel intelectual con el tiempo de padecer la invalidez, el 38% de la población tiene mas de 2 años de padecerla, se determina que el grado de estudios del discapacitado, puede estar condicionado por la limitación que implica su problema de discapacidad, siendo mas bajo el grado de estudios, mientras mayor sea dicha limitación.

Por otra parte, éste bajo nivel educativo, también puede ser determinado por la edad del discapacitado, que es un 34%, es menor de 30 años, teniendo aún la posibilidad de superarse intelectualmente.

El bajo nivel educativo tiene repercusión en la dificultad que tiene el discapacitado para integrarse a la vida productiva, corroborándose esto, con el hecho de que el 64% de la población entrevistada no trabaja, y por lo que respecta al

36% que si labora, lo realiza de manera irregular, llevando a cabo actividades artesanales y de comercio ambulante, principalmente.

El nivel escolar, está en estrecha relación con el apoyo de la familia y la relación de ésta con el discapacitado, mas esto no puede afirmarse en función de que el discapacitado, como hijo de familia expresó que las relaciones con sus padres y hermanos son buenas y que éstos le brindan apoyo en un 75% de los casos, y su nivel de estudios es bajo.

Podemos concluir que el aspecto educativo es determinante para su desarrollo integral. (4)

❖ *Psicosocial.*

La socialización de individuo se consigue a través de la interrelación que éste realiza con

otros individuos y grupos, y que se manifiestan en sus acciones externas y en los estados mentales.

Retomando una vez más, que la familia es el punto de partida para que un individuo forme su comportamiento.

La inseguridad y a la no aceptación de sí mismo, manifestándose en el rechazo, chantaje y la agresividad que determina que en el hogar existan alteraciones de orden psicodinámico, siendo esto un riesgo de que el grupo social no ha influido del todo en la socialización del discapacitado.

Podemos concluir que el grado de socialización del discapacitado es bajo debido a la caracterización hecha a los rubros familiar, escolar, laboral, deportiva y relación vecinal, que aunque en algunos de ellos se determinó que si se

cuenta con los elementos para poder decir que es alto el grado, pero en general es bajo el nivel de socialización del discapacitado.⁽⁵⁾

❖ **Tiempo libre.**

Hemos dicho que el tiempo de ocio, bien invertido, puede proporcionar estímulos y gozo, esto significa la liberación de las tensiones; ayuda a descubrir lo que uno es capaz de hacer.

El tipo de deporte que el discapacitado realice, está en función de la parte del cuerpo afectada por la invalidez, las personas que realizan actividades como fútbol, tenis, atletismo son aquellas que tienen problemas en las extremidades superiores; y las que no requieren de la utilización de las piernas para su traslación realizan actividades como natación, básquetbol en sillas de ruedas, tiro al blanco principalmente.

En cuanto al lugar donde se llevan a cabo las actividades deportivas mencionadas, este va en relación a la colonia donde vive el discapacitado, pudiendo ser proletaria (la que no cuenta con todos los servicios públicos), y media (la que los tienen).

Se analiza que la población de colonias proletarias, las cuales no cuentan con los servicios públicos, mucho menos con instalaciones deportivas donde el individuo busque liberar sus tensiones, en este caso el discapacitado.

La diversión que prefiere el discapacitado consiste principalmente en ver la televisión, paseos por parques públicos, cine, etc. Este tipo de diversión se centra en población juvenil.

En cuanto a la asistencia a los diferentes tipos de diversión, esto va en función del apoyo que la familia

da al discapacitado, en este caso principalmente económica.

Referente a la lectura la mayoría de las personas afectadas a la lectura se inclinan por las novelas y comics principalmente. Determinándose esta situación en base a la preparación educativa de las mismas. (6)

6CONSTITUCIONPOLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
MEX1979 P.P.124.

2.6. IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN.

❖ Adaptación a la discapacidad.

En cierta manera el proceso de ajuste a la discapacidad se inicia al nacer. Esto puede resultar obvio en el caso de individuos que presentan una discapacidad congénita. Es menos obvio, pero igualmente real, para el individuo con una discapacidad de comienzo posterior.

La adaptación de una persona a la discapacidad es una función del repertorio de conductas adquiridas antes de iniciación de la discapacidad del repertorio de conductas que el paciente conserva después del comienzo de la discapacidad, del significado o valor de la discapacidad y de las pérdidas para el paciente, y de la respuesta del medio hacia el paciente con respecto a su discapacidad.

El repertorio de las conductas previas al comienzo de la discapacidad es en si mismo una función compleja de las predisposiciones biológicas, del aprendizaje historio y de los estímulos del medio.

La conducta está influida por sus consecuencias. El repertorio de conductas de un individuo se mantiene por medio de algún tipo de refuerzo. La iniciación de una discapacidad habitualmente produce una disminución o eliminación de por lo menos algunas de las habilidades del individuo y requiere la adquisición de nuevas conductas que con frecuencia no son deseadas por este. Estas alteraciones acarrearán una modificación en el padrón de la conducta del individuo y las consecuencias de esa conducta sobre el medio.

Por lo tanto el individuo con una discapacidad reciente probablemente experimentará una

disminución de los refuerzos debido a que ya no puede llevar a cabo conductas que estaban apoyadas por los tipos anteriores de refuerzos.

Después de iniciada la discapacidad las oportunidades para obtener refuerzos pueden sufrir una disminución significativa. Si el paciente necesita una hospitalización para la atención de un proceso agudo o para rehabilitación lejos de su hogar, se lo está separando de su familia y del apoyo de su medio social. Las nuevas limitaciones en la actividad física pueden dar lugar a una pérdida de refuerzos que anteriormente provenían de los esfuerzos relacionados con su trabajo o con sus actividades recreativas.

La discapacidad adquirida con frecuencia no solo provoca una pérdida de refuerzos sino que también puede dar lugar al comienzo de consecuencias derivadas de sentimientos de aversión.

El dolor por ejemplo, puede acompañar el comienzo de la discapacidad. La falta de control de las funciones del cuerpo, como la micción y de la defecación, la incapacidad para realizar tareas aparentemente simples que eran parte de una rutina como comer y vestirse, y la fatiga al final del día son otras consecuencias de la discapacidad física que producen aversión.

Es importante que el equipo de rehabilitación especifique las expectativas y los objetivos del tratamiento.

La evaluación del paciente debe conducir a la especificación de las habilidades requeridas para desempeñarse en el medio en el que deberá moverse y la comprensión de cuales son las conductas que tienen mayor probabilidad de ser reforzadas.

Los miembros de la familia al igual que cualquier otra persona, necesitan refuerzos positivos para su conducta. Con frecuencia no es suficiente proporcionarles una información adecuada, el trabajador social, así como otros integrantes del equipo de rehabilitación.

Pueden efectuar contribuciones importantes para el progreso del paciente mediante un contacto sistemático con los miembros de la familia. Estos contactos deben ser diseñados para ayudar a la familia prever los refuerzos que estarán disponibles para el paciente y para ellos a medida que se avanza en el programa de rehabilitación.

❖ **Negación.**

El paciente con una discapacidad reciente expresa después de su admisión en la unidad de rehabilitación que "todo volverá a la normalidad" una afirmación que puede no estar de acuerdo con el pronóstico del equipo de rehabilitación, con

frecuencia el cuerpo médico de rehabilitación llama a este tipo de pensamiento negación, muchas veces, las personas que rodean al paciente refuerzan esta conducta efectuando aseveraciones alejadas de la realidad que sugieren que la discapacidad es temporaria.

Si el paciente expresa estos sentimientos pero sin embargo continua participando en forma activa en el programa de rehabilitación, no debería presentarse ningún problema. La negación puede, en realidad ser una conducta adaptativa.

Cuando sirve como refuerzo de una conducta de rehabilitación adecuada, proporcionando al paciente un objetivo de mejoría de la función hacia el cual trabajar.

Los familiares del paciente también pueden necesitar apoyo respecto de problemas relacionados

con la supresión de conductas de rehabilitación inadecuadas. Una de las razones por las que la familia se compromete con el paciente en una negación no realista y en una conducta tranquilizadora es porque carece de alternativas viables.

❖ **Depresión y Aflicción.**

Durante el proceso de rehabilitación los pacientes suelen presentar síntomas de depresión.

La depresión desde el punto de vista cognoscitivo considera que es el resultado de conocimientos negativos, las personas deprimidas tienen una opinión negativa de si mismas, del mundo y del futuro.

El equipo de rehabilitación debe focalizar su trabajo en lo que el paciente puede hacer destacando las habilidades y logros de este y

proporcionándole información respecto de las cosas que realizaron

Las personas que presentan una discapacidad similar ejemplo prácticas de fútbol, básquetbol, diversos trabajos.

2.7. NIVELES DE ATENCIÓN.

Las acciones para reducir la incidencia de las diversas discapacidades comprenden tanto la prevención primaria como secundaria y terciaria.⁽¹⁾

El fortalecimiento de las acciones de prevención primaria y de promoción de la salud que evitan enfermedades discapacitantes permite sostener y ampliar las acciones de prevención primaria de aquellas enfermedades y lesiones que generan secuelas discapacitantes, comprendiendo las de vacunación, salud materno infantil, prevención de accidentes, nutrición y otras. El evitar enfermedades y lesiones reduce asimismo las discapacidades; sin embargo hay que incorporar otras acciones como la de prevención de defectos del tubo neural a través de la administración de ácido fólico y la detección temprana de hipotiroidismo congénito.⁽²⁾

Actuar en el nivel de la prevención secundaria y terciaria de condiciones específicas, para que las acciones de salud que se realizan para preservar la vida se complementen con aquellas que permitan la limitación de secuelas discapacitantes y la reincorporación, de quienes las sufren, a la vida social y reproductiva. Estas acciones comprenden fundamentalmente las relacionadas con los defectos al nacimiento, los accidentes, las enfermedades crónicas degenerativas y las alteraciones por edad avanzada. (3)

Las discapacidades que se presentan al nacimiento son debidas a alteraciones genéticas, malformaciones congénitas, trastornos nutricionales, metabólicos y problemas perinatales.

Entre las más frecuentes tenemos:

- Displasia congénita de la cadera.
- Pie Equino Varo congénito.
- Parálisis Cerebral Infantil.
- Defectos del Tubo Neural.
- Sordera congénita e infantil y otras alteraciones de la comunicación humana.
- Distrofia muscular progresiva.
- Discapacidades mentales de la infancia incluyendo autismo.
- Labio y paladar hendidos.
- Estrabismo congénito.
- Ceguera congénita y discapacidades visuales de la niñez.⁽⁴⁾

Prevención de discapacidades causadas por accidentes.

Los traumatismos constituyen uno de los principales problemas de salud pública.

Ocupan el tercer lugar como causa de muerte y el segundo como causa de discapacidad.

Los accidentes afectan con más frecuencia a niños adolescentes y jóvenes entre 20 y 35 años, es decir la población económicamente activa. Ocurren tanto en el hogar como en la escuela, el trabajo y la vía pública; en ésta última por choques automovilísticos, atropellamientos, heridas por arma blanca y de fuego.

Los accidentes tienen importantes repercusiones en el individuo, en la familia y en la comunidad, tanto por la pérdida de vidas como por la incapacidad temporal, la discapacidad permanente y su alto costo directo e indirecto. ⁽⁵⁾

Prevención de discapacidades causadas por enfermedades crónicas degenerativas.

Las enfermedades crónico degenerativas son generadoras de discapacidad en una porción importante. Entre las cuales se encuentran la diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer, enfisema pulmonar, otosclerosis, osteoartritis y osteoporosis.

Conforme se logra el control de éstas enfermedades y se aumenta la sobrevivencia también se incrementa el número de personas con discapacidad como consecuencia de la evaluación de éstas condiciones de complicaciones o aún del mismo tratamiento.⁽⁷⁾

Los hospitales deberán proporcionar servicios de rehabilitación y de medicina del deporte para adultos mayores.

Para estandarizar la calidad de atención, los servicios de rehabilitación deben funcionar a partir

de criterios técnicos de homologación por consenso interinstitucional del sector. (8)

Prevención de discapacidades causadas por edad avanzada.

La edad avanzada también es causa de discapacidad debido a diversos cambios que se presentan en los diferentes apartados y sistemas. Así se presenta hipotrofia muscular, disminución del equilibrio y de la memoria. Es indispensable promover medidas de prevención de estas alteraciones fomentando la actividad física, la corrección postural, los buenos hábitos nutricionales, el mejoramiento del equilibrio, la prevención de las caídas, etc. Es necesario que todos los hospitales puedan ofrecer servicios de rehabilitación y medicina del deporte para los adultos mayores en plenitud.

La profesionalización del personal, la formulación de normas técnicas, así como la modernización de instalaciones y equipamiento son factores que conducen a la mejora continua de los servicios de rehabilitación.

La mayor parte de las personas con discapacidad, requieren de protección financiera, el universo de jubilados y pensionados del IMSS y del ISSSTE disponen de un fideicomiso, para los grupos mas vulnerables fuera de la seguridad social se proponen otros modelos de captación de bienes en especie y en especial todo tipo de prótesis y ayudas para ser facilitados a las personas que lo necesiten.

Durante las últimas décadas se han desarrollado un sistema de servicios de rehabilitación, tanto hospitalarios como no hospitalarios, los primeros funcionando principalmente en el Instituto Mexicano del Seguro Social, y en número menor en el ISSSTE

y en la Secretaría de Salud y los segundos, constituidos por Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) Centros de Rehabilitación Integral (CRI) y unidades básicas de Rehabilitación (UBR), dependientes del DIF Nacional y los DIF Estatales. Sin embargo, no existe homologación en su funcionamiento, ni tienen la calidad que se requiere y que demandan los usuarios. Por ello, ya se mejora su calidad, dentro del marco de la Cruzada Nacional por la calidad de los servicios de salud mediante las siguientes acciones:

Elaboración y expedición de normas técnicas. Se requieren normas técnicas para garantizar la atención adecuada de las personas con discapacidad, comprendiendo las relativas al expediente clínico especializado y el empleo de las diversas modalidades de tratamiento de rehabilitación.

Mejoramiento de instalaciones y de equipamiento como todo en el campo de la atención médica, existe

un desarrollo continuo de los servicios y equipos empleados para proporcionar atención de rehabilitación.

Muchos de los servicios existentes requieren de modernización y adecuación de sus áreas arquitectónicas y de sus instalaciones, así como del equipamiento correspondiente.

Incremento, capacitación y actualización de personal. En la actualidad las instituciones del Sector Salud necesitan incrementar el número de los recursos humanos, tanto médicos como paramédicos que permita prestar servicios de rehabilitación médica, con la calidad que requieren las personas con discapacidad. Al mismo tiempo se requiere actualización y capacitación sistematizada y específica para mejorar permanentemente el desempeño del personal.

Certificación de servicios y de personal de rehabilitación. Conforme a las normas técnicas correspondientes es necesario la certificación de los servicios de rehabilitación, tanto públicos como privados, en base a instalaciones, equipamiento, personal médico y paramédico, así como de procedimientos de atención. Asimismo se requiere la certificación del personal paramédico; terapeutas físicos, terapeutas de lenguaje, y otros, para asegurar que la atención, sea proporcionada por personal competente.⁽⁹⁾

Coordinación entre los servicios hospitalarios y no hospitalarios. Al momento presente existe escasa coordinación entre los servicios de rehabilitación médica que se proporcionan en los hospitales y en general entre los servicios de salud con los servicios de rehabilitación no hospitalarios Centro de rehabilitación y Educación Especial, Centro de Rehabilitación integral, y Unidades Básicas de

Rehabilitación, (CREE, CRI y UBR). En los hospitales y centros de salud no se realizan actividades de prevención y rehabilitación de discapacidades ni existen procedimientos de referencia y contrarreferencia. También debe promoverse la coordinación interinstitucional de los servicios de rehabilitación gubernamentales y no gubernamentales procurándose el apoyo recíproco en beneficio de las personas con discapacidad.⁽¹⁰⁾

Coordinación de los servicios de rehabilitación médica con las áreas médicas de educación y trabajo: La calidad en la atención a las personas con discapacidad, se logra a través de servicios competentes de rehabilitación médica y psicológica, con la integración educativa en la niñez y laboral en la edad adulta. Por ello la atención de la rehabilitación médica solo cumple cabalmente sus propósitos cuando logra dicha integración la que permite un apropiado costo - beneficio.⁽¹¹⁾

11 MANUAL DE APOYO A PERSONAS CONDISECAPACIDAD, MEXICO P.P.45

Nivel de Atención.

Los servicios de salud son el conjunto de acciones realizadas en beneficio del individuo en la sociedad, que tiene como finalidad proteger promover y restaurar la salud; Que la ley general de salud clasifica a los servicios en tres tipos: De atención médica, de salud pública y de asistencia social; entendiéndose por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionen al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar la salud;

Los servicios de atención médica representan un medio para la conservación y proyección de la salud de las personas, involucrando actividades de prevención, curación y rehabilitación.

Actividades de Atención Médica.

Preventivas: Que incluyen las de promoción general y las de protección específicas.

Curativas: Que tiene por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para solución de los mismos.

Rehabilitación: Que incluyen acciones tendientes a limitar el daño y corregir invalidez física o mental.

2.8. ANTECEDENTES DE DISCAPACIDAD EN MÉXICO.

La medicina en rehabilitación, hoy en día representa una rama muy importante, debido a que el avance en la tecnología, el crecimiento desordenado de la población, las constantes alteraciones físicas, la industrialización hacen que constantemente, el individuo ya siendo adulto, sufra accidentes, unas veces por descuido y otras inevitables como son: los incendios, los accidentes de trabajo, los fenómenos naturales, que sin duda alguna, dejan gran número de personas inválidas, que para su recuperación, total o parcial, es necesario someterlas a un proceso rehabilitatorio físico, mental y/o social, el cual les permite valerse por sí mismas, y tratar de integrarlas nuevamente a la sociedad. ⁽¹⁾

En el año de 1952, se crea el Centro de Rehabilitación del Sistema Músculo-esquelético denominado Centro N°. 5, el cual fue ubicado en las instalaciones de dos Centros de Salud situados en la

calle de Río Pánuco N°. 64, designándose como director a un médico ortopedista el Dr. Vicente Roqueñi. (2)

Mas adelante en el año 1960, se adapta el comedor público ubicado en la calle de Mariano Escobedo N°. 150, y se establece ahí el Centro de Rehabilitación del Sistema Músculo-esquelético bajo la dirección del propio Dr. Roqueñi. (3)

Para el año 1966, el Dr. Leobardo C. Ruiz Pérez es designado director de dicho centro, quien hace mejoras físicas, tales como la construcción del tanque terapéutico. En el año de 1970, se nombra como directora a la Dra. Edna Resumen Amor, asimismo, en el año 1971 es nombrado como director, el Dr. Rafael Morado Gutiérrez, y en 1972 , el Dr. Leopoldo Melgar Pacchiano. (4)

A partir del año 1971 bajo la dirección del Dr. Faustinos Castillo.

Posteriormente en coordinación con Gobierno del Estado y Sector Salud, estando a cargo del primero el Lic. Jorge Lugo Aguirre y como Jefe de los Servicios Coordinados de Salud Pública en Hidalgo el Dr. Aurelio Huesca García, así como gestiones del voluntariado integrado por esposas de funcionarios la Profra. Dolores Freixa y damas voluntarias, se construye la Escuela de Educación Especial N°. 1 "Dolores Freixa Batle" siendo inaugurada el 16 de Abril de 1979. pasando a ser directora de la misma la Profra. Silvia A. Cruz Enciso; así como se instituye la Coordinación de Educación Especial en el Estado, quedando a cargo también de la mencionada profesora. (5)

Con la apertura de ésta escuela se inicia una organización completa en la misma, formando parte de ella, un Psicólogo Terapista de lenguaje médico, personal docente y administrativo.

Un año después el Área Física pasó a formar parte del Área de Rehabilitación en el Hospital General. (6)

En el año de 1980 inicia el funcionamiento de la Escuela de Educación Especial N°. 2, ocupando las mismas instalaciones de la Escuela N°. 1, en ese mismo año se crea la Escuela de Educación Especial N°. 3. posteriormente se crean las Escuelas de Educación Especial N°. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 en diferentes municipios, por mencionar algunos de ellos Tulancingo, Actopan, Tula, Sahagùn, Huejutla Etc. (7)

Posteriormente se da una transformación debido a que se crean unidades de grupos integrados, con la modalidad de aulas de apoyo o USAER (Unidad de Servicio de Apoyo a la Escuela Regular).

En el año de 1984 surge el Centro de Orientación, Evaluación y Canalización (COEC) único en el Estado, localizado en Pachuca. (8)

Por lo que se refiere a los proyectos surgidos de la Modernización Educativa, en el año de 1991 se implementan el proyecto de atención a "Niños con Capacidades y Aptitudes Sobresalientes" (CAS) y "Atención al Medio Rural). El proyecto CAS es actualmente un servicio mas de Educación Especial, así como el "Centro de Orientación para la Integración Educativa". (9)

2.9. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE DISCAPACIDAD EN EL ESTADO DE HIDALGO.

En el año 1961, se inicia la Rehabilitación física en el Estado de Hidalgo; llevándose acabo en el centro de Salud de Pachuca, Hidalgo, a cargo del Doctor Ramón Álvarez, contando con la participación de dos enfermeras y un médico.⁽¹⁰⁾

Se inicia la terapia del lenguaje en el año 1962, conocida anteriormente como foniatría, a cargo de la señora Profesora Dolores Freixa Batiz y la colaboración de damas voluntarias siendo la misma profesora, fundadora de la Escuela de Educación Especial, ubicada en aulas acondicionadas del Centro de Salubridad, con el fin de dar atención a niños con problemas de audición y lenguaje. ⁽¹¹⁾

Se comienza a dar atención a deficientes mentales a nivel pedagógico, en 1966 con la colaboración de la maestra Maria de la Luz Lima y una auxiliar, dejando de trabajar en el mismo año la señora Profesora Dolores Freixa Batiz, ocupando su lugar la terapeuta Maria Elena conde Ortega. ⁽¹²⁾

Posteriormente en el año de 1972, viéndose en la necesidad de aumentar el personal especializado para dar atención a los inválidos se incrementan dos fisioterapeutas dos terapeutas de lenguaje dos fisioterapeutas y una maestra especializada en deficiencia mental y una auxiliar. ⁽¹³⁾

Cabe mencionar, que a pesar de la época y la situación tan precaria en que vivía dicha institución de Rehabilitación, en el año 1979 se fundó el Hospital General del Estado de Hidalgo ubicado en la carretera Pachuca Tulancingo en la cual se construyó una sala de Rehabilitación, los servicios

que se impartían en el Centro de Salud fueron trasladados al Hospital General. ⁽¹⁴⁾

Fue en abril del mismo año cuando se inauguro la primera Escuela de Educación Especial con la colaboración del gobierno del Estado, llevando el nombre de la Fundadora de Educación Especial la Profesora Dolores Freixa Batiz, en el cual se atienden las Areas de audición, lenguaje, deficiencia Mental, Estimulación temprana de audición y lenguaje. ⁽¹⁵⁾

Se crea otra Escuela de Educación Especial con el nombre Jean Piaget, en está se atienden a niños con problemas de deficiencia mental, ciegos y débiles visuales, contando con talleres de capacitación para deficientes mentales.⁽¹⁶⁾

En estas escuelas se cuentan con dos turnos, matutino y vespertino, además tiene un equipo

interdisciplinario, que consta de médicos psicólogos terapeuta de lenguaje, Maestra Especializada y Trabajadora Social.⁽¹⁷⁾

La tercera opción asistencial para la entidad en cuanto a la medicina física y rehabilitación luego del Hospital General y el Instituto Mexicano del Seguro Social se crea en el año de 1980 la clínica privada de Rehabilitación Margarita A.C., del Doctor Arturo Damián Núñez.⁽¹⁸⁾

Esta Institución medica independientemente de ser un organismo privado, pretende cubrir un vacío que hasta hace poco había en el Estado, particularmente en la medicina privada. Dicha clínica cuenta con las áreas siguientes: hidroterapia, electroterapia, mercadotecnia, además de zonas para oficina y recepción.⁽¹⁹⁾

Logrando con esto que en un tiempo relativamente corto un buen número de pacientes han acudido a la Institución para solicitar sus servicios ya que anteriormente por no ser derechohabiente a ningún organismo oficial tenían que trasladarse a la ciudad de México. (20)

CAPITULO III

INSTITUCIONES QUE ATIENDEN EL PROBLEMA DE DISCAPACIDAD.

3.1. SECTOR SALUD.

El proceso de la rehabilitación comprenderá.

I.- Rehabilitación médico funcional.

Orientación, tratamientos físico y psicológico.

Capacidad a los familiares para el tratamiento de discapacitados.

La rehabilitación médico funcional estará dirigida a dotar de las condiciones precisas para su recuperación, a aquellas personas que presenten una disminución de capacidad física

mental o sensorial la cual deberá de comenzar de forma inmediata a la detección y diagnóstico de cualquier anomalía o deficiencia, debiendo continuarse hasta conseguir el máximo de funcionalidad posible.

Los procesos de rehabilitación se complementaran con la prescripción y la adaptación de prótesis órtesis y otros elementos auxiliares cuya condición lo amerite.

La orientación y tratamiento psicológico se empleará durante las distintas fases del proceso de rehabilitación los cuales encaminaran a lograr de las personas con discapacidad la superación de su situación y desarrollo de su personalidad.

Las dependencias involucradas en la atención de los anteriores aspectos, se abocarán a la investigación, edición y publicación de folletos, trípticos y gacetas que contendrán información

tendiente a la sensibilización y conocimiento de aspectos tan importantes como la aceptación de la discapacidad para el mejor desempeño como persona en la sociedad.

El apoyo y orientación psicológica tomarán en cuenta las características propias del discapacitado en relación en relación a su personalidad. Motivaciones, interés y factores familiares que pueden condicionarlo.

La orientación y capacitación ocupacional, así como los procesos de rehabilitación laboral es profesional comprenderán:

- Los tratamientos de rehabilitación médico funcional específico para el desempeño de la función laboral.
- Orientación ocupacional y vocacional.

- La formación readaptación y reeducación ocupacional.
- La ocupación de acuerdo a la aptitud y la actitud ante el trabajo.
- Seguimiento y evaluación del proceso de recuperación, desde el punto de vista físico psicológico y laboral.

Objetivos del sector salud.

Previamente se puede concluir que la medicina física y de rehabilitación tiene un importante papel que cumplir en la práctica de la medicina. El equipo multidisciplinario en la rehabilitación debe aprender nuevas formas de tratamiento de enfermos crónicos y de incapacidades graves, lo cual no es precisamente una serie de técnicas restauradoras sino una filosofía de la responsabilidad médica. La alternativa está responsabilidad y significa

garantizar el no deterioro de muchas personas con una incapacidad no muy grave y la categoría de independencia. El descuido de los incapacitados en los estudios primarios es más costoso que en un completo programa de rehabilitación que restaurará al individuo a su más alto nivel de autosuficiencia física económica, social y emocional.

Los objetivos de la rehabilitación se clasifican de la siguiente forma:

- ❖ Asistenciales
- ❖ Docentes
- ❖ De investigación
- ❖ De orientación
- ❖ Educación comunitaria
- ❖ Coordinación

- a) El objetivo asistencial consiste en atender a los pacientes referidos por otras instituciones o los que provengan directamente de la comunidad el diagnóstico y tratamiento, son los realizados por un equipo profesional constituido por médicos fisiatras, médicos generales, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales, físicos de lenguaje, enfermeras, ortopedistas, prótesis tas, educadoras especiales orientadores maestros de talleres oficiales de empleo, expertos en recreación y deportes; además se deberá reintegrar al paciente a una vida productiva en la sociedad. El objetivo final del equipo de rehabilitación será de reintegración del paciente a una vida útil y productiva en la sociedad.
- b) Para lograr el objetivo docente en los centros de rehabilitación desarrollaran

cursos de perfeccionamiento y enseñanzas para todos los maestros del equipo profesional y para los estudiantes de estas disciplinas. Los programas docentes tendrán vinculación con las universidades tanto a nivel pregrado como postgrado y de educación continua.

- c) Se recomienda que los centros de rehabilitación cuenten con facilidades para realizar y promover la investigación en el campo que les compete, la que es importante la coordinación de las instituciones interesadas, en la rehabilitación, la información se puede obtener por medio de estadísticas acerca de la prevalencia, distribución y características del deficiente en nuestro país.
- d) A pesar de que a través de los años los inválidos han sido parte de la sociedad, las comunidades continúan sin entender sus

necesidades la iniciativa privada en particular hace poco que empezó a reconocer su cometido social al utilizar a los inválidos como miembros contribuyentes de la sociedad, desde un punto de vista económica, la educación de los inválidos es un esfuerzo costoso, debido a lo anterior las comunidades se han ido incorporando lentamente en los extensos programas para personas con discapacidad.

- e) La coordinación se logrará recomendando que los servicios de rehabilitación en todos los campos estén estrechamente coordinados en sus niveles, desde el trabajo del equipo de rehabilitación en sí, hasta el nivel nacional e internacional, utilizando todos los recursos sociales y regionales.

3.2. PROGRAMAS EN EL SECTOR SALUD.

El Programa Nacional de Salud establece que la salud es una inversión para un desarrollo con oportunidades y que a medida que el país se transforma su sistema de salud debe hacerlo también.

Señala como objetivos los retos que enfrenta en la actualidad el sistema Nacional de Salud y comprende el de la equidad, cuyo objetivo es de mejorar la salud de los mexicanos y garantizar un trato adecuado; y el reto de la protección financiera, cuyo objetivo es asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.

Por otro lado, reconoce que la discapacidad constituye un serio problema emergente de salud pública y establece entre sus líneas de acción la de fortalecer la prevención y rehabilitación de las

discapacidades, considerando que la atención adecuada y oportuna de las mismas evita desajustes sociales y problemas de desintegración familiar, analfabetismo desempleo, mendicidad y una importante pérdida económica.

Programa de acción para la prevención y rehabilitación de discapacidades.

➤ Acciones de salud contra la discapacidad.

Le corresponde al Sector Salud hacer frente al problema de la discapacidad mediante las acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, ya clásicamente establecidos, pero a las que se incorpora el concepto de "Prevención de discapacidad". La prevención primaria se viene desarrollando con el propósito de evitar enfermedades y lesiones en tanto que la prevención de la discapacidad es un proceso que debe iniciarse

a partir de la presentación de la enfermedad, el accidente o el defecto al nacimiento, orientada a evitar o aminorar las deficiencias y limitaciones de la comunicación humana, físicas y mentales que resulten de éstos eventos.

Desafíos en materia de atención a la salud de personas con discapacidad.

La atención médica de las personas con discapacidad enfrenta diversos desafíos, que en parte son originados por la escasa enseñanza, en las escuelas y facultades de medicina, de la importancia de la discapacidad, sus causas y métodos de prevención y recursos para su rehabilitación.

3.3. PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN.

Los procesos de rehabilitación de los discapacitados podrán comprender.

1. Rehabilitación Médico familiar.- Está dirigida a dotar de las condiciones precisas para su recuperación a aquellas personas que presenten una disminución de capacidad física, psicológica o de relación social, deberá comenzar de forma inmediata a la detección y diagnóstico de cualquier anomalía o deficiencia, debiendo continuarse hasta conseguir el máximo de funcionalidad posible, así como el mantenimiento de ésta.

Toda persona que presente alguna disminución funcional calificada tendrá derecho a beneficiarse con la rehabilitación médica necesaria para corregir o mejorar su estado

físico, mental o social, cuando éste constituya un obstáculo para su integración educativa, laboral o social; los procesos de rehabilitación se complementarán con la prescripción y la adaptación de prótesis, ortesis y otros elementos auxiliares para los discapacitados cuya condición lo amerite.

2. Orientación y tratamiento psicológico.

NORMA TECNICA PARA LA ELABORACION DE PROGRAMAS DE REHABILITACION MAYO 1995 MEXICO.

3.4. SECTOR EDUCATIVO.

La educación especial deberá integrarse al sistema educativo ordinario.

La educación especial tendrá a la consecución de los siguientes objetivos:

- La superación de las deficiencias y secuelas derivadas de la discapacidad.
- El desarrollo de habilidades y aptitudes, así como la adquisición de conocimientos que permitan la mayor autonomía posible
- El fomentar y la promoción de todas las potencialidades del discapacitado y el desarrollo de su personalidad.

- La incorporación a la vida social conforme a un sistema de trabajo que permita al discapacitado servirse así mismo y a la sociedad.
- La admisión y atención de menores con discapacidad en los centros de desarrollo infantil.
- Establecimiento de programas de conocimiento asesoría y orientación dirigidos a propiciar la comprensión y respeto de los discapacitados en todos los niveles educativos.
- La educación especial deberá contar con el personal técnicamente capacitado y calificado.

3.5. SECTOR ASISTENCIAL.

Otra institución que se encarga de la atención de personas con discapacidad es el sector asistencial que tiene como objetivo brindar atención oportuna y cálida a toda la población abierta, que solicite los servicios encaminándolos a recibir una atención integral; así como contribuir en los programas de prevención y sensibilización que disminuyan los riesgos de discapacidad elevando la calidad de vida de los usuarios.

Dentro de la institución se manejan principios y valores humanos y en el departamento a trabajo social, atienden a la población que se encuentra en situación vulnerable quienes al igual que su familia no logran asimilar lo que viven por eso es indispensable que el personal que tiene el primer contacto con esta persona sea solidario para que en el momento de mayor vulnerabilidad en ese momento en que alguien no se encuentra en posición simetría, sino por debajo, sepa que otro entiende su debilidad.

CAPITULO IV
PATICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN
EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN EL
PROCESO DE REHABILITACION EN
INSTITUCIONES PUBLICAS DEL SECTOR
SALUD DE PACHUCA.

4.1. ¿QUIÉNES CONFORMAN EL EQUIPO
INTERDISCIPLINARIO?

Las personas que participan en el proceso de rehabilitación para aquellas personas que tienen alguna discapacidad son profesionales de la rama de medicina, psicología, trabajo social y en ocasiones de educación.

Estas personas se encargan de valorar y clasificar la discapacidad, determinando el tipo y grado, en relación con los beneficios y servicios sin

perjuicios del derecho que corresponda efectuar a otros organismos administrativos similares.

Este equipo multiprofesional se encargará de integrar a éstas personas a su entorno social. El personal multidisciplinario deberá contar con la formación profesional y la capacidad necesaria para cumplir con las funciones.

Las funciones del equipo son:

1. Emitir un informe diagnóstico sobre los diversos aspectos de las limitaciones del discapacitado, su personalidad y su entorno familiar;
2. La orientación terapéutica, tratamiento necesario de acuerdo a las posibilidades de recuperación, así como seguimiento y revisión del mismo;

3. Canalización hacia organismos especializados ya sean públicos o privados en los casos específicos que por circunstancias concretas no pueden ser tratados por estos equipos.

4.3. FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL TRABAJADOR SOCIAL.

Para que un Trabajador Social pueda ejercer o desempeñar sus funciones es necesario la presencia de un individuo, un grupo o una comunidad que demanden una problemática.

El Trabajo Social procura una actitud o crítica de los problemas sociales, como de los recursos disponibles con el fin de que los individuos afectados asuman una acción organizada y preventiva.

El Trabajador Social deberá:

- Conocer científicamente esos problemas.
- Determinar como los sujetos los enfrentan y que alternativas de solución.
- Capacitar a las personas para que puedan asumir el papel de sujetos y así mismo tener una actitud transformadora.

En cuanto a los objetivos de Trabajo Social es un quehacer profesional de de complemento y apoyo de las acciones médico - sanitarias a través de programas integrados y nunca de acciones aisladas del todo que es la Institución de salud, el trabajador social tiene que ajustarse a los objetivos de la Institución de salud, de la que forman parte, enfocados a necesidades y problemas sociales,

utilizando la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Las funciones específicas del Trabajador Social son:

1. Promoción.

- Elaborar, ejecutar y valorar programas de divulgación de factores que inciden sobre la salud, tanto para los usuarios reales y potenciales de los servicios de salud como dirigidos a otras profesiones.
- Suministrar información sobre derechos y deberes de los ciudadanos respecto a la salud.

2. Prevención.

- Estudiar las variables socioeconómicas y culturales del origen, distribución y desarrollo de los problemas de salud.

- Estudiar las actitudes y los valores que benefician u obstaculizan el acceso a mejores niveles de salud.
- Estudiar el nivel de aprovechamiento por parte de los usuarios de los servicios de salud, sus programas y sus expectativas frente a ellos.
- Participar en el estudio de calidad y cantidad de los servicios y recursos de salud.
- Orientar y capacitar a la población sobre el uso de recursos Institucionales que puedan contribuir a asegurar que los individuos alcancen mejor calidad de vida.
- Fortalecer la unidad familiar y capacitar a estos grupos para que aseguren la salud de sus miembros.
- Capacitar a voluntarios auxiliares y alumnos de Trabajo Social para ejecutar acciones de salud.

3. Recuperación.

- Contribuir con el equipo de salud a reducir, atender y reparar los daños causados por la enfermedad.
- Capacitar al enfermo y su familia para que sean agentes de su recuperación.

4. Rehabilitación.

- Asegurar que todo discapacitado físico o mental pueda lograr el uso máximo de su potencialidad.
- Orientar al médico familiar, laboral, escolar y comunitario para la reubicación social del discapacitado.

Dentro de las funciones del Trabajador Social hay diferentes áreas de trabajo:

- Servicios de atención directa a individuos, grupos y comunidades, trabajando con quienes presentan problemas sociales a

dificultades de integración social o previniéndolos.

- Investigación, identificando los factores que generan la enfermedad su distribución y desarrollo, detectando a personas discapacitadas, evaluando servicios y recursos, actitudes y valores.
- Política y promoción social, estimulando y provocando medidas tendientes a lograr mejor calidad de vida para la población, creando sistemas, canales y otras condiciones para la participación en el logro de esas medidas.
- Planificación, transformando necesidades concretas en respuestas también concretas que las satisfagan.
- Administración de servicios sociales organizando, dirigiendo o coordinando departamentos de Trabajo Social.

- Capacitación de recursos humanos; sean o no profesionales.

CONCLUSIONES.

Según datos obtenidos a través de las instituciones vemos que solo se realiza rehabilitación física dejando la terapia emocional del discapacitado.

El Departamento de Trabajo Social no considera la rehabilitación social y emocional, solo ubica la física a la cual le dan mas énfasis sin tomar en cuenta que una persona con discapacidad física hay que adaptarla social y emocionalmente, y de esa forma lograr su integración a la sociedad.

Tampoco dan terapias grupales con familias que deben ser con el fin de establecer términos medios en la atención del discapacitado, esto quiere decir, que no se debe de caer en la sobreprotección ni en el abandono.

Por consiguiente, el Departamento de Trabajo Social debe tener una mayor participación en las

instituciones públicas del Sector Salud en la readecuación que deben de hacer dichas instituciones del concepto de rehabilitación, donde se contemple el aspecto social y emocional, para que de esta forma, permitir al individuo su integración a la sociedad, no dejando aun lado la participación de la familia ya que es el vinculo muy importante entre el discapacitado y su rehabilitación.

PROPUESTAS

- 1.- Integración Familia y Discapacitado en el Proceso de Rehabilitación.
- 2.- Naturaleza del proyecto.

A) Fundamentacion.

Se realiza el siguiente proyecto debido a que los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario determina que la integración de la familia hacia la persona discapacitada no es la adecuada para la rehabilitación del paciente; así mismo es importante hacer mención que la participación del Trabajador Social solo se basa en los programas ya establecidos; por eso es importante que se de una relación entre la familia y el discapacitado

B) Objetivo.

Motivar la integración de la familia con el discapacitado para lograr mejores resultados en el proceso de Rehabilitación.

El área de trabajo que se pretende abarcar son las instituciones públicas del Sector salud en Pachuca
Se pretende dar a conocer este proyecto en los SSA

La propuesta planteada a continuación tiene como finalidad mejorar la integración en el entorno familiar y social. Y hacer participe a la familia en dicho proceso.

3.-Determinación de Actividades:

- Llevar a cabo el control de pacientes con discapacidad.

- Dar seguimiento.

- Identificar a pacientes que han desertado de la rehabilitación e intervenir para su rescate.
- Integrar grupos con personas que presenten alguna discapacidad para manejar dinámicas.
- Capacitar al personal de Trabajo Social frecuentemente para conocer como deben tratar a las personas con discapacidad.
- Sensibilizar a la familia para que la persona con discapacidad logre una rehabilitación total no solo física sino emocional por medio de formación de grupos.
- Integrar a la familia a los grupos de apoyo.
- Fomentar la comunicación del equipo interdisciplinario para que manejen la misma información acerca de las personas con discapacidad que atienden en las instituciones

BIBLIOGRAFIA

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,
Reforma Política, Gaceta informativa de la comisión
electoral, México, 1979.

Diccionario Enciclopédico de Educación Especial.

Edit. Técnicas Vol. II

El Medio Familiar y la Rehabilitación

Especificidad del Trabajo Social. Antología, Seminario
en áreas sustantivas, Educación continuas, ENTS -
UNAM, México 1988.

Kusen Kottke, Lehmann

La Educación Especial 1985.

La Educación Especial en México

La especificidad del Trabajo Social. Editorial ENTS -
UNAM, México 1996

Legislación para la rehabilitación del invalido en México,
S.S.A. prioridades para la rehabilitación de inválidos,
Memoria 1981.

Ley General de Educación

Manual de Procedimientos del Área de Trabajo Social.

Manual de rehabilitación Simplificada para el primer
nivel de Atención, S.S.A, México, 1986.

Manual para minusválidos, Ediciones Barcelona, España
1979

Medicina Física y Rehabilitación.

México 1967.

México 1982.

México.

Plan Nacional de Desarrollo 2001 - 2006, SSP, primera
edición Poder Ejecutivo Federal, México 2001.

Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar

Satir Virginia

SEP, México 1993.

SEP, México 1985

ANEXO

CUESTIONARIO.

1. ¿Considera usted que el apoyo familiar ha sido suficiente para la Rehabilitación?

Si No Poco

2. ¿Considera que el tratamiento de rehabilitación ha sido adecuado?

Si No Poco

3. ¿Quién acompaña regularmente a su paciente a las terapias de rehabilitación?

Padre Madre Hermanos

4.- ¿Qué tipo de Discapacidad tiene?

Física Mental

5.- ¿La discapacidad que tiene fue?

Nacimiento Adquirida

6.- ¿Acude regularmente a las terapias?

Si No Poco

7.- ¿Su hijo interactúa con otras personas?

Mucho Poco Nada