DOCUMENTOS · 23/90

# Alternativas institucionales en rehabilitación

## Documentos y experiencias

MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES

Real Patronato de Prevención
y de Atención a Personas con Minusvalía

25-7-90

SIS
Reina Regente, 5 - bajo
Apdo. 657
SAN SEBASTIAN-3

R. 3590
A12.9

# ALTERNATIVAS INSTITUCIONALES EN REHABILITACION

## Documentos y experiencias

**ALTERNATIVAS INSTITUCIONALES EN REHABILITACION. Documentos y experiencias.**

. Coordinó la edición de este Documento el SIIS, Centro de documentación e información, concertado con el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

. DOCUMENTOS 23/90

. EDITA: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

. DISTRIBUCION: SIIS. Centro de documentación e información, concertado con el Real Patronato de Prevención y de Atencion a Personas con Minusvalía. Serrano, 140. 28006 Madrid.

. IMPRIME: Artegraf.

. Primera edición: Marzo, 1990. 1.000 ejemplares.

. Diseño cubierta: Javier González Solas.

NIPO: 380-90-012-0
Depósito Legal: M - 20.090 - 1.990

## SUMARIO


INTRODUCCION. Por **Demetrio Casado** ..... 5

I. LA HABILITACION/REHABILITACION BASADA EN LA INSTITUCION ESCOLAR.

. Introducción. Por **Climent Giné** ..... 11

. El Centro de Recursos Educativos para Deficientes Auditivos de Cataluña. (C.R.E.D.A.C. "FONOAUDIOLOGIC"). Final de un largo - proceso de transformación institucional. Por **Epifanio LLamazares** ..... 29

. La educación de los deficientes visuales en España. Por **Pedro Eguren** ..... 41

. El caso de la educación-formación de deficientes mentales. Por **María Luisa de Ramón-Laca** ..... 49

. La educación de los alumnos con deficiencia motora. Por **José Manuel Cabada** ..... 63

. La rehabilitación integral en los Centros de Recuperación de Minusválidos Físicos. Por **Carlos Camarero** ..... 79

II: LA REHABILITACION BASADA EN LA INSTITUCION HOSPITALARIA.

. Introducción. Por **Paloma Sánchez de Muniain** ..... 97

. El Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo. Por **Jesús Mazaira** ..... 107

. La formación profesional en un centro de rehabilitación: MAPFRE. Por **Benito Ambrosio Caparroso** ..... 111

. El Centro Nacional de la Asociación Telefónica para Asistencia a Minusválidos (A.T.A.M.). Por **Silvia de Paz** ..... 119

. El Instituto Nacional de Reeducación de Inválidos (1933-1986). - Por **Julián Palacios** ..... 123

III. LA REHABILITACION BASADA EN EL EQUIPO MULTIPROFESIONAL.

. Introducción. Por **José María García** ..... 135

. La atención precoz en el medio hospitalario. Por **Vicente García Aymerich** ..... 147

. Los equipos multiprofesionales y la atención a personas con minusvalía en el ámbito educativo. Por **Estrella Puerta y Felipe Retortillo** ..... 165

. Experiencia del equipo de atención precoz del Centro Base del-INSERSO de Maudes. Por **María Jesús Sanz** ..... 175

IV. LA REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD.

. Introducción. Por **Fernando Cardenal** ..... 193

. El Comité Regional de Rehabilitación de Antioquia (Colombia) . Por **Blanca Cecilia Cano** ..... 221

. Programas con comunidad. El Centro para Educación Especial y - Rehabilitación de Manizales (Colombia). Por **Gabriela Marín** ... 229

. La rehabilitación en las comunidades rurales. Por **Antoni Vilá**.. 247

. Programas agropecuarios para ciegos y deficientes visuales en Guatemala. Por **Juan Antonio Pineda** ..... 263

. El Club de ICTUS de Madrid: Prevención y ayuda al ICTUS en la comunidad. Por **Antonio Fernández de Molina** ..... 273

ANEXOS

. Rehabilitación en el seno de la comunidad. Resúmenes de documentos que marcan la evolución de las ideas. Por **Fernando Cardenal** 283

. El papel del médico especialista en medicina física y de rehabilitación en la evaluación de la minusvalía para la inserción socio-profesional. **Comunidad Económica Europea. Unión Europea de Médicos Especialistas (U.E.M.S.)** ..... 295

. Fronteras del enfoque médico-industrial de la rehabilitación médico-funcional y vocacional. Por **Ramón Puig de la Bellacasa** ... 307

. Transición de la escuela al trabajo de los jóvenes minusválidos. Por **Jesús Díaz Pereira** ..... 319

BIBLIOGRAFIA 335

## INTRODUCCION (*)

Los medios o los recursos de la rehabilitación se hacen operativos, como viene siendo usual decir, en orden a sus fines merced a los agentes gestores de aquélla. Me refiero a los entes orgánico-institucionales que hicieron y hacen posible la práctica rehabilitadora. En la memoria histórica de la rehabilitación suele hacerse justicia a los pioneros y creadores (Pedro Ponce de León, con su primer método de comunicación para sordos, o el barbero-cirujano Ambroise Paré, con sus prótesis articuladas); también se acostumbra a dar cuenta bien cumplida de las contribuciones técnicas y humanas de las profesiones; en cambio, suele quedar obviado el papel de las entidades que llevaron a buen puerto, o contra los acantilados, el barco de la rehabilitación. Pues bien, esta perspectiva tiene tanto interés, a mi parecer, como cualquiera de las citadas y, por añadidura, es clave para la comprensión del moderno movimiento en pro de la rehabilitación en seno de la comunidad.

Dejando aparte la función asistencial de los monasterios en la Alta Edad Media, podemos convenir que el hospital medieval -hospicio, hostal, hotel- es la primera institución relativamente especializada en cuanto a la atención de personas con deficiencia. Digo relativamente porque, no sólo en la Edad Media sino también en la Moderna y aún en la Contemporánea, era frecuente la mezcla de usuarios (enfermos físicos y

(*) El texto que sigue es un fragmento de la obra, en elaboración, de Demetrio Casado: Panorámica de la discapacidad (N. del E.)

mentales, tullidos y ciegos, niños y adultos desvalidos) bajo el común denominador de la pobreza. Durante siglos, por lo demás, la institución hospitalaria cumple funciones curativas y de asilo únicamente. Andando el tiempo, no obstante, se avanza en la línea de la especialización que favorecerá los primeros balbuceos de la rehabilitación. Las recomendaciones de Luis Vives a los burgomaestres de Brujas en su "De subventione pauperum" serían un testimonio precursor de tales tendencias. La especialización en la asistencia a los ciegos, por ejemplo, propicia su habilitación y es el antecedente de la implicación de la escuela en la acción rehabilitadora o habilitadora. La atención especializada a los heridos de guerra da lugar a desarrollos quirúrgicos y ortopédicos del hospital médico (1). Veamos, ahora, las cuatro principales bases orgánico-institucionales de la acción rehabilitadora.

La tradición de la escuela rehabilitadora cuenta con muchas y conocidas manifestaciones en la realidad española, pero se registran importantes diferencias, según las distintas clases del menoscabo. La atención organizada a los sujetos con deficiencias intelectuales y psíquicas es reciente; en el período 1960-85 se desarrolló una amplia red de centros escolares, fundamentalmente de asociaciones con servicios y actuaciones rehabilitadoras. En el área de la sordera, en cambio, las escuelas habilitadoras cuentan con varios siglos de existencia. Lo mismo cabe decir de las destinadas a ciegos. Por contra, data sólo de 1933 la que pudiera

---

(1) Ver Otto Marqués de Silva: A Epopeia Ignorada. Sao Paulo, CEDAS, 1986, pag. 250

considerarse primera escuela rehabilitadora de España para deficiencias físicas; me refiero al Instituto Nacional de Reeducación de Inválidos (INRI). Resultaría esta entidad de un complejo proceso de transformaciones institucionales a partir del Asilo de Inválidos del Trabajo, inaugurado en 1889; en dicho proceso se viene modificando la dosificación de lo asilar, lo hospitalario-médico y lo escolar (2).

La rehabilitación en el seno del hospital médico cuenta en nuestro país con una historia ligera en hechos. La intervención de signo rehabilitador sobre deficiencias de tipo mental se inicia en los hospitales y servicios psiquiátricos hace sólo unos pocos años. En cuanto a los menoscabos sensoriales, no se registran actuaciones hospitalarias habilitadoras o rehabilitadoras destacadas. El frente hospitalario importante es el relativo a las deficiencias físicas, en el que fue pionero el Instituto de Reeducación Profesional de Inválidos del Trabajo (IRPIT), creado a la vera del citado Asilo de Inválidos del Trabajo en 1922 (3), y que acabaría reconvertido en el INRI antes evocado.

A la altura de los años setenta adquiere crédito en España la metodología interdisciplinar en la intervención social, incluyendo la relativa a las deficiencias. Este enfoque vendría a ser incorporado paulatinamente, salvo que su práctica encuentra ciertas dificultades para

---

(2) Julián Palacios Sánchez: "Evolución histórica", en Historia del CPEE de Reeducación de Inválidos, Madrid, 1989.

(3) Sobre el significado histórico en punto a rehabilitación del IRPIT puede verse Manuel Aznar: "La evolución histórica de la protección a la invalidez en la Seguridad Social Española (I)" en Boletín de Estudios y Documentación del SEREM, nº 7, febrero de 1977.

rebasar el mero multiprofesionalismo, es decir, la yuxtaposición de actuaciones técnicas. La escuela y el hospital médico actuantes en el campo de las deficiencias abrieron las puertas de su núcleo hegemónico a profesiones periféricas, como trabajdores sociales y psicólogos; pero, además, se inició la creación de nuevas redes institucionales cuya médula organizativa está constituida por equipos multiprofesionales, y que cumplen funciones tanto de diagnóstico y orientación como de tratamiento. Los "centros base" del SEREM son la manifestación más neta de este fenómeno por lo que concierne a rehabilitación.

El más reciente enfoque organizativo-institucional de la rehabilitación se define por el lema "Community based rehabilitation" que nos propone el sistema de NU, particularmente la OMS, desde finales de los años 70 (4), y de acuerdo con el espíritu de la Conferencia de Alma Ata, celebrado en 1978. La rehabilitación en el seno de la comunidad -según la traducción que aconseja Fernando Cardenal- reivindica a los más veteranos y universales agentes, como son la familia y la agrupación local, a la vez que propugna la descentralización de los servicios técnicos. En España, la conciencia de este nuevo enfoque es muy débil y oscura; pese a ello, se registran algunos desarrollos conspicuos del mismo por parte de determinadas asociaciaciones y ayuntamientos (5).

---

(4) Véase, por ejemplo, E. Helander et. al.: Training in the people with disabilities, World Healt Organization, Ginebra, 1989.

(5) Véase "Reseña y conclusiones de las I Jornadas Técnico-Informativas sobre atención a las personas minusválidas en las comarcas de alta montaña" en Boletín del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, nº 12.

# I. LA HABILITACION/REHABILITACION BASADA EN LA INSTITUCION ESCOLAR

# LA HABILITACION / REHABILITACION BASADA EN LA INSTITUCION ESCOLAR. INTRODUCCION

Climent Giné
Ministerio de Educación y Ciencia

Dentro del presente documento "Alternativas en Rehabilitación" me corresponde introducir y presentar la dimensión de la rehabilitación que se origina y desarrolla en el ámbito de la escuela.

Ciertamente, uno de los rasgos que ha caracterizado a los centros de educación especial a lo largo de su historia es, sin duda, su tradición rehabilitadora de acuerdo, eso sí, con los modelos y la concepción que de esos centros se tenía; es decir, la función rehabilitadora siempre presente en la atención a las personas con algún tipo de minusvalía durante la etapa escolar ha tenido distinto peso según el momento histórico y social, y según el tipo de minusvalía.

Se ha evolucionado desde posiciones en las que todo el centro se concebía y organizaba en función de la rehabilitación hasta la situación actual en la que los aspectos rehabilitadores se integran y establecen en función de los objetivos educativos contemplados en el curriculum; con todo, el papel de la rehabilitación en la escuela ha diferido considerablemente según se trate de alumnos con algún tipo de minusvalía física (motora o sensorial) o simplemente con retraso en el desarrollo.

No parece necesario insistir en el concepto de rehabilitación como proceso particular, sectorial y temporal, puesto que ha sido ya objeto de atención en la presentación del volumen; con todo, debe dejarse claro desde el principio, que aunque en el contexto de la escuela muy a menudo han corrido paralelos los procesos rehabilitadores con los más propiamente educativos,

unos y otros no pueden confundirse. De hecho, la relación entre ambos procesos ha ido variando de acuerdo con los objetivos del centro escolar, los cuales, a su vez, estaban en función del marco conceptual dominante; a veces los alumnos han encontrado en el centro servicios distintos en relación a ambos procesos, con escasa relación entre ellos; a veces, un proceso ha tendido a incorporar al otro; y a veces, en fin, los alumnos han tenido que acudir a distintos centros para beneficiarse de estos servicios.

Para poder apreciar la evolución de las relaciones entre los procesos rehabilitador y educativo en el ámbito de la escuela, considero de utilidad examinar los cambios habidos en la concepción de la educación especial y de los servicios a ella inherentes.

De todas maneras, pretender llevar a cabo un recorrido histórico a través de las transformaciones habidas en el campo de la educación especial durante las últimas décadas constituye una tarea compleja cuya realización sobrepasa en mucho los propósitos y límites del presente trabajo. Por lo demás, puede el lector encontrar excelentes trabajos, de diferentes alcance, aparecidos en los últimos años. A título de ejemplo pueden señalarse los de Scheerenberger (1984) y Fierro (1984); el primero de ellos tiene un carácter más general y el segundo se centra en la situación en España.

En el presente trabajo, y a pesar de lo que acabo de señalar, si que parece oportuno referirse, cosa que haré en primer lugar, a aquellos elementos que caracterizaron una particular forma de atención a las personas con minusvalías en el pasado y que dieron lugar a unos servicios y a unas prácticas sociales, educativas y rehabilitadoras determinadas en relación a la respuesta a las personas con algún tipo de problema en su desarrollo.

En segundo lugar abordaré el impacto del concepto de normalización, precisando su significado, en la institución escolar como tal y en los distintos sectores que la componen.

En tercer lugar veremos el concepto de necesidades educativas especiales, que da lugar a un nuevo concepto de educación especial y, por lo tanto, a un nuevo enfoque de los servicios dirigidos a las personas con algún tipo de minusvalía.

Lógicamente todos estos cambios se han ido reflejando en la historia concreta de cada una de las instituciones educativas que han venido funcionando hasta nuestros días; instituciones que, en su día, fueron pensadas y planificadas desde un marco conceptual bien distinto al que se acaba de apuntar. Los cambios que se han ido produciendo en estas instituciones ejemplifican los aspectos anteriormente señalados. Dedicaré el último apartado a una breve presentación de algunas de estas experiencias, que en mi criterio reflejan adecuadamente el proceso a que me acabo de referir.

## 1.- REVISION DEL CONCEPTO DE EDUCACION ESPECIAL: ALGUNOS APUNTES HISTORICOS.

Las prácticas sociales y educativas ante cualquier cuestión son siempre tributarias de los marcos conceptuales que les sirven de fundamento y de guía. Dicho de otra manera, y en relación con el tema que nos ocupa, la forma en que la sociedad se plantea y concibe los derechos de las personas "diferentes" condiciona el tipo de respuesta a las necesidades que aquellas plantean a lo largo de su vida, ya sean sanitarias, educativas, sociales, rehabilitadoras, culturales, etc. Asímismo, en la medida en que los marcos conceptuales entran en crisis y evolucionan, se producen cambios y transformaciones en dicha respuesta.

Por otro lado, estos cambios han sido progresivamente recogidos en la legislación básica y en la normativa administrativa, que, en general, ha si-

do siempre un fiel reflejo de la ideología dominante en un momento histórico determinado.

Parece lógico, como podrá apreciarse a continuación, que la aparición de nuevos elementos conceptuales haya dado pié a transformaciones profundas en la forma de dar respuesta educativa a las distintas necesidades de los - alumnos y, paralelamente, haya generado normativa administrativa acorde con los nuevos planteamientos.

A grandes rasgos, pueden identificarse en las últimas décadas cuatro grandes etapas en la concepción y atención de las personas con algún tipo - de problema en su desarrollo; etapas que, a su vez, ilustran el proceso seguido hasta hoy y nos permiten conocer mejor su justo alcance.

Debe advertirse que cualquier intento de análisis y caracterización- de etapas, así como su ubicación en el tiempo, es sumamente complejo puesto que pueden darse situaciones y realidades que no encajen plenamente en las- etapas que se describen al no ser posible introducir todos los matices necesarios en las afirmaciones que se vierten; con todo, a mi juicio, sí existen un conjunto de rasgos que permiten identificar como tales las etapas que se señalan.

1.1.- Etapa inicial o de toma en consideración del problema.

Tal como se afirma en el Informe del I.C.D.M. (1983), "A mediados del S. XIX, se produjo un cierto reconocimiento de los deficientes mentales considerándolos como un grupo singular, y se emprendieron diferentes esfuerzos para aliviar su situación". En efecto, en muchos paises, y entre ellos el - nuestro - recuérdese que las instituciones más representativas de nuestro - país en cuanto a su tradición histórica fueron fundadas en el último tercio del S. XIX - se suscitó un interés cada vez más creciente a favor de los -- "impedidos" y "retrasados mentales", sobre todo en relación a su formación.

Es realmente importante reconocer que en esta etapa, que se extiende aproximadamente hasta finales del siglo pasado, los primeros profesionales sostuvieron enfoques y planteamientos mucho más cercanos a los actuales que los que les siguieron con posterioridad.

En efecto, las escuelas y residencias se concebían y organizaban en plan familiar y se ubicaban en medio del núcleo urbano; y lo que es más importante, la educación y la rehabilitación estaban consideradas no como un acto de caridad sino como un deber de la sociedad. Sirva de ejemplo la afirmación de Howe (1848): "La inmediata adopción de medios adecuados para la formación y educación de idiotas, debe ser instigada por causas más elevadas que la conveniencia o incluso la caridad; debe ser urgida como deber imperativo" (citado en el I.C.D.M.).

En esta etapa, la educación y la rehabilitación prácticamente se confunden en el marco de los objetivos de formación que presidían la vida de estas instituciones.

1.2.- Etapa benéfica - asistencial.

La segunda de estas etapas puede calificarse como "benéfica - asistencial" y se extiende en nuestro país desde principios de siglo hasta aproximadamente los años cincuenta. En efecto las personas con deficiencias, y entre estas las más gravemente afectadas, eran ubicadas en grandes instituciones asilares u hospitalarias en régimen de internado; la respuesta que recibían era fundamentalmente de tipo asistencial y obedecía a una concepción caritativa de la actuación pública en este campo, donde los aspectos asistenciales primaban sobre cualquier otra consideración que, en muchos casos, ni tan solo llegaba a plantearse.

Es triste comprobar cómo se pasa de unos comienzos prometedores a un periodo ciertamente oscuro en la historia de la atención a las personas con problemas en el desarrollo. El término "escuela" empezó a desaparecer de los nombres de los centros para ser substituído por el de "asilo".

Aparte de su carácter asistencial, los rasgos más característicos de esta etapa, que además han tenido grandes repercusiones no solo en la vida de aquellas personas sino en la configuración posterior de los servicios, - son la institucionalización en equipamientos segregados y la concentración de los servicios, alimentando así la imagen del "retrasado" como una amenaza social.

Efectivamente cuando por distintas vías los poderes públicos tenían conocimiento de la existencia de personas con deficiencias, sobre todo las más graves, se les ofrecía como alternativa su reclusión en grandes instituciones segregadas alejadas no solo de su familia sino, por lo general, de - cualquier núcleo de población. Es necesario señalar que fundamentalmente en relación a las personas con retraso mental o bien con problemas de psicosis infantil y autismo, estas instituciones solían ser precisamente psiquiátricos o similares.

A medida en que el planteamiento puramente asistencial fue abriendo paso, al socaire de los avances científicos y técnicos de las disciplinas - relacionadas con el tema - fundamentalmente la medicina y la psicología -, a la conveniencia de dar respuesta a las distintas necesidades de estas personas se tendió a llevar a los distintos profesionales a las instituciones -- concentrando allí a los servicios que se creían necesarios, prefigurando ya de esta manera la etapa posterior.

Estas características han condicionado fuertemente la forma en que - durante mucho tiempo se ha concebido la atención a las personas con minusvalías y no es difícil ver sus secuelas en muchos de los planteamientos vigentes hasta no hace mucho tiempo y, en algunos casos hasta hoy en día.

Cabe establecer, en justicia, algunas diferencias en el proceso descrito en relación a los alumnos con minusvalía sensorial o motora. En efecto, si bien algunos de los rasgos señalados - institucionalización y concentración de los servicios - serían también de aplicación a estos casos, lo cierto es la existencia de instituciones para estos alumnos donde los objetivos educativos y rehabilitadores estaban presentes en su actuación, la cual no se reducía a la mera asistencia como en el caso de la deficiencia mental.

1.3.- Etapa Rehabilitadora-Terapéutica.

La tercera de las etapas podríamos llamarla "rehabilitadora o terapéutica" y cubre las décadas de los cincuenta, sesenta y principios de los setenta. Probablemente, dos sean los rasgos más característicos de la etapa.- El uso del modelo clínico y el predominio de la especialización.

Por un lado, los profesionales, a los que acabo de referirme, que progresivamente accedían a las instituciones, inicialmente provenientes del campo de la medicina, establecían unos objetivos fundamentalmente rehabilitadores y organizaban su trabajo de acuerdo con el modelo clínico, como era de esperar dada su formación y su orientación profesional. No es de extrañar que en estos años las personas que más se preocuparon de la atención a las personas deficientes fueran médicos, que, a menudo, unían a su profesión una vocación pedagógica importante.

Quizás sea bueno recordar que gracias a ellos empezó a entrar "la pedagogía" -aunque conceptualmente y en la práctica respondiera a un modelo mas bien terapéutico- en estas instituciones y en las que se pusieron en funcionamiento durante estos años, iniciando así una mayor sensibilidad por las necesidades educativas de estas personas.

Por otro lado, y en la lógica del modelo clínico, se impuso el criterio de que la mejor atención a las personas con deficiencias se podía prestar en centros especializados y, por tanto, distintos y, casi siempre, alejados de los demás centros.

Durante estos años, el creciente interés de la sociedad y de los profesionales por el derecho a la educación de estas personas se materializó en la puesta en funcionamiento de gran cantidad de centros de educación especial a lo largo y ancho del Estado; centros que siempre participaban de esta doble característica: el predominio del modelo médico (su finalidad es terapéutica/rehabilitadora) en los objetivos y en la estructura organizativa, y el hecho de ser equipamientos especializados y segregados.

Cabe señalar que la gran mayoría de estos centros están directamente impulsados por los propios padres, organizados en Asociaciones, que precisamente en estos años vieron la luz y experimentaron un considerable auge, aunque la titularidad a veces era asumida por la Administración Local y por Obras Sociales de distintas Entidades.

Las consecuencias del uso del modelo médico (Giné et al., 1989) y de la especialización son evidentes y perduran hoy en día todavía. El uso de este modelo se extendía tanto a la valoración -diagnóstico- de cualquier problema de retraso en el desarrollo como a la orientación y "tratamiento". Desde el punto de vista de la valoración, conllevaba la utilización de instrumentos, fundamentalmente "tests" de escasa o nula relación con el contexto donde se desarrollaba la vida y la educación de estas personas, que normalmente conducían a alguna de las categorías diagnósticas acuñadas al efecto. La categorización en base a los déficits, el "etiquetaje" de las personas con la pretensión de dar a "conocer" el origen y las causas de los posibles trastornos del muchacho o de la muchacha, han tenido y tienen unas profundas consecuencias en la educación especial, al tiempo que constituyen un enorme lastre en su abordaje, puesto que condiciona inevitablemente las ex-

pectativas de todos los que se relacionan con estas personas, enfatizando - los aspectos negativos y limitando así considerablemente su desarrollo.

Por otra parte, la especialización ha originado la consolidación y - fortalecimiento de una importante red de centros educativos paralela a la - ordinaria que ha servido, en muchos casos, no tanto para atender a las personas con graves problemas en su desarrollo, sino como pretexto para derivar hacia ellos aquellos alumnos que por diversas causas, y en general más relacionadas con el sistema educativo que con los alumnos, no "seguían" la escolaridad propuesta.

1.4.- Etapa educativa.

La cuarta de las etapas señaladas está presidida por el principio de normalización y se caracteriza por la prevalencia del modelo educativo. En esta etapa plenamente educativa, que arranca en nuestro país a mediados de los años sesenta, no es que no se tenga en cuenta o se descuide la rehabilitación, sino que se afirma que debe abordarse desde los mismos principios - de normalización y sectorización. La educación asume como objetivo propio - la rehabilitación; de esta manera el proceso rehabilitador se integra en el proceso educativo, en aquellos alumnos que la precisen, de acuerdo con los objetivos contemplados en el curriculum escolar, favoreciendo así el desarrollo armónico de los alumnos.

En efecto, los paises más avanzados abandonan la política de "lo especial" y apuestan a favor del principio de normalización en la concepción y provisión de los servicios, y entre estos la educación, para las personas con algún tipo de minusvalía. El punto de inflexión, sin duda, lo constituye la Ley danesa sobre Deficiencia Mental de 1959 al consagrar la voluntad de "crear para los deficientes mentales una existencia tan próxima a las -- condiciones normales de vida como sea posible";

en este sentido conviene asímismo señalar como hito importante en este proceso, la adopción por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1971 de la "Declaración de los derechos generales y especiales de los retrasados -- mentales", cuyo primer artículo proclama que "la persona retrasada mental - tiene los mismos derechos básicos que los demás ciudadanos de su mismo país y edad". Esta Declaración había sido firmada anteriormente, en 1968, por la Liga Internacional de Asociaciones Pro Deficientes Mentales.

Esta primera formulación, en la Ley danesa, del principio de normalización ha sido objeto de debate y ha experimentado modificaciones que conceptualmente la han enriquecido hasta el enunciado comunmente aceptado en - la actualidad, que se debe a Wolfensberger (1986): "El uso de medios culturalmente valoradas".

Wolfensberger, en el trabajo al que me acabo de referir, hace una amplia revisión de la evolución y del contenido del principio de normalización al que remito, por su calidad a los lectores interesados.

Sorprende en dicha definición su carácter universal y, por tanto, poco referida a situaciones particulares; a mi entender, sin embargo, esta es su principal fuerza y característica. La definición cuestiona radicalmente muchas de las prácticas educativas, sociales y sanitarias de que son objeto las personas con deficiencias y especialmente durante su etapa escolar, en relación a qué se les enseña, cómo distribuyen el tiempo, qué oportunidades se les ofrecen, qué contextos frecuentan, etc. Sin lugar a dudas, el funcionamiento actual de muchos centros educativos y residencias no resistirían la crítica formulada desde esta óptica.

En el campo educativo las consecuencias más directas del principio de normalización afectan, por un lado, al contexto en que se desarrolla la acción educativa y, por otro, al proceso y a los propios contenidos de la educación.

El principio de normalización, en definitiva, introduce la integración escolar y da pie a un nuevo concepto de educación especial.

La integración escolar supone un cambio radical de las condiciones en las que tiene lugar el proceso educativo de los alumnos con minusvalía respecto a la situación anterior; cambio que no debe referirse únicamente al escenario, aunque de por si sería ya un avance, sino que abarca al conjunto de elementos que intervienen en dicho proceso: objetivos, contenidos, organización, interacción profesor-alumno y entre los compañeros, evaluación, etc.

En consecuencia, la escuela debe ser capaz de adaptar la respuesta educativa a las características individuales, y por tanto diferenciales, de los alumnos, y entre estos las de aquellos que presentan algún tipo de problema en su desarrollo. Hasta donde sea posible, las personas con minusvalía deberán compartir el proceso educativo junto con sus compañeros de barrio, ciudad o pueblo.

La integración escolar, pues, constituye, por un lado, un horizonte y un punto de partida de obligada referencia; y, por otro, un considerable reto para toda la comunidad escolar y para las Administraciones Educativas.

Ciertamente, el debate sobre la integración escolar ha estado y estará presente en los próximos años en muchas y diversas instancias del quehacer educativo, suscitando enfrentamientos y posiciones radicales de uno u otro signo; los cambios que conlleva no han estado, en muchos casos, exentos de conflicto, ya sea entre los profesionales o entre los diversos colectivos de la comunidad escolar, o bien entre éstos y la Administración. Las resistencias o bien la radicalidad, en algunos casos, y determinadas ocasiones (falta de voluntad, escasez de medios, ausencia de formación adecuada...) en otros, han sido las variables que, con diferente peso específico según los casos, han estado presentes en dicho conflicto.

Conflicto que, es bueno recordarlo, no si sitúa ya, hoy día, tanto en el principio de integración escolar en sí mismo, cuanto en las condiciones -- personales y materiales que pueden hacerla posible; lo cual, sin duda, constituye ya una conquista social considerable e indiscutible.

La Administración por su parte ha incorporado, tanto a nivel de los referentes conceptuales como en relación a la normativa que regula el ejercicio del derecho a la educación, el principio de normalización de los servicios y la integración escolar. Baste recordar, como tres hitos importantes, la elaboración del Plan Nacional de Educación Especial en el año 1978; la aprobación- de la Ley 13/1982 de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos; y la aparición del Real Decreto 334/85 de 6 de marzo, de Ordenación de la Educación Especial, norma que, en distintos momentos y bajo formas diversas ha sido adoptada por las Administraciones Educativas competentes en todas las Comunidades Autónomas con competencias plenas en materia educativa.

En síntesis, la actitud de muchas familias, la decisión y voluntad de un buen número de claustros y el progresivo desarrollo legislativo y compromiso por parte de las Administraciones Educativas han ido haciendo posible que la escuela ordinaria acoja alumnos que anteriormente eran orientados hacia -- equipamientos segregados.

## 2.- LAS NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES: UN NUEVO CONCEPTO DE EDUCACION ESPECIAL.

La progresiva incorporación de alumnos con distinto tipo de problemas-- en su desarrollo en los centros ordinarios ha exigido una fuerte -

transformación de la escuela y del propio concepto de educación que se venía manejando. Se ha puesto en evidencia que las exigencias de la educación de estos últimos alumnos coinciden con las exigencias de una educación de calidad para todos los alumnos.

Las diferencias individuales en la escuela han pasado de ser consideradas como motivo de segregación -en un proceso que inexorablemente conducía a situaciones restrictivas y empobrecedoras-, a constituir el núcleo fundamental de la acción educativa, el elemento crítico de una educación de calidad. De esta manera, la educación especial, entendida como educación de las personas "diferentes" en equipamientos aparte, deja de tener sentido en muchos de los casos.

En este contexto, en la reflexión acerca del derecho de los alumnos a unas condiciones educativas acorde con sus posiblidades y en un marco no restrictivo y acerca del papel de la escuela, surge el concepto de necesidades educativas especiales.

Afirmar que un determinado alumno presenta necesidades educativas especiales, es una forma de decir que para poder acceder a los fines de la educación necesita poder disponer de ayudas pedagógicas o servicios específicos. Nuestro ordenamiento jurídico, concretamente el Artículo 27 de la Constitución Española, proclama el derecho de todos los ciudadanos a acceder a los fines generales de la educación. La Administración Educativa concreta estos fines a través del curriculum escolar y, en consecuencia, para poder acceder a dichos fines todos los ciudadanos precisan de determinadas ayudas pedagógicas de tipo personal, técnico o material que se vehiculizan a través de la escuela a lo largo de toda la escolaridad.

Existen, sin embargo, algunos ciudadanos que además, y de forma complementaria, precisan de otras ayudas pedagógicas menos frecuentes. En la medida que esta ayudas o servicios educativos, no son necesarios para la gran

mayoría de los alumnos, reciben el calificativo de especiales o específicas.

El concepto de necesidades educativas especiales fue introducido por el Warnock Report (1978) expresándolo en los siguientes términos: "Si existe acuerdo sobre los objetivos de la educación, entonces la necesidad educativa se establece en términos de aquello que es esencial para la consecución de los objetivos. La educación especial es la respuesta a las necesidades especiales de un alumno, con la finalidad de que se aproxime a dichos objetivos. Por una parte, las necesidades de cada alumno le son específicas: son aquello que necesita si se desea que individualmente progrese".

Desde este punto de vista, parece claro que se supera la concepción clásica de que la educación especial es sólo la educación de los alumnos con déficit. El propio Warnock Report (1978) alude a este cambio conceptual al afirmar: "El Comité rehusó la idea de dos grupos diferentes de alumnos, los disminuidos y los no disminuidos; de los cuales, el primero recibiría educación especial, mientras que el segundo recibiría simplemente educación. Al contrario: desde el mismo momento en que las necesidades se consideran como un continuo de actuaciones que incluyen desde la ayuda temporal, hasta la adaptación a largo plazo y de forma permanente del currículum escolar".

Desde esta perspectiva es imposible establecer claramente una línea divisoria entre las necesidades educativas especiales y las "ordinarias". La educación especial, pues, deja de entenderse como la educación de un tipo de personas; al contrario, se entiende como el conjunto de recursos (ayudas pedagógicas, servicios...) puestos a disposición del sistema educativo para que éste pueda responder satisfactoriamente a las necesidades particulares que presentan los alumnos.

El concepto de necesidades educativas especiales remite pues a las condiciones que afectan al desarrollo personal de determinados alumnos a lo

largo de todo el proceso educativo y que justifican la provisión de medidas y servicios específicos. Uno de los momentos críticos de este proceso sin duda lo constituye la identificación de las necesidades educativas especiales - de un determinado alumno. A diferencia de las prácticas anteriores orientadas fundamentalmente a establecer categorías entre los alumnos según las distintas "etiquetas" diagnósticas, la identificación de las necesidades educativas de un alumno se establece en términos de competencias en relación al curriculum y representa el inicio de la determinación de las actuaciones educativas más adecuadas y de los recursos materiales y personales que va a necesitar - para su progreso individual.

Nos situamos pues en un modelo plenamente educativo, centrado en las ayudas que es necesario proporcionar al alumno con necesidades especiales para optimizar su desarrollo, en el marco de una escuela atenta y respetuosa - con las diferencias; ayudas que, lógicamente, deben incluir, cuando sea necesario, los aspectos rehabilitadores.

Considero imprescindible referirme, al final de este apartado a un hecho de absoluta trascendencia en la historia educativa de este país y particularmente para la educación especial. Los ejes básicos de la nueva concep-- ción de educación especial que se ha expuesto -normalización de servicios, - entorno menos restrictivo, respeto a las diferencias y modelo educativo en la educación de los alumnos con necesidades especiales- impregnan el Libro - Blanco para la Reforma del Sistema Educativo, presentado por el Excmo. Sr. - Ministro de Educación y Ciencia en el mes de abril de 1989.

## 3.- ALGUNAS EXPERIENCIAS

Si como señalaba al principio, las prácticas educativas están basadas en un marco conceptual determinado, es lógico esperar, pues, que al producir se un cambio conceptual importante en el campo de la educación especial, se produzcan cambios en la dinámica (organización y funcionamiento) de los centros, y en la planificación y provisión de los servicios.

Las transformaciones que principalmente en la última década han vivido y viven los centros de educación especial y los centros ordinarios en aras de que la respuesta educativa sea cada vez más coherente con el marco conceptual expuesto -normalización de servicios, entorno menos restrictivo y modelo educativo en la atención a los alumnos con necesidades especiales- constituyen un fiel reflejo de lo que a grandes rasgos he intentado explicar.

A menudo en las instituciones se han solapado estructuras y prácticas que obedecían a planteamientos anteriores con incipientes iniciativas de cambio dando lugar a momentos de confusión y crisis, superadas casi siempre por las mejores expectativas de atención a los alumnos.

Parece oportuno, ilustrar el proceso de cambio en la educación especial a través de la vida real de algunas de las instituciones y centros inicialmente creados para la atención a las distintas tipologías -en lenguaje - de la época- de alumnos.

A tal fin, he seleccionado algunas experiencias, en el campo de la - atención a alumnos con déficit auditivo, visual y motor, y con retraso en el desarrollo, cuya evolución, a mi entender, refleja los cambios apuntados.

BIBLIOGRAFIA

FIERRO, A. (1984). España. Historia reciente. En SCHEERENBERGER, R.C., Historia del Retraso Mental. San Sebastián, SIIS.

FIERRO, A. (1977). El derecho a ser hombres. Madrid, Sedmay Ediciones.

GINE, C. et al. (1989). Educación Especial. Noves perspecties. Barcelona, - Laia.

INSTITUTO CANADIENSE PARA LA DEFICIENCIA MENTAL. I.C.D.M. (1983). Orienta-- ciones sobre deficiencia mental. San Sebastián, SIIS.

M.E.C. (1989). Libro Blanco para la Reforma del Sistema Educativo. Madrid, Centro de Publicaciones.

SCHEERENBERGER, R.C. (1984). Historia del retraso mental. San Sebastián, - SIIS.

WARNOCK, H.M. (1978). Report of the Committee of Enquiry into the Education of Handicapped Children and Young People. Londres, Her Majesty's Stationery Office.

WOLFENSBERGER, W. (1986). Debate sobre la normalización. Siglo Cero, nº 105.

# CENTRO DE RECURSOS EDUCATIVOS PARA DEFICIENTES AUDITIVOS DE CATALUÑA. (C.R.E.D.A.C. "FONOAUDIOLOGIC")

## Final de un largo proceso de transformación institucional

Epifanio Llamazares
C.R.E.D.A.C. "FONOAUDIOLOGIC"

Hablar de "final" de un proceso parece filosóficamente aberrante y poco pertinente, más si se tiene en cuenta que, desde una perspectiva social, una Institución Educativa ha de ser por definición siempre mejorable y por tanto mutable. El concepto de permanencia aboca a cualquier Institución a su propia destrución.

Pero así como la "Historia" esta hecha de "momentos" también la historia de la Escuela de Sordomudos del Ayuntamiento de Barcelona, creada en 1800, está escrita por episodios más o menos importantes, más o menos activos, más o menos conflictivos.

Uno de los episodios o "momentos" más significativos escrito en el último siglo por este Centro, después de la creación de la Escuela Municipal Vilajoana (1917-1925), es sin duda el actual, iniciado en el curso 81-82. La Escuela Municipal de Sordomudos, denominada ya Centro Municipal Fonoaudiológico, inaugura una etapa de reestructuraciones profundas al objeto de abrir el Centro a la integración de los niños con deficiencias auditivas en la escolarización ordinaria.

Es esta etapa, que aquí denomino "Proceso de Transformación Institucional", la que considero acabada, de acuerdo al proyecto elaborado durante el curso 81-82 y puesto en práctica a partir del curso 82-83, y de acuerdo a los objetivos previstos entonces, y ahora oficialmente alcanzados al ser reconocido este Centro, por convenio entre el Departament d´Ensenyament de la Generalitat y el Area de Educación del Ayuntamiento de Barcelona, como Centro de Recursos Educativos para Deficientes Auditivos de Cataluña.

En noviembre del 82, en nuestro Proyecto de Integración del Centro, hacíamos una declaración de principios que sentaba las bases que iban a actuar como motor de la transformación del Centro: "De conformidad con los principios de individualización de la enseñanza, integración en la escuela ordinaria, normalización de servicios y sectorización, el C. M. Fonoaudiológico atenderá a la población infantil que presente deficiencias auditivas, priorizando la atención de los niños sordos integrados en las escuelas ordinarias. Todo ello ha de llevarnos a una transformación de la Escuela, que ha de dejar de ser un "ghetto" para incorporarse al medio donde se de-

senvuelve, interactuando con su entorno social y la enseñanza ordinaria".

Este punto de partida generó en los últimos años profundos cambios estructurales tanto en la forma (organización) como el contenido (atención educativa).

## I - CAMBIOS ESTRUCTURALES MAS SIGNIFICATIVOS

### 1- Creación de un Equipo de Integración

En el curso 82-83 organizamos un pequeño equipo con el objetivo de iniciar la integración de niños sordos en escuelas ordinarias.

Los criterios de actuación establecidos fueron de tipo restrictivo:

-En cuanto al niño sujeto de integración:
  -Presentar una perdida auditiva neurosensorial y bilteral severa o profunda.
  -No presentar deficiencias asociadas a la sordera.
  -Incorporación a la escuela ordinaria sin paso previo por la Escuela Especial.
-En cuanto a los padres del niño sordo:
  -Aceptación de la integración como marco educativo.
  -Compromiso de implicarse activamente en el proceso educativo de su hijo.
-En cuanto a las Escuelas Ordinarias:
  -Aceptación de la integración por parte del Claustro.
  -Preferencia por escuelas practicadoras de métodos pedagógicos activos, en las que los niños utilicen como vías de aprendizaje la manipulación y la experimentación.
  -Actuación únicamente en escuelas públicas y municipales.
-Otros criterios:
  -Desmutización en la lengua materna de cada niño (catalán o castellano).
  -Escolarización de un niño por aula.
  -Planteamiento de reducción de ratio basada en la proporción de 5/1. (El Ayuntamiento aplicó la ratio de 3/1 en las escuelas municipales desde el inicio).
  -Dedicación de la logopeda de 4 h a la semana de atención directa a cada niño, más 1 h para padres y maestros.

Estos criterios fueron posteriormente revisados en el sentido de flexibilizarlos en función de adecuarse a las necesidades reales de la demanda.

2- Creación y dotación técnica de un "Servicio de Diagnóstico y Laboratorio Audioprotésico

Fuimos dotando el Centro progresivamente de un equipo especializado, una audióloga, un audioprotesista, una asistenta social y una psicóloga, así como de material técnico específico (cámara anecoica, cadena de medidas acústicas, audiómetro, impedanciómetro, taller de prótesis, etc...). Nació con la voluntad de cubrir un vacío existente referente a la adecuada adaptación técnica de los audífonos para que respondieran eficazmente a los restos auditivos de los niños sordos, y estos no los rechazaran. La misión de este Servicio fue, por tanto, realizar el diagnóstico a todos los niños con sospecha de sordera, las evaluaciones audiológicas periódicas, y la prescripción y mantenimiento de los audífonos.

3- Transformación de la Escuela Especial. Escuela Municipal "Tres Pins"

El Proyecto de Integración elaborado por la Escuela y, como consecuencia, el hecho de que la mayoría de niños pequeños sordos los escolarizaramos directamente en centros ordinarios, nos posibilitó la apertura de la escuela especial al barrio, transformándola en una escuela ordinaria con unas características diferenciadas:

-Ratio de 23 niños oyentes más dos niños sordos por aula, disfrutando estos últimos de un apoyo individualizado similar al aplicado a los niños en régimen de integración.
-Coexistencia de las aulas ordinarias (iniciamos la escuela ordinaria con niños de 4.5 y 6 años aumentando un curso cada año posterior, excepto en septiembre del 88 que además abrimos un aula de 3 años) con aulas especiales exclusivamente de niños sordos.

Así nació en septiembre del 84 una nueva escuela en el distrito 3 de Barcelona resultado de la aplicación del "Proyecto Tres Pins", elaborado por el claustro. El 10 de mayo de 1986, la Generalitat concedió la autorización definitiva para el funcionamiento de la "Escuela Municipal Tres Pins" (D.O.G 8-8-1986).

4- Incorporación de ARANS al Centro Municipal Fonoaudiológico

Uno de los acuerdos más significativos realizados entre el Area de Educación del Ayuntamiento de Barcelona y el Departament d´Ensenyament de la Generalitat, de

cara a la posterior constitución del C.R.E.D.A.C., fue la incorporación de ARANS al Fonoaudiológico en septiembre de 1987. En virtud de este acuerdo, los profesionales, alumnos y padres del "Centro Piloto de Reeducación Auditiva" (ARANS), escuela privada que tenía que pasar a pública por la "Ley del CEPEC", pasaron a formar parte íntegra del Fonoaudiológico, integrandose a los diferentes Servicios. A pesar de las dificultades propias de cualquier fusión entre dos entidades de procedencia dispar, este va ser sin duda un hecho positivo en la ampliación y mejora de la atención prestada a nivel público a los deficientes sensoriales auditivos.

5- Reorganización de un Equipo de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógica (EAP) para Deficientes Sensoriales Auditivos

La práctica de funcionamiento del Equipo de Integración y del "Servicio de Diagnóstico y Laboratorio Audioprotésico" así como la necesidad de dar coherencia técnica, sin duplicar funciones, al trabajo de ambos equipos nos llevó a la reorganización de los mismos. Constituimos a partir de ellos, de una parte, el Equipo de Seguimiento Escolar de Primaria, formado exclusivamente por logopedas, para atender a los niños sordos escolarizados en Escuelas Ordinarias de Barcelona. De otra parte, quedó organizado el EAP para deficientes sensoriales auditivos, homologado por el Departament d´Ensenyament de la Generalitat en marzo del 85 (único EAP específico para deficientes auditivos que por el momento existe en Cataluña). De esta manera se unificaban en un sólo equipo las funciones propias de un EAP: Prevención educativa, detección y valoración multidisciplinaria incluida la audiológica y audioprotésica, elaboración de programas de desarrollo individual, la orien tación escolar, el asesoramiento a los profesores y padres y la participación en el diseño del cuadro de necesidades del sector.

6- Organización de un Equipo de Formación Profesional y Laboral

Desde el inicio de este periodo de transformación, una preocupación constante que teníamos era la de encontrar vías de acceso a la profesionalización y al mundo laboral de los alumnos que finalizaban su escolaridad y que permanecían inadecuadamente tres o cuatro años más en la Escuela. En un principio potenciamos algunos talleres existentes (imprenta) y organizamos otros nuevos (electricidad, fotografía, etc...).

La propia experiencia nos demostró la ineficacia de los talleres que, ni respondían a las necesidades de preparación técnica que precisaban los alumnos, ni

propiciaban ningún tipo de motivación en ellos al no variar el "status" escolar de siempre.

Ello nos llevó a modificar progresivamente la Sección de Formación Laboral en el sentido de potenciar la incorporación de los adolescentes con deficiencia auditiva a las Escuelas Municipales de Formación Profesional reglada, aplicando las oportunas adecuaciones curriculares (realización de las asignaturas prácticas y exención relativa, según casos, de las teóricas).

Posteriormente este grupo de profesores reconvertido en Equipo de Seguimiento de Secundaria y Ocupación Laboral amplió sus funciones al campo laboral (transición al trabajo) en colaboración con el Instituto Municipal de Disminuidos, situando alumnos en planes ocupacionales tanto del INEM como del Fondo Social Europeo, y fomentando el empleo de los sordos.

7- Organización de un Servicio de Formación y Documentación

Dentro del contexto de creación de un Centro de Recursos, en septiembre del 88 pusimos en funcionamiento, un servicio de Formación y Documentación con la voluntad de potenciar la Formación de los profesionales dedicados a la educación de los deficientes auditivos y de los padres. Otras funciones previstas fueron:

-Promover y coordinar la elaboración y difusión de materiales y recursos didácticos que facilitaran el proceso de enseñanza-aprendizaje de los alumnos deficientes auditivos.
-Crear una biblioteca y videoteca especializadas así como un fondo de documentación bibliográfica.

## II - SITUACIÓN ACTUAL. CENTRO DE RECURSOS EDUCATIVOS PARA DEFICIENTES AUDITIVOS DE CATALUÑA. (C.R.E.D.A.C. FONOAUDIOLÓGICO)

Todas las actuaciones hasta aquí expuestas, sólo hacían que cumplir y desarrollar la cláusula tercera del "Convenio entre la Generalitat de Catalunya (Departament d´Ensenyament) y el Ayuntamiento de Barcelona (Àrea d´Educació) en materia de Educación Especial" (9-8-83).
En la citada cláusula se decía textualmente: "El Departament d´Ensenyament reconocerá el Centro Municipal Fonoaudiológico de Barcelona como Centro de Recursos

para atender mejor las necesidades educativas de los niños sordos".

Desde entonces el Area d´Educació del Ayuntamiento de Barcelona ha ido fomentando y propiciando acuerdos con el Departament d´Ensenyament de la Generalitat con el objeto de dotar al colectivo de niños deficientes auditivos y a sus familias de un centro público que respondiera a sus necsidades educativas especficas desde la perspectiva de su integración social.

Este objetivo compartido por ambas Instituciones Públicas ha posibilitado una nueva organización, un nuevo funcionamiento, que culmina ahora con la firma de un nuevo "Convenio entre el Departament d´Ensenyament y el Ayuntamiento de Barcelona en materia de atención educativa a los escolares con deficiencias auditivas", (Enero de 1990).

En virtud de este Convenio el Centro Municipal Fonoaudiológico ha pasado a ser el "Centro de Recursos Educativos para Deficientes Auditivos de Cataluña (C.R.E.D.A.C).

Su misión es atender las necesidades educativas específicas de los alumnos con deficiencias auditivas, ofreciendo a ellos y a sus familias los servicios de atención educativa, asesoramiento y orientación específica que precisen, previa valoración multidisciplinar, así como garantizar la formación permanenate y actualización tanto de los especialistas como de los profesores-tutores implicados.

La concreción y desarrollo de estos objetivos se efectua a traves de la propia estructura organizativa del Centro que está configurada por los siguientes servicios:

1- Equipo de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógica (EAP específico para deficientes auditivos). Está constituido por dos psicólogas, una pedagoga, una asistente social, una audióloga, dos audioprotesistas y un coordinador.

Este equipo desempeña las funciones propias de cualquier EAP, citadas anteriormente, aplicadas al colectivo de deficientes auditivos, y ampliadas con funciones técnicas específicas imprescindibles para la identificación de sus necesidades y sus posterior atención educativa. Estas funciones diferenciadas son fundamentalmente:

-Realizar el diagnóstico audiológico y las revisiones audiológicas periódicas que precisen los niños con deficiencias auditivas.

-Prescribir los audífonos que mejor respondan a los restos auditivos de cada niño, así como realizar la adaptación de los mismos, control de reglajes, revisión y mantenimiento posterior.
-Colaboración en la elaboración de adecuaciones curriculares individualizadas y particularmente en la intervención logopédica.

Estas actuaciones se realizan en colaboración conveniada con empresas de audífonos que nos prestan el soporte informático y el software necesario para las prescripciones protésicas.

Otra de las funciones diferenciadas desempeñadas por el EAP en colaboración con el Servicio de O.R.L del Hospital de San Pablo es el diagnóstico otorrinolaringológico efectuado por una médico del Servicio como complemento necesario para una valoración completa de cada niño, que nos garantice una mejor atención individual posterior.

El ámbito de actuación de este EAP, por lo que se refiere al diagnóstico y orientación educativa, así como a la prescripción y control de audífonos es toda Cataluña, excepto aquellas zonas que dispongan de servicios sectorizados.

2- Equipo de Seguimiento Escolar de Primaria

Está formado por 17 logopedas itinerantes y una coordinadora. Su misión es proporcionar a los alumnos con déficit auditivo, escolarizados en escuelas ordinarias de E.G.B., la respuesta educativa individualizada y específica que precisen.

Su ámbito de actuación es la ciudad de Barcelona. Actualmente atienden a 73 alumnos distribuidos entre 45 escuelas públicas y del CEPEC, con una dedicación media de 5 h semanales por alumno. Son sus funciones:

-Respecto a los alumnos:
  -Estimulación y discriminación auditiva.
  -Educación de la fonación y el habla.
  -Estructuración del lenguaje.
-Respecto a las escuelas: Colaboración con los tutores y claustros en:
  -Adaptaciones curriculares y didácticas.
  -Pautas de comunicación a tener en cuenta con el niño.
  -Adecuación de actividades y de situaciones del grupo-clase que le favorez

can los aprendizajes.

-Elaboración conjunta de materiales y recursos pedagógicos.

-Respecto a los padres:

-Estimular su participación en la tarea reeducativa, proporcionándoles instrumentos de comunicación, incluido el lenguaje de signos en algunos casos.

3- Equipo de Seguimiento de Secundaria y Ocupación Laboral

Está formado por cinco profesores itinerantes y un coordinador. Su misión es atender la demanda formativa y ocupacional de los adultos con deficiencia auditiva a partir de los 16-17 años.

Su ámbito de actuación es la ciudad de Barcelona en tres sectores específicos: la Formación Profesional ordinaria, Planes Ocupacionales (INEM, Fondo Social Europeo) y Transición al Trabajo (contratación laboral).

Actualmente atienden a más de 80 jóvenes entre los tres sectores. Son sus funciones básicas:

-Realizar el apoyo pedagógico y estructuración del lenguaje a los alumnos con deficiencia auditiva escolarizados en Escuelas Públicas de Formación Profesional.

-Organizar cursos específicos de formación laboral (sexaje de aves, autocad, etc...) y facilitar su acceso a planes ocupacionales del INEM.

-Promover su contratación laboral posterior en colaboración con el Equipo de Asesoramiento Laboral del Instituto Municipal de Disminuidos. Durante el año 89 se contrataron 23 deficientes auditivos en empresas privadas y 4 en empresas públicas.

4- Equipo de Formación y Documentación

Está formado por tres profesionales que responden cada uno de ellos, a los perfiles de formación, documentación y nuevas tecnologias (medios audiovisuales e informática).

Como ya he comentado anteriormente, este es el equipo de más reciente creación, y por tanto todo lo aquí expuesto se ha de considerar en fase de organización.

Su misión es ofrecer formación, información i recursos didácticos a los profesionales, padres y entidades, implicados en la atención educativa de niños con deficiencias auditivas. Consta de:

-Biblioteca y Fondo Documental especializado
-Videoteca
-Sala de Conferencias y Exposiciones

Son sus funciones básicas:

-Promover y organizar la formación permanente y actualización de los profesionales implicados en el tema.
-Ofrecer formación e información a los padres para mejorar la respuesta de las familias a las necesidades socio-educativas de sus hijos.
-Atender y organizar las demandas de Prácticas de Formación formuladas por entidades educativas (Universidad, etc...).
-Obtener, organizar y facilitar material bibliográfico, de documentación y video.
-Recoger, elaborar y difundir material y recursos didácticos que faciliten la tarea educativa de los profesionales del sector.

Su ámbito de actuación, en la medida en que se vaya dotando técnicamente, será de toda Cataluña.

5- Escuela Municipal Tres Pins

El FONOAUDIOLÒGIC, además de los servicios hasta aquí expuestos, específicos de un Centro de Recursos Educativos, dispone de una Escuela cuya creación he explicado al inicio de este escrito.

En el Convenio entre la Generalitat y el Ayuntamiento, por el que el Fonoaudiológico pasa a ser un Centro de Recursos (C.R.E.D.A.C.), se especifica en su segunda cláusula referente a la Escuela "Tres Pins".:

"Quedará sujeta a las directrices del C.R.E.D.A.C., en lo que se refiere a la formación permanente de los profesionales y a la atención educativa específica de los alumnos con deficiencia auditiva. En los demás aspectos permanecerá con la autonomía de funcionamiento propia de todo Centro Educativo. Se

considerará en función de su proyecto global que esta se acoja a alguna de las modalidades que prevee la Ley 8/1983 de Centros Experimentales, con el objetivo de desarrollar la experimentación de nuevos métodos, técnicas, programas y adaptaciones curriculares que mejoren la atención educativa de los alumnos con deficiencia auditiva".

He creido oportuno citar esta cláusula porque da una idea suficiente del porqué y para qué de esta Escuela dentro de la globilidad del Centro.

En la actualidad dispone de 9 aulas ordinarias (desde 3 años a 6º de E.G.B.) con uno o dos niños sordos escolarizados en todas y cada una de estas aulas, y además 4 aulas especiales de niños sordos, la mayoría de ellos con otras deficiencias asociadas y por tanto con necesidades educativas más amplias que exigen, por parte del equipo de profesores la aplicación de estrategias más diversificadas incluido el lenguaje de signos.

Forman el Claustro 28 profesores (tutores, logopedas y especialistas), y su funcionamiento y organización es el marcado por la LODE.

En su Proyecto Educativo, destaca como característica diferenciadora, la voluntad permanente de ir adecuando la estructura organizativa y de ir elaborando las adaptaciones curriculares precisas para dar respuesta a las necesidades educativas específicas de los alumnos con deficiencia auditiva dentro del marco ordinario.

## III - EXPECTATIVAS DE FUTURO

Este largo proceso de Transformación Institucional, no exento de conflictos, que ahora considero finalizado, no hace más que abrir otro nuevo de desarrollo y de mejora cualitativa de los servicios que presta o ha de prestar el Centro en el futuro.

Nuevos retos profesionales, algunos de ellos ya planteados y otros latentes, producirán sin duda cambios importantes que han de revertir en una respuesta educativa más diversificada, dentro en la medida de lo posible del marco de escuela ordinaria.

La educación en la diversidad, como atención a las necesidades educativas específicas de cada niño, nos ha de llevar hacia la elaboración y aplicación de un Proyecto Curricular de Centro lo suficientemente amplio, abierto y flexible como para que esta Institución Pública sepa y sea capaz de dar respuestas diferentes a cualquier niño con deficiencia auditiva, incluso a aquellos que presentan otras deficiencias asociadas.

En esta linea, y con la voluntad de encontrar y mejorar los modelos de intervención educativa, nos estamos dando, a nivel institucional, instrumentos y espacios de reflexión que nos ayuden a ir analizando y valorando la práctica cotidiana, con la participación de un experto en análisis institucional y otro en evaluación de procesos educativos y diseño curricular.

Esta "Reflexión sobre la práctica" está posibilitando la puesta en marcha de nuevos proyectos experimentales que nos permitirán diversificar la respuesta educativa de la Institución, para ir superando el concepto de "atención al déficit" por el de "atención a las necesidades educativas de cada niño" en el marco de la enseñanza ordinaria.

Algunos de los retos pendientes:

-Adecuación de la organización y funcionamiento del Centro a la Reforma Educativa planteada a nivel estatal, y al pleno desarrollo del Convenio de Constitución del C.R.E.D.A.C..

-Optimización de la oferta educativa, previo consenso entre los profesionales del Centro en la elaboración de un Proyecto Curricular de Centro más amplio y flexible.

-Aplicación de las Nuevas Tecnologías tanto a nivel de gestión como a nivel didáctico (Informática educativa y logopédica). Algunas actuaciones ya han sido iniciadas en la Escuela M. Tres Pins y en el EAP.

-Potenciación de la Formación Permanente del profesorado y mejora de la gestión de los Recursos Humanos de la Institución.

No quiero finalizar sin destacar el elemento clave en la transformación de esta Institución. La labor de equipo de los profesionales del Centro que, con su inquietud, preparación técnica y dedicación personal, han sido los auténticos motores del cambio, priorizando la voluntad de entendimiento profesional, superando así los conflictos.

# LA EDUCACION DE LOS DEFICIENTES VISUALES EN ESPAÑA

Pedro Eguren
O.N.C.E.

## 1. PERSPECTIVA HISTORICA

Aunque excepcionalmente podríamos encontrar que, de forma particular, alguna persona o institución benéfica o religiosa se hubiera esforzado por intentar educar a las personas ciegas (como puede ser el caso de las Hermanas Terciarias en el año 1666, en el Colegio del Pozo Santo en Sevilla), (Montoro,J.1989), lo cierto es que será a lo largo del siglo XIX cuando la sociedad se plantee seriemente esta posibilidad que desarrolla los mecanismos económicos, legales y materiales para que pueda convertirse en un hecho real.

Durante todo el siglo XIX la educación de ciegos estuvo supeditada y mediatizada por la educación de sordomudos, ya que los ciegos estuvieron siempre escolarizados en unidades dentro de los colegios para sordomudos y, por lo tanto, la línea pedagógica de estos centros estaba dirigida y diseñada para este colectivo. Sin embargo, lo cierto es que la educación de ciegos alcanzó cotas muy importantes a lo largo de este período y que al finalizar al siglo XIX, de no haber sido por esa supeditación pedagógica, la educación de ciegos hubiera podido quedar prácticamente resuelta.

La primera escuela para ciegos que se creó en España fue en Barcelona en el año 1819, fundada por José Ricart (Montoro,J.1989), quien de forma particular empezó a impartir clases para ciegos en su propio domicilio. En 1834, en una de las aulas del Colegio Nacional de Sordomudos, comienza a recibir clase el primer niño ciego: Faustino María Samaniego, de 11 años de edad.Esto permitió que en el año 1835 se solicitara la creación de la primera escuela interina para ciegos, solicitud que fue denegada por el Ministerio de Gobernación, en cuya denegación,en uno de los párrafos puede leerse textualmente: "la enseñanza para leer y escribir, tan imprescindible para las demás clases como útil para los sordomudos, es de puro lujo para

los ciegos". No obstante, en 1842 se inauguró el Colegio Nacional de - Sordomudos y Ciegos, que fué la primera escuela abierta para ciegos en nuestro país.

En el año 1857 se promulga la Ley de Instrucción Pública dada por el Ministro de Fomento, Don Claudio Moyano (más conocida por Ley Moyano), que recoge la obligación del Estado de educar a los ciegos en cada distrito universitario y recomienda la separación de la educación de los - ciegos y la de los sordomudos. Sin embargo, y dado que no se arbitraron los mecanismos y recursos necesarios para desarrollar esta ley en todas sus previsiones, esto no se llevó a cabo y las unidades para la educación de ciegos siguieron estando dentro de los colegios para sordomudos. No obstante, en el curso escolar 1888-1889 existían en España catorce centros donde aprendían los ciegos y donde estaban escolarizados 311 alumnos.

En 1860 y como desarrollo a la propia Ley Moyano, una Real Orden recomienda la admisión de los ciegos en las escuelas ordinarias, donde puede leerse textualmente: "Todos los ciegos deben asistir a las clases y a la escuela primaria de videntes y si el maestro no sabe braille,para - educarles podrá usar las letras en relieve del alfabeto en común o formar estas letras con alambre, varillas de madera, tiras de cartón o papel, - gomas, etc."; sin embargo, esta Real Orden tampoco se llevó a efecto por la oposición de los maestros nacionales a admitir a estos alumnos en sus clases.

La separación del Centro Nacional de Ciegos del de los Sordomudos no se llevará a cabo hasta la Segunda República Española, concretamente el día 29 de abril de 1933, y cinco años más tarde, el 13 de diciembre de 1938 se creará la Organización Nacional de Ciegos Españoles (O.N.C.E.).

La Fundación de la Organización Nacional de Ciegos, creada por los propios ciegos y dirigida, mantenida y desarrollada con su trabajo y capacidad demostrada durante más de cincuenta años, ha supuesto un hito histórico sin precedentes, en cuanto a la mejora de las condiciones de vida y desarrollo personal y social de los ciegos en España.

El patrimonio acumulado durante estos años, la capacidad organizativa, económica y de gestión demostrada por el colectivo de ciegos como personas individuales en las diversas capas y tejidos de la sociedad española, ha originado un importante cambio en las actitudes y expectativas no sólo de la propia sociedad hacia las personas ciegas o deficientes visuales, sino también de los propios deficientes visuales en cuanto a su propia autoimagen.

Esta Organización, desde su fundación en 1938 ha tenido como uno de sus fines prioritarios la atención educativa de los deficientes visuales en nuestro país, y de hecho, a lo largo de los años cuarenta, se hizo cargo del Colegio NaCIONAL DE Madrid y creó otros Colegios en Sevilla, Alicante y Pontevedra; posteriormente, se crearían los Colegios de Barcelona y Valencia.

Durante aproximadamente cuarenta años, la educación de los deficientes visuales y ciegos se ha desarrollado en estos centros específicos en régimen de internado, pero con la llegada de la democracia a España y la promulgación de la Constitución Española de 1978, se producen importantes cambios en la sociedad española que va a tener sus reflejos en los planteamientos educativos de los deficientes visuales en nuestro país.

En primer lugar surge la urgencia de adecuarse a la mentalidad y necesidades sociales del país en ese momento, así como de ser congruentes con el margo legal vigente para esta área y todo el Estado, atendiendo a los principios y criterios que en materia de educación para minusválidos entraron en vigor a partir de la aprobación de la Constitución y de la Ley de Integración Social de los Minusválidos de 1982.

Por otra parte, debemos resaltar que en los años 75-76 se inicia ya con carácter experimental en Cataluña y Aragón, los primeros intentos de integración escolar de los niños ciegos a partir de unos equipos profesionales pertenecientes a la "Obra Social" de las Cajas de Ahorros de estas Comunidades. Más tarde la propia Generalitat de Catalunya y distin-

tas asociaciones de padres de Málaga, Madrid, Euskadi, Canarias, etc., se acogieron a la iniciativa con el fin de poder mantener a sus hijos cerca del hogar.

La Organización Nacional de Ciegos, haciéndose eco de los cambios sociales y educativos del país, ha ido transformando su política educativa, y actualmente es una de las instituciones puntales del proyecto de integración escolar de los niños ciegos en nuestro país. Así, desde el año 1985 sus colegios educativos se han ido transformando en Centros de Recursos, con el fín último de ayudar a los niños y a sus familiares a seguir su escolaridad con recursos técnicos y humanos, sea donde sea el Centro en que se realice su educación.

Para conocer un poco mejor los planteamientos de la Educación Integrada, digamos que aunque no ha tenido mucho tiempo desde que se comenzó a implantar, podemos distinguir tres fases:

1) De carácter experimental.
2) De expansión controlada.
3) De aumento en la calidad de apoyo, servicios y materiales, que es la que se pretende acometer.

Por último, diremos que en la actualidad hay unos 2.500 niños escolarizados, de los cuales el 30% aproximadamente estudian en régimen de educación especial y el 70% restante cursan sus estudios en régimen de educación integrada.

Los aspectos en los que fundamentalmente se está incidiendo a la hora de plantear la integración de los deficientes visuales son:

- Atención temprana, orientación familiar, creación y organización de equipos de apoyo y asesoramiento, dotación y adaptación de materiales, formación de los profesionales, investigación en diversos campos, etc.

Sobre cada uno de estos aspectos iremos profundizando e lo largo de este capítulo.

## 2. ORGANIZACION DE LA EDUCACION DE LOS DEFICIENTES VISUALES EN ESPAÑA

Como ya hemos señalado, en la actualidad la educación de los deficientes visuales se acomete desde dos modalidades:la que se realiza en los centros específicos, donde sólo asisten niños ciegos y deficientes visuales, y la educación integrada en la que los niños acuden a los centros ordinarios con niños videntes, recibiendo periódicamente, tanto ellos como el personal de los centros donde asisten, apoyo, asesoramiento y ayuda de -- personal especializado, así como la dotación de material pedagógico, de - juegos, etc., para que los niños deficientes viauales puedan acceder a los conocimientos y contenidos educativos de forma adecuada a sus necesidades.

Actualmente, para llevar a cabo ambas modalidades educativas existen conciertos y convenios de colaboración entre diversas instituciones, ONCE, MEC y diversas Comunidades Autónomas en aquellos casos en los que tienen transferidas las competencias educativas, y en algunos casos con otras instituciones locales tanto públicas como privadas.

La escolarización de los niños ciegos comprende desde los 4 a los 18 años, pero conjuntamente a la atención escolar se está dando gran importancia a la atención temprana de los niños ciegos o de baja visión, que han de sustituir la información que proporciona la mirada por otros canales que - han de ser potenciados desde el momento en que se ha detectado el déficit visual.

En estos momentos se está creando por todo el territorio español equipos especializados en educación precoz del niño ciego que dan prioridad al trabajo familiar, dando orientaciones a los padres para que conozcan las - repercusiones que la ceguera puede provocar en la evolución del niño y cómo encontrar nuevos estímulos que sustituyan los visuales, a la vez que deben entender la propia angustia que puede generarles su déficit, y ayudarles a reorganizar de forma positiva la relación con el bebé.

## 2.1. LOS CENTROS ESPECIFICOS DE EDUCACION PARA DEFICIENTES VISUALES

En el marco de los actuales Centros de Recursos Educativos para Deficientes Visuales que la O.N.C.E. tiene en Madrid, Sevilla, Alicante, Pontevedra y Barcelona, se encuentran ubicados distintos servicios específicos para alumnos ciegos o de muy baja visión que permiten investigar,complementar y estudiar aspectos psico-técnicos y pedagógicos de la educación, adaptando aspectos curriculares, actualizando metodologías escolares, creando material aspecífico, transcribiendo libros de texto,etc.

Dentro de estas necesidades específicas, los Centros de Recursos ofrecen atención a un grupo de niños ciegos o de baja visión que realizan los estudios de Educación General Básica en régimen de escuela especial. Así pues, para todos aquellos alumnos que por distintas razones no pueden realizar la enseñanza básica en escuelas ordinarias, tienen la posibilidad de hacerlo en uno de los cinco centros específicos existentes dentro de los centros de recursos. En algunos de estos colegios hay conciertos económicos con el M.E.C. También cuentan con un servicio de residencia para aquellos alumnos que por razones de lejanía no puedan realizar diariamente el traslado desde su casa a la localidad donde esté ubicado el colegio especial.

Otros de los servicios específicos son las Unidades de Rehabilitación Visual, que tienen como objetivo principal obtener a partir de la estimulación visual y de las ayudas ópticas, toda la potencialidad que tiene el alumno para ver y enseñar a aprovechar su residuo visual, sea cual sea el régimen educativo en el que esté estudiando.

Los Centros de Recursos Educativos cumplen en la actualidad la función de Centros de Producción de Recursos Didáctivos, creando y adaptando materiales específicos y libros de texto que servirán para los alumnos en los distintos niveles de su escolaridad. Asimismo, en ellos, se llevan a cabo programas de formación y reciclaje de los profesionales, producción de recursos pedagógicos, etc.

Estos Centros actúan en una determinada zona geográfica, aportando su asesoramiento y medios disponibles a las Instituciones y profesionales de-

su área. De cara a los alumnos que lo necesitan, desarrollan programas específicos diversos (orientación y movilidad, actividades de vida diaria, estimulación visual para aquellos alumnos que poseen algún resto de visión).

Por último, destacaremos que estos Centros prestan sus servicios de forma gratuita para todos los deficientes visuales de nuestro país.

## 2.2. LA EDUCACION INTEGRADA

Se entiende por educación integrada la asistencia de los niños ciegos o deficientes visuales a la escuela ordinaria, compartiendo las clases y actividades en general con los niños videntes. Pero la presencia de un niño ciego o deficiente visual en las aulas ordinarias requiere un tratamiento pedagógico y una forma de trabajo distinta por parte de los maestros en cuanto a la forma de aplicar los contenidos, manejo y utilización de materiales y hacer llegar los conceptos que se quieren transmitir a los niños, adecuados y adaptados a las necesidades específicas de los niños ciegos o deficientes visuales según en cada caso. Hay que tener en cuenta que estos niños pueden y deben aprender todos los contenidos que se establecen en los programas -- educativos, pero ésto sólo será posible teniendo en cuenta las peculiaridades que plantea un niño deficiente visual grave o ciego en su desarrollo madurativo, y por lo tanto, adaptando las formas de trabajo a las necesidades de su desarrollo ya que,de no hacerlo así, se corre el gravísimo riesgo de añadir a la deficiencia visual retrasos o carencias intelectuales y madurativas debidas exclusivamente a un mal planteamiento educativo.

Hay que tener en cuenta que la integración no es un fín en sí misma, en todo caso es un método para conseguir que la sociedad acepte las diferencias individuales y las acepte como norma de convivencia, pero esto implica el - derecho a la diferencia y el respeto a las peculiaridades que conlleva esa diferencia,y por lo tanto, garantizar el pleno desarrollo de ese hecho.

Así pues, el maestro que tiene un niño ciego o deficiente visual en su aula está obligado a conocer aquellos aspectos imprescindibles sobre el desa-

rrollo y características de ese alumno al que va a educar y a enseñar. Para ello, la O.N.C.E., en colaboración con el Ministerio de Educación y Ciencia y otras Administraciones Públicas y Gobiernos Autónomos, dispone de más de 50 equipos especializados de asesoramiento y apoyo. Estos equipos son interdisciplinares, es decir, que se componen de diversos profesionales y su composición cambia según las circunstancias, pero generalmente están compuestos por un equipo de valoración y diagnóstico, formado por pedagogos, psicólogos y trabajadores sociales, y otro de apoyo formado por maestros, adaptadores de material y técnicos en orientación y movilidad y habilidades de la vida diaria; estos profesionales realizan su trabajo de forma itinerante, y su labor consiste en orientación y diagnóstico de los alumnos, orientación y trabajo con las familias, orientación y asesoramiento tanto a los centros escolares en general, como a los profesores tutores en particular, en todos aquellos aspectos que se consideren convenientes para un mejor trabajo con el niño. Asimismo, realizan las adaptaciones de material.

Trabajan de forma sectorizada por Comunidades Autónomas o Provincias, según los casos, y deben participar también conjuntamente con los maestros del centro, los equipos psicopedagógicos del sector y la familia, en la elaboración de los ACI y PDI. Por otra parte, tanto desde la O.N.C.E. como desde otras instituciones (CEPS, Universidades, etc.), se ofrece formación a profesionales interesados en adquirir diversos niveles de conocimiento en este tema.

## EL CASO DE LA EDUCACION-FORMACION DE DEFICIENTES MENTALES

María Luisa de Ramón Laca
Centro Concertado de Educación Especial
"San Luis Gonzaga"

El proceso rehabilitador de una persona con cualquier tipo de minusvalía es complejo. Abarca una multiplicidad de acciones y servicios que, o se integran en una actuación globalizadora, o sometemos a la persona a una disgregación que impedirá su crecimiento. Esta acción integradora se consigue desde la educación a cualquier edad, ya que supone un aprender a vivir con las limitaciones propias de las minusvalías, a utilizar las capacidades adquiridas con la ayuda de otros servicios de rehabilitación, a suplir las que no se van a poder adquirir y a beneficiarse de las oportunidades del entorno. La asimilación de esta situación global es el aspecto psicopedagógico de la rehabilitación.

Y si la educación juega un papel importante en el proceso rehabilitador a cualquier edad, qué decir de la edad escolar, en que la educación es el factor principal para el desarrollo armónico del niño. Y es la escuela, obviamente, el lugar idóneo para llevar a cabo esa educación. La institución escolar ofrece una ocasión privilegiada para la maduración del niño entre sus iguales, origen de su socialización.

El Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad (1) enuncia claramente el derecho a la educación de todos los niños, por muy grave que sea su afectación y que esta educación se desarrolle dentro del sistema general, en la medida posible.

---

(1) "Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad". Ministerio de Asuntos Sociales.

Una definición así, hoy ya no produce asombro porque a lo largo de los últimos años la actitud social hacia las minorias marginadas se ha ido modificando y la percepción de las minusvalías por parte de la Sociedad también ha conocido otros enfoques cada vez menos restrictivos.

En una influencia recíproca, estas transformaciones sociales se han visto propiciadas desde el sector educativo, y a su vez, la evolución social y, sobre todo, el principio de normalización han contribuido a modificar sustancialmente los servicios educativos.

Dos aspectos de esta transformación son, por un lado la idea de la educabilidad de todos los alumnos, incluidos los que padecen deficiencias severas y profundas, o deficiencias múltiples, a quienes se les ha caido la antigua etiqueta que los consideraba "adiestrables", "no educables" o "asistenciales". Hoy ya no se niega a nadie su derecho a la educación, a un puesto escolar y a verse atendido por un maestro.

En segundo lugar, asistimos a la actual incorporación de la educación especial al sistema educativo general del país, tal como se ve en el proyecto de la nueva "Ley de Ordenación General del Sistema Educativo", donde "lo especial" está en las necesidades educativas de los alumnos y no en sus personas. Ya la educación especial no es un sistema educativo paralelo y marginal, sino un aspecto del sistema general, que ofrece formas de escolarización diversas.

Se trata, pues, de que la institución escolar dé respuesta adecuada y eficaz a las necesidades educativas de los alumnos, consideradas individualmente y con criterios de normalización, procurando la máxima inserción posible en la escuela ordinaria. Si bien en el momento actual, las condiciones de las escuelas no son aún las deseadas para poder garantizar la atención suficiente a sus alumnos con problemas.

El Libro Blanco para la Reforma del Sistema Educativo (1) contempla la escolarización en centro ordinario y en centro específico. Ambas formas son válidas, si hemos sabido escoger la más adecuada al alumno, según sus necesidades y las adaptaciones curriculares y metodológicas que requiera.

En el centro específico el ambiente es más restringido, más protegido, por tanto, comporta menores riesgos para los alumnos más gravemente afectados y ofrece para ellos menos ocasiones de frustración personal, al tener menores exigencias académicas y menos competitividad. El reducido número de alumnos facilita la atención individualizada; al tiempo que la especialización de los profesionales, docentes y no docentes, consigue la adecuación de los programas y su seguimiento.

Ahora bien, la falta de exigencia puede llevar al ánimo de los profesionales un excesivo conformismo, la adaptación a convivir con la insuficiencia puede rebajar el nivel de expectativas y admitir resultados mediocres como los únicos posibles. El Libro Blanco para la Reforma del Sistema Educativo advierte de este peligro cuando dice: "Los centros específicos de educación especial, al igual que los restantes centros, deben llevar a cabo con los medios personales y materiales necesarios una función optimizadora del desarrollo, evitando que las menores expectativas representen un lastre o una limitación a dicho desarrollo".

También la eliminación de riesgos puede privar al alumno de ocasiones de experiencia y llevarle a una indefensión que es no explicable por su deficiencia, sino aprendida por la excesiva protección. Como les damos los problemas resueltos,

---

(1) Libro Blanco para la Reforma del Sistema Educativo. Ministerio de Educación y Ciencia.

no tienen ocasión de aprender a resolverlos por si mismos.

Las ventajas del centro de integración son diversas: el niño recibe pautas de conducta normalizadas y modelos de lenguaje mucho más ricos que si estuviera solo con compañeros deficientes. Además no tenemos que tratar de insertarle en la Sociedad, puesto que está inmerso en ella.

Sin olvidar los beneficios que el resto del alumnado se beneficia de la relación con compañeros deficientes. Está probado que los niños que crecen junto a minusválidos, de mayores son más tolerantes, más flexibles y más solidarios.

El peligro que corre el niño con minusvalías en centro ordinario es el de permanecer aislado de sus compañeros y olvidado de sus profesores, si éstos no tienen suficiente sensibilidad hacia sus alumnos con necesidades especiales, o carecen de los recursos técnicos y humanos que le permitan darle respuesta adecuada.

En consecuencia, no podemos decir que una forma de escolarización sea mejor que otra y mucho menos enfrentar una contra otra, sino considerarlas como complementarias, manteniendo, eso sí, el criterio claro de que sea el medio más amplio, menos restrictivo y menos especial posible el que acoja al mayor número de alumnos y dé respuesta adecuada a sus necesidades especiales, transitorias o permanentes. A la vez que los centros específicos asuman la educación de los alumnos con mayores problemas y traten de orientarles hacia la integración familiar y social, en la medida de sus posibilidades.

Ciñéndonos a la experiencia concreta de nuestro Centro podemos decir que desde que Dª Carmen Gayarre de Gil crease su primer colegio, hace más de treinta años, hasta llegar al, hoy denominado, "Centro Concertado de Educación Especial

San Luis Gonzaga" la evolución más notable se ha visto en el alumnado y en consecuencia también en los métodos y programas que tienen, necesariamente, que ir modificándose en la medida en que varían sus alumnos. En cuanto a los criterios, han variado más los de admisión que los de programación, ya que la autonomía personal, la preparación para el trabajo y la competencia social que han sido siempre objetivos prioritarios en nuestro Centro, mantienen hoy su vigencia.

Para trabajar en esta línea educativa nos favoreció mucho el encuentro con el Dr. H.C. Günzburg en 1.964. Su concepción de la competencia social y el PAC por él elaborado fueron de gran ayuda para el equipo docente de la Fundación. En 1.966 llevamos a cabo la traducción al español de este instrumento de observación sistemática de conductas relevantes para la competencia social, que nos permitía diseñar los programas de adquisición de aprendizajes de forma individualizada,a la luz del progreso de cada alumno, partiendo de conductas muy elementales de hábitos de mesa y cuarto de baño, hasta la utilización de una cartilla de ahorros y la consulta médica de la Seguridad Social.(1)

Hace años, nuestra situación podría describirse así: la escuela ordinaria rechazaba a un número considerable de alumnos porque daban problemas en su clase, o porque no aprendían todo lo que sus profesores querían enseñarles y se enviaba a esos alumnos a la educación especial. En sus colegios, oíamos decir: "es que aquí no aprenden, con nosotros pierden su tiempo y el nuestro".

---

(1) "Social Competence and Mental Handicap". Dr. H.C. Günzburg Bailliere, Tindall & Cassell. Londres 1.968.

"Cuadro para la Evaluación del Progreso en el Desarrollo Social". Dr. H.C. Günzburg.

Fundación Centro de Enseñanza Especial. Madrid

Muchos de estos alumnos habían aprendido a leer, aunque con alguna dificultad; otros sabían sumar, pero en edades tempranas habían tropezado con la resta y de ahí todo su gran fracaso posterior.

Al llegar a nuestro Centro, encontraban esos alumnos unos profesionales especializados, con gran experiencia y dedicación, que disponían además de un equipo pluriprofesional con quien diseñar y contrastar sus programas. La enseñanza individualizada, la utilización adecuada de las técnicas y métodos de la educación especial conseguían que esos alumnos, ciertamente, aprendieran todo lo que no habían aprendido en la escuela anterior. Esta realidad confirmaba al profesorado del sistema ordinario en su idea de que los alumnos con problemas donde mejor están es en los Centros específicos.

Ahora bien, la matrícula de nuestro Centro no estaba integrada sólo por alumnos provenientes del llamado fracaso escolar; en nuestro Centro ha habido siempre un número notable de alumnos con Síndrome de Down, hecho que comentaban siempre profesionales de otros Centros, a quienes sorprendía que los admitiesemos, ya que -decían- "estos niños deberían acudir a Centros asistenciales", "su aspecto externo choca a otros posibles alumnos", "hay padres que no están conforme con verlos en el colegio de sus hijos", aunque esos colegios fueran de educación especial.

En esos años, teníamos criterios de admisión bastante restricitivos; así, pensabamos que los epilépticos necesitan atención médica constante y por tanto no debían ir a nuestro colegio. No podíamos tomar alumnos con problemas de conducta porque nos faltaba vigilancia y nuestro centro es demasiado abierto; tampoco aquéllos con conductas psicóticas porque necesitan tratamient psiquiátrico y son, por ello, tributarios de servicios médicos. No podíamos acoger alumnos con graves deficiencias motóricas porque nuestro centro se construyó

con numerosas escaleras, ya que subir y bajar, se decía, es bueno para la rehabilitación de los deficientes mentales. Los alumnos con deficiencias sensoriales asociadas debían acudir a servicios para sordos o ciegos, que son los específicos para su problema.

A pesar de todas estas restricciones, desde nuestro centro apoyamos siempre el derecho a la educación de los más afectados, creíamos -y seguimos creyendo- en el éxito de los programas para severos y en su preparación para la vida de adulto.

Los níveles de los alumnos en esos años eran muy dispares, había severos y límites, la mayoría tenían deficiencia media y ligera. Pero poco a poco vamos recibiendo más severos que límites; se nos hace necesario intentar la supresión de barreras arquitectónicas; nos familiarizamos con la epilepsia y para enseñar a deambular a los ciegos pedimos orientación a la ONCE, hay que aprender Braille y sistemas alternativos de comunicación, porque la logopedia tradicional ya no nos basta hoy.

Ante el aumento de las dificultades tenemos que buscar nuevos recursos, e intensificar la relación con la familia para ofrecer a los alumnos ocasiones de experiencias diversas y reales de actividades de la vida diaria, a la vez que intensificar los programas de preparación para el trabajo.

En 1.975 se autorizó una sección de F.P. y así nuestra preocupación por la preparación para el trabajo encontró en el Ministerio de Educación un cauce administrativo más adecuado y estable que los esporádicos cursos F.I.P. de la división de técnicas especiales del Ministerio de Trabajo, que entonces se venían impartiendo.

Las especialidades autorizadas en un primer momento

fueron electricidad, mecánica, encuadernación y moda y confección y peluquería. Aunque las especialidades no son lo más importante, sí lo es la preparación laboral y la adquisición de una actitud personal responsable y activa ante el puesto de trabajo, en buena relación con los compañeros.

Con estos criterios de autonomía personal y competencia social, en nuestras programaciones siempre han figurado algunos puntos clave, como el entrenamiento para la autonomía en la utilización del transporte público, llegando a conseguirla en el 80 % de los alumnos mayores de 14 años. Y ésto es posible incluso con alumnos sin comprensión lectora; como por ejemplo, tenemos el caso de un adulto a quien se estaba enseñando a reconocer las estaciones de Metro de más frecuente utilización en su vida diaría -su casa, la parada del autobús del Centro y la casa de su abuela- que eran Velázquez, Moncloa y Ventura Rodríguez. La discriminación de las dos primeras no ofreció demasiado problema, pero la tercera, cuyo "dibujo" empieza por Ve, Velázquez y Ventura, ya fué bastante más difícil. Esto nos indica que los logros dependen no tanto del nivel cuanto de los programas que se siguen.

También se ha trabajado siempre el conocimiento y manejo de la moneda y la lectura de prensa con adolescentes y adultos con el doble objetivo de que no tengan que utilizar, a su edad, material de lectura infantil y al mismo tiempo se mantengan informados de la actualidad de su entorno.

En la misma línea con los que tienen capacidad para ello, se intenta que adquieran conocimiento de los servicios que la Comunidad les ofrece: entidades bancarias, médicos, supermercados, cines, etc.

Además de considerar todos estos aprendizajes encaminados

a la adquisición de competencia social, en el momento actual se da gran importancia al cultivo de las estrategias cognitivas.

En la educación de alumnos con deficiencia mental, hemos pasado de considerar que era como una enseñanza ordinaria con menos contenidos, a la idea de que sólo había que conseguir adiestramientos diversos, para llegar ahora al concepto de modificabilidad de las estructuras cognitivas, siguiendo las ideas de Feuerstein y Vigotsky entre otros (1). Interesa hoy por igual lo que aprenden nuestros alumnos y el cómo aprenden, o sea los procesos de aprendizaje.

Contrapone muy bien Feuerstein la facilidad que tienen los niños sin problemas para aprender espontáneamente de su interacción con el medio, mientras que los alumnos con necesidades especiales requieren la mediación del maestro en los procesos de aprendizaje.

Basándose en esta teoría, nuestros programas van, actualmente, dirigidos a favorecer el desarrollo de habilidades de ejecución inteligente, de estrategias cognitivas y a la toma de conciencia, por parte de los alumnos, de la importancia que los procesos de aprendizaje tienen para ellos.

El hecho de que los deficientes mentales tengan dificultades para generalizar aprendizajes y desarrollar sus estrategias cognitivas no nos puede llevar a considerar nulas sus posibilidades, sino a diseñar programas que las favorezcan, como en estos momentos tienen en cuenta los profesionales de la Educación Especial.

---

(1) Alicia Cochinero
"Siglo Cero" nº 122, Marzo-Abril 1.989. FEAPS, Madrid

Siguiendo con el desarrollo integral de la persona, es preciso considerar también la importancia de la formación religiosa.

La mayor parte de las familias de nuestros alumnos han pedido educación religiosa católica, salvo alguna que, excepcionalmente, ha optado por formación ético-moral. Sin embargo, el derecho a la libertad religiosa ha sido realidad en nuestra Fundación y ha supuesto una muy rica experiencia de convivencia sin problemas, al haber tenido algunos alumnos de otras confesiones, concretamente Testigos de Jehová y griegos ortodoxos, que han participado, por voluntad propia, de un clima de cultivo de los valores superiores y vivencia religiosa, que podríamos llamar general, de formación de la persona; aunque, sin asistir a los actos de culto por ser expresamente católicos, según la confesionalidad de nuestra Fundación.

De nuestra experiencia a lo largo de estos años podemos decir que la formación y educación en los valores cristianos ha propiciado en los alumnos una posibilidad de crecimiento personal en su dimensión humana más noble y la educación religiosa ha proporcionado a muchos de ellos una vivencia religiosa auténtica, muy superior a lo que cabría esperar, si sólo tenemos en cuenta su nivel intelectual.

Vivencia que estimula actitudes personales de solidaridad, convivencia en paz, respeto y ayuda al otro, que de forma decisiva influyen en sus acciones más nobles y generosas, de las que podríamos dar incontables ejemplos.

Decíamos antes que en la formación profesional la especialidad es menos importante que la preparación

polivalente para el trabajo, porque los alumnos de aquellos cursos están hoy, en su mayoría, desempeñando tareas diferentes de las que aprendieron en la escuela. Los que están en nuestros talleres ocupacionales de encuadernación, alfarería y labores sí están trabajando en lo que aprendieron, pero los que consiguieron empleo ordinario no ha sido en su profesión, salvo excepciones; así sabemos de un encuadernador, un tornero, una peluquera, alguna más en taller de confección, un empleado en compañía eléctrica, etc. Pero, en general, es en el campo de limpieza en oficinas y restaurantes, mozos en supermercados y almacenes, en empresas de reparto y en la construcción, donde la mayoría de nuestros antiguos alumnos han encontrado puesto de trabajo. En todos estos casos ha sido la responsabilidad ante la tarea y la competencia social la clave de su integración, y lo mismo podemos decir de la integración social de aquellos que incluso han llegado a formar su propia familia. Es considerable nuestra experiencia en ayudar a los antiguos alumnos, que, casados o no, llevan vida de pareja. De entre estos alumnos, algunos prefieren olvidar que han pasado por un centro de educación especial y no quieren mantener su relación con el centro. Esta actitud es fácil de entender y debe respetarse. Pero hay otros muchos que buscan ayuda en los equipos técnicos de la Fundación, en sus antiguos maestros, e incluso en sus compañeros. Este grupo, organizado en lo que ellos mismos han llamado "Club Amistad", mantiene su comunicación y su relación con la Fundación. Entre los componentes del club, alguno de mayor nivel de comprensión considera que el club le da ocasión de ayudar a compañeros con menos capacidad y , de hecho, así ha sucedido en varias ocasiones.

Por nuestra experiencia con adultos pensamos que, de la misma forma que el trabajo protegido es necesario, también los es el matrimonio protegido. A la hora de vigilar un embarazo,de la pérdida de empleo, de problemas en la relación de pareja, o simplemente de la organización doméstica , el

apoyo de un maestro, un psicólogo, o un trabajador social resulta muy eficaz.

Si para las personas afectadas de deficiencia mental, la intervención temprana es importante y también lo es una adecuada educación en la edad escolar, la atención y apoyo al adulto es igualmente importante, porque es muy difícil saber conducirse en la Sociedad con una vida de adulto plena de sentido. La educación permanente de adultos no se puede olvidar, si queremos para nuestros antiguos alumnos el ajuste personal y social a que alude la normativa laboral del empleo para minusválidos. Tanto si es empleo especial, como en talleres ocupacionales.

De cara a preparar la futura integración social del adulto, tenemos que tener en cuenta que el período escolar el limitado en el tiempo y que nuestros alumnos son lentos en los aprendizajes, por tanto en nuestro programa tenemos que seleccionar muy bien los objetivos y las conductas que queremos implantar o modificar.

Al analizar las conductas a implantar vemos que hay algunas cuya adquisición es necesaria en uno o más ambientes de los frecuentados por el alumno con deficiencia y que serán diferentes según se tenga que desenvolver en medio rural o urbano, en un nivel social u otro, en familia o en residencia. Haciendo un análisis de los posibles ambientes futuros con que se encontrará el alumno al dejar la escuela, podemos hacer esa selección de aprendizajes con criterios de funcionalidad, tomando el término utilizado por Lou Brown (1).

Indudablemente, los aprendizajes encaminados a conseguir autonomía facilitan la vida personal y familiar y con ello la

---

(1) "Criterios de Funcionalidad". Lou Brown. Fundación Catalana para el Síndrome de Down.

integración social y la posible participación en la comunidad.

En cuanto a las conductas a inhibir, encontramos algunas que perjudican al individuo, o que resultan incomodas para la convivencia familiar y social; en estos casos, no basta con inhibir esas conductas en el centro escolar, cosa que puede resultar no demasiado difícil, el problema está en extinguirlas en el medio familiar. Hay que diseñar un programa viable en casa y motivar a la familia para que lo sigan todos sus miembros.

Ahora bien, a la hora de inhibir conductas hay que tener en cuenta que una persona con deficienca mental puede manifestar conductas peculiares y, si no son nocivas para sí mismo y significativamente asociales, tiene derecho a vivir su peculiaridad y nosotros obligación de respetársela. Aunque la tendencia habitual, sobre todo de los padres, es a imponerles nuestras pautas a ultranza.

En aspecto tan importante del programa global de rehabilitación como es la modelación de conductas de adaptación social, se hace más patente aún la necesidad de colaboración y apoyo familiar. Un buen servicio de orientación a la familia es indispensable y así lo manifiesta tanto el Plan de Acción Mundial como el Libro Blanco de la Reforma.

Para que el servicio sea eficaz tiene que conseguir una comunicación muy fácil en ambas direcciones y debe abarcar a todos los miembros de la familia, a fin de evitar que surjan tensiones en su seno por disparidad de criterios de actuación. Si bien esto no supone que el grado de implicación y de compromiso con el programa propuesto sea el mismo en todos los miembros.

El seguimiento de estos programas es tarea delicada y difícil que requiere mucho tiempo. En nuestro caso, supone la acción conjunta de asistentes sociales y psicólogos, en coordinación con los maestros y la familia.

Si nuestro objetivo está hoy en la participación en la Comunidad, en la medida en que cada uno pueda, es necesario conseguir dos puntos de apoyo fundamentales: la integración en la familia y la normalización de los servicios.

Indudablemente es más fácil educar para la segregación, para vivir " de puertas adentro" y utilizar servicios diferenciados.

Un programa de rehabilitación global de la persona que la prepare para participar y para desenvolverse en su entorno natural es más difícil, más exigente y comporta mayores riesgos, pero supone también una calidad humana de vida, una mayor dignidad personal, y es responsabilidad nuestra proponer esas posibilidades con criterio realista, sin falsas expectativas, pero a la vez sin limitaciones impuestas por el rechazo y la sobreprotección.

# LA EDUCACION DE LOS ALUMNOS CON DEFICIENCIA MOTORA

José Manuel Cabada

Colegio Público de EGB
"Jorge Guillén"

Los procesos de rehabilitación, como se ha señalado, han recorrido etapas y han sufrido cambios en su orientación hasta su concepción actual, que se han ido reflejando en la vida de las instituciones; cambios que se manifiestan de una manera singular, en relación con la atención a los alumnos con algún tipo de minusvalía en el ámbito motor.

Ciertamente son ricos y ejemplificadores los procesos de cambio que podrían analizarse en las diversas instituciones del campo que nos ocupa; entre ellas, cabría citar el caso del antiguo Asilo de Inválidos para el Trabajo -hoy transformado en el Colegio Público de Educación Especial de Reeducación de Inválidos-; aparte de esta Institución, merecerían especial atención los distintos centros regentados por los Hermanos de San Juan de Dios, en diversos lugares del Estado.

De todas maneras, el espacio de que se dispone permite tan sólo referirse a una de dichas instituciones; quizás la de historia más corta pero, sin duda, la que responde de forma más adecuada al concepto de rehabilitación integral que defendemos. Se trata del Colegio Público de E.G.B. "Jorge Guillén" que escolariza alumnos con minusvalías motoras; es éste un colegio ordinario incorporado al programa de integración escolar del M.E.C..

Antes, pero, de pasar a describir la respuesta institucional que de este centro se ofrece, considero oportuno exponer algunas reflexiones entorno al concepto de rehabilitación que se maneja y la relación entre ésta y educación que, de hecho, sirven de referente al planteamiento institucional que sostenemos.

## 1.- LA REHABILITACION, HOY.

La rehabilitación, hoy se concibe como un conjunto de actuaciones, configurando un proceso unitario y global. Un proceso en revisión y evaluación constantes, a nivel individual y social y por los servicios, instituciones y centros.

Proceso alejado de las tentaciones asistencialistas y de las primacías económicas; alejado de la discrecionalidad y centrado en los procesos de desarrollo personal e integración.

Rehabilitación más global, no únicamente dependiente de las grandes catástrofes, guerras y epidemias, sino más ligada a la vida diaria, a los accidentes domésticos, a las enfermedades profesionales, a la práctica del deporte, a los accidentes de tráfico.

Rehabilitación como conjunto integral de medidas en evolución y no limitado a la evaluación precisa de las minusvalías o discapacidades, sino a la repercusión funcional de las discapacidades y en relación con las adaptaciones o nuevos recursos que se precisen en cada caso. Rehabilitación para la autonomía y desarrollo personal, cada vez más complementaria, interdependiente y más de todos.

Rehabilitación unívocamente convergente para la Integración familiar, escolar, laboral y social.

## 2.- EDUCACION - REHABILITACION.

Se presenta controversia entre estos dos términos, y están presentes las secuelas que a lo largo de su historica relación se ha ido produciendo.

Unos consideran que educación es un concepto más amplio y genérico que rehabilitación, otros que tienen distinta dimensión, los menos que son dos términos unívocos, y bastantes que la educación es un instrumento para la rehabilitación, que es un componente para la rehabilitación.

Presiones corporativistas, intereses profesionales y los poderes económicos, y de control de organizaciones, determinan la orientación de planes y realizaciones que afectan a la consideración de su independencia, complementariedad o primacía.

Por ello, no está claro en qué medida una discapacidad concreta o una minusvalía con componentes médicos o paramédicos se relaciona e integra con el proyecto educativo de esa persona.

En muchos casos, los aspectos médicos y educativos, tienen en común el que coexisten desde el inicio. Y pese a ello, las divergencias se producen, cuando por la concepción clínica o por sus secuelas, o bien por la tradición y uso de los servicios, se determina unilateralmente que lo importante y prioritario, es el tratamiento médico o rehabilitador paramédico en los primeros años de la vida del niño.

Si ello ha sido así, y así se "han gastado" los primeros años, hasta que tenga 5 o 6 años y ya pueda entrar en la educación formal; y es entonces cuando se entrega la primacía a la educación, el daño que se ha producido, con seguridad, ya no será rehabilitado.

El circuito médico o paramédico exclusivo, independiente y cerrado, dificulta y limita el desarrollo afectivo, psicológico y social de la persona. El que los padres, psicólogos y educadores ocupen un lugar secundario, constituye un punto de

partida negativo, no sólo para el presente sino para el futuro.

Los profesionales y los servicios que asumen el carácter integral y global de la reahabilitación, asumen tambien que el tratamiento no es algo realizado por alguien con una bata blanca en un lugar único, en un determinado momento, sino que es algo que se realiza durante todo el día, en las actividades de la vida diaria y con los componentes de salud, psicológicos, afectivos y de desarrollo que conforman cada actividad.

El control de la cabeza, la extensión del tronco, las reacciones de equilibrio, el control postural dinámico contra la gravedad, la presión de la mano, la cativiad trípode del pulgar... no son hechos aislados ni mecanismos físicos. Todos son actos relacionados con su entorno. Toda y cada actividad motora se motiva, se relacionan y se integra con la maduración y el desarrollo.

El desarrollo no se presenta en el vacío, sino que está intimamente asociado al intercambio del niño con su entorno y con su ambiente. Incluso la relación inicial con la madre, en la que aparentemente la madre es la activa, en realidad es el niño el activo, el que exige la actividad; la relación con los objetos constituye un requisito y metodo obligado para el desarrollo.

Si el niño presenta discapacidades motóricas o problemas en su desarrollo, requiere y así tendrá que preverse, el preparar adecuadamente "el ambiente", todo lo que le rodea. Enriquecer y diversificar el medio de forma intencionada para promover el desarrollo del niño y prevenir su estancamiento, y a eso podemos denominarlo educación.

Si la educación es la relación adecuada del niño con su entorno, para irlo incorporando e integrando, para así proseguir su desarrollo, si esto es así, no hay

que esperar a que el niño se incorpore a la educación llamada formal; hay que ofrecerle la educación desde que nace.

Padres, profesores, psicólogos, médicos, fisioterapeutas, logopedas, terapeutas ocupacionales participan en el proyecto de desarrollo del niño y son corresponsables del desarrollo integral del alumno y de los estancamientos que puedan producirse.

No deberían de producirse intervenciones con el niño ni aisaldas ni tampoco en el vacío, sino que toda intervención ha de ser convergente, complementaria y continua. Las acciones de un miembro, de un músculo o de una función, no son aisladas y más que para inhibir los patrones disfuncionales han de dirigirse a la facilitación de los patrones y conductas de desarrollo.

Se trata de colaborar, ayudar y promover que el niño se mueva y de que controle y oriente sus movimientos y su tono; los profesores, tienen que relacionar los movimientos y su adecuación, el control postural y la fatiga con el momento y la capacidad del niño para aprender.

El aprendizaje se basa y desarrolla en función de las experiencias, y dentro de las experiencias resaltan desde el principio, las sensoriomotoras. El movimiento significa seguridad, comodidad, protección y autonomía para elegir. El desarrollo perceptico y visomotor también está condicionado por el desarrollo físico; y si hay retraso en el desarrollo perceptivo, también lo habrá en la capacidad intelectual y general.

Por otra parte, el desarrollo emocional y social está afectado por la capacidad para moverse o para ajecutar los movimientos precisos para lograr determinados objetivos, y el lograrlo o no, condiciona la independencia física y funcional. Además Cualquier movimiento, no es exclusivamente mecánico, sino que se apoya en las sensaciones, se recuerda y utiliza lo que se ha experimentado antes.

Y por último, los movimientos y el logro de sus objetivos o no, van configurando la autoestima y la imagen de uno mismo; si la imagen no es positiva o si el niño tiene la sensación de que no puede progresar, la capacidad para el aprendizaje ni se ejercita ni se desarrolla.

Todo esto tiene que estar presente en cada propuesta de aprendizaje y en toda intervención educativa. Todo este proceso se acentúa, todavía más, por la individualización. Un niño espástico necesita movimiento, un niño atetósico, se mueve demasiado; no hay un niño igual a otro y todavía mucho menos, no hay un niño afectado por parálisis cerebral igual a otro afectado por parálisis cerebral.

No hay una discapacidad igual a otra y las repercusiones funcionales de una discapacidad no tienen la misma incidencia ni la misma repercusión en los problemas físicos, emocionales, ante el aprendizaje, y sociales. Por ello, los movimientos y sus repercusiones funcionales y ante el aprendizaje, son responsabilidad de todos los profesionales y no específicamente de algunos; y todas las intervenciones son dinámicas e interrelacionadas de cara a su progresión y de cara al desarrollo.

Cualquier intervención con el niño ha de ajustarse a las necesidades específicas de cada niño, basándose en una valoración y concepción global y multiprofesional, y en el seguimiento de convergencia multiprofesional.

Las técnicas son importantes, pero no son las téncias las que producen el progreso, sino las repercusiones funcionales y globales, fruto de su aplicación. Las técnicas cuya importancia es el cómo y su orientación hacia el objetivo, han de partir todas del mismo concepto y de la valoración multiprofesional, todas, han de producir efectos de mejora y progreso y todas, en convergencia, han de ir

adaptándose a las reacciones del niño.

El trabajo en Equipo de todos los profesionales, no ha de limitarse a la conjunción de los profesionales sino que ha de comprender la vida cotidiana del niño y en todos los ámbitos: en el domicilio, en la escuela, en los aspectos de salud y médicos, en la ocupación del tiempo libre y ocio... y la evaluación a tal fin de todo ello es el punto de acercamiento e implicación de los padres.

Los padres, los profesionales de la salud, los profesores, los logopedas, los fisioterapeutas, los asistentes sociales y los terapéutas ocupacionales han de diseñar la comprensión global de todas las necesidades del niño, y cada uno en el uso convergente de sus técnicas, ha de asegurar la continuidad del proceso y del método así como la repercusión de las acciones del niño en el desarrollo global de su personalidad.

## 3.- EL COLEGIO PUBLICO "JORGE GUILLEN": REHABILITACION INTEGRAL - EDUCACION-INTEGRACION.

La rehabilitación, en el Colegio Público "Jorge Guillén", no es un hecho aislado, desconectado de los objetivos educativos del alumno y de la Organización general del Centro, sino inmersa en las necesidades del alumno, y en función de los recursos que necesita; en ningún caso es una mera actividad terapéutica. Veamos sus características y fines.

Se entiende la rehabilitación como un proceso global que se conforma por la convergencia de intervenciones diversas y reune las siguientes características:

Integral.- Pretende el máximo desarrollo de todas las aptitudes y capacidades de la persona.

Individualizada.- Porque la repercusión funcional de la discapacidad es única e incluso irrepetible, por lo tanto la exigencia principal es la valoración y la intervención individual.

Científica.- Cada intervención en el proceso, ha de fundamentarse en el desarrollo y aplicación de conocimientos y técnicas desde y a través de las diferentes diciplinas aplicadas y desde la experimentación.

Interdisciplinar.- Es la condición para las condiciones de rehabilitación integral e individualizada.

Transdisciplinar.- Por la que la intervención interdisciplinar no se limita a las técnicas de cada disciplina sino que debe desarrollarse hasta cubrir las lagunas interprofesionales e interdisciplinares, hasta cubrir la globalidad de la persona.

De permanencia.- Las distintas técnicas y el proceso, no deben inhibirse y menos de forma aislada, hasta que se asegure su habilitación y aplicación o por el contrario los efectos baldios o perjudiciales de su ejecución.

De aplicación social. No debe considerarse que una discapacidad concreta está habilitada hasta tanto no sea ejecutada de forma satisfactoria o suficiente a nivel social.

En cuanto a los fines, digamos que la rehabilitación-integración, no supone la incorporación del alumno dentro de un grupo sino sobre todo la reforma de los valores y de la adaptación de la conducta del grupo donde se integra. En concreto, los fines son:

Integración en el medio familiar. Con respecto a la familia y con su colaboración, ha de pretenderse el grado de autonomía suficiente del alumno de cara a la mayor superación de las repercusiones funcionales de la discapacidad. La búsqueda de la autonomía, ha de reforzarse con la autoestima creciente.

Integración en el medio escolar. La integración en la escuela, supone la máxima atención a las distintas situaciones de la vida escolar. Tanto los profesores, como los programas, los agrupamientos de los alumnos, la intervención pedagógica, el material escolar y los recursos para el aprendizaje, la relación con sus compañeros, su ubicación física en el aula, la adaptación del mobiliario y uso de los distintos espacios de la vida escolar, accesos, mobilidad, zonas de recreo; todo, ha de estar orientado a la habilitación del alumno con discapacidades motóricas y a la reducción funcional de la distancia que pueda haber con otros alumnos y en el medio en que ambos se desarrollen.

Integración social. Aunque el alumno con discapacidades motóricas disfrute de un nivel de integración aceptable en el aula y en el Colegio, no por ello está integrado. El colegio es parte del entorno y tiene su entorno próximo e inmediato. El próximo, es el de sus compañeros fuera del centro, en su casa, en la familia, en el ocio, en los cumpleaños..., el inmediato es el entorno del colegio como estructura, los accesos al colegio, los servicios de la comunidad próximos, las estructuras sociales y de servicios que se relacionan con el colegio.

Tanto en el entorno inmediato como el próximo, es donde se constata el proceso por el cuel el alumno-persona con discapacidades físicas, psicológicas, educativas y sociales y a través de técnicas y servicios de carácter interdisciplinar llega al máximo nivel de desarrollo personal.

### 3.1. Breve descripción del centro.

En este Centro están escolarizados 500 alumnos, de los cuales 46 presentan discapacidades motóricas en distinto grado.

El equipamiento psicopedagógico y de servicios para posibilitar que el Centro pretenda asegurar la integración de estos alumnos es el siguiente:

21 profesores tutores
4 profesores de apoyo
1 logopeda
2 fisioterapeutas
6 auxiliares técnico-educativos.

A distinto nivel de especificidad pero a los mismos fines:

. 1 profesora en el Servicio de Apoyo y Orientación a la Escuela (SAPOE)
. Atención preferente por parte del Equipo del Equipo Multiprofesional (Psicólogo, Pedagogo y Asistente Social), dos dias por semana.

A nivel organizativo: sistema de agrupamientos flexibles y aulas abiertas en todos los cursos de primero a octavo.

A nivel de recursos: aplicación de la enseñanza asistida por ordenador a los alumnos afectados por parálisis cerebral. Adaptación de teclados de máquinas de escribir para alumnos afectados por discapacidades que afectan a su medio de expresión escrita.

Asimismo se cuenta con un Aula-Taller para la inclusión del eje laboral, en las

propuestas de aprendizaje.

Los alumnos afectados por discapacidades motóricas responden a la sintomatología: espina bífida, parálisis cerebral, artrogriposis, síndrome medular trasverso y distrofia muscular.

### 3.2.- Proceso de atención.

Cuando el alumno es valorado por el Equipo Multiprofesional, previo a su ingreso en el Centro, se recaban todos los informes médicos y clínicos. Si el Equipo Multiprofesional y el Centro determinan el ingreso del alumno, en función de las posibilidades del Centro y de las necesidades del alumno, el Departamento de Fisioterapia, solicita los últimos informes y si procede nuevas revisiones o datos complementarios.

Tras el análisis y consulta de todos los informes, y antes de definir el tratamiento, se entrevista a la familia y se recaba información sobre los procesos y actividades de rehabilitación que el niño había desarrollado hasta el momento.

Se presentan, entonces, de manera concreta y puntual los problemas que a nivel de planteamientos y de servicios se vienen arrastrando en y entre rehabilitación y educación Con frecuencia el alumno recibe atención y tratamiento en la Seguridad Social; con pocas excepciones, es meramente clínico e independiente de una concepción global del proceso de rehabilitación y alejado de los procesos educación-integración.

Sólo en algunos casos el alumno recibe atención rehabilitadora en el Centro Hospitalario y en el Colegio; en la mayoría de los casos y dadas las limitaciones del Hospital y del Centro, la familia tiene que optar por recibir tratamiento en uno o en

otro, ya que el recibir dos tratamientos, con frecuencia distintos y con distintas técnicas, e incluso con distintos fines, lo que seguro consigue es el estancamiento del proceso de desarrollo del niño, cuando no su retroceso.

En la actualidad, dada la dependiencia económica y administrativa de la Seguridad Social, muchas familias se encuentran en el dilema de tener que abandonar un sistema que complementariamente a la rehabilitación les proporciona las ayudas para la compra de bastones, sillas de ruedas, bitutores, plantillas o aparatos ortopédicos. Esta situación, no debería de plantearse y habría que articular las medidas administrativas para solventarlo. Caso por caso y por un análisis individual con repercusiones a la globalidad del alumno se toman las decisiones que beneficien al alumno. No se trata de enfrentar la oportunidad o la relevancia de uno u otro servicio, dependencia orgánica o prevalencia administrativa, sino de centrarse en las necesidades del niño y en función de las prioridades de su atención, elegir.

El alumno tiene derecho a estar escolarizado para su educación y a recibir el tratamiento rehabilitador que necesite para ello. En ningún caso puede renunciar a una de ellas; lo que los servicios tienen que encontrar es el momento más adecuado para que el niño pueda disfrutar de un ritmo normal de vida. Ni perder demasiado tiempo del que necesita para su educación, ni no tener tiempo más que para ir al Colegio e ir al Hospital.

Si, como sucede en la gran mayoría de los casos, el alumno recibe la atención de fisioterapia en el Colegio, se determinan los recursos, calendario y tratamientos que va a recibir en el Colegio, y las actividades que el alumno y los padres deben de atender en el domicilio, y en su entorno habitual y próximo.

Se revisa el mobiliario y el material que va a usar en las aulas y se analiza la educación de todos los espacios, con las adaptaciones que fueran precisas, en

cada caso. Se establece el control de las órtesis y prótesis.

Es de suma importancia implicar a todos los demás profesionales, profesores y auxiliares técnico educativos, estableciéndose:-posturas a adoptar sentados, -adaptaciones para el uso de la mano y de la pinza, -indicaciones sobre el manejo del alumno durante la marcha, -indicaciones sobre su fatiga y curvas de rendimiento,-indicaciones sobre su autonomía, independencia y riesgo.

En cuanto a los padres, conviene señalar que se tiene una primera sesión en la que éstos no sólo se informan sino que colaboran activamente: -información-formación sobre el proceso de rehabilitación integral de su hijo/a, -a lo largo del curso, bién en las secuencias de cambio o por su continuidad, y en la medida de lo posible, los padres asisten y participan en las sesiones de tratamiento, - se determina por los fisioterapeutas y por los padres, el manejo del niño y las conductas de la vida diaria: marcha, postura, autonomía, independencia y riesgo, -se precisa la utilización de órtesis, plantillas, prótesis o cualquier aparato o adaptación, -se establecen las revisiones médicas, si es preciso, -y por último se busca el compromiso de los padres de informar de inmediato de cualquier circunstancia que se produzca y que pueda distorsionar el proceso o el fin del tratamiento integral.

Como responsabilidad global, los padres, profesores y las fisioterapeutas atendiendo a las necesidades del alumno y a los procesos que configuran su atención integral, proponen, en su caso, a los profesionales médicos, el momento más adecuado para las intervenciones quirúrgicas, y desde el punto de vista de su oportunidad en relación con el desarrollo del alumno y su momento educativo.

### 3.3.- El tratamiento rehabilitador y su relación con el proceso educativo.

Para determinar el tratamiento de cada niño, a nivel general y en cada caso particular se tiene presente: etapa madurativa, capacidad general del alumno y capacidad concreta en relacion con aspectos relacionados con su autonomía, discapacidades ante situaciones concretas, momento psicológico y evolutivo, integración familiar, integración en el aula, integración con sus compañeros. En definitiva, se asegura en cada caso la funcionalidad del proceso rehabilitador respecto a los objetivos educativos contemplados en la propuesta curricular que de acuerdo con sus necesidades se haya elaborado para cada alumno en particular.

En esta concepción global, y de cara al desarrollo integral del alumno, se emplean las técnicas y tratamientos adecuados en cada caso y teniendo presente el dolor, los eccemas, la espasticidad, la formación de adherencias, contracturas..., ya que aparte de su acción incapacitante, pueden reducir el metabolsimo y limitar la actividad muscular y articular.

Una vez determinado el programa de tratamiento de cada alumno en su concepción específica y en su dimensión global, se pasa a elegir el momento más oportuno para su aplicación por parte de las fisisoterapeutas, pero en función de las necesidades del alumno. El momento de la interveción lo fijan las necesidades del alumno y la adecuación de los recursos que aquellas exigen.

Un alumno puede necesitar tratamiento de fisioterapia, atención específica en logopedia y adaptaciones curriculares en el aula con la ayuda del profesor de apoyo o ayuda para el manejo del ordenador o la máquina de escribir. Como principio general y de organización del Centro, el alumno ha de recibir todos los apoyos y recursos dentro del aula. Evidentemente el tratamiento aplicado por las fisioterapeutas, no se puede realizar dentro del aula; pero por igual evidencia, el

alumno no puede salir del aula en cualquier momento.

Todos los servicios que presta el Centro, han de adecuarse a las necesidades de cada alumno, por lo tanto la coordinación de los servicios no ha de estructurarse por los servicios en sí y para su funcionamiento, sino por las necesidades del alumno y sus prioridades.

A un alumno, le puede convenir, a priori, el tratamiento a primera hora de la mañana, pero, a lo mejor a esa hora en su programa tiene clase de lengua con intervención específica del profesor de apoyo; o con un agrupamiento flexible en matemáticas; o con atención logopédica. La decisión ha de tomarse por todos, profesores, logopeda, profesores de apoyo, orientadora, equipo multiprofesional y la solución se ha de tomar en función de la prioridad de las necesidades del alumno en ese momento.

Por otra parte, el alumno afectado por discapacidades motóricas, tiene el mismo horario que los demás alumnos de su clase y además dentro de él tiene que sacar tiempo para fisioterapia, logopedia, en muchos casos, cuidados higiénicos y cambios, y tiene que estar en el recreo y en el comedor... y por último, la rentabilidad y el aprovechamiento de los tiempos, se ven condicionados, además por su mayor cansancio físico.

Por ello, todas y cada una de las intervenciones del profesor, del profesor de apoyo, de la logopeda, de las fisisoterapeutas y de las auxiliares técnico-educativas, tienen que tener un carácter unitario y global, en función de los objetivos educativos concretados en el curriculum escolar.

Una vez fijado el horario y el momento de cada intervención, este horario se revisa con periodos predeterminados, en principio, y por varias razones: para que

no salga de clase siempre en el momento de determinada asignatura o área de aprendizaje, para que no pierda los distintos ritmos que la clase tiene como grupo a lo largo de la jornada, para que no se anquilose y se aisle el tiempo dedicado al tratamiento y en general para que participe del valor ecológico de relación, fundamental para su desarrollo global.

# LA REHABILITACION INTEGRAL EN LOS CENTROS DE RECUPERACION DE MINUSVALIDOS FISICOS.

Carlos Camarero Sánchez.
INSERSO

## INTRODUCCION

El desempleo, como todos sabemos, es un problema de primera magnitud en nuestra sociedad, vivido como una carga psicológica y social por aquellas personas y sus familias que se encuentran en esa situación. Si a ello añadimos los efectos de la minusvalía, comprendere mos cual es uno de los objetivos primordiales que pretenden estos Centros. Pero si contemplamos a personas que no sólo se encuentran sin trabajo, sino que por su minusvalía, se encuentran en los circuitos marginales del empleo, o que como consecuencia de esta última se hallan en los aledaños de los grupos sociales sin estructurar psicológicamente, entenderemos la necesidad de dar un contenido competencial personal a estos Centros. Y si, por último, vemos que personas cuyo comportamiento está influído por variables como puedan ser largas estancias en hospitales, ausencias continuadas del marco escolar, aislamiento obligado por razones de barreras arquitectónicas, etc., comprenderemos la dimensión integradora del ocio

y el tiempo libre como coadyuvante del necesario aprendizaje de actividades de la vida diaria que, si bien todos precisamos, se hace imprescindible completar en todos sus aspectos en personas con minusvalía.

Todo ello, combinado armoniosamente, puede servir a los fines que pretendemos de recuperación de minusválidos físicos para que se integren plenamente en una sociedad que no puede -ni debe- prescindir de ninguno de sus miembros.

A estas alturas, citar los Artículos 9.2, ó 49 de la Constitución Española puede ser redundante, pero no está de más recordarlos. El primero de los citados reza así:

"Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social".

Este artículo que hace referencia al comportamiento que han de tener los poderes públicos con todos los ciudadanos sin distinción, justifica por sí solo el hecho de que desde el INSERSO, se promuevan y desarrollen recursos que respondan plenamente a su enunciado para

su debido cumplimiento. Pero es que, además en el art. 49, se hace hincapié en aspectos específicos de la población minusválida de la siguiente manera: "Los poderes públicos realizarán una política de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuídos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este título otorga a todos los ciudadanos".

Combinados convenientemente ambos artículos dan como resultado, entre otras medidas eficaces, la creación de Centros de Recuperación de carácter integral para minusválidos físicos.

**EL PROCESO REHABILITADOR**

La Ley 13/82 de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos establece que la formación, readaptación o reeducación profesional, deberá contar con una orientación individualizada previa donde se pongan de manifiesto las necesidades recuperadoras que presenta la persona con minusvalía;así como con una adaptación curricular en los contenidos formativos según la capacidad de la misma.

Así lo establece el artículo 32 de la Ley, donde se manifiesta que los minusválidos

en edad laboral tendrán derecho a beneficiarse de las prestaciones de recuperación profesional cuyo proceso comprenderá los tratamientos de rehabilitación médico funcional, la orientación profesional y la formación, readaptación o reeducación profesional.

El proceso educativo normalizado de una persona con minusvalía, contempla obviamente la formación profesional dentro de los diferentes niveles del sistema educativo que le son comunes al resto de los ciudadanos. Por otro lado, la necesaria ubicación de los procesos formativos en el ámbito de la comunidad, teniendo en cuenta los distintos aspectos curriculares y de mercado de trabajo, nos hace tener que distinguir entre los conceptos de capacitación, reconversión y formación, aunque dentro de un mismo proceso recuperador integral único y continuo que es la rehabilitación, que finaliza con la integración social de la persona con minusvalía.

Según lo que venimos diciendo, cubrir el proceso de formación profesional de una forma adecuada a las necesidades que presenta la persona, es de suma importancia por la repercusión que estos aspectos curriculares profesionales van a tener con vistas a una integración real en la comunidad a través del mercado de trabajo y el establecimiento de unas relaciones normalizadas con aquella dentro de este último.

Aquellas medidas que favorecen la accesibilidad de las personas con minusvalía a una actividad laboral mediante una formación adaptada, capacitará a dicha persona para desarrollar un puesto de trabajo competitivo dentro de una comunidad laboral normalizada.

Puede ocurrir que la recuperación profesional como parte de la actividad rehabilitadora se deba adaptar a las necesidades que presenta una persona con minusvalía que ha de reconvertirse su puesto de trabajo o que,ella misma,precise reciclarse a una nueva profesión por no poder ejercer la anterior.

En cualquier caso, existe en todo proceso rehabilitador una actividad formativa orientada individualmente, donde se obtienen resultados normalizadores, no institucionalizados e integradores social y personalmente.

En un reciente estudio publicado por el INSERSO* sobre necesidades y demandas de los minusválidos en España, se recogen distintos aspectos de la realidad que venimos analizando. Por un lado se plantea lo que el minusválido espera de la comunidad donde su imagen resulta negativa, contraria al ideal social configurado por el mercado y los mass media, y por otro, lo que se considera capaz de aportar a esa misma sociedad.

La estrecha interrelación existente entre

los dos polos pone de manifiesto que el segundo aspecto es función del primero. Y no hablamos sólo de aspectos de autoestima a través de la valoración que se haga de la persona y su minusvalía, sino en tanto que dispone de los medios para llevar a cabo los distintos procesos de rehabilitación, capacitación y formación que se precisen en cada caso.

Eso dará la verdadera dimensión del objetivo esencial de toda persona afectada de minusvalía como es el de la integración social, es decir, el control de un espacio vital estructurado por él mismo que cognitivamente le proporcione estabilidad existencial, al obtener igualdad de condiciones respecto al resto de los ciudadanos.

Conseguir eso, conlleva explotar al máximo los factores que integran el desarrollo humano agotando las fases rehabilitadoras dentro de un contexto social armónico:

a) Explotación de las posibilidades de reeducación terapeútica.

b) Educación compensatoria acorde con la capacidad.

c) Formación profesional ajustada a la potencialidad personal.

d) Aplicación de tecnonologías que faciliten la movilidad e independencia.

e) Rediseño de los puestos de trabajo.

## REHABILITACION INTEGRAL DENTRO DE UN TODO EDUCATIVO

La actividad rehabilitadora ha de centrarse en la persona y en su medio comunitario: en el minusválido por cuanto él será el protagonista de aquellas acciones que se emprendan, y en su medio social comunitario (familia, instituciones, lugar de trabajo, etc.) por la cobertura que este ha de dar a aquel para que pueda hablarse de una integración efectiva, y de una rehabilitación integral.

Esta concepción de rehabilitación requiere un trabajo multidireccional enfocado hacia:

a) La persona.
b) Los profesionales.
c) La familia.
d) La comunidad.

- Entorno personal.
- Entorno del Centro Educativo o Rehabilitador.

El conocimiento y utilización de los recursos sociales, laborales, ocio, etc., es de suma importancia en el proceso rehabilitador ya que todos los aspectos se mantienen estrechamente vinculados entre sí. La actuación conjunta ha de conformar un todo; cualquier incidencia en uno de ellos afecta al resto, y el proceso se verá favorecido si todos los elementos se mantienen ensamblados armónicamente, orientados

a un mismo fin: la obtención del mayor nivel de autonomía.

En la ya mencionada Ley 13/82 de Integración Social de Minusválidos la rehabilitación es erigida en el instrumento fundamental para conseguir la independencia y autonomía de la persona a través del proceso rehabilitador, a fin de normalizar su situación personal y social.

Dicha Ley en su título sexto, al tratar de la rehabilitación, ya establece metodológicamente los distintos aspectos a tener en cuenta. Así contempla los siguientes procesos:

a) Rehabilitación médico-funcional.
b) Tratamiento y orientación psicológica.
c) Educación general y especial.
d) Recuperación profesional.

Entendiendo la rehabilitación como un proceso orientado a la obtención del "máximo nivel de desarrollo personal y su integración en la vida social, fundamentalmente a través de la obtención de un empleo adecuado" de las personas con minusvalía, no podemos sustraernos al hecho de que una vez superada la fase médica y establecida una deficiencia cuantificable, dicho proceso adopta una orientación claramente educativa encaminada hacia la obtención de unos conocimientos, habilidades

y destrezas adecuadas a la consecución de un puesto de trabajo que provoque la autonomía e independencia personal y la integración laboral y social, conforme a lo que es común al resto de los ciudadanos.

En este proceso "normalizador" nos encontramos con unas necesidades curriculares especiales que hay que satisfacer, ya que el establecimiento de la deficiencia o discapacidad desarrolla distintos niveles de minusvalía según los efectos que aquella ocasiona en la socialización de la persona.

Es muy importante, por tanto, este carácter educativo de la rehabilitación, máxime cuando la eduación, además, por sí misma, es una etapa de todo el proceso rehabilitador que ha de ser : integral , contemplando todos los elementos que se ponen en juego en la educación; flexible y dinámica, incluyendo los contenidos profesionales (formación, readaptación, reeducación) para que se produzca la recuperación personal y podamos afirmar que aquella persona está rehabilitada /educada.

Una vez superados los modelos asistenciales (aunque queden en nuestra sociedad importantes bolsas de necesidad primaria, y sobretodo a la vista de lo que ha dado en llamarse "sociedad dual") ; institucionales (aunque sigan necesitándose Centros de internamiento

especial para demandas concretas que los recursos existentes no pueden canalizar por otros medios); y sanitarios (aunque el sistema todavía adolezca de una medicalización excesiva con una presencia desorbitada en el sector de intereses farmaceúticos y con dificultades para hacer hincapié en la prevención, y aunque se continúe haciendo énfasis en la enfermedad y no en la salud); una vez superados, repito, esos modelos en un plano al menos ideológico, nos encontramos en una fase que podemos denominar educativa o de servicio social, integradora de todos los modelos, con la diferencia legal de que en la actualidad crean derecho las acciones o prestaciones otorgadas.

## LOS CENTROS DE RECUPERACION

Dentro de la red de Centros de diversa tipología que el INSERSO ha desarrollado en los últimos años con el fin de dar cumplimiento a las necesidades que presentan los ciudadanos con minusvalía descritas anteriormente, se encuentran los Centros de Recuperación de Minusválidos Físicos, cuyo objetivo primordial es atender aquellos aspectos que capaciten a los minusválidos a su integración desde los distintos ángulos posibles, partiendo del principio psicosocial de "normalización", aludido en un punto anterior.

Por tanto, se han configurado dichos Centros como establecimientos que disponen de un conjunto

de instalaciones idóneo para el desarrollo de cuantas actividades sean necesarias para conseguir la recuperación del minusválido físico o sensorial. Como consecuencia de todo lo anterior, sus objetivos son: la recuperación médico-funcional y psico-social, la nivelación cultural, la capacitación y reconversión profesional, así como el aprendizaje de habilidades personales y sociales que capaciten a las personas con minusvalía física o sensorial a desenvolverse adecuadamente en las actividades de la vida diaria de una manera autosuficiente.

Históricamente, los CRMF surgieron como resultado de las previsiones que se establecieron en su día en la Ley General de la Seguridad Social y en el Decreto 2531/1.970, de 22 de agosto, sobre empleo de trabajadores minusválidos, y fueron creados por el antiguo SEREM dentro de la regulación que estableció la Orden Ministerial de 16 de febrero de 1.977 sobre los Programas Individuales de Recuperación.

Ya en el INSERSO, organismo donde se integraron las funciones anteriores, se produjo el desarrollo y autonomía legal determinado por la publicación de la Orden Ministerial de 7 de septiembre de 1.982 que configuró los Centros de Recuperación de Minusválidos Físicos como Centros de ámbito nacional, dado el número tan reducido de ellos -cuatro- y la diversificación y especifidad de los servicios que prestan. Un poco más

tarde, la Resolución de 13 de abril de 1.983 de la Dirección General de Acción Social, a la cual estaba adscrito el INSERSO, aprobó el Reglamento General de los Centros, estableciendo su naturaleza y objetivos, así como los criterios organizativos por los que han de regirse. Cada Centro, como consecuencia de este Reglamento General, elaboró su propio Reglamento de Régimen Interior.

**FUNCIONES DE LOS CENTROS Y SERVICIOS QUE SE PRESTAN.**

Todo lo anterior ha ido configurando los CRMF con unas áreas y funciones determinadas, surgidas de la experiencia y de la realidad más concreta que se desarrollaba en aquellos. Así, tenemos las siguientes áreas que desenvuelven otras tantas funciones generales específicas:

- Area de Recuperación médico-funcional, que comprende la atención médica, la fisioterapia electroterapia, hidroterapia, rehabilitación del lenguaje y logopedia.

- Area de Recuperación psicológica y social, que comprende todas aquellas actividades encaminadas a la psicoterapia individual y de grupo, dinámica familiar, aprendizaje de habilidades sociales y de competencia personal, orientación personal, social, profesional y sexológica.

- Area de Formación Profesional y Educación Permanente, donde se desarrollan actividades formativas normalizadoras.

- Area de Ocio y Tiempo Libre, donde se encuadran las más diversas actividades lúdicas y deportivas o culturales, de entretenimiento, etc.

- Area de Residencia, que comprende los servicios de alojamiento, manutención y transporte.

- Area de Dirección y Administración, como área de soporte administrativo y de servicios así como de coordinación de todas las áreas anteriores.

Aunque si bien los Centros tienen una naturaleza, objetivos y fines comunes, cada uno de ellos está configurado como una comunidad rehabilitadora única con características y funcionamiento peculiares que además de las distintas zonas geográficas donde se asientan, y unido todo ello a la distinta concepción arquitectónica, los hacen diferentes y con personalidad propia, resultado del colectivo que en cada caso vive en ellos.

Como queda apuntado, por tanto, los servicios que ofrecen los Centros son los siguientes: residencia, comedor, rehabilitación médica, fisioterapia, logopedia, psicología, formación

cultural, formación profesional ocupacional diversificada, talleres, biblioteca, cafetería, musicoterapia, piscina climatizada, juegos, videoteca, deportes, así como de distinto carácter y naturaleza que sería prolijo enumerar aquí.

Para realizar todo ello, se cuenta con una nutrida plantilla de profesionales y personal de apoyo, entre lo que se encuentran: profesores, pedagogo, psicólogo, médico, fisioterapeutas, logopeda, ATS, cuidadores, monitores especializados o maestros de taller de las distintas ramas de formación profesional, educadores especiales, cocineros, oficiales de servicios técnicos, administrativos, limpiadores, telefonistas, conductor y ordenanzas.

La importancia del empleo en la recuperación integral del minusválido, nos obliga a hacer hincapié en la formación profesional con distinto contenido, duración y naturaleza. Los cursos que se imparten son variados y responden a la demanda tanto del mercado de trabajo como de los propios minusválidos. Coexiste la formación profesional de contenido tradicional en algunas profesiones u oficios muy arraigados en nuestra cultura y mercado de trabajo, con otras de muy reciente desarrollo incardinadas en nuevas tecnologías y acorde con los procesos de modernización en los que está sumergida la sociedad española en estos momentos.

## A MODO DE CONCLUSION

Consideramos que los principios y medidas esbozadas están encaminadas a la ayuda que la sociedad presta a la mejora de la calidad de vida de las personas con minusvalía, obteniendo al tiempo una normalización de aquella, mejorando su integración en la sociedad.

Así, los objetivos de los Centros de Recuperación de Minusválidos Físicos responden al objetivo marcado por el Consejo Europeo en su Decisión de 18 de abril de 1.988 desarrollando un enfoque comunitario en los ámbitos de la formación y de la rehabilitación, así como en el de la integración económica y social o de la autonomía personal de las personas con minusvalía.

Responden asimismo al objetivo de obtener una recuperación integral, superados los modelos asistenciales y terapeúticos, ya que se prestan una serie de servicios rehabilitadores que contemplan a la persona como un todo dentro de una comunidad con necesidades integradas, teniendo en cuenta la minusvalía, pero superadora de sus secuelas sociales.

Mantienen el principio de temporalidad en la ejecución de los distintos programas que contempla todo el proceso, atendiendo a los

conceptos de desinstitucionalización y normalización, armonizándolos con la obtención de habilidades sociales y destrezas profesionales, así como con la nivelación educativa contemplada como un conjunto de medios culturalmente valorados.

Contemplan, por último, una adaptación curricular integral conforme a los principios de la educación en su concepción mas moderna y abierta, con sucesivas adecuaciones a las necesidades especiales que plantean en todos los ámbitos formativos (educativos) las personas con minusvalía.

* Las personas con minusvalía en España. Necesidades y demandas. Instituto IDES. INSERSO.- Ministerio de Asuntos Sociales. 1.989.

## II. LA REHABILITACION BASADA EN LA INSTITUCION HOSPITALARIA

# LA REHABILITACION BASADA EN LA INSTITUCION HOSPITALARIA. INTRODUCCION

Paloma Sánchez de Muniain
A.T.A.M.

## I. El nacimiento de la medicina social

La actitud del individuo, del médico y del Estado frente a la enfermedad y sus consecuencias va variando profundamente a lo largo de la historia, siempre con relación al desarrollo social y científico del momento.

En el siglo XIX, sobre todo en su segunda mitad, cuando el quehacer médico se transforma en actividad social, tanto en su aspecto preventivo - (salud pública), como en su aspecto terapeútico (medicna social propiamente dicha) y en su ordenación jurídica (enfoque social de la medicina legal, gran interrelación entre el médico y el Estado) (1).

La sociedad entonces se encuentra en pleno desarrollo industrial y , de la clase social burguesa. En Alemania, la promulgación por Bismark de - las leyes sociales, dió lugar al nacimiento de un gran número de seguros de enfermedad ("Krankenkassen") que garantizaban la asistencia médica al trabajador. "En su génesis -dice Laín- intervinieron dos motivos distintos: uno sentimental (el deseo de estender los beneficios del tratamiento médico a la clase trabajadora) y otro racional y económico (la preocupación por el quebranto que la enfermedad inflige en la economía nacional)" (1).

El saber médico se desarrolla entonces desde una perspectiva positivista y científico-natural: el empirismo, la ordenación de hechos en leyes como en la Física, el mecanicismo, y la fe en la ciencia, llevan al nacimiento de la especialización en el quehacer médico. La pediatría, la neurología, la psiquiatría y la cirugía, entre otras, cobran total autonomía e independencia como especialidades médicas.

El acontecimiento de la Primera Guerra Mundial marca el inicio - de una nueva era científica y social. Los descubrimientos y las nuevas orienta-

ciones de algunas disciplinas científicas van a influir de forma decisiva entonces en la medicina.

A grandes rasgos podemos señalar los siguientes acontecimientos:

- En Biología: el desarrollo de la genética y de las leyes de la herencia, de la embriología y de la genésis evolutiva de las especies.

- En Física: la interpretación "metafísica" del mundo real, rompiendo el esquema del razonamiento dualista del concepto espacio-tiempo, materia-causalidad, etc.

- En Psicología: la conquista del psiquismo superior, del inconsciente y de la condición personal del hombre, así como el estudio del cuerpo humano - desde la biopatología y la unidad psico-somática del hombre.

- En Sociología: la prevalencia de las nociones de "comunidad" y de "grupo" con una clara orientación hacia el saber antropológico.

Con todo ello aparece, por una parte, un nuevo modo de concebir y enfocar la medicina, más allá del acercamiento al organismo humano como un - objeto regido por las leyes físico-químicas; por otra, el propio desarrollo social provoca el nacimiento de la conciencia de la dimensión social de la enfermedad y, por tanto, de la Medicina Social, la cual se apoyará en cuatro pila-- res:

1. La aceptación del derecho de toda persona enferma a recibir una adecuada asistencia médica.

2. La conciencia del coste económico y social de la enfermedad y de sus secuelas.

3. La necesidad de estructurar y organizar la asistencia sanitaria demandada por una sociedad de masas y con una oferta diagnóstica y terapeútica enormemente plural, dada la gran complejidad del desarrollo de las técnicas médicas.

4. La dificultad de conciliar la conciencia del beneficio de la relación interpersonal en el proceso de curación, con el cambio efectuado en - la relación médico-paciente (contrato de servicio).

Fruto de estos cambios sociales y científicos es el nacimiento del concepto de Rehabilitación y de la Medicina de Rehabilitación como elemento integrante de ese proceso, cuyo objetivo es la reducción del efecto invalidante que la enfermedad provoca en el individuo humano considerado en su dimensión social.

Proceso cuya consecución final requiere la participación de otras disciplinas de proyección social: la psicología, la economía, la pedagogía, la sociología, el derecho, etc.

La Medicina de Rehabilitación se enmarca, por lo tanto, dentro de ese proyecto social, alumbrado en el siglo pasado y desarrollado a lo largo del siglo XX, que concibe la vida humana y la convivencia desde un intercambio equilibrado de capacidades. Henry E. Sigenst describe así lo que él denomina la "sociedad cooperativa": "La sociedad cooperativa ideal sería aquella en la que el individuo ocupara la posición para la cual se encuentre más capacitado, en la que contribuyera al bienestar general de acuerdo con su capacidad, y de la que recibiera lo indispensable para satisfacer sus necesidades". (2)

## II. La rehabilitación médica

Aunque la utilización sistemática del ejercicio físico para mejorar las capacidades generales del individuo se remonta a los tiempos de Hipócrates, Galeno, Filóstratos, etc., y la atención educativa y ocupacional de personas con algún tipo de discapacidad nos lleva a recordar los nombres de Luis Vives, Ponce de León, etc., es en la primera parte del siglo XX donde se desarrolla la rehabilitación como quehacer médico con entidad propia.

En la organización médico-sanitaria del siglo XIX habría tenido ya lugar el rápido aumento de los hospitales civiles y militares (para los le--

sionados de guerra), practicándose la concentración de pacientes con enfermedades o características similares para su mejor y más especializada atención diagnóstica y terapeútica. (1)

Con el aumento de supervivientes "inválidos de guerra", o con lesiones incapacitantes por accidentes traumáticos (laborales, tráfico, etc.), o con enfermedades crónicas incapacitantes, típicas de este período de la civilización (reumatismos, degenerativas, alérgicas, etc.), surgen en los hospitales los departamentos y equipos de trabajo especialmente dedicados a esta población.

La rehabilitación médica, más que como una nueva especialidad aparece en primer lugar como un nuevo modo de entender al enfermo en su desarrollo personal y social.

En el ámbito de la Medicina y en el contexto de salud, la Rehabilitación se define como un proceso continuo destinado a descartar una deficiencia inminente, a conservar, a desarrollar o a restablecer la aptitud de la persona para ejercer una actividad (3). Va más allá del restablecimiento anatomofisiológico del organismo humano, ya que centra su objetivo en el restablecimiento de las funciones del individuo como tal y en la inserción e integración en la sociedad del sujeto afecto de una discapacidad.

Supone, por tanto, la restauración (tras su desajuste por las causas que sean) del equilibrio armónico de tres sistemas interdependientes:

- El organismo humano como unidad vital.
- La interrelación mente-cuerpo constitutiva del ser humano individual.
- La relación de ambos con su entorno (físico, social, cultural) determinante del desarrollo del individuo como persona.

En un reciente documento (Mayo, 1987) elaborado por médicos especialistas en rehabilitación de las Comunidades Europeas (3), se define el contenido y ámbito de actuación de esta especialidad médica en relación a la inserción socio-profesional de la persona con minusvalía. Dada su vinculación directa con el tema de este estudio se ha incluído el texto integro en el Anexo del presente Documento.

Emerge así, con la Medicina de Rehabilitación, un nuevo desarrollo de la actividad médica centrado precisamente en el nexo de unión, o en esa relación de su competencia específica con la de otras actividades o disciplinas no médicas. La problemática que ello plantea en cuanto a la definición de límites, competencias y responsabilidades, va aumentando a medida que aumenta el desarrollo y asunción de competencias de las otras disciplinas colindantes.

La Medicina de Rehabilitación vive, quizás más que ningún otro quehacer médico, el conflicto en el desarrollo de la actividad humana al que ha llevado la superespecialización científica actual. Requiere, como muchas otras actividades de nuestro momento, el desarrollo del método de la teoría general de sistemas.

El papel que el médico se ha dado a sí mismo como impulsor y coordinador del proceso rehabilitador de la persona con minusvalía está planteando críticas de parte de los otros colaboradores o participantes en ese proceso. En el Anexo de este Documento se aportan unas reflexiones a este propósito de Ramón Puig de la Bellacasa sobre "Fronteras del enfoque médico-industrial de la rehabilitación médico-funcional y vocacional".

## III. La rehabilitación desde el hospital

La participación de la Medicina y del médico en el proceso rehabilitador de la persona afecta de cualquier tipo de deficiencia o discapacidad está tan vinculado al quehacer terapeútico y curativo propio de ellos, que podemos decir que todo ejercicio de la medicina tiene una dimensión rehabilitadora.

La Medicina de Rehabilitación como entidad propia, entendida tal como hemos expuesto en los apartados anteriores, surge a partir de los años 40, desde la medicina del aparato locomotor que había sido desarrollada hasta entonces por la cirugía ortopédica.

Por ello, en un principio, se entendió la rehabilitación médica únicamente como la restauración de las capacidades motoras del individuo, apoyándose en los procedimientos terapeúticos de la Cinesiterapia, la Electroterapia y la Hidroterapia.

Aún hoy es frecuente la identificación de Rehabilitación con Fisioterapia, siendo normalmente los pacientes enviados a estos servicios a "hacer rehabilitación".

Quizá también por ello, la demanda fundamental de la población afectada con respecto a los profesionales de la rehabilitación médica era (y es todavía hoy) conseguir autonomía para la ambulación, es decir, el poder "salir de casa" o andar. Fruto de esta conciencia de autonomía motora básica del individuo fué el desarrollo de la Ortopedia, con la confección de prótesis, ortesis, sillas de ruedas y todo tipo de ayudas técnicas para la locomoción, aprovechando el desarrollo industrial y tecnológico.

Progresivamente, la demanda de "autonomía personal" se extendió a los ámbitos de las "actividades de vida diaria" (higiene, vestido, comida, etc.) y de la ocupación, reclamándose una mejora en la calidad de la vida de estas personas. Se estructuran así entonces un conjunto de procedimientos dirigidos a favorecer este tipo de "independencia funcional", actuando no sólo sobre el individuo, sino también sobre su entorno físico, reconocidos oficialmente como **Terapia ocupacional**. La concepción de la ocupación más desde su proyección hacia el ámbito laboral, como readaptación al antiguo puesto de trabajo o entrenamiento a uno más adaptado a las capacidades residuales de la lesión, hace que en algunos países se denomine a esta disciplina Ergoterapia, o se considere ésta una especialización de la anterior.

El tratamiento de los trastornos del lenguaje desde la **Logoterapia** no sólo en cuanto a la restauración de los mecanismos del habla (Foniatría), sino en la consecución de la función comunicativa del lenguaje a través de sistemas y ayudas técnicas diseñados para tal fin, es algo relativamente reciente.

Se estructura con todo ello un quehacer médico de prevención, diagnóstico y evaluación de las deficiencias, discapacidades y minusvalías, y de dirección y evaluación de los procedimientos terapeúticos requeridos para su compensación o restauración. Quehacer que se inicia al finalizar la fase aguda o de estabilización del proceso patógeno y que supone la superación, por parte del individuo que lo sufre, de su "condición de enfermo".

Esta dependencia o vinculación de la situación de discapacidad o minusvalía con la deficiencia o proceso nosológico que la provoca, y que hace de todo ello un continuum en la experiencia de vida del individuo, no sólo en la relación causa-efecto, sino en la propia continuidad asistencial que en muchos casos requiere, ha hecho que la rehabilitación médica se concibiera y organizara desde la propia estructura hospitalaria.

Pero debido al contenido y objetivos propios de la rehabilitación, le corresponde al hospital abrir sus fronteras de actuación y de colaboración al espacio de vida extrahospitalaria, desde un planteamiento de trabajo interdisciplinar.

Es esta característica de interdisciplinaridad con el objetivo común de posibilitar la inserción del individuo en la vida social circundante, la que ha motivado distintos modelos de organización de la rehabilitación desde la estructura médico-sanitaria. Se trata de distintas concepciones de arbitrar y organizar los diferentes elementos que intervienen en el proceso rehabilitador de la población con discapacidad (Ver en el ANEXO el documento "Médicos especialistas de la C.E.E.).

De modo esquemático podemos distinguir cuatro modelos organizativos diferentes: a) Los departamentos de rehabilitación de los hospitales generales; b) Las unidades de rehabilitación de ámbito local, separadas de los hospitales; c) Los hospitales monográficos de rehabilitación en los que se atiende a la población afecta de una determinada patología; y d) Los equipos de rehabilitación integrados en centros no sanitarios (colegios, residencias u otros).

**a) Departamentos de rehabilitación de hospitales generales**

Participan de la estructura y organización hospitalaria general - atendiendo a pacientes en régimen ambulatorio o a los ingresados en otras dependencias hospitalarias desde las que se solicita la participación del médico y - equipo rehabilitador. En algunos casos se cuenta también con camas dependientes del propio Departamento de Rehabilitación.

Por lo general, sólo se puede atender en ellos las primeras fases del proceso rehabilitador: reeducación funcional y evaluación de las funciones incapacitantes específicas, debido a la masificación y presión asistencial que se da en este tipo de hospitales.

A pesar de ello, se intenta también aquí plantear en trabajo de equipo (médico, terapeutas, psicólogos, trabajador social, etc.), el "programa rehabilitador" a seguir, incluyendo la participación de otros especialistas médicos.

**b) Unidades de rehabilitación de ámbito local**

Su objetivo es la desinstitucionalización de los programas de rehabilitación, pudiendo realizarse éstos en el entorno inmediato de la persona afectada. Favorece la participación más activa del interesado en su propio proceso rehabilitador al descondicionarle de la actitud pasiva de "enfermo" que siempre crea el hospital.

**c) Hospitales o centros monográficos de rehabilitación**

Se trata de estructuras hospitalarias organizadas para realizar tratamiento médico, quirúrgico y rehabilitador a pacientes afectos de una determinada patología inacapacitante, que requieren largos procesos de hospitalización. El programa rehabilitador incluye el desarrollo de los aspectos pedagógicos, laborales y de autocuidado atendidos por los diferentes profesionales que forman parte de la plantilla del hospital. La dirección y orientación del equipo es de dependencia médica.

Permiten una buena planificación y seguimiento de todas las dimensiones del proceso rehabilitador, pero suponen un largo período de separación del individuo de su entorno, situándole en un espacio en cierto modo "artificial" con relación a su vida normal.

Un ejemplo típico de esta organización son los hospitales de parapléjicos, los centros de parálisis cerebral, los centros de rehabilitación laboral, etc... (Ver experiencias incluídas en este capítulo).

**d) Equipos de rehabilitación médica integrados en centros no sanitarios**

De reciente concepción y creación y, por lo general, fruto de la iniciativa privada de asociaciones de padres, son éstos un tipo de centros o estructuras de orientación más pedagógica u ocupacional, en donde se contempla, como parte de las prestaciones del centro, la asistencia de la medicina rehabilitadora. Suelen contar con un médico rehabilitador consultor y un equipo de terapeutas para sesiones de fisioterapia, terapia ocupacional, logoterapia u otras. Dependiendo del tipo de población a asistir, puede contarse también con especialistas en estimulación temprana y con otros médicos consultores (Neurología, Medicina Interna, Urología, etc.). Para los tratamientos o exploraciones más complejos se refiere a estos asistidos al hospital general.

Un modelo de esta concepción es el Centro Nacional de ATAM (Asociación Telefónica de Asistencia a Minusválidos) cuya estructura organizativa se aporta en las experiencias adjuntas. Esta asociación apoyada en la estructura socioasistencial de la empresa de donde surge (Telefónica), cuenta con una organización de Medicina de Empresa de distribución territorial (médicos de empresa y trabajadores sociales) que realizan la tarea de detección de posibles minusvalías o condiciones de riesgo entre las familias de los empleados (cerca de 70.000 en todo el territorio nacional).

Los casos detectados son remitidos al equipo clínico-psicológico del Centro Nacional en donde se realiza la evaluación clínico-funcional de la discapacidad y se emite un informe colegiado con la indicación del plan de tratamiento globalizado (médico, familiar, escolar o laboral, etc.). Desde la Comisión de Zona (Asistencia Social Local) a la que pertenece el sujeto estudiado, se buscan y aprueban las prestaciones necesarias para el cumplimiento de la orientación indicada por el equipo del Centro Nacional. En controles anuales o semestrales, el equipo puede valorar la eficacia del tratamiento aplicado y programado, o bien su variación.

Este modelo pretende desarrollar los tres pilares básicos de la atención rehabilitadora de la persona con minusvalía: psico-social, médica y educativo-laboral, integrando los recursos desarrollados en el ámbito comunitario del sujeto afectado, como alternativa más globalizada a la atención hospitalaria.

**********

**REFERENCIAS**

(1). LAIN ENTRALGO, P. **Historia dela Medicina moderna y contemporánea.** Editorial Científico-Médica, Madrid, 1963, 2ª ed.

(2). SIGERIST, H.E. **Civilización y enfermedad.** 1946. Citado por Laín Entralgo en "Historia de la Medicina moderna y contemporánea".

(3). RODRIGUEZ, L.P., y otros. "El papel del médico especialista en Medicina física y rehabilitación en la evolución de la minusvalía para la inserción socio-profesional". **Rehabilitación**, vol. 22, nº 1, 1988.

# EL HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLEJICOS DE TOLEDO (*)

Jesús Mazaira López

El Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo, inaugurado el 7 de octubre de 1972, es un hospital del Insalud con dedicación monográfica para lesiones medulares. Es una institución cerrada dentro de la organización sanitaria del Insalud con su presupuesto independiente y un Reglamento aprobado el 18 de mayo de 1974 del que se rige salvo que contradiga las nuevas disposiciones ministeriales.

El Hospital se encuentra en un lugar idóneo y pintoresco, a 2km. de la ciudad, a orillas del Tajo. Consta de una superficie de 188.000 $m^2$. En su proyecto inicial constaba de dos partes: el Hospital de Rehabilitación Médica y el Centro de Formación Profesional y Empleo Protegido (II Fase). El Hospital de Rehabilitación Médica, único construido consta de un edificio de tres plantas en forma de aspa, Hospitalización y Servicios Generales, con 226 camas repartidas en ocho alas, una dedicada a niños y la UCI. (Actualmente en ampliación a 245, con el incremento de 6 camas en la Unidad de Cuidados Intensivos y la creación de una sala hospitalaria para revisiones sin complicaciones) y una estancia en forma de T que alberga el gimnasio, la piscina terapeútica, terapia ocupacional, sección pedagógica y capilla. A su vez se dispone de amplias instalaciones deportivas en el exterior a disposición de los pacientes.

## Personal y especialidades

Desde 1986 el hospital está incluido en el Complejo Hospitalario de Toledo. Su gestión depende del Gerente del Complejo y su dirección del Subdirector Médico.

---

(*) Publicado en la revista "MINUSVAL", nº 61, 1988, págs. 24-25.

El personal se compone de directivos (Subdirector Médico, Subdirector del Area Social, Jefe Administrativo y Jefe de Enfermería), facultativos sanitarios (37), auxiliares sanitarios titulados medios (190), auxiliares de clínica (117) y personal no sanitario (252). El presupuesto económico del ejercicio 1987 fue de 1.658.819.798 pesetas.

El Hospital posee todas las especialidades médicas y paramédicas requeridas para cumplir su función de tratamiento global e integrista de la lesión medular, que acoge desde su fase aguda, si es posible desde el mismo día del accidente, hasta su reinserción social (excepto la formación profesional). Para ello cuenta con un equipo multidisciplinario de rehabilitación médico social (médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, pedagogos, animadores socioculturales, monitores de deportes y monitores de enseñanza provocacional) y servicios de UCI, Cirugía Ortopédica, Urología, Cirugía Plástica, Anestesia, Cirugía General, Medicina Interna, Neurología, Psicología-Psiquiatría y Servicios Centrales de Laboratorio, Rayos X y Farmacia.

Por otra parte, al pertenecer al complejo sanitario, el Hospital tiene a su disposición un Hospital General a 2km. de distancia con aquellas especialidades y técnicas de diagnóstico que puedan ser requeridas.

En su función asistencial, tiene la responsabilidad del tratamiento de aquellos enfermos agudos de todas las Autonomías que lo precisan: enfermos crónicos de diversa etiología, que solicitan el ingreso por primera vez, que precisen tratamiento especializado y previo estudio por la Comisión de Admisión y enfermos ya tratados, bien por complicaciones o revisiones normales.

**Proyectos y objetivos**

Respecto a proyectos, objetivos y futuro, a pesar de que sería lo más importante a tratar, simplemente esbozaré algunas consideraciones, unas ya realizadas, otras pendientes del "ya" y otras en espera de su turno.

El Hospital, como todo lo vivo, tuvo sus situaciones de crisis (incendio, huelgas, amenaza de pérdida de identidad, etc.) que motivaron la re-

flexión y la búsqueda de mejoras. Estas situaciones de momentos bajos, se han superado y todos (Administración, políticos, gestores, asociaciones, especialistas y usuarios) son conscientes de las necesidades y del deber de apoyar - al Hospital y también a las unidades existentes, pendientes de creación, en su labor de aliviar y ayudar a la "paraplejia".

No se discute la necesidad del Hospital Nacional, ni que sea el lugar de referencia para el cuidado de lesiones medulares, ahora, está en todos nosotros, continuar con ilusión de renovación y mejora de servicio.

El Hospital se ha trazado sus objetivos realistas para este año, unos urgentes, otros muy importantes aunque no urgentes. A grandes rasgos están el procurar atender la demanda asistencial al máximo y mejorar la calidad asistencial. Los primeros se han procurado, entre otras, con soluciones arriba apuntadas: el incremento de camas de UCI para atender el ingreso inmediato de los agudos y la creación de una Sala de Revisiones para facilitar la atención a las mismas. Los segundos, la mejoría de calidad, se alcanzará, entre - otras medidas, con el incremento de personal técnico titulado medio, con la creación de la Unidad del Sexo, puesta a punto de una nueva unidad de exploración urodinámica y mejoras en la rehabilitación social con la puesta en marcha de una serie de programas individuales readaptando el área deportiva como apoyo a la fisioterapia, sin perjuicio de lo lúdico y competitivo, y una serie de readaptaciones de los programas vocacionales con proyectos de homologación de curso, todo ello como apoyo al objetivo de una filosofía de rehabilitación integral.

Respecto a docencia e investigación médica, se realizan programas de reciclaje al personal facultativo y técnico; se cuenta con el desarrollo de investigación sobre control ambiental y neuroestimulación y se ha creado un laboratorio de Cirugía Experimental conjuntamente con el Complejo Hospitalario para desarrollar programas conjuntos de investigación y estimular estudios ambiciosos sobre la lesión medular.

Con lo reseñado, queremos resumir que el Hospital sigue vivo, - lleno de proyectos e ilusiones que repercutirán y contribuirán en futuros próximos optimistas.

# LA FORMACION PROFESIONAL EN UN CENTRO DE REHABILITACION: MAPFRE (*)

Benito Ambrosio Caparroso

El necesariamente breve espacio de un artículo no permite exponer, ni incluso esbozar, todas las ideas que a lo largo de varios años de trabajo en la formación profesional de minusválidos físicos se han elaborado. Muchas de ellas, sobre todo las preconcebidas, se han desechado y otras, al observar la realidad, se han transformado. Entre ellas está la de que la formación profesional del minusválido físico, al menos así lo creía yo, presenta características absolutamente diferentes de la formación profesional de personas no disminuídas físicamente.

Es cierto que existen diferencias, pero éstas vienen referidas a las actitudes con las que un número significativo de personas con dificultades físicas inician su proceso de formación profesional y que pueden condicionar los resultados del mismo si no se tienen muy en cuenta; así, por ejemplo, es frecuente percibir una cierta inestabilidad motivacional derivada de factores de inseguridad en sus propias posibilidades, provocada por factores muy diversos, tales como: niveles muy bajos de formación básica, recaídas físicas que se presentan inesperadamente y, en muchas ocasiones, una baja capacidad de trabajo personal que, en el caso de los minusválidos de origen congénito es consecuencia de un exceso de proteccionismo y muchas situaciones de un autoconvencimiento de la ausencia de salidas a su situación por vía de la preparación y formación para la ocupación de un puesto de trabajo. Trabajando sobre estos y otros aspectos, en la etapa inicial de su proceso, el planteamiento de su formación profesional no difiere del que podría hacerse para personas no disminuídas, eliminando así muchos de los tópicos que en la actualidad son moneda corriente.

(*) Publicado en la Revista Rehabilitación, nº 4, 1989, págs. 45-51.

Decir esto, que puede parecer una frivolidad en el mejor de los casos, no sería posible sin considerar el proceso de Valoración de Capacidades y de Orientación Profesional, al que me referiré más adelante.

En nuestro Centro de Rehabilitación hacemos formación profesional fundamentalmente con dos tipos de minusválidos físicos: aquellos que tienen una minusvalía adquirida por accidente laboral y los minusválidos congénitos que son becados por la FUNDACION MAPFRE (1), y otros organismos e instituciones, por ejemplo el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO). El acceso de unos y otros se realiza, naturalmente, por vías diferentes, ya que los primeros son accidentados en tratamiento en nuestro Centro de Rehabilitación, de los que se conoce su evolución y características, siendo la formación una etapa más del proceso rehabilitador; los segundos son candidatos dispersos por la geografía nacional, absolutamente desconocidos, con los que hay que llegar a establecer un contacto y sopesar sus posibilidades, capacidades y circunstancias personales, de la forma que mejor nos permita llegar a conocerlas, generalmente a través de entrevistas y pruebas de diversas características.

El proceso que se sigue con todos ellos es el mismo, y los objetivos iguales en ambos casos. Estos objetivos son:

* Posibilitar el aprendizaje de una profesión, al nivel más completo posible que permita una formación profesional acelerada.
* Desarrollar sus capacidades y aptitudes.
* Modificar su actitud de manera positiva hacia la incorporación satisfactoria en su entorno social, y más concretamente en el ambiente laboral, mejorando su equilibrio general.

Todo ello con una finalidad: La obtención de un puesto de trabajo cualificado. Para ello, en primer lugar, efectuamos la valoración global de las aptitudes, experiencia, intereses profesionales y condiciones sociales de los futuros alumnos. Esta valoración, realizada por un equipo multiprofesional trata de determinar la profesión o profesiones en las que el minusválido se puede encontrar aptitudinalmente más encajado, que puede ser que coincida, o

quizás no, con los intereses profesionales del candidato si es que éste los tiene definidos, cosa que frecuentemente no sucede.

Este perfil teórico del candidato refleja las capacidades físicas - que pueden ser puestas en juego, o las que se supone que tendrá al finalizar su tratamiento rehabilitador en el caso de accidentados de trabajo: la personalidad, capacidad intelectual y manipulativa, comparándola con la que habrá de utilizar más adelante; su nivel de conocimientos de partida y experiencia profesional anterior y los condicionamientos sociales en los que hasta el momento se está desenvolviendo, tales como: posibilidades de empleo en la zona donde vive, readmisión en el caso de accidentados de trabajo, en su antigua empresa mediante un cambio de ocupación, para lo cual se realizan en este - sentido contactos con la misma, situación económica y familiar, etc... Es decir, una primera aproximación a las posibilidades del candidato que, analizadas de una manera lo más objetiva posible, nos darán idea de la viabilidad y pronóstico de la formación profesional.

Es necesario destacar que un aspecto a tener muy en cuenta por revestir una importancia decisiva en la obtención de ese objetivo final, es el que se refiere a la capacidad que posee el sujeto para gestionarse un - puesto de trabajo, es decir, hablando en términos vulgares, a las ganas de - conseguirlo y luchar por ello. Nuestro equipo de rehabilitación está convencido y más en las circunstancias actuales, de que es el propio minusválido - quien con mayor interés debe gestionar su empleo.

La fiabilidad de esta primera aproximación que nos ofrece la - valoración de las capacidades no sólo está en función de la profundadida del análisis a que se ha sometido al candidato, ni al número de horas dedicado a las entrevistas y pruebas, aunque esto lógicamente tiene una importancia fundamental, sino también a las circunstancias personales por las que durante - esos momentos está atravesando el minusválido. Se hace pues necesario someterlo a un nuevo proceso, pero esta denominación nos sirve para separar estas etapas, para nosotros claramente definidas.

Esta orientación profesional es fundamentalmente práctica, y se realiza durante un tiempo que varía, a veces notablemente, entre unos indivi-

modos y medios de hacer y participar, ilusionadamente, en la formación profesional de sus alumnos. Suficientemente maduro para poder criticar y analizar objetivamente su propio quehacer, estableciendo las correcciones que nadie - más que él puede introducir en su labor y tomando conciencia de la responsabilidad de su tarea.

Independientemente de su formación académica, en el caso de la formación profesional es muy conveniente que posea experiencia industrial en la especialidad que vaya a impartir, ya que así conocerá de manera realista - la empresa y sus necesidades y esto me lleva de la mano a otro de los aspectos que considero importantes y que es la necesidad de un acercamiento lo más íntimo posible con el mundo empresarial que, en definitiva, es quien va a utilizar ese producto final que sale de los centros de formación profesional.

Esto exige una puesta al día permanente en la evolución de la - tecnología de la especialidad y de los procesos de producción, que traen como consecuencia la creación de nuevos puestos de trabajo y la tendencia a la desaparición de otros, una automatización de los procesos productivos y una división, cada vez mayor, de los mismos. Los programas de formación profesional deben tener en cuenta todo esto y deben ser actualizados y adaptados constantemente.

Un programa de formación profesional no debe ser algo rígido, sino flexible, cambiante y vivo, que evolucione al ritmo que lo hace la sociedad industrial. Incluso habrá especialidades que en los centros de formación profesional, al igual que está ocurriendo en la industria, deben desaparecer; no - hay que tener miedo a esto, hay que preverlo en la medida de lo posible.

Esta situación exige una formación permanente del profesorado, incluso en especialidades análogas, y no un mero perfeccionamiento a pesar de la importancia de éste. Por otro lado, el contacto con otros profesionales es una fuente muy importante de formación, que enriquecerá su labor a través de un cambio de ideas, sistemas y métodos didácticos.

Este conocimiento no debe quedarse exclusivamente en beneficio - del monitor como algo de lo que él toma conciencia, sino que debe llegar de la manera más rápida al alumno y éste deberá ser partícipe y beneficiario.

duos y otros en el área o áreas que en principio se hayan seleccionado y tiene como objetivo principal:

- Observar sus aptitudes físicas, intelectuales y manipulativas, en trabajos propios de la especialidad, cuidadosamente seleccionados.
- Valorar su motivación y nivel de interés por la profesión, comportamiento, relación con los compañeros, responsabilidad y capacidad en el trabajo.
- Que conozca, aunque sea de manera superficial, el contenido de la profesión sobre el que con frecuencia existe un desconocimiento total, teniendo únicamente referencias la mayoría de las veces equivocadas; posibilidades de futuro, niveles de retribución, transvase a ocupaciones similares, evolución de la oferta y la demanda de profesionales, zonas geográficas de mayor índice de ocupación, etc...

Los resultados de este proceso, cuya fiabilidad es bastante alta, son discutidos por el equipo de rehabilitación y comunicados al interesado con absoluta transparencia, para que éste tome una decisión en función de su propia experiencia adquirida durante este tiempo.

Una vez concluída esta etapa de orientación profesional, en la que se ha utilizado maquinaria, herramientas y equipos de tipo industrial sin ningún tipo de adaptación o modificación, y en el que las condiciones y exigencias operativas han sido asimismo similares a las de un puesto de trabajo de la especialidad, comienza la etapa de formación profesional que va a tener una duración de unas 1.400 horas reales de trabajo por término medio, de las que un 75% son dedicadas a trabajos prácticos. Finalizada ésta, conviene realizar una nueva valoración de aptitudes cuyos resultados, relacionados con la primera, puede orientarnos estableciendo la correlación de lo que esos meses de trabajo han supuesto para el alumno, al margen de los conocimientos técnicos y práctcos adquiridos, en cuanto a su personalidad, confianza en sí mismo, autodisciplina, capacidad de trabajo, responsabilidad, deseos de superación, relación con los demás y, en definitiva, en el punto de vista que ahora utiliza para percibir su entorno y sus expectativas de futuro.

Antes de proseguir quiero indicar aquí que nuestro criterio es que la formación profesional acelerada, que es la que nosotros hacemos, debe realizarse sólo cuando la formación profesional establecida en el sistema -- educativo general no es posible por diversas circunstancias, tales como necesidades económicas o sociales perentorias que hay que satisfacer, barreras - arquitectónicas, imposibilidad por los niveles iniciales de formación, edad, etc...

En el desarrollo de la etapa de formación profesional, núcleo de todo este proceso, es donde se debe de tratar de potenciar al máximo las capacidades que el alumno tiene. No voy a entrar en detalle acerca de los - sistemas, programas y medios que en la actualidad se utilizan en nuestro Centro, tema que puede ser materia para otro artículo, pero sí voy a referirme a una serie de ideas que, bajo mi punto de vista, tienen una importancia trascendental y, en la medida que se pongan en práctica, el resultado final estará más cerca de los objetivos propuestos.

Una de estas ideas es la importancia decisiva que tiene el profesorado. Hasta tal punto es importante este aspecto que se puede asegurar - que, en la medida en que el profesor o monitor de formación profesional se sienta identificado con su labor y con sus alumnos, así será el resultado que se obtenga. El programa de formación, los medios audiovisuales y los equipos didácticos son meros instrumentos que hay que saber manejar, y por sí mismos, por muy perfectos que sean, no tienen ningún valor si no son adecuadamente utilizados y sirven para establecer una comunicación y cambio de ideas e información entre alumnos y profesor.

La selección y formación del profesorado son pues tareas de - primer orden, y deben ser estudiadas con mucho detenimiento y con gran res-- ponsabilidad.

Un profesor de formación profesional, como creo que cualquier - persona que se dedique a la docencia, en cualquier especialidad y nivel, debe poseer, además de una gran madurez personal, una buena dosis de imaginación y de iniciativa para poder perfeccionar cada día su labor, investigando nuevos

Por último, quiero referirme a lo que yo llamaría "dinámica -- formativa" y que no consiste más que en la participación activa del alumno - en los objetivos de su propia formación. Para ello, el monitor debe mantener una motivación constante del mismo, lo que no siempre es fácil, dadas las -- circunstancias sobre todo de los accidentados de trabajo, que como en nues-- tro caso y en la primera etapa de la formación profesional se encuentran to- davía en tratamiento médico. Para ello es necesario estimular su curiosidad- y creatividad, manteniendo una tensión de trabajo de manera continua, favore ciendo labores de equipo y procurando que las situaciones de trabajo estén, en todo momento, lo más cerca posible de la realidad industrial.

El alumno debe sentir que su monitor está dispuesto a ayudarlo y orientarlo en su trabajo diario, a poner a su disposición sus conocimien-- tos, pero que también va a exigir un rendimiento y una capacidad de trabajo- muy alta, la misma que en todo momento debe mostrar el profesor, y que le se rá exigida en el momento de ocupar un puesto en la empresa.

Es necesario recordar, en todo momento, que el objetivo final- del proceso de formación profesional es la ocupación de un puesto de trabajo, mejor cuanto mayor sea su cualificación, y eso condiciona todas las acciones que deben ser realistas, innovadoras y lo más cercanas posibles a las necesi dades de la empresa.

BIBLIOGRAFIA

- "Formación Profesional y Trabajo protegido". Orientación y Formación del Minusválido físico. Editorial Mayre, 1976.

- "Experiencia sobre la formación de un amputado de extremidad inferior". II Simposium Internacional de Rehabilitación. Editorial MAPFRE, 1978.

- "Aportaciones a la Formación de Accidentados de Trabajo". Revista de Psicología General y Aplicada, Nº 157, 1979.

- "Actitudes del minusválido físico ante el proceso de Readaptación Profesional". Editorial MAPFRE. Colección: Temas de Medicina, 1980.

- "La Readaptación Profesional de Accidentados de Trabajo". MAPFRE Seguridad, Nº 12, 1983.

Domicilio: Urbanización La Chopera 119
Las Rozas (Madrid)
Tfno.: 6374988

# EL CENTRO NACIONAL DE LA ASOCIACION TELEFONICA PARA ASISTENCIA A MINUSVALIDOS (A.T.A.M.)

Silvia de Paz
A.T.A.M.

## 1.- CRITERIOS FUNDACIONALES

- A.T.A.M. (Asociación Telefónica para Asistencia a Minusválidos) es una Asociación creada en 1973, como fruto de la solidaridad de Telefónica y sus trabajadores, con el objeto social de:

  . Asesorar y apoyar acciones preventivas de las minusvalías.

  . Promover la protección, asistencia y rehabilitación y demás actividades auxiliares y complementarias que posibiliten la integración social y/o laboral de los disminuídos físicos, psíquicos y sensoriales.

- Su fundación se concertó entre Empresa y representación de los trabajadores, reflejándose el acuerdo en la cláusula 17 del VI Convenio Colectivo.

## 2.- BASES DE FUNCIONAMIENTO

- A.T.A.M. se rige por unos Estatutos, cuya última redacción fué aprobada por el Ministerio del Interior el 23-4-84 y está declarada de Utilidad Pública por Acuerdo de Consejo de Ministros de 9-12-77.

- Las bases de funcionamiento de la Asociación, se asientan en el principio de la corresponsabilidad, mediante la composición paritaria de sus Organos y el desarrollo de una cultura participativa, siendo de ello significativo, que más del 95% de los acuerdos y decisiones se han adoptado, en sus 15 años de existencia, por unanimidad, consenso concertado o amplísima mayoría.

- Los principales Organos de la Asociación son:

  . Organos Representativos: Junta General, Junta Directiva y Presidencia.

  . Organos Territoriales: Comisiones de Zona.

  . Organo Ejecutivo/Coordinador: Secretaría General.

  . Organos Técnicos: Comisión de Criterios y Junta Técnica de Evaluación de las Minusvalías.

  . Organos Gestores: Director Gerente y Equipo de Dirección de Centros de la Asociación.

## .- FINANCIACION

- A.T.A.M. se financia, fundamentalmente po:

  .**Cuotas:** 68,75% del total = Aportaciones Telefónica e Institución Telefónica de Previsión, cifradas en el 4 por mil de las retribuciones satisfechas a sus empleados y pensionistas; Cuota de los trabajadores y pensionistas equivalente al 2 por mil de sus salarios o pensiones.

  .**Subvenciones de las Administraciones Públicas:** 3% del total.

  .**Ingresos financieros:** 18% del total.

  .**Ingresos Centros:** 9,75% del total de las actividades de los Centros que llevan algún beneficio económico.

## 4.- MEDIOS

- **Financieros** - Sus ingresos sobrepasan los 1.200 millones de ptas. y sus gastos totales están en torno a 1.000 millones de ptas.

- **Materiales** - Principalmente sus cinco Centros.

- **Humanos** - Fundamentelmente su plantilla, altamente cualificada, compuesta por 200 trabajadores.

## 5.- ACCION SOCIAL

- Los beneficiarios de A.T.A.M. son sus asociados (trabajadores y pensionistas de Telefónica) y los familiares de éstos inscritos en sus Cartillas Sanitarias de la Seguridad Social, siempre que reunan las condiciones de minusválidos y sean censados en A.T.A.M., como tales. Actualmente hay más de 1.400 censados.

- La Asociación encamina sus acciones en una doble vertiente: Creación de Centros Propios para la asistencia (donde reciben atención el 23% de los censados) y/o concesión de prestaciones económicas y sociales directas (vía que incluye las ayudas al 77% de los censados).

- En los Centros de la Asociación, se dá asistencia en las áreas de:

. **Centro Nacional** (Pozuelo-Madrid) en:
Prevención, Diagnóstico y Orientación; Educación Especial; Rehabilitación y Comunicación Aumentativa; Atención a

Psíquicos Profundos; Centro Ocupacional; Internado y Centro Especial de Empleo.

. **Centro de Valldorreix** (Barcelona) en:
Centro Ocupacional y Centro Especial de Empleo.

. **Centro de Torrent** (Valencia) en: Centro Ocupacional.

. **Centro de Sevilla** en: Centro Ocupacional.

. **Centro de El Tablero** (Tenerife) en: Centro Ocupacional.

- A.T.A.M. ofrece a sus beneficiarios un conjunto de prestaciones de diversa índole homologables o complementarias a las que ofrecen las Entidades e Instituciones que se dedican a la atención de personas con minusvalías, técnicamente renovadas, concebidas desde una perpectiva integral e integrada, por un lado en la oferta del sector público, y por otro, en el particular dispositivo de previsión social que posee Telefónica.

El contenido sumario de esta acción protectora, rehabilitadora y preventiva se concreta en las siguientes prestaciones asistenciales, económicas y sociales cuya concesión responde al principio de solidaridad:

- Rehabilitación médica, funcional y psicológica.
- Educación.
- Adiestramiento, formación profesional y académica.
- Medidas de integración laboral.
- Prestaciones sociales.
- Compensación por ayuda de tercera persona, ayuda domiciliaria y servicio de apoyos puntuales.
- Compensación por gastos de transporte.
- Medidas para la cobertura de necesidades mínimas.
- Acción comunitaria para la prevención de las minusvalías.
- Asistencia a Centros de A.T.A.M.
- Residencias fuera del domicilio familiar.

# INSTITUTO NACIONAL DE REEDUCACION DE INVALIDOS

## (1933-1986) (*)

Julián Palacios
Centro Público de Educación Especial
de Reeducación de Inválidos

Anteriormente, el Instituto de Reeducación Profesional había dejado de cumplir los objetivos para los que inicialmente había sido creado y era necesario orientarle hacia nuevos cometidos. Por ello, partiendo de los aspectos más positivos, como la unificación de Asilo e Instituto, y teniendo en cuenta la existencia de la Caja, se transformó en una entidad que podría acoger a cualquier inválido, es decir, a partir de ahora tendrían cabida mujeres y niños, a los que procurará no sólo la rehabilitación médico-funcional, sino también proporcionará a éstos la necesaria educación adaptada a sus necesidades.

La cada vez mayor importancia concedida al aspecto educativo motivará que el Instituto Nacional de Reeducación de Inválidos (INRI) poco a poco deje de ser una institución de carácter predominantemente médica para transformarse en un centro docente. Esta evolución se realiza de un modo gradual que nosotros, a efectos metodológicos, dividimos en tres etapas:

. Etapa Médico-Rehabilitadora: Presta su atención a cualquier tipo de inválidos sin distinción de sexo y edad. Les procura una rehabilitación integral: médica, funcional, escolar, profesional, etc., en función de su minusvalía.

. Etapa Médica: Tan sólo presta atención médico-quirúrgica, pues, a causa de la guerra y las dificultades de la posguerra, únicamente funcionó la Sección Médica.

. Etapa Docente-Rehabilitadora: Admite sólo inválidos, del sexo masculino que van a realizar un tipo de estudios determinados -Formación Profesional y/o Educación General Básica- a los cuales también se les procura una rehabilitación integral.

---

(*) Publicado en el Boletín del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, nº 15, Abril 1990.

## 1. Etapa Médico-Rehabilitadora

A fin de orientar al Instituto de Reeducación Profesional hacia objetivos más amplios que abarcasen, según indicamos antes, la reeducación de inválidos de todo orden, es decir, a las víctimas de enfermedades o defectos congénitos, o la de accidentes (1), se reestructura y se le concibe como: - "Clínica, residencia eventual y escuela de recuperación de lisiados, baldados, paralíticos, tullidos, deformes" (2) sin distinción de sexo y edad. Al mismo tiempo, se cambió su denominación por la de Instituto Nacional de Reeducación de Inválidos (INRI), por disposición de 5 de junio de 1933 y se asignan los siguientes cometidos:

a) Tratamiento médico con finalidad reeducativa para todos los afectados por mutilaciones, anomalías o lesiones de los miembros o del - tronco que les priven de la movilidad normal y les inhabiliten para las actividades normales de la vida, sea cualquiera la causa de tales impedimentos físicos y la edad y el sexo de los que los padezcan.

b) Régimen pedagógico, con una escuela dividida en las secciones necesarias, donde todos, niños y adultos, reciban la necesaria educación y la instrucción especializada, de acuerdo con sus aptitudes - físicas y disposición mental.

c) Formación profesional o técnica.

d) Formación del personal facultativo, técnico-docente.

El nuevo Instituto, dependiente del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, se define como una entidad benéfico docente de carácter prodominantemente médico (3), regida y administrada por un Consejo de Patronato, auxiliado por un Comité Ejecutivo, aunque ahora aparece, además, la figura del Director como responsable de todos los servicios del Instituto. Este había de ser siempre médico, considerándose su cargo de carácter técnico, nunca representativo (correspondiendo esta función al Patronato), nombrándose como Director el Dr. D. Manuel Bastos Ansart.

---

(1) Excepto los comprendidos por la Ley de Accidentes de Trabajo de 8 de octubre de 1932, que correspondía a la Caja.

(2) Preámbulo del Decreto de 7 de junio de 1933.

(3) "La acción exclusiva del Instituto será la médica" en tanto sea posible el tratamiento, no siendo nunca una residencia definitiva.

Las nuevas actividades encomendadas a la Institución obligaron a modificar los servicios, que se dividieron en cuatro Secciones:

Sección Primera: Facultativa, para el tartamiento médico, con finalidad reeducativa. Entre sus servicios se encontraban: Salas de consulta, de operaciones, fisioterapia, análisis clínicos, radiografía, masajes, escayolas y clínicas - con una capacidad de 150 plazas.

El responsable era el "Jefe de Clínicas" que, a su vez, actuaba como Subdirector del Instituto y tenía a su cargo la organización de todo lo relacionado con la asistencia y tratamiento médico. De él dependían: tres médicos de sala, un jefe de laboratorio, cuatro médicos residentes, dos médicos ayudantes, dos practicantes, diez enfermeras y seis enfermeros.

Los enfermos inválidos se organizaban en cuatro departamentos clínicos: varones de 16 años en adelante; niños y varones de 4 a 16 años; mujeres de más de 16 y niñas de 4 a 16 años.

Sección Segunda: Pedagógica. Su finalidad era eminentemente educativa con un - programa mínimo de enseñanzas a base de práctica organizada de trabajos de ejecución manual y conocimientos de dibujo, geometría, cálculo, geografía, ciencias físicas, químicas y naturales, deberes cívicos, expresión gramatical y adquisición cultural a base de lecturas, conferencias, concursos, etc.

Los alumnos se organizaban en secciones de niños, adultos y ancianos, acudiendo a clase en un horario compatible con las enseñanzas de preaprendizaje o reeducación. Las enseñanzas se dividieron en clases de párvulos y primeras letras, clase de iniciación profesional y clase de cultura general.

La responsabilidad de la Sección recaía en el Director Pedagógico, ayudado de profesores y maestros (4), todos los cuales debían estar en posesión del título de Maestro de Primera Enseñanza.

---

(4) Se designaba como maestros a los profesores que debían residir en el Instituto, generalmente mujeres, con la misión de auxiliar a los externos o profesores.

Sección Tercera: Técnica. Para "dar complemento reeducativo necesario a los tratamientos médicos, ocupar el tiempo de la manera más útil posible durante los tratamientos, practicando la terapeútica del trabajo, al mismo tiempo - que la iniciación en labores útiles, bien para subvenir las necesidades de - la propia subsistencia, o bien para encauzarlos para emprender una prepara-- ción profesional completa en los centros de formación cultural o en talleres, fábricas o Escuelas de Trabajo" (5).

Se marcaron dos tipos de actividades: los menores de 14 años - realizarían una iniciación general con varias prácticas de preaprendizaje, - mientras que los mayores se dedicarían a practicas de adaptación o readapta- ción a determinados oficios.

La Sección se encontraba bajo la dependencia de un Jefe de Sec ción, auxiliado por: maestro ortopédico, profesor de enseñanzas técnico-prác ticas, profesor auxiliar, perito agrícola, seis maestros de taller, seis - obreros ortopédicos y tres ayudantes.

Se aprovecharon los antiguos talleres y se establecieron otros nuevos, mereciendo especial mención los de mecánica, electricidad, galvano-- plastia y ortopedia.

Sección Cuarta: Administrativa. Destinada al desenvolvimiento de los servi-- cios de carácter administrativo, se subdividió en dos negociados: Administra ción y contabilidad. El personal lo componían un jefe y dos funcionarios.

Respecto a los reeducandos, agrupados en las Secciones de niños, adultos y ancianos (de ambos sexos), recordaremos que ingresaban tan sólo el tiempo necesario para completar su proceso reeducativo, no admitiéndose más residentes permanentes, aunque seguirían conservando este carácter los acogi- dos de la antigua Residencia, pero las vacantes o renuncias se amortizarían.

---

(5) INSTITUTO NACIONAL DE REEDUCACION DE INVALIDOS: Reglamento general y orgáni co del Instituo Nacional de Reeducación de Inválidos. Madrid, Tip. Yagües , 1934, art. 55.

El acceso se realizaba a petición de los solicitantes a quienes se realizaba un examen previo por parte de los servicios médicos a cuyo juicio quedaba la "determinación del ingreso en cada caso particular". Así como la admisión era libre, también lo era la baja que se concedía, sin más trámite especial que el deseo del interno.

Una vez admitidos, podían ser asistidos en régimen de internado o externado, según la "conveniencia de la recuperación del inválido", pudiendo pasar de una situación a otra cuando "las circunstancias especiales de cada caso permitan y aconsejen la continuidad del tratamiento en alguna de las dependencias del mismo". Asimismo, cuando se juzgaba que el enfermo no necesitaba del internamiento para su tratamiento, se le atendía en régimen de ambulatorio, circunstancia que también se preveía para los hospitalizados que fuesen dados de alta. Terminada la reeducación, se les proporcionaba un certificado que podía ser condición preferente para la admisión en ciertos destinos y cargos públicos del Estado, provincia, municipio o el propio INRI.

Las prestaciones tenían un carácter gratuito para los que acreditasen su falta de recursos económicos, y de pago para los pudientes, siendo el trato y tipo de prestaciones idénticos para todos.

Para hacer más efectiva la actuación del INRI, se propuso la creación de Centros Delegados y Centros Adscritos. Así, en cada provincia debía funcionar un Centro Delegado con la misión de examinar y emitir un informe sobre los inválidos de la provincia que aspirasen a ingresar en el INRI. Como Adscritos, se habilitarían las clínicas y consultorios, tanto públicos como privados que quisiesen actuar como auxiliares de los Delegados, pero manteniendo su independencia y en estrecha colaboración científica con el INRI.

Una vez puestas en funcionamiento las reformas, tanto estatutarias como de las instalaciones (6), el Instituto desarrolló plenamente su cometido. Así, hasta julio de 1936 fueron vistos en el consultorio 3.832 enfermos, se operaron 778, recibieron tratamiento de fisioterapia 1.532, se escayo

(6) Entre las principales, mencionaremos la remodelación del pabellón de talleres para adaptarle a las nuevas actividades de la Escuela de Reeducación y Aprendizaje, un nuevo edificio destinado a grupo escolar y servicios anejos. La Sección Facultativa recibió un nuevo material médico, quirúrgico, de laboratorio, de macanoterapia y electroterapia.

laron 738, se trataron en ambulatorio 1.539, se construyeron 158 prótesis, etc. A la Escuela asistieron 308 niños a las clases de párvulos, 148 adultos a las de iniciación profesional y todos los que pudieron abandonar la cama y no asistieron a las anteriores, pasaron por las de cultura general. Por los distintos talleres pasaron 325 reeducandos, siendo los más solicitados los de zapatería (25%), sastrería (20%) y mecanografía (11%).

## 2.Etapa Médica

A comienzos de la Guerra Civil quedaron suspendidas las actividades al permanecer en primera línea del frente; por este motivo sufrió grandes destrozos y desapareció casi todo el material quirúrgico, maquinaria, enseres y utillaje que fué incautado por el ejército.

A partir de 1940, después de importantes obras de remodelación y reconstrucción, volvió a funcionar, pero únicamente con la Sección Médica, no estimando conveniente el Ministerio de Educación Nacional la reiniciación de las actividades de los talleres, escuelas y residencia. Además, no se cubrieron las vacantes de personal, quedando la plantilla reducida a Director, dos médicos de sala, dos practicantes, ocho enfermeros, una Superiora y diez Hijas de la Caridad. Todo ello, junto a la escasez presupuestaria, motivó que, como indicaba su Director D. Alberto Azpeitia Escolá, el Instituto no cumpliese más que parcialmente sus fines, limitándose a las consultas externas, tratamiento de los ingresados en clínica, además de los treinta residentes provenientes del antiguo Asilo, y operaciones quirúrgicas. Faltando la acción benéfica de las demás Secciones "a lo máximo que se puede aspirar es a colocar a los tarados para la vida laboral en condiciones de capacitación funcional para que ellos por sí se orienten arbitrariamente hacia una vida de trabajo adecuada, cuando venciendo resistencias íntimas y dificultades apenas consiguen ingresar en una escuela o taller de aprendizaje" (7).

---

(7) AZPEITIA, A. Informe que el Director del Centro eleva al Ilmo. Director General de Enseñanza Laboral, noviembre, 1951, 22 folios mecanografiados; pág 18, sin firma ni nombre, se lo atribuyo al Dr. Azpeitia que era entonces Director.

### 3. Etapa Docente-Rehabilitadora

La Ley de Formación Profesional Industrial de 1955 confirió al INRI la misión de dar "asistencia y tratamiento médico a los inválidos procedentes de la Industria y, de modo especial, la adaptación profesional de los adolescentes y la readaptación de los adultos". El cumplimiento de este cometido va a suponer una transformación de la institución que adquiere un marcado carácter docente-profesional. Así, a partir de 1958 se reglamentó el "aspecto docente del Centro, señalando a estas actividades un destacado lugar dentro de sus tareas, de modo que se le pueda considerar como dedicado a cursar enseñanzas profesionales por alumnos inválidos.... A tal efecto, y mediante convocatorias anuales realizadas entre los inválidos adolescentes del aparato locomotor se /verificase/ la adjudicación de las plazas de alumnos internos con el fin de facilitar, no sólamente el tratamiento médico-quirúrgico adecuado y necesario para mejorar su invalidez, sino también dotándole de un carácter destacadamente docente y formativo, atender a la formación pedagógica y profesional mediante los necesarios estudios aprobados en los planes de Iniciación Profesional Industrial" (8).

En estos momentos, la mayoría de los alumnos están comprendidos entre los 12 y 16 años de edad, siendo la condición exigida para su ingreso la de padecer enfermedades del aparato locomotor que pudieran perturbar la normal formación pedagógica y profesional del adolescente, sin afectar a sus facultades mentales, siendo un mérito preferente la posesión del Certificado de Estudios Primarios. Entre las causas de invalidez más comunes citaremos, por orden decreciente, poliomelitis, anomalías congénitas, amputaciones, tuberculosis ósea, parálisis espásticas cerebrales, distrofias, ostomielitis, artritis reumatoides, escoliosis y artrogriposis.

La Sección Médica se encargó de la rehabilitación somática alcanzando los tratamientos quirúrgicos gran relevancia; dichos tratamientos eran precedidos y después complementados con una metódica e intensiva práctica de rehabilitación en las salas de fisioterapia y terapia ocupacional.

---

(8) INRI. Rehabilitación y formación docente-profesional de inválidos en la adolescencia. Curso 1959-60. MEN, 1961, s/p.

Un 75% de los alumnos fueron sometidos a tratamiento quirúrgico a fin de corregir deformidades, estabilizar la mecánica articular, compensar los trastornos del crecimiento, intervenciones autoplásticas y creadoras de nuevos órganos y todas aquellas intervenciones que se hacían indispensables - para la adaptación de prótesis. De estas intervenciones se concerva un importante material conematográfico que se realizó con finalidad médico-docente y que se exhibió en numerosos congresos. Entre las más importantes recordemos - las siguientes filmaciones:

"Rehabilitación de amputados". 1963, 30 min.
"rehabilitación de amputados, miembro superior". s/f, 30 min.
"Rehabilitación de un ciego, amputado de ambas extremidades superiores".s/f, 30 min.
"Intervención de pinzas". 1963, 30 min.
"Posibilidad de amputados de antebrazo". s/f, 30 min.
"Actividades diarias de un doble amputado". s/f, 30 min.
"Pinzas de Krukemberg". s/f, 30 min.

Asimismo, se conserva otra cinta, "Instituto Nacional de Reeducación de Inválidos: Becarios" (30 min.), realizada en 1965, que recoge diversos aspectos de la vida de los alumnos en el centro.

La Sección Docente impartía estudios y formación profesional, completados en el aspecto práctico con las enseñanzas propias de iniciación en -- los trabajos de metal, electricidad, madera y dibujo, sujetándose los cursos , en duración y periodos de vacaciones, al calendario escolar, con pruebas tri-- mestrales por Navidad, Semana Santa y finales en el mes de Junio. Dicho examen final tenía validez oficial y perfecta convalidación con las enseñanzas oficiales recibidas en los Institutos Generales y Laborales.

Los alumnos provenían de todo el país, ingresando por el sistema de convocatorias anuales, y bajo el régimen de internado para realizar, como - antes dijimos, estudios de iniciación profesional, distribuyendo su jornada entre clases teóricas correspondientes a los grados de Iniciación Profesional - por la mañana, y el complemento de las prácticas de talleres por las tardes. - Además, en íntima conexión con escuelas y talleres, funcionaba el Departamento de Psicología, encargado de la orientación profesional, fundamentalmente.

A partir de 1966, junto a los estudios de Iniciación Profesional, se autorizaron los de Enseñanza Primaria al crearse una "Escuela Graduada de -

Enseñanza Especial", compuesta por cuatro unidades de niños, más una Dirección Escolar, en régimen de Consejo Escolar Primario.

Poco a poco va aumentando el número de unidades escolares, al mismo tiempo que se modifican los estudios de Iniciación Profesional al crearse en 1979 una Sección de Formación Profesional de Primer Grado a nivel de Educación Especial con las ramas de Delineación, y Administrativa y Comercial; por lo que podemos observar que el centro cumple con una triple finalidad: médica, escolar y profesional. Así, bajo la dirección de un Director Médico se estructuraron los siguientes Departamentos: Formación Profesional, Educación General Básica, Clínico (coordinado por el Jefe de Clínicas, del cual dependían el resto de los médicos, enfermería, rehabilitación, logopedia, fisioterapia y terapia ocupacional), Administración, internado, equipo multiprofesional. Con esta estructura se mantuvo, con leves modificaciones en la Sección de Formación Profesional, hasta 1986, excepto en el aspecto directivo en el que se nombró a D. Santiago Romera, persona proveniente del campo de la enseñanza, y no médico, lo que poco a poco aceleraría el cambio en la finalidad del Instituto hacia una orientación docente en el ámbito de la educación especial.

Otro aspecto destacable es el comienzo de la admisión de alumnos externos de las zonas limítrofes de Carabanchel y de la capital, lo cual contribuirá también a su transformación en un centro de ámbito local y/o provincial.

Finalmente recordaremos que en este periodo ejercieron como directores del centro médicos tan relevantes como D. Agustín Lozano Azulas.y D. Anselmo Alvarez Cué. este último era especialista en Traumatología y Ortopedia,Medicina Deportiva, Rehabilitación y Profesor de Fisiología de la Educación Física, ocupando el cargo de Director del INRI desde 1976 a 1983, desempeñando, además, puestos importantes en la Seguridad Social como Jefe del Servicio de Traumatología de la Residencia Sanitaria "La Paz" de Madrid. Otros médicos que prestaron sus servicios merecen ser recordados, como D. Enrique Jaramillo Gómez y D. Vicente Sanchís Olmos.

# III. LA REHABILITACION BASADA EN EL EQUIPO MULTIPROFESIONAL

# LA REHABILITACION BASADA EN EL EQUIPO MULTIPROFESIONAL. INTRODUCCION

José María García
INSERSO

En el ámbito de la atención a las personas afectadas de una minusvalía, los actuales equipos multiprofesionales surgieron al final de los años setenta, y su creación y posterior desarrollo se explica en el contexto de - cambio contínuo y progresivo en que se encuentran los servicios de rehabilitación.

La rehabilitación, en tanto estrategia de intervención sobre la problemática que afecta a las personas con discapacidades, ha resultado ser en efecto un proceso abierto y en permanente evolución, que periodicamente cristaliza en un nuevo modelo de atención, por supuesto de vigencia limitada.

Una constante en este proceso ha sido, y sigue siendo, la progresiva asimilación dentro de su esquema de problemáticas, intervenciones profesionales y enfoques metodológicos que hasta entonces se contemplaban de forma muy segmentada y autónoma. Su asimilación terminará por redefinir el contenido y los procesos de rehabilitación.

Los elementos que un tanto laboriosamente están confluyendo en este esquema globalizador proceden de las áreas de educación y formación profesional, de la rehabilitación médica, de los tratamientos psicológicos y del ámbito de los servicios sociales.

No es un proceso lineal y homogéneo, ni tampoco está exento de dificultades. La dificultad mayor estriba en articular intervenciones que hasta el momento se han desarrollado en Departamentos diferentes (Trabajo, Sanidad, Educación y Servicios Sociales), dentro de planificaciones muy autosuficientes, protagonizadas casi siempre por una sola profesión, y dotadas de marcos teóricos y metodológicos muy distantes entre sí.

Esto explicaría lo desigual del panorama español, donde coexisten modelos de intervención y servicios de corte asistencialista junto a otros que prestan una atención integral por medio de equipos multiprofesionales.

Para conocer este panorama cambiante y desigual, y para explicar el papel que dentro de él ocupan los equipos multiprofesionales, nada mejor que exponer las coordenadas de ese proceso de convergencia y evolución de los servicios de rehabilitación.

## Los Tribunales Calificadores

En la reciente historia de los servicios de rehabilitación españoles, con la promulgación en 1963 de la Ley de Bases de la Seguridad Social, se inicia la actual ordenación del sector en los ámbitos de la Sanidad y de los Servicios Sociales.

Entre las directrices que pretenden conformar el nuevo Sistema, dos tendrán en el futuro especial relevancia a la hora de la organización de los servicios y de la prestación de las medidas recuperadoras:

- La consideración conjunta de las distintas situaciones de necesidad o contingencias protegidas.

- La preocupación preferente sobre los servicios de recuperación y rehabilitación frente a las prestaciones económicas, cuya potenciación se propone como uno de los ejes de la reforma.

En el año 1966, en cumplimiento de las anteriores Bases, se promulga la Ley de Seguridad Social (Texto articulado I), donde por primera vez en nuestro país, bajo un encomiable enfoque sistémico, se articula la acción protectora como un conjunto de prestaciones económicas, sanitarias y de servicios sociales. Entre éstas figuran las prestaciones recuperadoras: tratamientos sanitarios de rehabilitación, orientación y formación profesional y medidas de empleo selectivo.

En esta ley también se introducen, por desgracia, factores disgregadores que pugnarán por desarticular el sistema. Por una parte, se consideran prestaciones complementarias, supeditadas a la disponibilidad de recursos, aquellas que se pretendía potenciar y convertirlas en eje de la reforma.

Y en otro orden de cosas, se establece el germen de un acceso dual a estas - prestaciones: en calidad de trabajadores en situación de invalidez y en tanto minusválidos.

Las tendencias centrífugas se afianzan también a la hora de organizar las intervenciones profesionales que están implicadas en aquel conjunto de medidas recuperadoras: la fragmentación de procesos que son unitarios y la débil conexión entre los servicios intervinientes son las notas dominantes en el plano organizativo.

Se inicia por esos años, en efecto, un modelo dicotómico de prestación de servicios, en el que los procesos de diagnóstico y de intervención - recuperadora aparecen claramente escindidos.

En el estrato de las intervenciones surgen, a su vez, diferentes organismos (Residencias Sanitarias, Mutuas Patronales, I.N.P., S.E.A.F.-P.P.O., Fondos económicos ...) con responsabilidad sobre un segmento de aquel conjunto de prestaciones que, en visión del legislador de la Ley de Bases, constituían un todo interdependiente.

Al tiempo que se van diversificando los servicios de intervención, - van emergiendo en algunos de ellos nuevas profesiones de marcado carácter rehabilitador. Por estas fechas se estructuran las especialidades de Fisioterapia (1957), profesores de Pedagogía Terapéutica (1962), Terapia Ocupacional (64-67) y Educador de subnormales (1975). Actúan, por lo general, como auxiliares de la profesión de que se han separado y dentro de planteamientos unidisciplinares.

Los servicios de base interdisciplinar tienen su origen principalmente en el contexto de los procesos de diagnóstico. Nacen con funciones escuetas al principio, que progresivamente irán ampliando a la par que el diagnóstico se hace más complejo y dinámico.

En 1965 se atribuía por ley el diagnóstico de los niños y jóvenes - subnormales a los Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica y a las - Unidades Clínicas Regionales, dependientes de Sanidad, y pocos años después

se creaban las Comisiones Técnicas Calificadoras (1968) y las Unidades Provinciales de Valoración (1971) en el marco de la Seguridad Social, con competencias sobre la valoración de las situaciones de invalidez permanente y minusvalía respectivamente.

Estos servicios constituyen los primeros antecedentes del trabajo multiprofesional en sus ámbitos respectivos, aunque no se puede hablar con propiedad de equipos. Se trata más bien de una agregación de nuevas profesiones (asistentes sociales, psicólogos, especialistas en pedagogía terapéutica ...) y de diferentes especialidades médicas (Neurología, Psiquiatría, Pediatría ...) que, vinculados muchas veces a Departamentos y Servicios distintos, se constituyen en tribunal para desarrollar una función muy concreta: la calificación de las situaciones de invalidez y de subnormalidad.

La calificación, en esencia, consiste en emitir dictámenes técnicos para fundamentar decisiones administrativas (... es o no minusválido, .. tiene o no derecho a ..., corresponde su atención a tal o cual servicio .....). Historicamente esta función va asociada al surgimiento de regímenes de protección social, que basan el derecho a las distintas prestaciones y servicios en "contingencias" y no en la constatación de necesidades. En la actualidad pervive a través de servicios dedicados en exclusiva a esta tarea y monopolizando las de algunos equipos multiprofesionales.

La presencia de distintos profesionales viene exigida no tanto por la complejidad de los diagnósticos cuanto por la diversidad de situaciones a evaluar. En concreto, las profesiones no médicas se introducen en rehabilitación vía deficiencia mental (U.C.R. y U.P.V.).

En calificación, los diagnósticos se reducen a una visión escueta, estereotipada y un tanto estática de sólo los aspectos discapacitantes del sujeto(etiquetaje) que, entre otras disfuncionalidades, sirvió para promover cauces marginales en la atención de los minusválidos.

## Los Programas de Orientación

En los años setenta se consolida la estructuración de los servicios de rehabilitación en dos ámbitos diferentes y con una cierta especialización por colectivos. Trabajo y Seguridad Social atenderá fundamentalmente las situaciones de incapacidad física de las personas aseguradas en edad laboral. El sub-sistema de Educación Especial se cuidará, por otra parte, preferentemente de los deficientes mentales y de los sensoriales que se encuentran en edad escolar. En este panorama constituyen lagunas evidentes la atención de los menores de seis años, los colectivos no escolarizables y los adultos no protegidos por el sistema de la Seguridad Social.

En el ámbito educativo se producen por esos años avances importantes. En 1970 se promulga la Ley General de Educación y con ella se inicia, entre otras cosas, el proceso de articulación en el sistema educativo de la modalidad de educación especial. En 1975 se crea el Instituto Nacional de Educación Especial con la misión de extender la educación a todos los colectivos de minusválidos, al tiempo que promueve el perfeccionamiento de los procesos educativos especializados. Se cierra la década con la elaboración, en 1979, del Plan Nacional de Educación Especial, en el que están recogidas las principales bases sobre las que se ordenará la educación especial en los siguientes años.

El Plan de Educación Especial asume un modelo comprensivo de educación que se ha ido configurando durante estos años, "concebido como proceso formativo integrador de las diversas orientaciones, actividades y atenciones pedagógicas y rehabilitadoras". En este proceso integrador ocuparán un papel protagonista los equipos multiprofesionales y los programas de orientación.

En el ámbito de la Seguridad Social también se producen por esos años procesos convergentes. La creación, en 1970, y posterior desarrollo del Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos (SEREM) supone un serio intento de articular las distintas prestaciones recuperadoras que, previstas en la Ley de Bases, se están desarrollando y gestionando entre varios Organismos. Contará para ello con un instrumento técnico, dotado de una base jurídica, como es el "programa individual de recuperación".

El Plan o Programa de recuperación fue establecido con carácter obligatorio en 1969 para todos aquellos incapacitados laborales que siguieran algún proceso rehabilitador. Su finalidad es la de fijar para cada beneficiario las medidas necesarias para su rehabilitación, el contenido y duración aproximada de cada una y los centros donde han de llevarse a cabo. En el plano normativo, su regulación definitiva data de 1977.

Desde un punto de vista técnico, el programa de recuperación, en su formulación más elaborada, consiste en la conjunción de tres procesos de carácter abierto y muy interdependientes: diagnóstico - orientación - tratamiento (o seguimiento).

El diagnóstico, en tanto proceso, consiste en una evaluación contínua y sistemática del sujeto y de su entorno próximo. Como reacción al mero "etiquetaje", estudia al sujeto discapacitado en su globalidad, analizando no sólo sus discapacidades sino su personalidad, sus posibilidades de recuperación y su situación personal en el contexto familiar y social en que vive. Aglutina en una sola visión datos procedentes de exploraciones médicas, psicológicas, pedagógicas, sociales y/o laborales.

La orientación busca concretar para cada individuo la estrategia de intervención más adecuada (objetivos, medios, procesos ...), ajustándola periodicamente en base a las informaciones procedentes de los diagnósticos y del seguimiento. Las propuestas se recogen en un documento llamado plan o programa de recuperación, de orientación, de desarrollo, etc. El plan suele tener un nivel menor de concreción, enuncia simplemente el conjunto de medidas necesarias. El programa determina en cada momento el contenido de estas medidas y los tratamientos y demás intervenciones técnicas que se precisan para alcanzar un objetivo concreto.

La culminación lógica de los procesos de diagnóstico y orientación son los tratamientos recuperadores. No obstante, cuando la ejecución del programa corre a cargo de servicios distintos a los de orientación, corresponde a éstos el seguimiento de las medidas recuperadoras. El seguimiento, en estos casos, consiste en evaluaciones periódicas que buscan la permanente adecuación del programa rehabilitador a las características y evolución del

sujeto. Verifica la validez de los diagnósticos y la pertinencia de las medidas propuestas, así como el grado de cumplimiento de lo programado.

La validez de este entramado circular de procesos (diagnóstico-orientación-seguimiento-diagnóstico ...), nucleados en torno al programa individual de recuperación, dependen de la flexibilidad y dinamicidad de los agentes, y de la fluidez entre los servicios intervinientes. No siempre se ha conseguido dotar a los recursos de rehabilitación españoles de esta necesaria fluidez. Privados de "feed-back", los procesos se fraccionan en actos, y su potencial de eficacia queda muy disminuido.

## Los Equipos Multiprofesionales

Los programas de orientación o recuperación son un claro exponente de la evolución de las estrategias rehabilitadoras. Justo en ese momento, cuando el contenido de la rehabilitación se hace multidimensional y dinámico, surgen los modernos equipos multiprofesionales. Se justifican por la diversidad de colectivos y por la complejidad de los aspectos que deben enfrentar, y en razón de los muchos quehaceres que han de desarrollar.

En torno a 1980 se termina por perfilar los equipos de valoración y orientación del Instituto Nacional de Servicios Sociales y los equipos multiprofesionales del Ministerio de Educación y Ciencia. En el primer caso son una actualización de las ya obsoletas Unidades Provinciales de Valoración, y con los segundos cristaliza una rica tradición en el campo de la educación especial que proviene desde los tiempos del Instituto de Pedagogía Terapéutica.

La composición de ambos equipos es parecida. En ellos confluyen, en paridad de roles, médicos, psicólogos, pedagogos y asistentes sociales, y en un estrato ligeramente inferior, maestros especializados, psicomotricistas, logopedas y fisioterapeutas. Aunque se estructuran en dos niveles (círculos concéntricos, según el Plan Nacional de Educación Especial) se cuida muy especialmente la insoslayable reciprocidad de las funciones de diagnóstico, -- orientación y tratamientos.

En estos años el contenido de las intervenciones profesionales de estos equipos ha ido ampliándose progresivamente. Hoy nadie duda que la intervención sobre el sujeto es insuficiente. Una persona con discapacidad está expuesta a una doble vulnerabilidad. Su desarrollo personal y su adaptación al medio están en riesgo no sólo por las dificultades objetivas que suponen las discapacidades, sino también, y muy especialmente, porque éstas pueden bloquear o distorsionar los procesos interactivos entre el discapacitado y su entorno. Es por eso que el entorno ha pasado a formar parte del fenòmeno rehabilitador: el objeto de la rehabilitación es hoy la minusvalía y no sólo la discapacidad.

La atención directa al sujeto se considera, pues, una parte de la intervención rehabilitadora. Tiene como objetivo último y prioritario el desarrollo y la integración social de la persona discapacitada, y como objetivos inmediatos, supeditados a áquel, el tratamiento de las discapacidades. Comprende, según los casos, intervenciones médicas, psicológicas, pedagógicas, sociales y/o profesionales. Estas intervenciones, iniciadas lo más pronto posible, se hacen de forma personalizada y muy dinámica, y con un ritmo intensivo y sistemático. Se imparten en sesiones ambulatorias, o bien dentro de la dinámica (escolar, laboral ...) y en los centros ordinarios donde se encuentra el minusválido.

El entorno, en tanto objeto de las intervenciones de los equipos multiprofesionales, se concreta en aquellos ambientes cotidianos en que la persona minusválida se mueve y, dentro de éstos, los contextos o situaciones más habituales. Estos ambientes son fundamentalmente el familiar, el escolar o laboral y el comunitario.

El trabajo de los equipos multiprofesionales sobre el hogar o la familia del discapacitado se focaliza en todo aquello que pueda facilitar el proceso recuperador: las condiciones de vida, los "estilos" de convivencia y especialmente las relaciones intrafamiliares. Se les ofrece información y asesoramiento sobre la naturaleza del problema y sobre los recursos y posibilidades de atención, se les apoya e instruye para que participen y sean competentes en la atención de sus propias necesidades y problemas y también, si fuera preciso, se les ayuda a cambiar de actitudes, hábitos o rutinas domésticas contraproducentes a los fines de la rehabilitación.

Consecuentes con el principio de normalización que en la actualidad preside la organización de los recursos rehabilitadores, se tiende a que las personas discapacitadas reciban las atenciones específicas que precisan mediante la utilización de los cauces normales que el común de los ciudadanos emplea para la atención de sus necesidades. En esta dirección se hace necesario muchas veces el apoyo técnico a los centros ordinarios de servicios o equipos especializados en una problemática concreta, como es el caso de los equipos multiprofesionales de rehabilitación.

El trabajo de los equipos en este campo (constituido casi exclusivamente por centros educativos) consiste en colaborar en la mejora de la calidad apoyando a los equipos directivo y docente, en potenciar el trabajo común del claustro y la coordinación familia-escuela-comunidad, y en apoyar técnicamente a los educadores sobre todo aquello que requieran en su atención diaria a cada uno de los sujetos con necesidades especiales.

Los equipos multiprofesionales trabajan también, aunque en menor medida, el sector o ámbito comunitario donde están radicados. En estos casos, bajo un enfoque supra-individual, la preocupación básica sigue siendo la recuperación de los minusválidos, sólo varia el foco de la atención que se traslada a las condiciones de vida y de convivencia de toda la comunidad. Los elementos comunitarios sobre los que más se incide son las organizaciones (asociaciones, sindicatos, redes de apoyo natural, grupos de autoayuda, voluntarios ...), las instituciones sociales (sanitarias, educativas, laborales, de servicios sociales ...), y las pautas culturales (costumbres, valores, actitudes ...), en la medida que todas ellas influyen positiva o negativamente en los procesos de rehabilitación e integración social.

Un objetivo más ambicioso y la ampliación del contenido de la rehabilitación necesariamente terminan por cuestionar la práctica profesional tradicional. En estos últimos años los equipos multiprofesionales no han dejado de ensayar nuevos roles y otros métodos de trabajo más acordes con el nuevo concepto de rehabilitación.

Se intentan nuevas actitudes, menos tecnocráticas, más participativas y favorecedoras de la corresponsabilidad y competencia de los interesados en

la solución de sus propios problemas, y más respetuosas con las costumbres y demás pautas culturales de las comunidades en que se insertan los minusválidos.

Nuevas técnicas de alcance grupal o social complementan las ya clásicas médicas, psicológicas o pedagógicas, centradas en el individuo. Trabajo en grupo, técnicas de trabajo institucional, técnicas epidemiológicas y de tratamiento de la información, técnicas de planificación y evaluación de programas y servicios, etc., son algunas de las que se están introduciendo en el quehacer profesional de los servicios de rehabilitación. No sin dificultades, por cierto, ya que su implantación supone la ruptura de tradiciones profesionales muy arraigadas en el trabajo individual.

El reto de los profesionales en estos momentos pasa por encontrar un método de trabajo que, teniendo en cuenta todas las variables que inciden en la rehabilitación de un sujeto, sea capaz también de articular las múltiples fracturas que se dan a la hora de la práctica profesional. En este afán, no basta con intervenir sobre el sujeto "y" sobre su entorno, sino que, respetando la realidad, debe pretender actuar sobre las interacciones del sujeto "en" su entorno.

## La Rehabilitación Integral

El proceso descrito no es otra cosa que la búsqueda de un modelo integral de rehabilitación. Los rasgos más esenciales de este nuevo modelo de intervención en favor de las personas discapacitadas serían:

- Visión global de la problemática que afecta a la persona.
- Objetivo último ambicioso y totalizador: la integración en el entorno a través del desarrollo personal.
- Atención integral, que aborda simultanea o sucesivamente todas las necesidades y problemas.
- Proceso gradual y contínuo, en permanente adaptación a las características y evolución del sujeto.

- Respeto por la forma de ser y actuar de cada persona y grupos y fomento de su participación.
- Actuación multidisciplinar, que conjuga la atención individual con otra comunitaria dirigida a grupos, instituciones y organizaciones.

El proceso no está cerrado. Todavía quedan valores de éstos que incorporar en los equipos actuales y falta generalizarlos a otros recursos. Sin duda, en este camino quienes más lejos han llegado han sido los equipos del M.E.C. y del INSERSO, y en otros ámbitos, ciertos equipos que trabajan en salud mental, en rehabilitación de drogadictos y en la atención de niños y jóvenes inadaptados. Paradojicamente, los servicios de Rehabilitación de las Residencias Sanitarias han resultado los más refractarios a estas nuevas ideas, a excepción de algunos que por luchar contra conrriente y en condiciones un tanto penosas tienen sin duda más mérito.

Esta concepciòn integral y dinámica de rehabilitación no es otra que la que está siendo promocionada desde hace unos años por las principales organizaciones internacionales con responsabilidad sobre la atención de las personas con minusvalía. Aparece, por ejemplo, en las disposiciones o recomendaciones de:

- Carta para los años 80, (1980) de Rehabilitación Internacional. Principios 14-30.
- Programa de acción mundial para las personas con discapacidad, (1982) de Naciones Unidas. Principios 15-20.
- Resolución AP (84) 3., sobre una política coherente para la rehabilitación de las personas minusválidas, (1984) del Consejo de Europa. Anexo, directriz nº 2.

En nuestro país este modelo de rehabilitación fue incorporado en la Ley de Integración Social de los Minusválidos (Abril de 1982). En esta norma se articula un completo sistema de prestaciones sociales y económicas para atender la problemática de las personas con minusvalía a lo largo de su vida. Es dentro de este sistema donde tiene cabida y su razón de ser un modelo de rehabilitación integral como el descrito anteriormente.

Esta Ley sanciona el papel medular de los equipos multiprofesionales en rehabilitación. Aparecen citados en numerosos artículos y, en su conjunto, tales citas conforman un modelo de intervención parecido al que se ha descrito en estas páginas. En sus disposiciones finales se prevé la promulgación de una normativa específica sobre estos equipos. Esta previsión legislativa todavía no se ha cumplido.

- - - - - - -

# LA ATENCION PRECOZ EN EL MEDIO HOSPITALARIO (*)

Vicente García Aymerich
Hospital Infantil "La Fe"

## Introducción

El Servicio de Rehabilitación donde actuamos está integrado en un Departamento General de Traumatología y Rehabilitación. Dentro de él y en orden de un objetivo pragmático y sin precedentes organizativos, existe desde 1969 un equipo con atención exclusiva a niños. Está constituido por cuatro médicos, siete fisioterapeutas, tres terapeutas ocupacionales, una maestra, una logopeda y una trabajadora social (estas dos últimas, con competencias generales pero con atención prioritaria a la Patología Infantil dentro de sus áreas de trabajo).

Siempre hemos considerado necesaria la participación de un psicólogo dentro de este equipo, aunque fuera a tiempo parcial. Lamentablemente nunca ha podido conseguirse su concurso a pesar de haberlo solicitado reiteradamente.

Desde el inicio de su funcionamiento existió la preocupación del mantenimiento de una Vinculación Funcional con la Sección de Neonatología y Neuropediatría, buscando un compromiso rehabilitador precoz tanto con la población infantil de recién nacidos prematuros como con la de recién nacidos patológicos.

Dicha vinculación ha sido factible gracias a tres factores:

---

(*) Comunicación presentada en el Simposio Iberoamericano de Experiencias de Estimulación Temprana, celebrado en Madrid los días 15-17 junio, 1987.

- Excelente disposición de los jefes de los respectivos servi--- cios.

- Proximidad física del Departamento de Rehabilitación y del Hospital Infantil.

- Unidad de criterio en cuanto a la atención globalizada al re-- cién nacido.

Para conseguir esta atención globalizada tuvimos que enfrentar-- nos a cierta tradición previa que confinaba la actuación del fisioterapeuta y del médico rehabilitador a la restauración exclusiva de las capacidades - motoras. Esta tradición excluía el concepto de globalidad inherente a la -- idea del desarrollo madurativo del niño con Lesión cerebral o con factores- de riesgo. En la actualidad ya se acepta en la medicina del desarrollo que- la motricidad no puede considerarse como un compartimento estanco, en con-- tra de lo que sucedía al final de la década de los sesenta, momento en el - que comenzó a funcionar la Unidad.

Historia de una iniciativa

Desde un principio y partiendo de las bases teóricas enunciadas- por la neurofisiología de los aprendizajes (Vigotsky, Luria) nos planteamos dos objetivos que afectaban a la aplicación del tratamiento:

- El momento de inicio.
- La necesidad de un tratamiento integral.

Por una parte, el momento de inicio del tratamiento fue objeto - de posturas encontradas dependiendo del punto de vista de neuropediatras, -

neonatólogos y rehabilitadores. Finalmente y dada la coincidencia de objetivos se concluyó que el inicio del tratamiento debía ser inmediato una vez establecida la presencia de factores de riesgo. El concepto de factor de riesgo tiene para nosotros un significado amplio e incluye:

- Prematuros y bajo peso.

- Recién nacido con alto riesgo establecido: se trata de neonatos con lesión orgánica demostrada incluso antes de su filiación en un síndrome o enfermedad ya que la espera a un diagnóstico más preciso podría ocupar un tiempo vital en la reestructuración de los aprendizajes básicos.

- Recién nacidos con alto riesgo biológico probable: se trata de neonatos que reúnen en su valoración suficientes factores de riesgo como para sospechar la probabilidad de lesión orgánica.

- Recién nacidos y lactantes con desviaciones y retrasos con respecto a las escalas madurativas.

Por otra parte, se planteó la necesidad de un tratamiento integral. Esta iniciativa resultó más compleja ya que la aplicación de este tratamiento integral no era, como ya hemos señalado, lo que se esperaba de la Unidad de Rehabilitación. Incluso los padres solicitaban como objetivo prioritario la independencia motora y rehuían planteamientos acerca del posible retraso intelectual, las dificultades en la integración o los propios problemas de aceptación familiar. Teníamos, además, experiencias previas de buenos resultados exclusivamente motores, coexistiendo con deficiencias graves pero tratables, de la estructuración de conceptos básicos y de la capacidad de abstracción, que alteraban los aprendizajes escolares y consecuen-

temente el desarrollo de las facultades individuales.

A esta tradición se añadía la ausencia de una metodología concreta aplicable dentro de un medio asistencial. Sin embargo experiencias recogidas en la literatura anglosajona (Illinworth) y el pensamiento coincidente con otros compañeros como los Dres. González Más, Bosch de la Peña, Lamotte de Grignon y otros, resultó muy estimulante y nos animó a asimilar conceptos de neurología evolutiva, psicología y pedagogía que nos sirvieron de fundamento para una actuación pronta y global.

Utilizamos, pues, las escalas madurativas más asequibles, concretamente la de Gesell, y procuramos la potenciación armónica de las cuatro áreas por él establecidas (GESELL, 1966) utilizando la formación y los conocimientos de los técnicos de la Unidad.

Posteriormente, en 1974 y con ocasión de la realización de unos Encuentros Hispano-Alemanes celebrados en Valencia entre médicos y terapeutas de nuestro hospital con los Dres. Hellbrügge y Orff del Kinderzentrum de Munich, comprobamos la coincidencia de los objetivos y del enfoque del tratamiento (HELLBRÜGGE, 1974-80).

Poco después tuvimos noticia, por primera vez y a través de dos canales diferentes, de la existencia y vigencia del concepto de Estimulación Precoz (EP).

- Curso organizado en Madrid por la Fundación Mediterránea.

- Incorporación a nuestro equipo de la Dra. N. Hernández procedente de Chile y que nos informó sobre la vertiente Latinoamericana Ambientalista de la EP.

Finalmente tuvimos conocimiento del libro de Tjoseem "Intervenciones estratégicas para niños de alto riesgo" que incluía los trabajos y conclusiones del Symposium sobre "Intervención temprana en niños de alto riesgo", realizado en la Universidad de Carolina del Norte. En esta obra se subrayan las indicaciones de la EP sobre las lesiones orgánicas estableciéndose las bases de los programas para niños de alto riesgo biológico probable y alto riesgo establecido:

"... es decir, aquellos programas cuyas acciones están destinadas a tratar precozmente alteraciones detectables y a favorecer al máximo el desarrollo de potenciales susceptibles de presentarse alterados".

Dada la coincidencia de los objetivos generales de la Rehabilitación entendida de un modo integral y de la EP, sistematizamos este tratamiento de acuerdo con ciertos principios que más tarde expondremos. Desde entonces la practicamos, mejor o peor, como técnica habitual en la atención del prematuro, del neonato de alto riesgo biológico y ambiental (este último caso se refiere a largos períodos de hospitalización), dando paso progresivamente y según la sedimentación de los signos clínicos, a técnicas específicas según las áreas prioritarias de déficit.

Creemos firmemente en la eficacia de la EP basándonos en nuestra experiencia sobre la que haremos una aproximación más adelante.

Objetivos de la atención precoz en nuestro medio

Son coincidentes en su contenido con los generalmente descritos en la literatura. Podemos desglosarlos en tres categorías:

1.- INMEDIATOS: Tratamiento global que contempla todas las áreas

madurativas proporcionando los estímulos correspondientes a- cada etapa evolutiva.

2.- A MEDIO PLAZO: De especial importancia en nuestro medio ya - que desarrolla la vertiente diagnóstica de la EP y busca la- ubicación precisa de cada niño en un jalón diagnóstico evolu tivo, y en consecuencia en una terapéutica concreta.

La estimulación sistemática y la facilitación de los estí- mulos apropiados en el momento crítico de cada aprendizaje - evidencia los déficits y las modificaciones de los hábitos - motores (alteraciones del tono y el movimiento) o conductua- les (niño hiperquinético, apatía), que no emergen espontánea mente y podrían pasar, al menos en principio, desapercibidos. Situaciones tomadas como normales hasta hace poco por los pa dres (p.e. ausencia de sostén cefálico), se convierten en re levantes y facilitan dentro del entorno familiar una mayor - asunción de los problemas del niño de un modo menos dramáti- co que la simple etiqueta que representa un frío diagnóstico, ofreciendo además una alternativa terapéutica.

Es posible que el tratamiento incluya otras medidas rela-- cionadas con el diagnóstico definitivo, de modo que la EP no sea suficiente. Pero indudablemente, entre tanto, no habre-- mos perdido el tiempo.

3.- A LARGO PLAZO: En edades más avanzadas la prioridad del re-- traso en un área facilita opciones terapéuticas precisas en- el campo motor en el educacional. Tanto la normalización co- mo la integración y la atención en centros especializados --

parten de la información obtenida a través de la EP aplicada durante los primeros meses.

Indicaciones de la Estimulación Precoz

Las habituales en nuestro Departamento son:

- Procedentes del propio hospital.
- Prematuros.
- Neonatos de alto riesgo.
- Neonatos claramente patológicos.
- Niños con trastornos del desarrollo durante los dos primeros años de la vida.

Tenemos conocimiento de su existencia acudiendo diariamente a las salas que se ocupan de éstos recién nacidos a solicitud de obstetras, neomatólogos y neuropediatras.

- Procedencia extrahospitalaria: deben seguir los trámites habituales de acceso a un hospital, lo que conlleva que la asistencia no sea precisamente "precoz".

Organización de la asistencia

Examinamos a los niños en incubadora o cuna y valoramos diversos factores, siguiendo de una forma general los criterios de identificación del recién nacido y prematuro de Saint-Anne Dargassies (Thomas, 1960). Estos factores podemos resumirlos en:

- Presencia o ausencia de reflejos connatales normales.

- Presencia de reflejos patológicos.
- Situación del tono muscular.
- Discriminaciones sensoriales según la edad biológica y el grado de adecuación al entorno.
- Alteraciones de los movimentos espontáneos.

Con los datos obtenidos tras esta exploración se confecciona una ficha a la que se añaden los objetivos generales derivados de esta exploración.

- Normalización del tono.
- Provocación de reflejos connatales normales.
- Agotamiento de reflejos patológicos.
- Facilitación de un contacto físico sistematizado.

La ficha de observaciones y tratamiento está dirigida exclusivamente a la fisioterapeuta. No obstante, la asiduidad de su presencia hace que la actitud del personal de enfermería y auxiliar sea espontáneamente más activa ante el niño ingresado, de modo que esta actitud coherente se transmite durante los diferentes turnos.

Durante el período de internamiento y aprovechando la presencia de la madre durante la lactancia, se informa progresivamente del estado madurativo del niño y de las razones y objetivos del tratamiento, subrayando la importancia de la continuidad del mismo al retorno al lugar de origen, si hay servicios previstos para ello, o en el propio Servicio de Rehabilitación. Generalmente nos reservamos la oportunidad del seguimiento hasta que la asistencia extrahospitalaria esté asegurada.

El tratamiento continúa, pues, en el Departamento de Rehabilita-

ción. Para ello se abre una nueva historia partiendo de la ficha anterior - y de los informes de alta del hospital infantil, reactualizando la exploración y los objetivos. Aquí interviene por primera vez la trabajadora social.

Hace algunos años, partiendo de las historias de los niños estudiados semanalmente se agrupaba a los padres para dar informaciones generales, con el fin de facilitar a la vez la generalización del problema, del - que se sentían más protagonistas a través del conocimiento mutuo. También - se pretendía mejorar la relación con el personal terapéutico en un ambiente más relajado que la visita médica.

Estas reuniones fueron efectivas en su momento para favorecer a- la larga los movimientos asociativos que después promoverían la asistencia- extrahospitalaria. Actualmente ya no se realizan por la tendencia a la homologación de situaciones que los propios padres provocaban. De hecho, la evolución demostraba ser muy diferente en cada caso, y esto producía demasiadas frustaciones.

Ante la imposibilidad de proporcionar pronósticos generales, preferimos ahora la entrevista unifamiliar inicial después de realizar la historia clínica, con el fin de ganar una confianza que debe cimentarse progresivamente no sólo con las visitas médicas en fechas fijas o con la trabajadora social, sino también en la relación cotidiana con los terapeutas y en- la mayor accesibilidad (incluyendo "el pasillo", ofrecida por cualquiera de los que intervienen en el diagnóstico.

Es la relación con el terapeuta la que siempre nos da más información sobre las situaciones que desestabilizan a la familia y que inciden- sobre el tratamiento. En este campo es donde una vez más, notamos la ausencia del psicólogo.

Volviendo a la confección del protocolo inicial, añadiremos que cada lunes inicia el tratamiento un nuevo grupo. Este día se reune todo el equipo y se realiza un estudio conjunto de cada caso comentándose los datos y las peculiaridades de la historia.

La periodicidad de la asistencia al tratamiento la marcará el terapeuta de acuerdo con los siguientes factores:

- Capacidad de comprensión y compromiso de los padres.
- Complejidad del tratamiento planteado.
- Proximidad geográfica al hospital.

Los controles médicos posteriores requieren una relación continuada con los terapeutas ante la aparición de signos que obliguen a una modificación de estrategias. Habitualmente se realizan durante el primer trimestre de vida cada 20 o 30 días, pudiendo disminuir la frecuencia posteriormente adecuandose al momento en que se supone que algún hito importante de la escala madurativa ya debe estar asumido. Generalmente los controles se realizan un mes después de cada jalón importante según la escala de Gesell.

Hasta ahora hemos dado por supuesto que la figura terapéutica es siempre el fisioterapeuta. Puede ser cierto en los primeros meses, pero en los casos de deprivación ambiental demostrada o de retraso psicomotor simple que no requieran estrategias motoras sofisticadas y sobre todo a partir de los 9 meses de vida, momento en el que la manipulación y el aprendizaje de las actividades de la vida diaria son prioritarios, el terapeura ocupacional pasa a ocupar un papel preferente en la atención precoz.

Con esto queremos hacer notar que no creemos en la prevalencia -

de un título sobre una formación global, facilitada por una relación fluída y amigable entre los miembros de un equipo, en el cual, insistimos, seguimos reclamando la participación del psicológo, reconociendo una laguna estructural.

## Metodología

### Estrategias Motoras

- Técnicas de modelación progresiva de adquisiciones motoras respetando el orden secuencial de las Escalas Madurativas (Gesell, Portage, Peabody).

- Técnicas de estimulación del comportamiento motor reflejo.
  . Para relajación: Posturas inhibitorias (Bobath, 1973)
  . Para estimulación: Rastreo (Temple Fay)
  Rastreo y giros (Vojta)

La selección de las técnicas de tratamiento se realiza en relación con la capacidad de respuesta del niño ante una u otra estrategia.

### Estimulación Sensorial

"Haciendo especial hincapié en la relación madre-hijo y, a través de ella, entrenamiento secuencial de la discriminación visual, auditiva, tactil, etc. según técnicas de modelación de conducta, imitación, etc. La limitación que representa la ausencia del psicólogo dentro de un equipo multidisciplinario nos lleva a ejercer (junto a otros motivos) un criterio de-deshospitalización también precoz para facilitar la independencia de la --- atención exclusivamente médica. Se trata de integrar a los niños en centros

extrahospitalarios regidos por psicomotricistas estimuladores o psicólogos- próximos a la población de origen del niño.

Aproximación inicial a nuestra experiencia

Es una tarea ardua y no exenta de dificultades evaluar los resultados de un tratamiento como la EP sobre un grupo de niños con respecto a - otros de las mismas características que no hayan recibido tratamiento. Esta orientación nos llevaría al diseño de un programa de valoración objetiva de resultados apoyándonos en diversos jalones psicomotores y de integración, - tanto a corto como a largo plazo. No disponemos de datos suficientes todavía para confrontar nuestros resultados según esta línea. No obstante, queremos resumir nuestra experiencia aportando algunos datos de la población - que hemos tratado en los últimos años.

En primer lugar nos referimos a un seguimiento longitudinal de - los niños que iniciaron el tratamiento con EP durante el año 1979. Fueron - un total de 53 casos, que en la actualidad tienen una edad de ocho a once - años. En este bloque podemos diferenciar dos grupos:

1º GRUPO.- Niños con lesión orgánica demostrada: Se trata de 38- pacientes con patologías como anoxia connatal, diversas cromosomopatías, diversas metabolopatías, hemorragia intraventricular etc.

- 12 iniciaron tratamiento antes del primer trimestre. Actualmente tienen entre 7 y 8 años y se reparten del siguiente modo:

- 3 (los más graves) se han perdido en el seguimiento.
- 2 prosiguen estimulación en centro específico.
- 2 con Síndrome de Down en centro específico.

- 5 Paralíticos Cerebrales que siguen con nosotros. No han conseguido la marcha, 3 acuden a centro específico, los otros 2 a un colegio público de apoyo.

11 iniciaron tratamiento entre el tercer y el duodécimo mes. Actualmente cuentan entre 7 y 9 años.

- 1 es independiente motoramente, pero con subnormalidad grave.
- 1 Paralítico Cerebral con alteración motora media (no ha alcanzado la marcha) acude a colegio normal con equipo de apoyo.
- 7 prosiguen tratamiento motor y del lenguaje en centro específico de Paralíticos Cerebrales.
- 2 Encefalópatas persisten en terapia de mantenimiento.

15 iniciaron tratamiento después del primer año. Actualmente tienen entre 8 y 9 años.

- 8 son encefalópatas bajo vigilancia médica.
- 1 ha fallecido.
- 2 Paralíticos Cerebrales están en Centro Específico.
- 3 con alteración intelectual predominante son alumnos de un Colegio Especial.

En total, pues, hemos revisado la situación actual de 15 Paralíticos cerebrales, 10 Encefalópatas, 5 Subnormalidades, 2 Síndrome de Down, 4 perdidos en el seguimiento y 2 sin definir.

Parece claro que no podemos realizar conclusiones acerca de los resultados de la EP por los motivos expuestos al principio. Incluso podemos aceptar la posibilidad de que la evolución hubiera sido semejante con otros

tratamientos. No obstante queremos significar la integración precoz de los-niños en lugares específicos para su atención:

- 2 en Gabinete de Estimulación Sensoriomotriz.
- 2 en un Colegio para Síndrome de Down.
- 15 Paralíticos Cerebrales en Centro específico.
- 3 Paralíticos Cerebrales en colegio público.
- 10 encefalópatas en domicilio o pendientes de áceptación en -- Centro para Profundos.
- 4 perdidos.

2º GRUPO.- 15 prematuros sin otro factor de riesgo, que actual-- mente tienen entre 7 y 8 años de edad.

- 13 iniciaron EP antes del primer trimestre, y en la actualidad no presentan ninguna alteración.

- 2 la iniciaron después del año. En ellos persiste retraso global, estando encuadrados en colegio especial.

En segundo lugar queremos resaltar la diferencia de la edad de - inicio del tratamiento entre los años 1971 y 1987. Al principio, la edad media de recepción era de 1 año y 9 meses. En el año 81 fue de 5 meses, y actualmente es de menos de un mes.

Esta circunstancia puede atribuirse a la aceptación por parte -- del personal médico y paramédico del Hospital Infantil de la Atención Pre-- coz como técnica habitual de aproximación al recién nacido.

Conclusiones

- La EP ofrece muy buenos resultados en el retraso psicomotor -- simple.

- Permite la detección de alteraciones madurativas y la aplica-- ción de las técnicas específicas adecuadas en cada momento.

- Facilita la aceptación familiar de las deficiencias y la sensi bilización del entorno, consiguiendo con ello la integración - precoz en centros adecuados para la mayoría de los casos.

BIBLIOGRAFIA

- BOBATH, B. (1978)
Actividad postural refleja anormal causada por lesiones cere-- brales. Ed. Panamericana, Mexico DF.

- BRUNET, LEZINE (1976)
Le development psichologique de la prèmière enfance.
P.U.F. París.

- FAY, F. (1955)
The use of pathological and unlocring reflexes in the rehabili tation of spastics.
Am. J. Phys. Med. 174-257.

- GARCIA DE ETCHEGOYEN, ELOISA (1970)
La importancia de la estimulación precoz en el retardo mental. 1er. Seminario Regional Interamericano sobre el niño con retar do mental. Montevideo. Instituto Interamericano del Niño.

- GARCIA DE ETCHEGOYEN, ELOISA (1975)
Acción preventiva y terapéutica.
Siglo 0, nº 39.

- GESELL, A. (1966)
Diagnóstico del desarrollo noamal y anormal del niño.
Ed. Paidós, Buenos Aires.

- GONZALEZ MAS, RAFAEL (1976)
Tratado de Rehabilitación médica.

Científico-Medica, Barcelona.

- GONZALEZ MAS, RAFAEL (1977)
Estimulación sensoriomotriz precoz.
SEREM

- HELLBRUGGE, T. (1980)
Diagnóstico funcional del desarrollo durante el primer año de-vida. Ed. Marfil, Alcoy.

- SAINT-ANNE DARGASSIES, S. (1977)
Desarollo neurológico del recién nacido de término y prematuro
Panamericana.

- SAINT-ANNE DARGASSIES, S. (1982)
Le dévelopement neuro-moteur et psycho-afectif du nourrison. -
Masson, París.

- THOMAS, A. ; SAINT-ANNE DARGASSIES, S. (1960)
The neurological examination of the infant.
W. Heinemann, London.

- VILLA ELIZAGA, I. et al. (1979)
Desarrollo y estimulación del niño.
EUNSA, Pamplona.

- VOJTA, V.V. (1974)
Die cerebralen Bewegungostödungen in Sönglingslater (Frühdiag-nose und Frütherapie. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

# LOS EQUIPOS MULTIPROFESIONALES Y LA ATENCION A PERSONAS CON MINUSVALIA EN EL AMBITO EDUCATIVO

Estrella Puerta
Felipe Retortillo
Equipo Multiprofesional - 76

1. ORIGEN DE LOS EQUIPOS MULTIPROFESIONALES
2. FUNCIONES
3. COMPOSICION
4. OTRAS REDES DE EQUIPOS EN LA EDUCACION
5. LA ATENCION A LAS PERSONAS CON MINUSVALIA EN LA REFORMA DEL SISTEMA EDUCATIVO

## 1. ORIGEN DE LOS EQUIPOS MULTIPROFESIONALES:

La ordenación de la composición y funciones de los Equipos Multiprofesionales en la Educación se regula por primera vez en Septiembre de 1982. Se les conceptualiza entonces como instrumentos del medio escolar que, desde una perspectiva multidisciplinar, contribuían a un mejor desarrollo del proceso educativo de los alumnos de educación especial.

Por tal Educación Especial se entendía aquella actuación que tenía como finalidad preparar, mediante el tratamiento educativo y rehabilitación adecuados, a las personas que presentasen deficiencias o inadaptaciones para su incorporación a la vida social tan plena como fuera posible.

Para ello, siguiéndose el principio de integración escolar, derivado a su vez del de normalización, el cual establecía que el tratamiento educativo de las personas que precisasen de Educación Especial habría de ajustarse en el máximo grado posible a los criterios y programas ordinarios, la Educación Especial se desarrolló en centros escolares dentro de las siguientes formas:

-**Integración completa** en unidades ordinarias de enseñanza con programas de apoyo individualizados para aquellos alumnos que, en determinado momento de su educación, necesitasen superar alguna dificultad específica.

-**Integración combinada** entre unidades ordinarias de enseñanza y de Educación Especial de transición para aquellos alumnos que, por la índole de sus disminuciones, requerían atención de forma transitoria y en periodos de tiempo variable, incorporándose al grupo ordinario en el resto de las actividades de la jornada escolar.

-**Integración parcial** mediante escolarización en unidades de Educación Especial en Centros de régimen ordinario para aquellos alumnos que, precisando de forma continuada una atención especial y no siendo capaces de seguir adecuadamente las enseñanzas ordinarias, sí podían participar en las demás actividades del centro.

-**Escolarización en Centros específicos** de Educación Especial para aquellos alumnos que, por las características de su deficiencia, no era posible que fueran atendidos en alguna de las formas de integración anteriores.

La actuación de los Equipos Multiprofesionales de Educación se centró básicamente en la valoración de las necesidades y capacidades de cada sujeto de Educación Especial, para determinar, a partir de aquí, la modalidad educativa anterior más apropiada a sus características. Al mismo tiempo elaboraban los programas de desarrollo individual y seguían su proceso y evolución en colaboración con el profesorado de los Centros educativos.

Posteriormente, una nueva conceptualización de la Educación Especial (R.D. 6-3-85) reduce las anteriores modalidades educativas a dos de ellas. En primer lugar, y siempre en el régimen de mayor integración posible, la de escolarización en los centros ordinarios del sistema escolar, que se constituye en la opción básica de la orientación educativa en los niños con deficiencias. En segundo lugar, la escolarización en centros o unidades de Educación Especial, considerada sólo en aquellos casos en que por la gravedad, características o circunstancias de la deficiencia el niño necesitara de apoyos que no podían proporcionársele en los centros ordinarios.

En cualquier caso, esta última modalidad tenía en la medida de lo posible un carácter transitorio, de tal forma que en todo momento se evaluaban las posibilidades de acceso al régimen de integración.

Por su parte, los apoyos para hacer efectiva esta Educación Especial engloban ahora, junto con la valoración y orientación educativa, el refuerzo pedagógico y los tratamientos y atenciones personalizadas. Estas tres facetas de la actuación en los alumnos con algún tipo de necesidad educativa especial garantiza, al encontrarse vinculadas unas con otras por el hecho de compartir sobre un mismo alumno determinados aspectos de sus funciones, una cohexionada e integral aproximación al conjunto de necesidades especiales que genera su educación.

## 2. FUNCIONES:

Los Equipos Multiprofesionales en Educación desarrollan en consecuencia su labor mediante la aportación de los apoyos que requiere todo proceso educativo individualizado, comprendiendo:

A - **La valoración y orientación educativa**, que se especifica en las siguientes funciones:

a) *La prevención y detección temprana de las disminuciones e inadaptaciones a efectos educativos.*

Esta función, primordial por sus positivos efectos al evitar o reducir las consecuencias de las deficiencias, no ha podido ser desarrollada, sin embargo, con la amplitud e intensidad deseable. La alta demanda de necesidades planteadas a los Equipos en el sector educativo, junto con la reducida cuantía de recursos humanos, ha conllevado una priorización de la actuación de éstos en los alumnos con deficiencias ya instauradas.

b) *La evaluación pluridimensional de los alumnos disminuidos e inadaptados.*

Esta faceta de la actuación de los equipos ha tenido una especial presencia en el conjunto de sus actuaciones, consecuencia, por un lado, de la ausencia en un principio del diagnóstico psicopedagógico de los niños ya escolarizados en cualquiera de los regímenes de Educación Especial, y, por otro, por constituir la función más demandada en los centros educativos.

c) *La elaboración de los Programas de Desarrollo Individual, con la participación de los padres y profesores.*

Dichos programas recogen el plan de trabajo que se considera adecuado a cada alumno y los apoyos y atenciones personalizadas requeridas. En este plan de trabajo quedan incluidos los objetivos educativos por áreas de desarrollo y la metodología a seguir para la consecución de los mismos, incorporando al mismo tiempo la definición de los materiales, espacios y tiempos donde realizarse

los aprendizajes. De igual manera, quedan reflejados los apoyos específicos necesarios, tanto en los tiempos como en los profesionales que los realizan.

d) *La orientación técnico-pedagógica para la mejor aplicación por los profesores de estos programas, y el seguimiento de dicha aplicación a lo largo de todo el proceso educativo.*

e) *La colaboración en las tareas de orientación a padres, en orden a la integración escolar.*

Estas se concreta en aspectos como la información sobre la deficiencia y programa de ayuda para asimilarla, orientación en cuanto a pautas de crianza y actitudes educativas de la familia que potencien un correcto desarrollo y autonomía personal.

B - **El refuerzo pedagógico**, que se concreta en:

a) *El apoyo preciso para la consecución del Programa de Desarrollo Individual previamente elaborado.*

b) *El seguimiento de dicho Programa de Desarrollo Individual y las sugerencias de modificaciones que, en su caso, tomando como referencia los resultados de su aplicación, se estimen necesarias.*

c) *La adpatación de los recursos didácticos a las características de cada alumno, para de esta forma permitir el acceso a los aprendizajes programados.*

d) *La orientación, junto con el profesor del aula, a los padres de niños con deficiencias con vistas a la colaboración de éstos en el proceso educativo.*

C - **Los tratamientos y atenciones personalizadas:**

Estos, al igual que los apoyos y refuerzos pedagógicos, están en función de las características y necesidad de los alumnos que los precisen, comprendiendo fundamentalmente la logopedía y, en los centros de integración de alumnos con deficiencias motrices, la fisioterapia.

## 3. COMPOSICION:

Los profesionales que configuran los Equipos Multiprofesionales en educación han experimentado desde su constitución modificaciones estructurales a partir de los diversos cambios en la concepción de la atención de niños con minusvalía. Así, en un principio, en el que las funciones se referían básicamente a la valoración y orientación, se formaron con médicos, pedagogos, psicólogos y asistentes sociales.

En un segundo momento, al incorporarse a las funciones del Equipo los refuerzos pedagógicos y los tratamientos, pasan a formar parte de él los profesores de apoyo -maestros especialistas en Educación Especial- , los logopedas y los fisioterapeutas.

Cabe señalar, sin embargo, que estos profesionales, al ampliarse los centros y número de niños en régimen de integración, han quedado adscritos a los centros, si bien siempre guardando una relación funcional y estrecha con los profesionales que desarrollan las actuaciones de valoración y orientación.

La naturaleza multidisciplinar ha constituido en todo momento un criterio de composición de éstos Equipos, aunque en el transcurso del tiempo han tenido lugar ciertos cambios en las disciplinas que entraban a formar parte de ellos. Así, la disciplina médica ha experimentado una progresiva reducción de su presencia, al estimarse que sus prestaciones quedaban cubiertas por la oferta sanitaria.

Por otro lado, los trabajadores sociales, a partir de la fusión de la red de los Servicios de Orientación Escolar y Vocacional (SOEV) con los Equipos Multiprofesionales -aspecto que se desarrollará más adelante- vieron reducida su proporción respecto al conjunto del resto de las disciplinas pedagógica y psicológica.

Finalmente, el cuidado inicial en una presencia balanceada de las distintas disciplinas dentro de las funciones de valoración y orientación ha ido perdiendo cuerpo con las sucesivas transformaciones de los Equipos.

## 4. OTRAS REDES DE EQUIPOS EN LA EDUCACION:

Previo a la aparición de los Equipos Multiprofesionales, se venía desarrollando por parte de los SOEV una labor de orientación educativa general por un lado, así como vocacional al final de la etapa de educación obligatoria por otro, que se centraba en los alumnos ordinarios.

A partir del curso 86-87 se comenzó un proceso de acercamiento en las funciones de las dos redes de Equipos, que hasta entonces habían sido específicas y diferenciadas de cada uno de los servicios. De esta manera los SOEV comenzaron a realizar tareas de valoración , orientación y apoyo a la integración de niños con deficiencias.

Este proceso, de acercamiento y progresiva fusión de las dos redes de servicios de apoyo a los centros educativos, conllevó un cambio en la denominación, pasándose a referir a unos y a otros como Equipos Psicopedagógicos. Se pretendía de esta manera reflejar una nueva forma de apoyo a la escuela, en la cual se recogía tanto la orientación más global a todos los sectores de los centros educativos como la atención a alumnos de forma individual.

Simultáneamente a este proceso de acercamiento tiene lugar otro proceso de profundización, que se materializa en la aparición, por un lado, de aquellos Equipos que centran su actuación en las edades tempranas o previas a la escolarización obligatoria, y, por otro, en los especializados en los distintos tipos de minusvalías.

Los primeros, conocidos como **Equipos de Atención Temprana**, han venido desarrollando la labor de los Equipos Multiprofesionales dentro de la etapa de Educación Infantil. La creación de estos Equipos responde a la conveniencia de que la atención educativa especial del niño disminuido o inadaptado se inicie desde el momento en que, sea cual fuere su edad, se adviertan en él deficiencias o anomalias que aconsejen dicha atención o, incluso, se detecte riesgo de aparición de las mismas. A la vez con estos Equipos se potencian las tareas preventivas, más propias de realizar en estas edades previas a la escoiarización obligatoria.

Los llamados **Equipos Específicos** los componen aquellos vinculados a algún tipo de minusvalía determinada (Equipos de Deficientes Motóricos, Auditivos, Visuales y Mentales), y han sido creados con el objetivo de constituirse en centros de recursos altamente especializados sobre estas deficiencias y prestar las ayudas requeridas por todos los demás Equipos o por la institución educativa en general.

## 5. LA ATENCION A LAS PERSONAS CON MINUSVALIA EN LA REFORMA DEL SISTEMA EDUCATIVO:

En el curso 89/90, el Ministerio de Educación y Ciencia presenta para su debate el Libro Blanco para la Reforma del Sistema Educativo y el Diseño Curricular Base de cada una de las etapas educativas.

Se plantea aquí un importante y cualitativo cambio de los conceptos relacionados con la Educación Especial.

Al aceptarse en el ámbito educativo la normalización de los servicios destinados a las personas con algún tipo de minusvalía, que en este contexto se concreta en el principio de integración escolar, se produce un necesario cambio tanto en las prácticas educativas habituales como en la concepción y diseño de los servicios educativos.

Así, la integración escolar supone la revisión del propio concepto de Educación Especial y de la población a la cual va destinada. Partiendo de la premisa de que todos los alumnos en general precisan a lo largo de su escolaridad diversas ayudas pedagógicas de tipo personal, técnico o material, con el objeto de asegurar el logro de los fines generales de la educación, las necesidades educativas especiales tienen relación con aquellos alumnos que, además y de forma complementaria, puedan precisar otro tipo de ayudas menos usuales.

Es decir, las necesidades educativas especiales se consideran conformando un "continuo" y la respuesta educativa, por tanto, puede estimarse también como un "continuo" de actuaciones que van desde las más ordinarias a las más específicas.

En consecuencia el concepto de Educación Especial deja paso al de **Necesidades Educativas Especiales**, el cual viene a significar las ayudas pedagógicas o servicios que un alumno con minusvalía precisa para el logro de los fines de la educación. Lo que supone que una necesidad educativa se describe en términos de aquello que es esencial para la consecución de los objetivos de la educación.

La Educación Especial, pues, deja de centrarse en los déficits de las personas y se concreta en el conjunto de recursos educativos puestos al servicio del alumno, bien temporalmente o, en algunos casos, de forma permanente.

El modelo educativo que se deriva de esta concepción de la Educación Especial deposita la mayor responsabilidad en la escuela, dado que las necesidades educativas especiales de un alumno han de identificarse en relación al contexto escolar general y a sus fines. De esta manera se produce, por un lado, la búsqueda del entorno menos restrictivo posible, y, por otro, la posibilidad de diversificación de la respuesta educativa -la oferta de la escuela- según las necesidades particulares de cada alumno.

La identificación de las necesidades educativas especiales de los alumnos constituye según este modelo el paso inicial para la determinación de las actuaciones educativas, que se concretan en el currículo escolar, y de los recursos personales y materiales precisos para el proceso educativo de éstos.

Esta identificación es labor de los **Equipos Interdisciplinares**, en colaboración con la escuela y la familia, y se centra más en las posibilidades que en las limitaciones de los alumnos. Partiendo de ella, y teniendo como obligado punto de referencia el currículo ordinario, se realizan las oportunas adaptaciones curriculares, que se constituyen en la estrategia de intervención por excelencia para dar respuesta a las necesidades educativas especiales.

Dichas adaptaciones curriculares pueden ir encaminadas a:

*-la priorización de áreas curriculares o de ciertos contenidos dentro del área en relación a los propuestos en el currículo escolar general para todos los alumnos.*

*-la inclusión de contenidos y objetivos complementarios, referidos a aspectos muy específicos.*

*-la modificación del tiempo previsto para alcanzar determinados objetivos curriculares.*

Además de estas adaptaciones curriculares, ciertos alumnos con necesidades educativas especiales necesitarán medios específicos de acceso al currículo, entre los que cabe distinguir los siguientes:

a) *Medios personales.*

La atención a estos alumnos en el marco escolar, tanto ordinario como específico, exige del concurso de otros profesionales complementarios al profesor, como son los profesores de apoyo, logopedas, fisioterapeutas, etc. Mas ahora la función de cada uno de estos profesionales debe establecerse en relación al proyecto educativo del centro, que da sentido y coherencia a todas las actuaciones que conforman la respuesta educativa a todos los alumnos, y en relación a la propuesta curricular que se haya elaborado para un determinado alumno, que constituye el eje central de la intervención de todos ellos.

b) *Medios ambientales:*

Deben incluirse en este apartado aquellos materiales e instrumentos que pueden mediar, facilitándolo, en el proceso de enseñanza y aprendizaje de los objetivos contemplados en la propuesta curricular de un alumno o de un grupo de alumnos. Se consideran tanto la adaptación de los materiales escritos, del mobiliario y del equipamiento, como el concurso de instrumentos y ayudas técnicas que ayuden al alumno con necesidades especiales a participar al máximo de la programación ordinaria prevista por el profesor.

c) *Condiciones de acceso físico a la escuela:*

Se consideran en este apartado las modificaciones arquitéctonicas en los edificios escolares que permitan la utilización y el acceso a todas las dependencias y servicios del centro.

En todo este proceso, aunque hay un compromiso global de toda la escuela y de los servicios de apoyo, el profesor tutor adquiere un papel fundamental e insustituible. Al vertebrarse toda actuación en los alumnos con necesidades especiales entorno a la propuesta curricular, la responsabilidad esencial recae sobre el profesor tutor, con quien el profesor de apoyo colaborará de forma coordinada de acuerdo con los objetivos educativos que se propongan.

La responsabilidad no debe desplazarse, por tanto, del tutor a los distintos profesionales, sino que, al contrario, estos deben colaborar con aquél, siempre de acuerdo con la propuesta curricular, en un auténtico trabajo interdisciplinario.

Los **Departamentos Psicopedagógicos y de Orientación**, como otro servicio de apoyo que son a la escuela, prestan particular atención a los escolares que presentan necesidades educativas especiales y demandas de apoyo específico. Por otro lado, al establecerse como otra de sus funciones el asesoramiento y apoyo a los profesores tutores, beneficiarán indirectamente a los alumnos con necesidades especiales.

**Los Equipos Interdisciplinares**, en los que quedan englobados los Equipos Multiprofesionales y los Servicios de Orientación Escolar y Vocacional, ya asimilados como Equipos Psicopedagógicos anteriormente, tendrán como funciones:

a) Prestar apoyo y asesoramiento tècnico al profesorado en relación con la tutoria, la orientación educativa, las adaptaciones curriculares, los programas de desarrollo individual y, en general, la intervención educativa sobre los alumnos con necesidades o en situaciones educativas especiales.

b) Asesorar y asistir a los profesores en su función orientadora y tutorial.

c) Asumir las competencias que las disposiciones oportunas les asignen respecto a evaluación interdisciplinar, identificación de necesidadeas educativas, escolarización, seguimiento del proceso educativo y promoción académica de alumnos con necesidades o en situaciones educativas especiales.

d) Favorecer y apoyar, en los Centros, actividades y programas de orientación educativa y profesional, así como aquellas que se encaminan a mejorar la metodología educativa, la calidad de los procesos de enseñanza-aprendizaje, y las técnicas de estudio y de trabajo apropiadas al nivel evolutivo de los alumnos.

e) Prestar su colabaraci;on y apoyo, en coordinación con los Centros de Profesores, en la elaboración y desarrollo tanto del Proyecto Educativo de Centro, cuanto de posibles proyectos curriculares en distintos ámbitos de innovación.

f) Participar con la Administración educativa en el análisis y estudio del sistema escolar para la toma de decisiones y propuestas de desarrollo de servicios de apoyo a los centros.

g) Impulsar la cooperación de los centros educativos con las familias y con las instituciones y organizaciones sociales del entorno.

h) Contribuir al desarrollo curricular, la investigaci;on educativa y al intercambio de experiencias dentro del sector de su responsabilidad.

i) Colaborar con los Centros de Profesores en la formación permanente y apoyo didáctico al profesorado del sector.

j) Colaborar en la organización de actividades de orientación de los escolares y de información acerca de opciones educativas y/o profesionales.

Como se puede derivar de la lectura de las anteriores funciones, se observa una ampliación en cuanto a aquellas referidas a orientación de los centros y profesores, lo cual se deriva de la nueva concepción en la atención de los niños con necesidades especiales, vertebrada ahora en torno al proyecto curricular.

En conclusión, por tanto, la atención a niños con necesidades especiales es compartida por todos los profesionales y servicios de apoyo antes mencionados, si bién tomando como eje de referencia principal al profesor tutor, y adoptando, a su vez, una relación encadenada entre éstos, en la que el profesor tutor recurre al Departamento de Orientación y éste al Equipo Interdisciplinar en la búsqueda de estrategias y soluciones para la mejor actuación en cualquiera de las necesidades educativas especiales que se planteen.

# EXPERIENCIA DEL EQUIPO DE ATENCION PRECOZ DEL CENTRO BASE DEL INSERSO DE MAUDES (1)

María Jesús Sanz
INSERSO

## Introducción (2)

En primer lugar, y antes de pasar a comunicar la experiencia concreta que en el tema que nos ocupa desarrollamos en el Centro nº 1 de Atención a Minusválidos de la Dirección Provincial del INSERSO, de Madrid, --- querría referirme brevemente a dicho Organismo y a la trayectoria que en Estimulación Precoz viene siguiendo.

El Instituto de Servicios Sociales (INSERSO), al que pertenezco, se encuadra organizativamente dentro del Ministerio de Trabajo y Seguridad-Social; engloba dentro de sus competencias al extinguido Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos (SEREM), creado por Decreto 731/1974, de 21 de febrero, para prestar a las personas minusválidas diferentes tipos de servicios, entre los que se encuentra implícita - la atención tecnificada a niños menores de 6 años afectados de algún tipo - de deficiencia o discapacidad.

En 1977 se incorpora expresamente la Estimulación a su acción a- través de dos modalidades; ayudas económicas a familias y Entidades sin fin

---

(1) Comunicación presentada en el Simposio Iberoamericano de Experiencias - de Estimulación Temprana, celebrado en Madrid los días 15-17 de junio - de 1987.

(2) Nota: Para ampliación de datos apuntados en la Introducción, ver: "In-- forme a la Comisión Ejecutiva del Consejo General sobre la prestación - de Estimulación Precoz en el INSERSO", mayo 1986. Documento elaborado - por la Subdirección General de Servicios Técnicos del INSERSO.

de lucro para costear los tratamientos, y a través de programas de orientación y recuperación realizados por los equipos del Organismo.

En la actualidad,la acción indirecta del INSERSO se instrumenta a través de:

- Ayudas económicas a familias y Entidades sin fin de lucro, reguladas en el Régimen Unificado de Ayudas Públicas a Disminuídos (Real Decreto 620/1981, de 5 de febrero) para costear los tratamientos.

- Organización, participación, apoyo y subvenciones para la organización de Congresos, Simposiums, etc., y cursos de formación de personal ajeno a la Institución.

Podría encuadrarse también de alguna forma en la acción indirecta,los intentos de coordinación formal del INSERSO con otros Organismos implicados en el tema. En este sentido, me referiré más adelante, al de mayor éxito: el Acuerdo Marco institucional respecto a la atención de deficientes visuales. A su vez, y durante el año 1984, se creó una comisión, de la cual formé parte, entre este Organismo, la Comunidad Autónoma de Madrid a través de la Consejería de Educación y el entonces Instituto de Educación Especial. De este trabajo se elevó un informe a los respectivos responsables donde, y en resumen, se venía a concluir:

- El desigual reparto de los recursos para tratamiento en las distintas zonas geográficas de Madrid.

- La necesidad de implicación en un estudio serio de otros Organismos no presentes en la Comisión.

- La necesidad de tender a proporcionar servicios frente a ayu-- das económicas.

- La posibilidad de contar con recursos ya existentes, aunque no fueran de carácter institucional, para llevar a cabo una sectorización y poder planificar de acuerdo con ello, la propia Administración la creación o incrementación de sus propios recursos.

Hasta la fecha por diferentes causas, no ha sido posible concretar institucionalmente un modelo de coordinación, si bien, existen en la -- práctica coordinaciones informales, que son insuficientes.

Por lo que respecta a la acción directa del INSERSO en Estimulación Precoz, es decir, a la prestación de servicios directos, éstos se llevan a cabo en los Centros Base (Centros de Atención a Minusválidos de tipo-general), dentro del área de Tratamientos; se inició en 1980 con la crea--- ción de nueve experiencias piloto que con posterioridad se han ido ampliando.

En Madrid, y dependiendo de la Dirección Provincial del INSERSO, existen tres Centros Base donde se realizan tratamientos, siendo el Centro-1, al que pertenecemos, el primero en el que se implantaron, y de cuya experiencia pasamos a ocuparnos a continuación en dos intervenciones:

- Unidad de Atención a Deficientes Visuales.

- Unidad General de Estimulación Precoz.

La Atención Temprana a Niños Deficientes Visuales

I) Introducción y Sistema de Coordinación

Hace aproximadamente doce años la Atención Precoz a niños deficientes visuales era practicamente inexistente en nuestro país. Su atención educativa se llevaba a cabo en Centros de Educación Especial para niños ciegos y la edad de ingreso en los mismos, era a los 6 años.

Algunos profesionales que prestaban sus servicios en estos Centros, se plantearon la necesidad de una atención preescolar a la vista de los retrasos madurativos y las secuelas a veces irreversibles que algunos de estos niños presentaban en su desarrollo. De esta forma, se llegó a la conclusión de la necesidad de descender a edades tempranas en la atención.

Surgieron en diferentes puntos del país experiencias en esta línea, tanto en integración de los deficientes visuales en escuelas ordinarias, como en la atención temprana, previa a la escolarización (Zaragoza y Barcelona).

En octubre de 1980 el INSERSO convoca unas Jornadas de Estudio sobre la situación del niño deficiente visual de 0-6 años; fruto de las cuales y, ante el hecho de que en Madrid no existía ningún servicio de carácter público que asumiera la atención a este colectivo, el Instituto pone en funcionamiento nuestra unidad encuadrada dentro de la unidad general de Estimulación Precoz del Centro Base de Maudes, en 1981.

Poco despúes, tras la aparición de determinada normativa (1) y

(1) Real Decreto 2639/82, de 15 de Octubre, de Ordenación de la Educación Especial; O.M. de 9-9-82 sobre Equipos Multiprofesionales; O.M. de 14-6-1983 de Ordenación de la Educación Especial en los niveles de Educación Preescolar y Básica.

dado que diferentes Organismos se hallaban implicados o por su ámbito de actuación y/o por su actuación directa en el tema, se aprueba el "Acuerdo-Marco Institucional de Política Educativa para la Atención a los Deficientes Visuales" entre el Instituto de Educación Especial, el Instituto de Servicios Sociales y la Organización Nacional de Ciegos Españoles.

Como aplicación del Acuerdo-Marco, se firma en Madrid, en julio de 1983 entre los citados Organismos el primer Convenio para el establecimiento de medidas encaminadas a la atención de los deficientes visuales. -- Con este Convenio, que es bajo el modelo de coordinación en el que actualmente trabajamos, se trata de ordenar y racionalizar los recursos existentes con el fin de cubrir institucionalmente las diferentes etapas educativas de las personas deficientes visuales.

Se constituye oficialmente el Equipo de Atención Temprana y se crea un Equipo Multiprofesional de Educación Especial específico para deficientes visuales, con participación del Ministerio de Educación y la ONCE.- De esta forma, las competencias en materia de atención directa quedan distribuídas de la siguiente forma:

- El INSERSO a través de su Equipo de Atención Temprana, se responsabilizará de esta acción, en los niños de 0-3 años. Asímismo, colaborará en la etapa de Educación Preescolar (3-6 años).

- El Ministerio de Educación y la ONCE, se responsabilizarán del apoyo a la integración en el período de la Educación General Básica, e igualmente, colaborarán en el período de 3-6 años.

Se establece una Comisión de seguimiento y una Comisión de Coordinadores, estos últimos, uno por Organismo, son nombrados de entre los ---

miembros de los Equipos. Los propios Equipos hemos ido desarrollando los encuadres concretos de nuestra coordinación según las necesidades (reuniones de derivación de casos, reuniones de discusión de temas relativos a la deficiencia visual, etc.,).

Nuestra experiencia es, que este modelo de coordinación, a través de un Convenio, es válido y asegura la prestación de los servicios necesarios. No podemos afirmar que sea generalizable, puesto que éste se ajusta bastante a ciertas características de la población a la que se aplica:

- Número de población no amplio.
- Diseminación geográfica de la población.
- Especificidad de las técnicas tanto en estimulación como en integración.

En nuestro caso, la "sectorización" por edades, y siendo un número pequeño de Equipos y Organismos, pensamos que facilita claramente la coordinación.

Si bien, hemos de decir, que podemos comenzar la atención cada vez a más tempranas edades, no se ha realizado por parte de los Organismos implicados, una campaña de sensibilización seria en medios hospitalarios cara a la pronta derivación a nuestro Servicio de niños diagnosticados de déficit visual. Conseguir este objetivo, sería del máximo interés en pro de una mayor eficacia en la atención.

II) Enfoque Técnico.

1) Composición del Equipo.

1 Psicólogo

2 Terapeutas-Estimuladores

1 Profesor Itinerante

1 Médico

1 Fisioterapeuta

1 Asistente Social

Este personal comparte el trabajo en la Unidad de Deficientes visuales con otras tareas dentro del Centro.

2) Población atendida en la actualidad.

Prestamos nuestros servicios a todo niño entre 0 y 5 años diagnosticado de déficit visual, aunque la agudeza visual como es obvio en edades tempranas, no haya podido ser precisada.

De todos los niños atendidos, 13 presentan como único diagnóstico el déficit visual, mientras que 17 presentan otros diagnósticos además del propio déficit visual o de los que éste es consecuencia sin que implique necesariamente deficiencia mental.

Distribución de la población

Número total..... 30

Edades
- 0-3..... 18
- 4-6..... 12

capacidad visual
- ceguera..... 19
- r. visual aprovechable.....11

3) Funciones del Equipo.

- Acoger e informar a los padres sobre recursos en la comunidad- para la población ciega en general.

- Orientar sobre las peculiaridades del desarrollo evolutivo del niño deficiente visual.

- Ayudar a los padres en la aceptación de la deficiencia promo-- viendo una actitud positiva.

- Conseguir la participación de los padres en el proceso educativo del niño en todas y cada una de sus fases: estimulación precoz, integración familiar, escolar y social.

- Realizar los tratamientos de estimulación adecuados para cada- niño según su momento evolutivo.

- Prestar apoyo psicoterapéutico a los casos que lo precisen.

- Prestar apoyo a la integración en la Escuela Infantil.

- Atender a la formación propia de los miembros del Equipo y a - la de otros profesionales.

4) Fundamentos de la Atención Temprana al niño deficiente visual.

Necesariamente en este punto me limitaré a resumir, prácticamente a enunciar, aquellos aspectos más específicos en la atención temprana a-

niños deficientes visuales, aceptando el principio general que considera la estimulación precoz como la aplicación de un conjunto de técnicas y métodos que persiguen el mejor desarrollo evolutivo del niño que padece algún tipo de déficit o riesgo del mismo.

En este sentido, la atención temprana en el caso de deficientes visuales tiene un carácter claro de prevención secundaria de otras discapacidades que podrían añadirse al déficit inicial, fundamentalmente cuadros, de detención del desarrollo y déficits de evolución en áreas concretas.

El riesgo que comporta la deficiencia visual, mayor cuanto más temprana y grave sea ésta, ha sido puesto de relieve tanto a través de estudios sobre población no atendida tempranamente, como desde reflexiones teóricas y comprobaciones experimentales de lo que implica la visión, y por tanto su falta, en el desarrollo evolutivo (Norris, Keeler, S. Fraiberg, D. Wills, Burlingham, etc.).

La conclusión más general es la de que la ceguera por sí sola no sería un factor causante de desviaciones del desarrollo, sino que ésta, cuando va unida a ausencia o deficiencia de otro tipo de experiencias (Táctil, auditiva, cinestésica) puede conducir al niño ciego a un estado de privación responsable de detenciones o desviaciones en el desarrollo.

La visión reune como órgano de percepción las siguientes características: la información que aporta es de carácter fundamentalmente global y contínuo, y su órgano (el ojo) está adaptado para poder suspender voluntariamente la percepción. Por el contrario, el tacto o el oído, transmiten la información de forma básicamente analítica y discontínua. Por otra parte, la visión, a nuestro juicio, ofrece la posibilidad de conocimiento de lo externo a distancia, sin necesidad de ponerlo en contacto directo con el pro-

pio cuerpo, lo que explicaría, en parte, ciertas formas de exploración de los objetos que realiza el niño ciego.

Desde el punto de vista del desarrollo cognitivo y siguiendo la teoría piagetiana, los procesos de acomodación y asimilación, se van desarrollando en base a la imitación y a la experimentación como forma de descubrir los objetos, sus propiedades y las posibles relaciones entre ellos, accediendo así a los diferentes niveles del pensamiento. Tanto la imitación como la experimentación, se hallan seriamente dificultados en el niño deficiente visual.

Me detendré un momento en analizar la importancia de la visión, de la mirada, en el establecimiento de las relaciones de apego y de la relación vincular que quizá sea el área de mayor importancia y de más difícil instrumentación desde el exterior: es a través del proceso vincular como el niño es capaz de hacer la diferenciación Yo-No Yo de enorme alcance también a nivel cognoscitivo. Los estudiosos del comportamiento de los bebés, entre ellos Stern, han descrito la visión como el sistema más maduro en los primeros meses para la comunicación. Ya a la 6ª semana el niño fija la mirada en la madre, y ésta, experimenta la sensación de que el bebé la mira, de que están conectados, y el comportamiento de la madre hacia el bebé se hace mucho más social. En el 3º mes, al aumentar la distancia focal, el niño sigue con la mirada y su red de comunicación se amplía. El bebé puede ya regular a través de su mirada el grado y nivel de la relación e incluso, la distancia física apropiada para la misma; los adultos estamos biológica y culturalmente preparados para interpretar esas señales que él envía y así, iniciaremos, prolongaremos, modificaremos o suprimiremos la interacción.

Para el adulto puede resultar difícil la relación con un bebé que no mira, porque puede interpretarse como "no atención", y porque esta-

blecer el nivel óptimo de estimulación y proximidad, desde la pasividad-lejanía al intrusismo invasor, sin la guía de la mirada del bebé, requiere un esfuerzo de interpretación considerable.

La madre de un bebé ciego tiene que actuar de Yo-auxiliar del niño durante más tiempo y con más intensidad por causa de la ceguera y estar-disponible para alargar la crianza.

El niño ciego va a tener que realizar "rodeos" adaptativos (Fraiberg) para descubrir y organizar su entorno; y va a tener que realizar sustituciones en las modalidades sensoriales que producen "Un desorden en la secuencia normal del desarrollo del aparato sensorial así como de las funciones del Yo que de ellas dependen" (Burlingham). "El disminuído imput sensorial necesita un esfuerzo intelectual mucho mayor por parte del niño ciego para llegar al mismo grado de comprensión que tiene el vidente del medio que lo rodea (Burlingham).

5) Nuestra INTERVENCION en edades tempranas irá encaminada fundamentalmente a:

- Conseguir una relación vincular adecuada, a través de un trabajo de observación con ayuda de la madre, para interpretar señales comunicacionales del bebé, que no son a las que más habituados estamos, de tal forma, que la madre se sienta "estimulada" y segura en la interacción.

- Poder entender junto con los padres los "rodeos" que el niño ciego tiene que hacer para llegar a una determinada conducta sin que éstos sean interpretados como retrasos, aún cuando de-

terminadas conductas aparecen efectivamente más tarde que en - el niño vidente. Es el caso en lo motriz, del gateo, la deambulación independiente, y en general, las conductas que requieren una dinámica corporal. En la construcción del mundo de los objetos, el concepto de permanencia del objeto, que también -- aparece más tarde, precisa para su adquisición, la unión de esquemas auditivos y tactiles que finalmente confieran substancialidad y asibilidad al objeto. En el lenguaje, se puede retrasar la aparición del uso del pronombre "yo" y la utilización adecuada de otros pronombres.

- Motivar al niño a interesarse por el exterior y ayudarle a descubrirlo facilitándole sobre él mismo información adecuada.

- Ayudarle a codificar y generalizar esta información a través - de la sustitución de modalidades sensoriales y de la sustitución de la imitación (sobre todo en los primeros años) por el- aprendizaje.

- Apoyar al medio escolar, una vez que el niño se integra en él, para que su participación e interacción con el grupo, sea positiva para ambos.

- En algunos casos tendremos que ofrecer apoyo psicoterapéutico- a los padres. En este punto, querría señalar que, si bien, para cualquier padre el nacimiento de un hijo con algún tipo de- deficiencia supone un choque y una elaboración y reajuste a nivel interno, hay padres, que por sus características de personalidad previas se encuentran con mayores dificultades para - seguir por sí mismos este proceso.

En todo momento, pero especialmente al principio, tenemos que -- procurar a los padres un ambiente acogedor donde puedan verbalizar todos -- los sentimientos que ellos viven como negativos (deseos de muerte, culpabilidad, impotencia, etc.) para que actuando nosotros como "continentes" de - ellos, puedan a su vez, ser continentes para su hijo. Para ello, debemos tener claro como profesionales y transmitir que ellos van a ser los mejores - padres para su hijo aunque se sientan impotentes y desconcertados en determinados momentos.

La relación padres-profesionales puede ser una relación difícil- puesto que podemos sentir depositados en nosotros, sentimientos, expectativas, etc., que de forma contratransferencial nos hagan actuar erróneamente. En este sentido, el Equipo es básico para actuar a su vez de continente de- sus propios profesionales.

En los primeros años del niño, que justamente son los más difíciles también para los padres, debemos ser absolutamente cuidadosos y dedicar tiempo a la observación para que realmente seamos una ayuda y no una espe-- cie de suplantación de éstos justo en los momentos en que deben ir recupe-- rando su identidad como padres. Cuando ellos puedan reelaborar su nueva --- identidad, integrando los aspectos depresivos que supone el renunciar a un- determinado proyecto, es cuando podrán ofrecer al hijo un espacio afectivo- adecuado donde él pueda ir fraguando su propia identidad.

Estas últimas anotaciones creo que podrían ser igualmente váli-- das para padres de niños con otros tipos de deficiencias y para los profe-- sionales que los atienden, en general. En el caso de los niños ciegos somos conscientes de lo difíciles que son los primeros años y de cuantos riesgos- corremos, de ellos el principal, el aislamiento favorecido por la privación de la visión. Hasta que el niño adquiere la movilidad independiente, su co-

nocimiento del exterior está a expensas del acercamiento que de lo que le - rodea le haga el adulto. Algunos niños ciegos pueden llegar a sumirse en este aislamiento desarrollando conductas de autoestimulación que les impiden- la experimentación y la relación con el exterior, dando lugar, como ya he-- mos dicho, a cuadros de detención del desarrollo.

6) Areas de actuación y metodología.

Distinguimos fundamentalmente dos áreas globales de actuación:

- Estimulación precoz.
- Apoyo a la integración en la Escuela Infantil.

La primera viene a coincidir en general con el período 0-3 años, y la segunda con los 3-6 años de edad (ver anexos I y II).

A través de estos encuadres de actuación, vamos a tratar de que- el niño ayudado fundamentalmente por sus padres pueda seguir un desarrollo- adecuado, sentando las bases de lo que más adelante constituirá la posibilidad de ser un adulto integrado activamente en la sociedad.

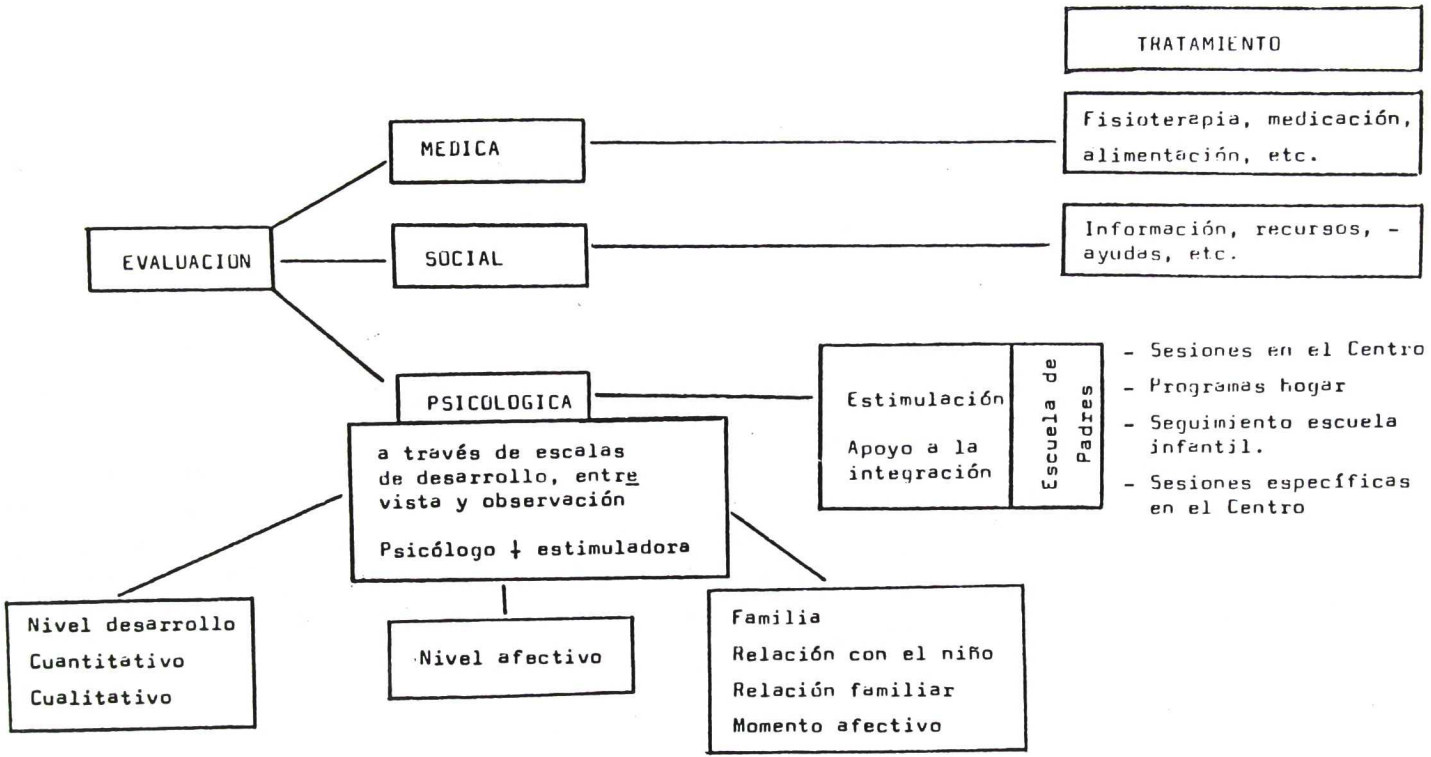
Apoyo Audiovisual

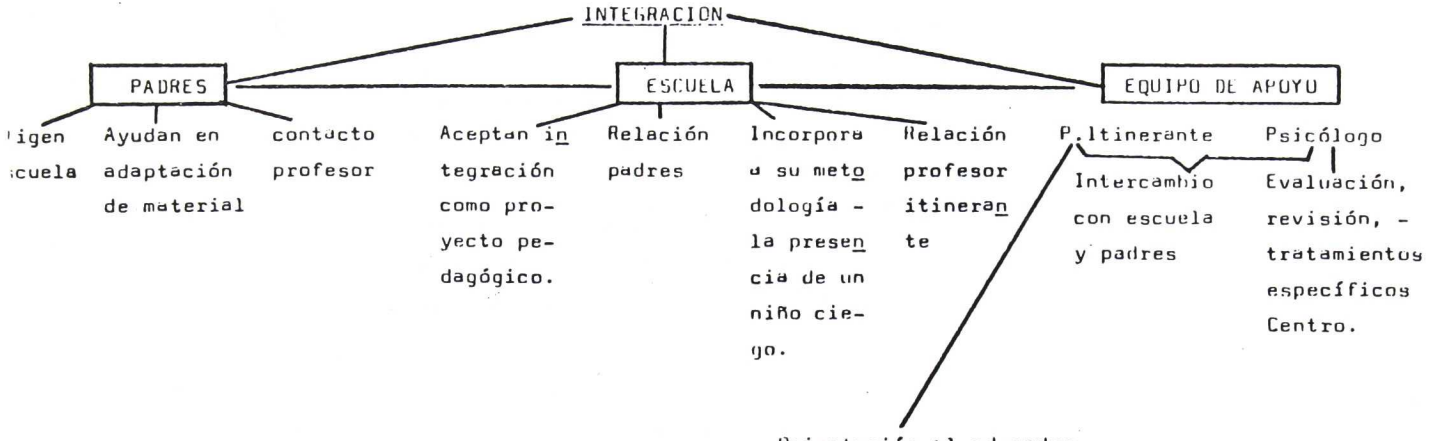
Cinta vídeo VHS de 25 minutos de duración. En ella se recogen secuencias de otras grabaciones tomadas con distintas finalidades a niños --- atendidos en nuestra Unidad, con las siguientes características:

- Edad: de 5 meses a cinco años.
- Grado de visión: ceguera total.
- Diagnósticos: 2 retinoblastoma, 2 fibroplasia retrolental, --- 1 anoftalmía y 1 leucocoria.

# METODOLOGIA

ANEXO 1




INTEGRACION
PADRES
ESCUELA
EQUIPO DE APOYO
ligen escuela
Ayudan en adaptación de material
contacto profesor
Aceptan integración como proyecto pedagógico.
Relación padres
Incorpora a su metodología - la presencia de un niño ciego.
Relación profesor itinerante
P.Itinerante
Psicólogo
Intercambio con escuela y padres
Evaluación, revisión, - tratamientos específicos Centro.
. Orientación al educador.
. Adaptación y dotación de material según objetivos
. Información y demanda de recursos a los padres.
. Enseñanza de aprendizajes pespecíficos (técnicas Braille).
. A través de: - Visitas periódicas semanales
- Observación directa.
- Entrevista educador.
- Entrevista padres.

# IV. LA REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD

# LA REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD

## INTRODUCCION

Fernando Cardenal

Antiguo Funcionario Médico
de la OMS

* Crítica del pasado y gestación de la idea de rehabilitación en el seno de la comunidad
* Resumen de principios que hacen deseable que el proceso -- rehabilitador sea un asunto de responsabilidad comunitaria
* Integración y normalización son ideas básicas en el proceso rehabilitador en la comunidad
* Resumen del concepto completo de rehabilitación en el seno de la comunidad
* Recursos rehabilitadores con que cuentan las comunidades
    1. El hogar
    2. Los servicios sociales
    3. Las asociaciones
    4. El servicio de salud
    5. El servicio escolar
    6. La capacitación laboral y el empleo
    7. Ayudas técnicas y supresión de barreras
* RESUMEN
* REFERENCIAS

## CRITICA DEL PASADO Y GESTACION DE LA IDEA DE REHABILITACION EN EL SENO DE LA COMUNIDAD

Desde principios de la década de los años sesenta Rehabilitación Internacional(*) venía prestando atención especial al papel que debería jugar la comunidad en general, y no solamente los especialistas clásicos de la rehabilitación, en el proceso rehabilitador. Community Action for the Handicapped fué el tema de un grupo de estudio organizado por R.I. como contribución a la Conferencia Internacional de Asistentes Sociales celebrada en 1963 en Brasil. En 1968 R.I. llevó a cabo una encuesta sobre la situación de la rehabilitación en el mundo, tras la cual y en vista de los datos alarmantes que se recogieron sobre la insuficientísima cobertura de las necesidades mundiales y el costo excesivo - totalmente desproporcionado con su rendimiento - de la mayoría de los servicios existentes, convocó una reunión internacional de expertos bajo el lema El desarrollo de los servicios de rehabilitación en relación con los recursos disponibles que se celebró en 1969 en Killarney (Irlanda)(1). Allí se reunieron por primera vez expertos de muchos países y de varias organizaciones internacionales para dar la alarma sobre, por una parte, el derroche de recursos que se invertían en importantes centros especiales de rehabilitación de todas clases, los cuales sin embargo no daban servicio sino a una ínfima parte de la población y, por otra parte, el total o casi total olvido, por lo que a su rehabilitación se refiere, en el que se hallaban la mayoría de las gentes discapacitadas que - por la razón que fuere - no tenían acceso a una de aquellas instituciones. A tono con los aires que corrían también en otras esferas, se inició entonces un movimiento de descentralización, democratización y desmitificación de las actividades de rehabilitación, en conjunción con el movimiento - también de la época - de potenciación de la vida comunitaria. A ellos se incorporaron numerosos grupos asistenciales y profesionales y también las organizaciones internacionales, tales como la OMS, que habló de atención primaria, la OIT, que habló de necesidades básicas, la UNICEF, que habló de servicios básicos, y la UNESCO, que habló de integración escolar. En 1979 la OMS, en un voluminoso

* En aquel tiempo el nombre era "International Society for Rehabilitation of the Disabled".

documento de trabajo preparado a título experimental en colaboración con la ONU y las otras organizaciones internacionales mencionadas (2) acuñó la expresión community-based rehabilitation

## RESUMEN DE PRINCIPIOS QUE HACEN DESEABLE QUE EL PROCESO REHABILITADOR SEA UN ASUNTO DE RESPONSABILIDAD COMUNITARIA

El concepto de rehabilitación en la comunidad viene a dar respuesta a algunas ideas generales en rehabilitación, tales como:

- Es siempre deseable que el proceso reahbilitador se realice mientras la persona sigue viviendo en su entorno familiar.
- En rehabilitación es necesario implicar a las familias y puede ser necesario implicar a los amigos, a las asociaciones, al personal de salud de atención primaria, a los maestros, a los compañeros de trabajo, a los patronos y a tantos otros que solamente pueden ser implicados si la rehabilitación se hace en la comunidad.
- La escuela ordinaria debe estar abierta a todos los niños del entorno, y debe ser ella la que busque la manera de adaptarse a las necesidades especiales de algunos niños. Para un niño con impedimentos una educación lo más normalizada posible constituye precisamente la base de su rehabilitación.
- Si las escuelas ordinarias, el servicio de salud y los centros y escuelas ordinarios de capacitación o formación profesional y los servicios sociales comunes dan entrada por sus cauces normales a niños y adultos discapacitados al igual que a todos los demás, las cuestiones de rehabilitación entrarán a formar parte del quehacer normal de esos centros y servicios comunes para todos y se reducirá a un mínimo la necesidad de escuelas y centros especiales.

- Es necesario huir de tres males del pasado: la segragación, la concentración masificada de personas impedidas en centros especiales y el internamiento innecesario.

- La comunidad representa el émbito apropiado para la puesta en marcha de iniciativas solidarias por parte de las mismas personas minusválidas, de padres y de simpatizantes, agrupados en asociaciones locales.

## INTEGRACION Y NORMALIZACION SON IDEAS BASICAS EN EL PROCESO REHABILITADOR EN LA COMUNIDAD

La rehabilitación que se hace en el seno de la comunidad sigue un proceso esencialmente integrador. El lector advertirá a lo largo del presente ensayo que la integración cuenta en ese proceso de dos maneras distintas y simultáneas : hay integración de la persona discapacitada con las demás -- personas, y hay integración entre ellos y todos los profesionales que la - atienden. En efecto :

1) Por una parte, la persona discapacitada hace su proceso rehabilitador junto con las demás personas de su entorno habitual: en su rol de niño o adulto que viven en un hogar, vive la vida de familia, de pareja, de vecindad, etc., tan normalizada como sea posible; en su rol de paciente recibe la terapia rehabilitadora que sea necesaria junto a las demás terapias que pueda precisar y junto a los demás pacientes que tienen afecciones similares aunque no sean discapacitados permanentes; en su rol de educando - recibe su educación con la misma obligatoriedad y la misma atención que los demás niños de su entorno y junto a éstos, mediando todos los apoyos especiales y adaptaciones del medio que sean necesarios; en su rol de aprendiz o alumno de un oficio o profesión se capacita para ello junto a los demás

jóvenes o adultos que tienen sus mismas aficiones, echando mano para suplir dificultades de todos los ajustes que sean necesarios.

2) Por otra parte, los profesionales en la comunidad que se ocupan de la rehabilitación de personas discapacitadas no han de ser, en su mayoría, otros que los mismos que se ocupan de atender a personas que no tienen discapacidad permanente pero que tienen necesiadades equiparables: son los profesionales ordinarios que la comunidad tiene para la protección al hogar, para la atención a la salud, para la educación de los niños, para la enseñanza laboral, etc. Por supuesto, hacen falta algunos especialistas para atender a algunas cuestiones que son muy específicas de algunas discapacidades, pero se entiende que estos especialistas no son realmente encargados de la rehabilitación, sino que son apoyos expertos circunstanciales que contribuyen poderosamente a que el proceso rehabilitador (que es obra conjunta de fuerzas muy diversas) pueda tener lugar.

Existen grados en cuanto a la importancia de la integración. La integración de la terapéutica rehabilitadora en la terapéutica corriente es conveniente(3) desde varios puntos de vista. La integración de niños discapacitados en el sistema educativo general de la comunidad es indispensable. No se concibe una rehabilitación psíquica en aislamiento o en segregación, fuera del contexto normal del entorno familiar, vecinal, etc.

## RESUMEN DEL CONCEPTO COMPLETO DE REHABILITACION EN EL SENO DE LA COMUNIDAD

La Conferencia Internacional de Alma-Ata de 1978 (4), que puso en circulación muchas de las ideas útiles que han servico para construir el concepto de rehabilitación en la comunidad, entiende por comunidad :

"Un conjunto de gentes que viven en un área geográfica determinada, con cierta cohesión y bajo alguna forma de organización social. El conjunto tiene ciertas características propias, políticas, económicas, sociales y culturales, así como intereses y aspiraciones comunes. Las comunidades varían en tamaño y en perfil socioeconómico, y pueden ser un pueblo o varios

juntos, una ciudad, un distrito de una gran ciudad, etc.".

La base del concepto de rehabilitación en la comunidad es la responsabilidad comunitaria: la comunidad se siente responsable de la rehabilitación de su población discapacitada (como se siente responsable de la educación de sus niños o del cuidado de sus ancianos), y manifiesta esa responsabilidad poniendo en obra sus propias iniciativas, movilizando sus propios recursos, haciendo que los rehabilitandos no tengan que abandonar la comunidad y haciendo de ésta un territorio sin barreras.

Dicho en algunas palabras más, rehabilitación en el seno de la comunidad significa que la comunidad :

- moviliza, desarrolla y utiliza al máximo sus recursos propios humanos y materiales (hogar, asociaciones, servicios sociales, servicio de salud, escuelas, centros ocupacionales, centros de capacitación laboral, etc.);

- coordina dentro de la comunidad los recursos de origen externo que operan en su ámbito (fondos, iniciativas y servicios regionales, nacionales, etc.) adaptándolos a sus necesidades específicas ;

- realiza en su seno la rehabilitación de toda su población discapacitada. Si hay personas que necesitan puntualmente recursos que solamente se encuentran fuera de la comunidad, los servicios de la comunidad remiten a la persona y continúan su seguimiento cuando ésta regresa a la comunidad;

- toma sus propias iniciativas para crear oportunidades alternativas y suprimir barreras en su área territorial.

## RECURSOS REHABILITADORES CON QUE CUENTAN LAS COMUNIDADES

### 1. EL HOGAR.

Lo más urgente en él es la información. Es imprescindible que la persona impedida o su familia estén bien informadas y asesoradas desde un -- principio. A veces esto no es fácil, ya que la información suele estar parcelada en sectores administrativos (salud, educación, trabajo, servicios - sociales) y con frecuencia el público ni siquiera sabe a qué departamento de un sector debe acudir. En una encuesta reciente (1988) del Instituto - Nacional de Servicios Sociales (5) más de la mitad de las personas encuestadas dijeron desconocer a dónde debían dirigirse para recibir información sobre temas relacionados con su impedimento. Esos temas se agrupaban así: orientación general, ayudas económicas, asistencia médico-rehabilitadora, educación, actividades ocupacionales, formación profesional, trabajo, ayudas técnicas, transporte y supresión de barreras arquitectónicas. En la comunidad las primeras respuestas las pueden dar los asistentes sociales, y también la asociación de personas minusválidas. Asistentes sociales del sector público y asociaciones suelen trabajar en buena armonía dentro de la comundiad.

Cuando se trata de niños impedidos es muy importante que los padres se pongan en relación con las familias de otros niños que tengan problemas semejantes (relación que los mismos médicos, maestros, asistentes sociales y asociaciones deben ayudar a establecer). Padres y madres que tienen ya experiencia pueden ayudar y apoyar muy eficazmente a otros y entre las familias pueden intercambiarse informaciones, cuidados y objetos tales como ayudas técnicas y juguetes. Más importante aún es que las familiar no se vean solas y aisladas en su infortunio y que se evite o aminore la depresión en que son proclives a caer. En los casos de niños pequeños las familias han de saber que si bien los tratamientos médico-quirúrgicos y la medicina rehabilitadora tienen indudable interés, no son ni mucho menos lo más importante para el niño. Lo más importante es su equilibrio psicológico y su buen desarrollo afectivo-intelectual. Todo lo demás debe supeditarse a esto y ser un complemento (en casos, muy valioso) que armonice con ello.

Por eso un hogar emocionalmente equilibrado cuenta más para el futuro del niño que todos los tecnicismos rehabilitadores. El ideal es que ambas cosas vayan unidas, y de aquí uno de los intereses por la rehabilitación en la comunidad.

El hogar familiar es, hablando en general, el principal medio rehabilitador con que cuenta la comunidad. Ningún otro entorno es capaz de generar los mismos afectos, la misma dedicación y la misma precisión en la - atención rehabilitadora. La comunidad tiene en los hogares familiares recursos asistenciales de primerísimo orden que no le cuestan prácticamente nada. En el hogar se aprovechan con un máximo de eficacia los recursos -- propios y aun los de otros familiares que no viven allí y los de vecinos y amigos; en él no cuentan las horas extraordinarias y, lo que es más importante, la persona impedida vive en él una vida afectiva que es estimulante y esperanzadora, condiciones éstas que son básicas a todo proceso rehabilitador (6).

El hogar familiar constituye el substrato más favorable de que la comunidad dispone para que los instrumentos rehabilitadores técnicos (medicina, educación, capacitación) puedan incidir más eficazmente. En consecuencia, está en el interés de la comunidad el apoyar ese substrato con medidas concretas cada vez que ello se haga necesario. Lo que se le pide entonces a la comunidad es que sus servicios públicos den prestaciones concretas al hogar, tales como: complemento económico (para compensar por gastos incurridos en cuidar a la persona, por horas de trabajo perdidas, etc.), personal de ayuda doméstica, visitas de asistente social, visitas del personal de salud (incluido el de apoyo psicológico), ayudas técnicas y mejoras en la habitabilidad y accesibilidad de la vivienda. También, en casos, que la persona pueda pasar períodos de tiempo planificados en el centro de -- día, en el hospital de día o en el hospital propiamente dicho, lo cual - además de beneficiar a la persona en situaciones puntuales - alivia la presión sobre las familias, sobre todo si la persona es de edad avanzada y requiere muchos cuidados o, lo que es más angustioso aún, tiene un trastorno mental con alteración de la conducta (7,8,9). La asociación de minusválidos

de la comunidad puede jugar un papel importante complementario, como se dirá más adelante.

Como alternativa a la familia propia existe la posible solución de que la persona impedida sea acogida temporalmente en una familia substituta. En casos de niños y jóvenes, si la familia propia es definitivamente incapaz de hacer frente a la situación y, sobre todo, si ejerce sobre ellos una influencia negativa -que puede llegar a ser destructiva- queda la solución de hallar un hogar adoptivo, se trate o no de adopción jurídica.

La alternativa a la familia real (sea la natural, la substituta o la adoptiva) está en el hogar comunitario, que ha de ser pequeño y ha de funcionar de la manera más parecida posible a un verdadero hogar familiar. Hay hogares para niños y jóvenes y hogares para adultos. Casi siempre son regidos por asociacioens, con fondos comunitarios. El ingreso en estos hogares no debe significar, antes al contrario, desvinculación con la familia propia.

Hay personas adultas que aunque tienen un impedimento corporal o mental importante pueden y quieren vivir solas o en pareja, tener hijos, etc, en la manera habitual como hacen los demás. La comunidad debe apoyar esas iniciativas. Gracias a las prestaciones domiciliarias, a la abolición de barreras y a las ayudas técnicas, la autonomía (independent living) de las personas severamente discapacitadas va siendo una realidad cada vez más -- frecuente (9).

Finalmente, la comunidad debe ofrecer aún otra alternativa para adultos muy impedidos (así como para ancianos): grupos de pequeñas viviendas con equipamiento interior ad hoc, con buena accesibilidad y con algunos - servicios comunes como pueden ser ayuda doméstica, club de reunión, parque o plaza arbolada y una permanencia de auxiliar de enfermería (o bien comunicación directa con el centro de salud). El modelo admite muchas variaciones y es compatible con la autogestión, lo cual permite una vida más independiente y por ende más satisfactoria que la que vienen ofreciendo las residencias comunes (7).

Si se quiere potenciar la vida autónoma en hogar (en contraposición a la vida en internado), hay que potenciar también la accesibilidad al transporte público y facilitar la adquisición y utilización del transporte privado mediante normativas administrativas, que en muchos casos son competencia de la autoridad local comunitaria (7,9).

En todos los supuestos anteriores la comunidad debe sentirse implicada y responsable al menos en alguna medida. Cuando la comunidad no tiene la entera responsabilidad de los servicios públicos, debe - velar al menos por que los servicios lleguen a los hogares que los necesitan.

## 2. LOS SERVICIOS SOCIALES.

Los servicios sociales corrientes de que la comunidad dispone (sea cualquiera la administración de la que dependen) deben ser también los que se ocupen de las necesitades de las personas impedidas. Es decir, no debe haber servicios sociales separados para un "colectivo" imaginario de personas impedidas. En cuanto a las necesidades sociaels, las clases de necesidades que las personas discapacitadas puedan tener por causa de su impedimento entran en las mismas categorías que las que las demás personas puedan tener por otras causas. La pobreza, la ignorancia, el abandono, la incompetencia familiar, la explotación, la mala salud, la carencia de educación, la carencia de capacitación laboral, la carencia de trabajo, la vivienda inadecuada a sus habitantes, el aislamiento social,etc, deben ser subsanados en todo caso, tanto si hay un impedimento corporal o mental como si no lo hay. Es la disfunción vivencial importante lo que atrae la intervención de los servicios sociales, cualquiera que sea la causa determinante.

En muchos casos la intervención de los servicios sociales en un hogar de persona impedida servirá para potenciar el poder rehabilitador de éste (como quedó dicho en el apartado anterior) y podrá servir también (mediante contactos profesionales, gestión de medio de transporte, etc) para facilitar a la persona la utilización de los servicios comunitarios que necesite: educación, salud, capactiación laboral, empleo, etc. Nosotros cree

mos que los servicios sociales deben aportar su apoyo continuado para que la persona pueda tener acceso a esos servicios y deben hacer su seguimiento social y estar al tanto de la posible presentación de problemas nuevos. Al mismo tiempo, creemos que los servicios sociales no deben tener ellos mismos establecimientos de ninguna clase de educación, de formación o de terapia. Por razones de eficacia y de economía, la comunidad ha de mantener un claro reparto de competencias entre sus servicios. Dentro de la comunidad la coordinación es absolutamente necesaria y se debe hacer en plano horizontal entre los profesionales de todos los servicios, incluidos los de los servicios sociales. Por otra parte, los servicios sociales comunitarios deben ser sensibles a las sugerencias que emanan de las organizaciones comunitarias de base: asociaciones de vecinos, de alumnos, de padres de alumnos, de personas minusválidas, etc, todas las cuales pueden tener mucho que aportar al mejoramiento de los servicios sociales.

## 3. LAS ASOCIACIONES.

Nadie conoce mejor las carencias y las expectativas de las personas impedidas que ellas mismas y sus familiares próximos. Muchas de ellas se hacen expertas en los problemas que las confrontan y contribuyen a alertar sobre cuestiones concretas a los mismos profesionales especializados y a las fuerzas vivas y la administración de la comunidad, y contribuyen a aportar soluciones imaginativas. Las asociaciones de personas impedidas, tutores y simpatizantes constituyen reservas valiosísimas de experiencias y saberes prácticos que cada comunidad debe tener en cuenta y explotar convenientemente. Al realizar una función de entre-ayuda y de promoción de personas minusválidas, las asociaciones hacen una función de interés público comunitario. Por eso, aunque sean inicialmente financiadas por contribuciones de los socios y de la población en general y puedan recibir contribuciones de fuentes regionales y un otras, deberían recibir siempre algu-

nos fondos directamente de la administración de la comunidad, para que ésta se sienta y se vea implicada en alguna manera.

Cada asociación tiende a centrar su atención en alguna clase de impedimento (retraso mental, sordera, ceguera, parálisis cerebral, lesión medular, epilepsia, ictus, alcoholismo, etc.) pero todas abordan cuestiones sociales que les son comunes. Las comunidades que son demasiado pequeñas para crear su asociación propia suelen desarrollar ramas locales de asociaciones regionales. En estas comunidades pequeñas suele haber, además, una o varias asociaciones voluntarias que se ocupan de toda clase de apoyos a personas que se encuentran en dificultades diversas, entre ellas personas discapacitadas. Unas son iniciativas puramente locales y otras son organizaciones de implantación regional o nacional. Todas suelen trabajar en buena armonía con los servicios sociales de la comunidad.

Las asociaciones de personas minusválidsa y también las asociaciones multidisciplinarias antes aludidas que apoyan a personas impedidas, tienen dos tipos de cometidos en la comunidad: uno en la esfera pública y otro en el terreno de las actuaciones personales.

El cometido público consisten en identificar necesidades, hacer su propia evaluación sobre los servicios en la comunidad, informar a la población y representar las aspiraciones y los intereses de las personas minusválidas en los círculos comunitarios (culturales, laborales, empresearíales,profesionales, etc) y en los órganos democráticos de gobierno de la comunidad. En su propio beneficio, la comunidad deberá mostrarse siempre receptiva a este tipo de influencia (7).

En el terreno de las actuaciones personales, las asociaciones pueden tener estas actuaciones en la comunidadad :

- Información a la persona impedida o a la familia sobre las más diversas cuestiones de la problemática del impedimento y actuación, en algunos casos, a manera de interlocutor con los servicios públicos. Esto puede incluir también asesoramiento legal en cuestiones relacionadas con la situación de minusvalía.

- Prestaciones voluntarias en el hogar (ya mencionadas en ese apartado). En muchas comunidades tales prestaciones o algunas de ellas están a -- cargo de los servicios sociales, pero aún así puede haber cabida para acciones complementarias por parte del voluntariado de la asociación (9).

- Apoyo de voluntarios al niño o joven minusválido en la escuela y al trabajador minusválido durante los primeros días de su empleo (véanse más adelante los apartados correspondientes)(10).

- Organización de clubs de personas que tienen un mismo tipo de impedimento, con objeto de intercambiar informaciones, debatir cuestiones de interés común, realizar actividades y deportes y fomentar la ayuda mutua(7,9,11). Una importante variante del club es la escuela de padres de niños afectos de un mismo impedimento. Otra variante es el club infantil para juegos.

- La asociación de la comunidad puede ser el marco idóneo dentro del -- cual se reunan personas interesadas en alguna iniciativa nueva para - llenar un vacío que exista en la comunidad o en un grupo de comunidades vecinas, tales como un hogar comunitario, un centro de rehabilitación para vida independiente, un centro ocupacional, etc. Después, lo más frecuente será que la misma asociación u otra creada al efecto asuma la gerencia del nuevo establecimiento y logre llegar a un concierto económico con la administración comunitaria y tal vez también con otras administraciones.

- Finalmente, la asociación puede instaurar ella misma puestos de formación y de trabajo protegidos para personas prácticamente inempleables en otra parte, creando al efecto algún tipo de pequeña empresa local. Fieles al principio de integración, lo corriente es que estas empresas den trabajo también a personas que no tienen impedimentos especiales.

## 4. EL SERVICIO DE SALUD.

La medicina rehabilitadora es uno entre los muchos contribuyentes que hacen posible el proceso rehabilitador. Es parte de la terapéutica en general. El objetivo de la medicina rehabilitadora es conseguir que el cuerpo y la mente de la persona discapacitada funcionen de la mejor manera posible adaptándose a la situación de discapacidad. Clásicamente, la terapéutica se ocupaba de curar, o de al menos evitar que la enfermedad o el traumatismo dejaran impedimentos permanentes. Si a pesar de todo quedaba un impedimento de larga duración o permanente, se decía que la medicina no podía hacer ya nada más.

La medicina rehabilitadora nos enseñó a ir más allá y a sacar buen partido de las capacidades adaptativas de la persona (psique y cuerpo), nos enseñó a desarrollar unas funciones para compensar la falta de otras, irremediablemente perdidas. La así surgida terpéutica rehabilitadora vino a ensanchar los límites de la terapéutica clásica. Ya desde hace años la medicina rehabilitadora ha ganado la opinión de todos los profesionales de la medicina, se ha convertido en algo que concierne a todos. Es algo que hemos de agradecer a los pioneros de la rehabilitación. Hoy existe un estado de alerta en cuanto a prevenir la discapacidad y a corregir o minimizar los efectos de cualquier secuela o impedimento que vaya surgiendo a lo largo de la evolución del caso. La actitud y las prácticas rehabilitadoras han entrado a formar parte de la terapéutica corriente en todas las especialidades. Hoy todos los médicos tratantes (generalistas, cardiólogos, neurólogos, traumatólogos, reumatólogos, cirujanos, otorrinolaringólogos, oftalmólogos, psiquiatras, etc) tienden a apurar la terapéutica hasta sus máximas posibilidades (es decir, incluyendo la medicina rehabilitadora), y tienden así a responsabilizarse personalmetne también de la rehabilitación médica de sus pacientes (7,9,13). Esto es lo que entendemos por integración de la medicina rehabilitadora en la terapéutica corriente (3).

En ese quehacer los médicos son casi siempre ayudados por fisioterapeutas, en algunos casos también por terapeutas ocupacionales, logopedas, psicólogos, etc. En ocasiones los pacientes tienen acceso directo a estos profesionales (7,9).

Los centros de rehabilitación médica que existen funcionando como instituciones autónomas seguirán siendo útiles por algún tiempo como - instituciones de investigación y de docencia, pero hoy no se cree que se deba seguir por el camino de crear centros nuevos de este tipo. Se cree, por el contrario, que los establecimientos de asistencia médica, a todos los niveles, deben ser lo más generales y comprehensivos posible, y que cada cual deberá desarrollar su parte de medicina rehabilitadora (7,13).

En la comunidad, el centro de salud (o los centros si hay más de uno) constituye el centro asistencial natural de promoción y restauración de la salud y de seguimiento. El centro de salud no se concibe en aislamiento - sino como "antena" del hospital (hospital comunitario si la comunidad es grande y posee uno o el hospital próximo,a cuya área sanitaria pertenezca la comunidad). Así quedan asegurados el continuo intercambio técnico entre el hospital y centro, quedan aseguradas las derivaciones de pacientes del centro al hospital, y también el seguimiento en la comunidad de los pacientes provenientes del hospital. Por ejemplo, el hospital tendrá que realizar los tratamientos rehabilitadores iniciales de los pacientes que requieren hospitalización, como pueden ser casos urgentes de ictus, paraplegia, etc, pero llegada la fase de estabilización clínica la rehabilitación podrá - proseguir en la comunidad, aunque hayan de hacerse visitas ulteriores al hospital.

Según su importancia, el centro de salud cuenta con más o menos personal especializado, pero en cualquier caso el centro debe estar a la altura de satisfacer las necesidades más corrientes de medicina rehabilitadora de la comunidad. La medicina rehabilitadora más corriente necesita de la fisioterapia pero no requiere instalaciones complicadas o costosas. Los ejercicios activos que el paciente realiza por sus propias fuerzas son la parte más importante del tratamiento físico. Los métodos pasivos que utilizan - aparatos eléctricos, etc, tan promovidos por las firmas comerciales, son - prácticamente superfluos y potencialmente dañinos (13). El centro de salud debe tener su pequeño depósito de ayudas técnicas (véase más adelante) móviles y fijas para ser prestadas al público. Es indispensable que el centro

de salud mantenga colaboración muy estrecha con los asistentes sociales. El centro de salud debe poder destacar personal visitador (auxiliar, enfermera, terapeuta, médico) a los hogares, a la escuela e incluso a lugares de capacitación laboral y de trabajo, todo lo cual puede ser de relevancia en rehabilitación, como ha quedado dicho más arriba o se mencionará de nuevo más adelante. La idea básica que se vislumbra detrás de todo esto es que el centro de salud se responsabilice de la asistencia sanitaria en su área de influencia, incluída la asistencia en medicina rehabilitadora, extendiendo su colaboración a todas las instituciones de la comunidad que puedan beneficiarse de su actuación experta y recurriendo al hospital para las cuestiones que él no puede resolver.

Los centros de salud más importantes adquieren la categoría de hospital diurno. El hospital de día es de gran interés en medicina rehabilitadora en la comunidad porque permite a muchos pacientes su pronta salida del hospital propiamente dicho y su traslado al domicilio para frecuentar a partir de éste el hospital diurno, donde podrán seguir recibiendo en régimen externo tratamientos más complejos o más intensivos que en un centro de salud ordinario. El hospital diurno puede también acoger durante buena parte del día personas severamente impedidas que requieren el uso de instalaciones y cuidados personales engorrosos (ser bañados, etc.), aliviando así la presión sobre las familias (9). Está claro que el buen uso del hospital diurno requiere, entre otras cosas, que existan facilidades para el transporte de los pacientes.

En el hogar, el tratamiento rehabilitador que el personal sanitario se ve más frecuentemente llamado a realizar consiste en movilización, ejercicios de mantenimiento o de fortalecimiento y adiestramiento en las actividades de la vida diaria, suplementado tal vez con ayudas técnicas móviles, tales como bastones, sillas de ruedas, etc. Además, el personal puede instruir sobre la instalación y uso de ayudas fijas, tales como trapecio de hizarse sobre la cama, asiento elevado en el retrete, barras de sujección en éste y en el baño, utillaje especial en la cocina, etc, y orientar sobre la existencia y modo de obtener ayudas técnicas más complejas.

En colaboración con el asistente social, puede indicar alteraciones en la vivienda que la hagan más accesible. Todo lo anterior son medidas de carácter físico, pero al personal de salud le compete también velar por la situación psicológica en el hogar e instaurar o aconsejar medidas que alivien la ansiedad y la depresión (9). Además, el personal de salud debe procurar involucrar en la ayuda a familiares, vecinos y amigos y debe instruir sobre la clase de ayuda que pueden aportar. Finalmente, debe ser receptivo a la ayuda que puedan prestar las asociaciones de personas minusválidas (véase el apartado correspondiente), colaborar con éstas y, en su caso, dirigir sus actuaciones.

## 5. EL SERVICIO ESCOLAR.

Lo más importante en la vida de los niños impedidos (como, por lo demás, en la vida de todos los niños) es crecer en un medio afectivo y educador. Es en el terreno de la educación en el que el concepto de rehabilitación en el seno de la comunidad cobra mayor relevancia. Aparte consideraciones familiares específicas, los niños tienden a ser más felices y por ende a educarse mejor cuando viven en familia integrados en la vida de su comunidad. Rehabilitación en el seno de la comunidad significa también que el niño discapacitado asista a la misma escuela que los demás niños del barrio o del pueblo.

Los jardines d einfancia y la educación preescolar son más útiles aún para los niños con impedimentos que para los demás,y constituyen un instrumento rehabilitador que la comunidad ha de tener en cuenta. Algunos niños impedidos que maduran más despacio necesitan permanecer en régimen preescolar más tiempo que los demás, lo cual también ha de ser previsto.

Los niños sordos, los ciegos, los que tienen impedida la emisión de la voz, los que tienen impedido el uso de las manos, y algunos otros, tienen que aprender métodos de comunicación (oir, ver, hablar, tocar, dibujar, escribir, jugar) que pueden ser distintos de los de los demás niños, sin lo cual el progreso en su proceso educativo se verá dificultado.

El adiestramiento especial que se realiza para la adquisición y dominio de esos métodos alternativos es algo intermedio entre terapia y educación.

Tanto la guardería como la escuela en las que haya algún niño severamente impedido necesita contar con suficiente personal no cualificado y -- bien motivado que intervenga muy activamente en la estimulación del niño y ayude a su manipulación. Los cuidadores y maestros deben comprender que el niño con impedimento grave no es sino una variente más en la infinidad de maneras como los niños son. Ahora bien, no se trata solamente de actitudes positivas. Hay también cuestiones técnicas, y los cuidadores y maestros - habrán de instruirse sobre la mejor mantera de adaptar sus juegos y su pedagogía a las necesidades y capacidades del niño. No ha de olvidarse que la principal función de la guardería y de la escuela elemental es la educativa: contribuir al desarrollo de la personalidad del niño y a su socialización, en un ambiente feliz y en un régimen de la mayor libertad posible, con atención a las diferencias y respeto a la individualidad de cada cual. El acento ha de ser puesto en la comunicación y en el desarrollo de las capacidades relacionales.

El logro de conocimientos al nivel que se supone propio de una edad - determinada ha de ser una consideración de menor o nula importancia. Hay - que decir que también es educativo para el común de los niños el compartir la guardería o la escuela con sus amiguitos discapacitados, y que éstos últimos representan también un reto saludable a la tolerancia, comprensión y habilidad pedagógica de cuidadores y maestros. Alguno o algunos niños de la clase pueden erigirse en guías o mentores del niño impedido, al cual - pueden ayudar de infinitas maneras, tales como inventando juegos para él, aprendiendo su lenguaje de señas, leyéndole textos, etc. Por supuesto que hay en todo esto muchas más posibilidades y muchas más dificultades de las que cabe señalar aquí. La publicación de la OMS ya citada (10), incluye una "Guía para maestros" preparada en colaboración con la UNESCO que no pretende, por supuesto, competir con los manuales de educación especial pero que puede ser útil en las comunidades más pequeñas y carentes de recursos especiales.

Sería descabellado imponer a los educadores de guardería y a los maestros y profesores ordinarios de las escuelas la responsabilidad de educar ellos solos a los niños con graves impedimentos de comunicación o con retraso mental. La comunidad ha de arreglárselas para que guarderías y escuelas donde hay niños que lo necesiten tengan el apoyo de -- maestros y profesores especializados. Así los niños podrán compartir con los demás la guardería o la escuela y además recibir parte del tiempo, o aun durante un tiempo adicional, atendión individualizada. Las - comunidades más pequeñas no podrán aspirar sino a contar con pedagogos especializados itinerantes procedentes del centro más próximo, mientras que las comunidades suficientemente grandes deberán dotarse de este personal fijo en su escuela más importante. La idea básica es que así como el centro de salud debe ser responsable de la preservación y restauración de la salud (con el apoyo del hospital) de la población de su área (véase el apartado anterior), así también la escuela debe ser la responsable de la educación de los niños de la población a la que sirve en la comunidad, con todos los apoyos exteriores que pueda necesitar. Por supuesto, hay diferencias operacionales entre los dos modelos. La diferencia principal estriba en que hay numerosos pacientes que ineludiblemente han de ser derivados hacia el hospital, aunque éste sea extracomunitario, mientras que en el caso de la educación la necesidad real de derivar algunos niños hacia escuelas muy especializadas fuera de la comunidad ha de ser menos frecuente.

Los padres de niños impedidos deben colaborar estrechamente con los maestros. Los niños en hogares comunitarios no deben ser escolarizados en los mismos sino asistir a la escuela como los demás niños, a no ser que el deterioro mental sea excesivamente profundo. Las asociaciones de personas minusválidas y las de atención a niños deficientes juegan un papel absolutamente relevante en educación. Pueden ofrecer toda clase de orientaciones útiles a los padres, pueden reunir a éstos o a los niños en grupos de encuentro clarificadores y socializadores, y pueden favorecer la escolarización en la comunidad defendiendo de forma autorizada actitudes favorables frente a eventuales posturas negativas de algún sector de la comunidad.

Además, a un niño severamente impedido la asociación puede proporcionarle un mentor que desempeñe alguna de estas funciones: hacer un seguimiento del niño y del hogar, acompañar al niño a la escuela y colaborar con el maestro en lo que éste pueda desear, explicar a la clase y a otros compañeros del niño en qué consiste su impedimento (sobre todo si éste es de naturaleza física y es algo con lo que el maestro no está familiarizado) y cual es la mejor manera de relacionarse con el niño; acompañar al niño en ocasiones fuera de la escuela, si los padres no pueden hacerlo (visitas al servicio de salud, juegos deportivos, excursiones colectivas, etc.)(10).

La entrada de jóvenes discapacitados en el centro o escuela de capacitación o formación profesional de la comunidad requiere adaptaciones en el régimen y en las estructuras de éstos. Hay que reconocer que muchos de estos cambios representan alternativas, y aun mejoras, que redundan en beneficio no solo de los alumnos discapacitados sino de todos los alumnos en general. Lo primero que viene a la imaginación es que hay que mejorar los locales para hacerlos accesibles a jóvenes que tienen dificultad motora (rampas, puertas correderas de más de 80 cm, aseos adaptados, etc.) - que son ciegos (pasos libres de obstáculos, informaciones acústicas y tactiles, etc) o que son de comprensión limitada (extremar y simplificar medidas de seguridad). Lo segundo que se le ocurre a uno es que hay que adaptar la enseñanza: asignar maestros especiales (fijos o itinerantes -- procedentes de otros centros), hacer uso de comunicaciones alternativas y de ayudas técnicas (14), adaptar ergonómicamente equipamiento y utensilios, y adaptar los exámenes haciendo hincapié en aptitudes y habilidades y no tanto en conocimientos teóricos. Lo tercero es que hay que flexibilizar el régimen de gobierno en cuestiones de horario, descansos, etc. y también en cuanto a la duración y regularidad de los cursos, permitiendo interrupciones (por tratamiento médico, por crisis vivenciales, por desmotivación, etc.) y permitiendo que algunos aprendizajes duren más tiempo que el normal, sin que todo eso sea causa de desdoro para el alumno. Finalmente, en cuanto a los objetivos formacionales del centro, éste ha de plantearse objetivos a diversos niveles de competencia, ya que ningún joven

debe ser excluído y a ninguno ha de negársele una calificación justa que le permita optar a una ocupación, puesto que en la comunidad habrá sitito para ocupaciones a todos los niveles.

Un centro o escuela en la comunidad que capacita o forma jóvenes impedidos tiene un alto valor testimonial en la comunidad. Garantiza a los patronos que el ex-alumno es capaz de funcionar en un ambiente integrado, y sirve de ejemplo a las empresas sobre la manera como éstas pueden adaptar equipamiento y locales.

Parte de lo dicho en párrafos anteriores se aplica igualmente a cualquier centro de enseñanza superior que pueda haber en la comunidad.

Las comunidades rurales han de plantearse de modo especial la capacitación para actividades agrícolas, pecuarias, piscícolas, etc., para las que muchas personas discapacitadas están bien dotadas (10,12).

## 6. LA CAPACITACION LABORAL Y EL EMPLEO.

El trabajo representa el medio más frecuente de expresión personal y de participación en la vida social de la comunidad. Para las personas minusválidas, siempre amenazadas de rechazo y soledad, acceder a un trabajo ganancial tiene una fuerza integradora y normalizadora de primerísimo orden. Representa el abocamiento más visible que se esperaba de la rehabilitación. Es sano que una comunidad diversifique sus actividades y admita muchas variedades de ocupación, de manera que haya en ella sitio para gentes con habilidades distintas y con distintas clases o grados de inteligencia. Por otra parte, parece lícito considerar el trabajo a manera de un bien comunitario que merece distribución equitativa (6). Para un joven discapacitado puede ser muy duro tener que dejar su entorno en la comunidad para ir a buscar capacitación laboral (y luego trabajo) lejos de ella.

Si en la comunidad hay un establecimiento público de capacitación laboral, de cualquier naturaleza que sea, se ha de contar con que a él puedan querer asistir jóvenes que tengan impedimentos importantes. Es el mismo caso que el de la escuela de educación básica y superior. En realidad podría decirse que así como en el sistema educativo las escuelas deben sentirse responsables de la educación de la población infantil y juvenil (sin o con discapacidades) de su área, así mismo en un sistema ordenado de capacitación y formación profesional, las escuelas públicas (incluídas, claro está, todas las que reciben fondos públicos)de esta naturaleza deben dar cabida en ellas a todos los jóvenes que lo deseen, de su comunidad o área de influencia, incluídos los que tienen cualquier clase de discapacidad. La comunidad no tiene por qué tener escuelas de formación segregadas para jóvenes impedidos. No creemos que esto sea de ninguna manera utópico. Se requiere que se diversifiquen las actividades y los oficios y profesiones que se enseñen y que el centro instalado en una comunidad ofrezca un amplio repertorio de opciones de formación no masificada, que dé oportunidades de elección a alumnos con habilidades muy distintas. Incluso hay que admitir que el centro en una comunidad se vea obligado en un momento dado a instaurar un programa nuevo, o un sub-programa que se inserte en otro ya existente, en beneficio de la formación de uno o más jóvenes con problemática muy especial. Todo es válido aquí excepto el que la comunidad esquive la formación de sus jóvenes.

Para llenar lagunas en la oferta de empleo la asociación (o asociaciones) de personas minusválidas de la comunidad puede tener intervenciones de gran utilidad. Puede fomentar y apoyar la institución de cooperativas o de empresas normales pero constituídas por personas discapacitadas, y puede fomentar el trabajo autónomo de estas personas, dentro o fuera del hogar. En todos estos casos se suele tratar de trabajadores con impedimentos físicos o sensoriales con buen nivel intelectivo, los cuales, gracias a ayudas técnicas y otras adaptaciones, pueden alcanzar a realizar trabajos perfectamente productivos.

Las asociaciones pueden también contribuir a instituir, o instituir ellas mismas, centros especiales de empleo en la comunidad, generalmente concertados con la administración de la comunidad o con otras administraciones. Las personas en ellos empleadas son consideradas trabajadores en régimen laboral normal (6). Por la naturaleza de las cosas, algunos centros tienen una productividad baja y tienen que ser subvencionados más que otros. El centro especial de empleo puede ser concebido de muchas maneras, según lo que sea más apropiado en su comunidad. Puede ser una granja, unos talleres, una empresa comercial, etc., o una mezcla de varias de estas cosas.

La comunidad ha de prever también la manera de tener ocupadas a personas tan deficientes o tan deterioradas que no puedan efectuar ningún trabajo que tenga algún viso de productividad. Como en cualquier otro caso, hay que evitar la soledad de estas personas. Las que no pueden recibir suficiente compañía y estimulación en su medio familiar y entorno más inmediato, se beneficiarán de estar reunidas durante el día en un pequeño centro ocupacional, en el que pueden tener también actividades escolares y terapéuticas sencillas. Además de un dirigente cualificado, el centro ha de tener personal sencillo, no cualificado pero animoso, que simplemente estimule y ayude a mantener alguna actividad interesante. El centro puede estar separado o anejo al centro especial de empleo.

Por varias razones, la sociedad debería huir de una tecnificación y profesionalización a ultranza del trabajo. Las comunidades deben contar con que siempre existirá una cierta población que por elección o por el imperativo de limitación mental prefieren o necesitan ejercer actividades muy sencillas: cuidar animales, portar cosas, ayudar en faenas domésticas o en los campos, barrer calles, regar parques, etc. Tales puestos de trabajo deben mantenerse sencillos, a la manera tradicional antigüa, y deben reservarse para el tipo de personas que los elijan por su propia voluntad. La comunidad ha de ejercer tolerancia con estas personas, a la par que debe protegerlas de abusos, y debe comprender que tales puestos sencillos cumplen una función social importante, que puede solucionar la vida de esas personas con beneficio para todos.

En relación con el trabajo en la comunidad, las asociaciones de personas impedidas pueden cumplir aún otras funciones además de las ya dichas. Al disponer de contactos útiles y de información sobre oportunidades de -- trabajo y sobre la naturaleza de los impedimentos, pueden asesorar tanto a las personas discapacitadas como a los posibles patronos. En colaboración con los servicios públicos, pueden ayudar a seleccionar y a procurar ayudas técnicas necesarias para un determinado trabajo.

Una posible prestación personal eventual que puede hacer el voluntariado encuadrado en la asociación es la de acompañar al joven gravemente discapacitado en sus primeros días de formación o de empleo, con objeto de proporcionarle una ayuda física y un apoyo moral en su nuevo entorno, y de explicar a los compañeros de formación o de trabajo en qué consiste su impedimento y cuales son sus posibilidades, o explicar lo mismo a maestros y patronos, contribuyendo con todo esto a suprimir miedos y a facilitar las relaciones (10).

## 7. AYUDAS TECNICAS Y COMUNIDAD SIN BARRERAS.

Las ayudas técnicas son utensilios, dispositivos y aparatos que facilitan las actividades cotidianas como moverse, asearse, comer, leer, escribir, hablar, etc. a personas que tienen merma de fuerza muscular, falta de coordinación en los movimientos, dificultad para emitir la voz, falta de - oído, falta de visión, retraso mental, etc. Van desde lo simple (juguetes adaptados, bastones, sillas de ruedas, mangos especiales, dispositivos en el cuarto de baño,etc) a lo medianamente complejo (amplificadores de sonido y de imagen, teclados especiales, máquina de escribir en Braille, mandos adaptados en el automóvil, etc) y a lo muy complicado: las llamadas nuevas

tecnologías para la comunicación aumentativa y alternativa y otras nuevas tecnologías d ela información (NTI)(14,15).

Las ayudas técnicas facilitan el proceso rehabilitador y pueden ser indispensalbes para lograr autonomía personal y, eventualmente, vida independiente y son, por ende, de primera importancia en el hogar, en la escuela, en el trabajo y en la vida social en la comunidad. Las ayudas técnicas más corrientes deben estar asequibles en la comunidad (centro de salud, escuela, farmacia). Las más complicadas y de uso menos frecuente se deben poder obtener a través de los servicios de la comunidad, del centro de recursos técnicos que cubra el área en la que la comunidad está incluída (9).

En lo que se refiere a la abolición de barreras físicas que se interponen a la libre movilidad y a la libre actuación de las personas discapacitadas, la comunidad debe tomar sus propias disposiciones sin necesidad de esperar órdenes o normativas de la autoridad administrativa superior. Tanto el sector privado como el sector público de la comunidad pueden tomar - decisiones para introducir numerosas mejoras, tales como puertas de ancho superior a los 80 cm., ascensores franqueables y capaces, rampas de acceso a los edificios, calles y plazas sin obstáculos imprevistos, bordillos bajos en las aceras, señalización luminosa y sonora en sitios u ocasiones de peligro,en los cruces, en accesos a lugares públicos, en el interior de transportes públicos, etc. La comunidad en general, y especialmente sus fuerzas vivas, deben caer en la cuenta de que todas esas variantes no benefician solamente a las personas discapacitadas sino también a los niños pequeños, a las personas ancianas, a las mujeres embarazadas y a todas las personas temporalmente debilitadas. Son medidas que hacen que la comunidad sea más habitable para todos.

RESUMEN

El concepto de rehabilitación en la comuniad está en línea con un movimiento de descentralización, democratización y desmitificación de servicios, y de desarrollo comunitario, que se puso en marcha en varias partes del mundo en los años sesenta. La expresión fué acuñada en inglés - community-based rehabilitation - en 1979. En el presente ensayo se estima que rehabilitación en la comunidad significa que cada comunidad territorial se hace responsable principal de la rehabilitación de su población discapacitada, en vez de pasar esta responsabilidad a organismos o servicios de una administración superior. Ello implica que la comunidad utilice cuantos recursos, propios o extraños, tenga a su alcance, y que los servicios de la comunidad deriven fuera de ella solamente los casos que necesiten recursos técnicos que la comunidad no tenga, y esto por el menor tiempo posible.

La idea se basa en varios principios generales, el principal de los cuales es que el proceso rehabilitador se desarrolla mejor si está enmarcado en el hogar y en su entorno habitual (la comunidad). Todos los servicios de la comunidad (servicios sociales, salud, educación, capacitación laboral, empleo) colaboran en el empeño, cada uno en su área de competencia, de - manera que se reduce al mínimo la necesidad de que haya servicios y centros segregados para atención exclusiva de personas impedidas. La comunidad toma sus propias iniciativas (sin necesidad de esperar a que se dicten normas regionales o nacionales) para que su población discapacitada tenga oportunidades de llevar una vida digna y para que las personas alcancen la mayor autonomía e independencia posibles. Esto incluye apoyos personales, oportunidades laborales, uso de ayudas técnicas y abolición de barreras - físicas en instalaciones, edificios y espacios públicos de la comunidad.

REFERENCIAS

1. International Society for the Rehabilitation of the Disabled.-The development of rehabilitation services in relation to available - resources. Report of a meeting of experts held in Killarney, Ireland, September 21-24,1969. Technical report nº 30, New York, 1969.

2. E. Helander, P.Mendis & G.Nelson.-Training disabled people in the community. A manual on community-based rehabilitation. WHO, Geneva, 1979.

3. F. Cardenal.- Integración de la medicina rehabilitadora en la terapéutica corriente. Ponencia al Encuentro Internacional de Centros de Rehabilitación de Minusválidos Físicos, MAPFRE, Madrid, 1987.

4. OMS-UNICEF.- Conferencia Internacional sobre atención primaria a la salud. Alma-Ata,1978, OMS, Ginebra, 1978.

5. Instituto Nacional de Servicios Sociales.- Las personas con minusvalía en España. Necesidades y demandas. INSERSO, Madrid,1988.

6. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.- Accesibilidad para las personas con minusvalía. Madrid, 1987.

7. World Health Organization.- Care of disabled people in the community. Report of a WHO meeting held in Edinburgh, 26-28 June,1986. WHO, Regional Office for Europe, Copenhangen,1987.

8. World Health Organization.- Optimum care of disabled people. Report of a WHO meeting held in Turky,Finland, 2-3 September 1986. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen,1987.

9. Muriel Skeet.- Better opportunities for disabled people. Report on - Regional Office activities in disability prevention/rehabilitation, 1983-1988. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1989.

10. E. Helander,P. Mendis, G. Nelson & A.Goerdt.- Training in the Community for people with disabilities. WHO, Geneva,1989.

11. A. Fernández de Molina.- El club Ictus de Madrid: prevención y ayuda al ictus en la Comunidad. Informe,1989.

12. J.A. Pineda.- Programas agropecuarios para ciegos en Guatemala. Informe presentado a las jornadas ibero-americanas sobre Nuevos Perfiles en Rehabilitación, celebradas en la sede del GLARP, -- Bogotá,19-21 junio,1989.

13. OMS.- Serie de informes técnicos, Informe 668. OMS,Ginebra,1981.

14. M. Fernández de Villalta.- Tecnologías de la información y discapacidad. FUNDESCO, Madrid, 1988.

15. M. García Viso & R. Puig de la Bellacasa.- Empleo, discapacidad e Innovación tecnológica. FUNDESCO, Madrid, 1989.

# EL COMITE REGIONAL DE REHABILITACION DE ANTIOQUIA (COLOMBIA) (*)

Blanca Cecilia Cano

## Qué es y qué hace (Breve sinopsis)

El Comité Regional de Rehabilitación de Antioquia es una Corporación civil, de Derecho privado, sin ánimo de lucro, con fines de Beneficencia Pública, con Personeria Jurídica conferida por Resolución nº 005207, del 14 de noviembre de 1973, con domicilio social en la ciudad de Medellín, Colombia.

Su objetivo primordial es la promoción e implementación de la rehabilitación integral de la persona con limitaciones físicas y/o mentales de escasos recursos económicos, a través de medios educativos y profesionales, con el fin de que la persona pueda integrarse al proceso social, económico y cultural del país.

El patrimonio del Comité está formado por sus bienes y por los aportes, donaciones, legados y auxilios que recibe de entidades gubernamentales, fundaciones y de personas naturales o jurídicas y por los ingresos que obtenga en el desarrollo de sus fines.

El Comité tiene sus orígenes en el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital San Vicente de Paúl donde tuvo su primera sede, ya que fué en el Hospital donde un equipo multidisciplinario comienza con un Programa de detección de la invalidez en barrios marginados de la ciudad; paralelamente a ello se dió capacitación y se dotó de un taller para personas limitadas en las áreas de tejido, corte y confección. Surgió la necesidad entonces de la creación de un taller de aparatos ortopédicos que contó -

---

(*) Comunicación presentada en el Pre-Taller sobre Alternativas en Rehabilitación celebrado en Bogotá (Colombia) los días 19-21 de junio de 1989.

con la colaboración de la OIT y del Hospital Universitario San Vicente de -- Paúl. Al mismo tiempo, la Secretaría de Educación Departamental creó el Programa de Nivelación con el fin de dar las bases en la lectura, escritura, - aritmética a las personas limitadas física y/o mentales que, por sus escasos recursos, no tenían acceso a una escuela regular o a un aula especial.

Con el paso del tiempo, se fueron creando diferentes servicios que hoy constituyen el Programa de Rehabilitación Integral , del Comité Regional de Rehabilitación de Antioquia.

Fué así como en 1978 se adquiere sede independiente y se inicia una ampliación de coberturas; se crean nuevas áreas de acción tales como: Educación Especial y servicios de apoyo a la rehabilitación, nace entonces - el Centro de Atención Integral al Preescolar "Jaime Cano Alvarez", el Centro de Educación Especial y el Plan Triángulo, que presta servicio de cirugía infantil. En 1980, con el apoyo financiero de la entidad francesa "Tierra de Niños" inicia sus servicios el Fondo Rotario de Aparatos Ortopédicos que hace préstamos sin interés para la compra de aditamentos ortopédicos.

De 1979 a 1984, se implementan Unidades de Trabajo y programas como: la unidad de evaluación prevocacional, se amplía la cobertura en pro-- gramas preescolares y se crean los programas de entrenamiento.

A nivel de oferta de servicios y la estructura de trabajo de - rehabilitación, 1985 fué un año de consolidación de programas y fortalecimiento de nuevas formas de atención a los usuarios. Durante este período el Comité pone en marcha, evalúa y da empuje a las modalidades de atención alternas a las institucionales con el fin de satisfacer la enorme demanda de servicios de la población limitada de escasos recursos.

El trabajo comuniatrio con familias, la participación activa de empresarios y otros agentes de la comunidad, en el proceso rehabilitador, fueron elementos notables en la labor realizada durante 1985.

El impacto de todas estas experiencias realizadas plantean para 1986 un cambio de políticas y de concepción en la atención de la persona con

limitaciones y comprometiéndola activamente en el proceso de rehabilitación y aprovechando al máximo los recursos existentes comunitarios.

En esta etapa reflexiva institucional se generan una serie de - perogramas prevenctivos a través de la Unidad de Desarrollo Comunitario con acciones educativas a los agentes primarios sobre las causas y consecuencias de la enfermedad para que éstos a su vez lo multipliquen a los grupos humanos a los que pertenecen y los conceptos de rehabilitación se manejan en el medio y generen procesos de transformación en las prácticas cotidianas.

En este año se establece un convenio con el Servicio Seccional de Salud de Antioquia con el único fin de poner en marcha el programa de Atención Primaria en cinco regiones del Departamento, con el objetivo de prevenir y disminuir los factores causantes de invalidez mediante el desarrollo de acciones de información, educación, capacitación, investigación y divulgación - del proceso de rehabilitación integral y comunitario dentro de un programa - vinculado activamente a la familia y a la persona limitada, con el fin de que ésta sea acogida por la comunidad como persona útil y productiva con derechos y deberes en el conjunto social.

En 1987 se definen las políticas de trabajo institucionales de desinstitucionalización y participación comunitaria, atendiendo a la política social y en busca de alternativas y propuestas de atención con concepción educativa que propicien la prevención de las enfermedades, la integración de la persona con limitaciones a su medio familiar, escolar, laboral y comunitario.

Para 1988 es el momento de adueñarse y de acondicionar el discurso y el quehacer del trabajo comunitario, con enfoques donde la persona - con limitaciones ocupe el papel de actor de su propio destino y propenda por el desarrollo social de las comunidades dando posibilidades de diferentes formas de organización social para que participen tanto en la identificación de sus problemas, en las posibles alternativas de solución y en la ejecución y evaluación de proyectos y programas que respondan a la prevención de la invalidez y a las necesidades de las personas con limitaciones, su familia y la - comunidad.

Es también el momento de establecer canales de coordinación con las diferentes entidades públicas y privadas, con el fin de desarrollar pro-- gramas conjuntos, logrando la articulación y la inserción de la rehabilita--- ción en cada una de las áreas (salud, educación, trabajo, etc.).

**Objetivo**

Promover e implementar la rehabilitación integral de la persona con limitaciones física, mental y sensorial, de escasos recursos económicos a través de medios educativos, profesionales, científicos y legales, adecuados a las posibilidades y necesidades de la persona y a las exigencias y recursos de la comunidad con el fin de lograr su integración social y su desempeño pro ductivo.

Para el logro de estos objetivos, se han creado tres áreas programáticas acordes con la edad, el tipo de minusvalía, el desarrollo y expectativas de la persona que solicita la atención, así:

a) **Educativa.**
Responde a niveles de adquisiciones académicas y de entrenamiento con aten ción de usuarios desde los tres años hasta veinticinco años de edad, con ac ciones de integración en el medio social al que pertenece.

b) **Rehabilitación profesional.**
Presta servicios profesionales, especialmente de evaluación, orientación,- adaptación, formación profesional y ubicación laboral para que las perso-- nas con limitación física, mental y sensorial se integren al medio socio - laboral como persona útil y productiva, a través de los programas de:

- Evaluación prevocacional
- Capacitación
- Empleo

c) **Rehabilitación comunitaria.**
Su objetivo es el de educar a la comunidad en aspectos de rehabilitación - comunitaria y prevención de la deficiencia para que implementen acciones - de integración de las personas con minusvalía a su medio familiar, social y comunitario.

## SERVICIOS DE ATENCION

### Cobertura

| Tipo de Programa | 1986 | 1987 |
|---|---|---|
| Educación Especial | 700 | 802 |
| Rehabilitación Comunitaria | 2.247 | 5.832 |
| Rehabilitación Profesional | 470 | 432 |
| Plan Triángulo | 149 | 134 |
| Aparatos Ortopédicos | 1.500 | 1.615 |
| **Totales** | **5.066** | **8.815** |

## COSTO BENEFICIO

| Programas | 1986 | 1987 | % Incremento |
|---|---|---|---|
| Educ. Especial | $ 72.803 | $ 67.250 | (7) |
| Rehabilitación Profesional | 23.900 | 27.576 | 11 |
| Rehabilitación Comunitaria | 5.713 | 8.573 | 50 |
| Plan Triángulo | 39.160 | 30.874 | (21) |
| Aparatos Ortopédicos | 7.441 | 8.090 | 10 |

**METAS 1.988**

| Areas Programáticas | Cobertura de Atención Directa | Acciones con Comunidad |
|---|---|---|
| **Educación Especial** | **1.586** | - Programas educativos con 1.000 madres de la comunidad del área Metropolitana I.C.B.F.<br>- Capacitación a 1.516 educadores en Rehabilitación Integral<br>- Promoción a 20 Empresarios de la economía no formal. |
| **Rehabilitación Profes.** | **460** | - Visitas a 520 Empresas del sector formal e informal del Valle de Aburrá, para consecución de puesto de capacitación y de trabajo.<br>- Coordinación con otros servicios de capacitación (Centros de Formación y servicios de Rehabilitación para ampliar la cobertura). |
| **Rehabilitación Comunit.** | **970** | - Educación a la comunidad a través de campañas educativas de prevención de la invalidez en todo el Depto. de Antioquia, a 478.523 personas de la Comunidad.<br>- Intervención directa multidisciplinaria en el área rural, 59.815 personas con limitaciones.<br>- Conformación de organizaciones rentables (fami-empresas, micro-empresas, |
| **Servicios de Apoyo**<br>- Aparatos Ortopédicos<br>- Operaciones Quirúrgicas | **3.000**<br>**200** | - Modernización de tecnología en Aparatos Ortopédicos<br>- Intervenciones quirúrgicas a niños del área urbana y rural |

## PROGRAMAS CON COMUNIDAD

## CENTRO PARA EDUCACION ESPECIAL Y REHABILITACION DE MANIZALES (COLOMBIA)

Gabriela Marín

El Centro para Educación Especial y Rehabilitación -CEDER- de Manizales-Colombia, es una Institución privada de utilidad común, sin ánimo de lucro. Ha prestado sus servicios especialmente al Departamento de Caldas desde 1.962, contando siempre con el aporte de la Empresa Privada y Organismos Estatales.

El CEDER es la Institución Pionera en el Departamento de Caldas, en programas de Educación Especial y Rehabilitación Profesional, para personas con limitaciones auditivas, del lenguaje e intelectuales. También es la única Institución en el Departamento que ofrece programas de Rehabilitación Profesional para personas con limitación física.

1. OBJETIVOS GENERALES:

1.1 Brindar formación integral a personas con limitaciones físicas, intelectuales y/o de la comunicación a través de programas de Educación Especial y/o Rehabilitación Profesional, con el fín de lograr su participación igualitaria en todos los aspectos de la vida de su comunidad.

1.2 Estudiar, investigar, capacitar y divulgar sobre los aspectos físicos, intelectuales, de la comunicación y ocupacionales del ser humano y sus disfunciones.

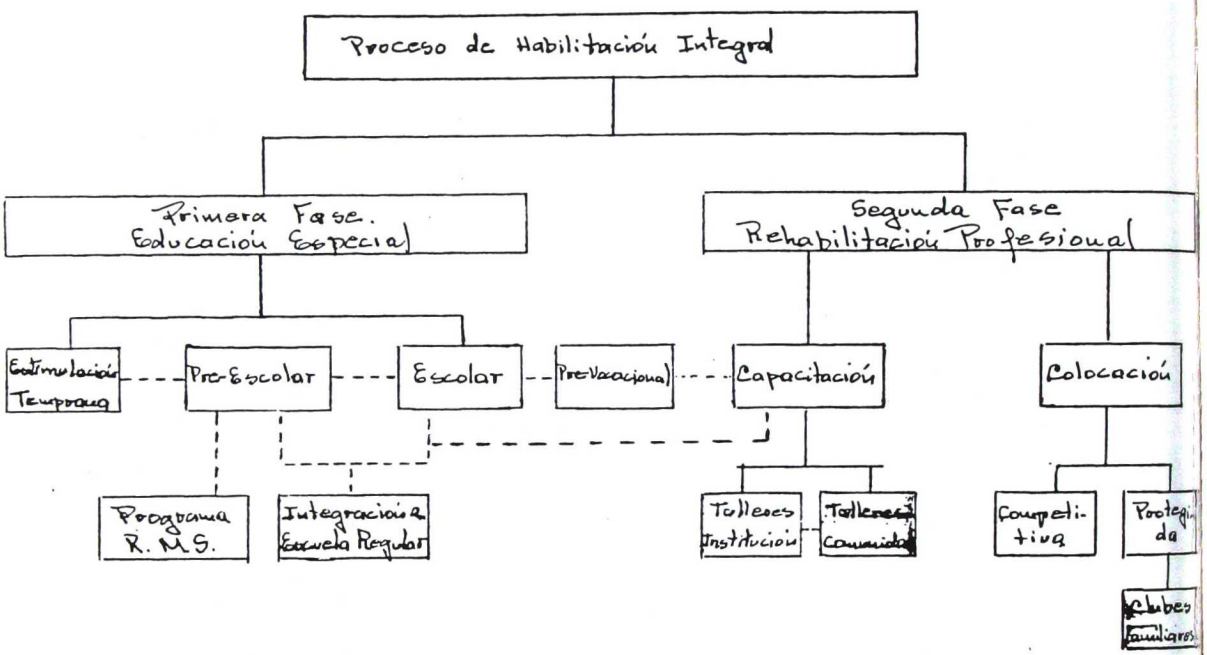
2 POBLACION ATENDIDA:

El CEDER atiende en la actualidad personas con:

- Retardo Mental leve, moderado y severo.
- Hipoacusia o sordera moderada, severa y profunda.
- Disfasia o alteración en el desarrollo del lenguaje.
- Limitación física.

## 3. PROGRAMAS CON COMUNIDAD

Dentro del proceso de Habilitación Integral se tienen 5 modalidades que apuntan al trabajo comunitario, las cuales aparecen sombreadas en el diagrama del proceso de Habilitación Integral.



## 3.1 ESTIMULACION TEMPRANA.

Aunque el término reconocido internacionalmente para designar este trabajo es Estimulación Temprana, el CEDER considera que es más descriptivo de la acción que desarrolla, el término Intervención Temprana, porque se refiere específicamente a la acción terapéutica aplicada a los niños con patología franca. El término estimulación se considera apropiado para los programas de control del niño sano y descriptivo del cuidado y atención que debe tenerse con todo niño.

La Educación Especial comparte con la Educación Regular sus fines y principios y, según la naturaleza y el grado del problema de los alumnos, puede obtener objetivos específicos, programas adicionales o complementarios individuales, que pueden ser aplicados con carácter transitorio o permanente.

La modalidad de intervención temprana del CEDER puede considerarse dentro de ese contexto de la educación, como un programa individualizado, derivado del proceso de desarrollo normal de un niño y ejemplificado para facilitar a las familias su orientación y desarrollo.

### 3.1.1 ANTECEDENTES.

El Centro para Educación Especial y Rehabilitación CEDER de Manizales inició la modalidad de planes caseros (término con el cual se conoce el programa de Intervención Temprana) en 1975, para dar respuesta a la necesidades de la población que por edad, condiciones de maduración o lugar de residencia no podían ser atendidos en los programas de grupo.

En 1.976 empieza a llegar al país la documentación referente a los programas de estimulación temprana, lo cual permitió darle a esta nueva modalidad, las bases científicas y objetivas para manejarla.

Con base en la experiencia y en las recomendaciones teóricas se determinó la población a beneficiar con este programa, quedando cubiertos los niños menores de 5 años, catalogados como de alto riesgo neurológico o con alguna deficiencia específica.

Con el correr del tiempo y a la luz de las investigaciones que al respecto se han hecho, se ha podido establecer un programa de intervención temprana para niños con retardo mental en edades comprendidas entre

los 0 y los 3 años de edad, orientado a lograr la adquisición de conductas precurrentes que le permitan su ubicación en la etapa preescolar.

3.1.2 OBJETIVOS.

- Cubrir la demanda Institucional de solicitantes menores de tres años.
- Capacitar a las familias en la implementación de ejercicios tendientes a estimular al niño en forma integral.
- Desarrollar en el niño las conductas precurrentes a la etapa preescolar.
- Involucrar lo más tempranamente posible a las familias en el proceso de Habilitación Integral, de manera que se constituyan en agentes y soportes del mismo.
- Irradiar los elementos preventivos de la limitación en el núcleo familiar, sus colaterales y vecinos para buscar conciencia en el contexto social, sobre las limitaciones y sus implicaciones.
- Canalizar los sentimientos generados por la presencia de un niño con limitación en el hogar.

3.1.3 DESCRIPCION DEL PROGRAMA

Una vez finalizados los trámites iniciales de ingreso al CEDER, el alumno es asignado por la Jefe de la División Técnica a cualquier miembro del equipo inter - disciplinario. Los maestros que hacen parte de este equipo han recibido un entrenamiento previo en los procedimientos de evaluación.

El niño es evaluado por la persona encargada de orientar el plan en los aspectos físico, neurológico y madurativo. Si en el momento de la evaluación o durante el proceso de ingreso se detecta la necesidad de intervención de otro u otros profesionales, se solicita la coordinación de la atención conjunta o simplemente la remisión en interconsulta al profesional requerido (controles médicos, apoyo psicológico a la familia, orientación en Fonoaudiología o en Terapia Ocupacional

para tratar dificultades específicas, etc.) .

La evaluación se realiza aplicando unas guías de desarrollo, de la cual resulta un perfil de las condiciones actuales en cada subárea de desarrollo. Con base en ese perfil se elabora un plan en el cual se incluyen ejercicios tendientes a estimular las áreas más deficitarias, seleccionando las actividades que más se ajusten a las condiciones de la familia, de las posibles dadas en la guía de estimulación.

Tanto la guía de evaluación como la de estimulación son producto de numerosas compilaciones y adaptaciones realizadas por el personal del Centro a través de los años de experiencia.

Los ejercicios que se seleccionan para cada alumno se dan a la familia en forma escrita con explicación y demostración. Se hace énfasis en la importancia de involucrar a otros miembros de la familia y del vecindario en la realización de los planes, especialmente para manejar factores de socialización del niño.

Permanentemente se dan pautas de manejo y de aceptación del niño que buscan la asimilación paulatina del trauma causado por la limitación.

Las familias, basadas en el plan escrito trabajan en sus casas y vuelven cada mes o cada dos meses a control y elaboración de nuevo plan.

La periodicidad de los controles depende de la severidad del problema, el ritmo de aprendizaje y el lugar de residencia.

En los controles se repite el procedimiento de la evaluación, es decir, se elabora un nuevo perfil y a partir de él se diseña el nuevo plan, hasta lograr los objetivos propuestos.

Paralelamente se hacen controles de seguimiento por parte de la Trabajadora Social con el objetivo de detectar problemas y ofrecer soluciones, orientar a la

familia en el uso de sus propios recursos y apoyar las acciones que realiza la familia.

Si en estas visitas se detectan problemas que deben ser atendidos por otros profesionales, se informa oportunamente y se coordina la intervención, buscando siempre optimizar los logros de la familia y del niño.

Anualmente se programa un curso de capacitación para los padres que están en esta modalidad, relacionado con temas de su interés particular.

En 1.989, la Institución está atendiendo 57 alumnos y sus familias en esta modalidad.

## 3.2 INTEGRACION A ESCUELA REGULAR.

### 3.2.1 ANTECEDENTES.

El Departamento de Sordos del Centro para Educación Especial y Rehabilitación -CEDER-, conciente de que el hogar, la escuela y la comunidad son los ámbitos educativos en los que se desenvuelve el niño y que cada uno de estos medios debe brindar condiciones óptimas para el aprendizaje, desde sus inicios en 1.962 viene integrando los alumnos sordos con el convencimiento de que destinarlos a un ambiente educativo especial, reservado exclusivamente a personas con limitación, no favorece el desarrollo integral: afectivo, social, intelectual y cultural.

La integración a Educación Regular es de suma importancia para la persona con limitación auditiva porque le hace partícipe en un medio natural, de diversas situaciones que se le presentan a todo ser humano.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede definir la integración como: "un proceso recíproco, de interacción afectiva, social, intelectual y cultural, entre el deficiente auditivo y la comunidad".

Aunque la Educación Especial ofrece al niño sordo la posibilidad de superar en gran parte su problema, los objetivos que en estemedio se persiguen, se verían limitados si no se lleva a cabo un proceso mediante el cual se logre su integración al medio regular, ya que es allí donde el alumno transfiere y complementa los aprendizajes dados con metodologías específicas.

La integración del alumno sordo pretende que éste encuentre en un establecimiento de Educación Regular, un entorno lingüístico natural, dentro de un curriculum amplio que contempla todos los aspectos del conocimiento humano.

El Departamento de Sordos ha establecido objetivos, criterios y procedimientos para la integración de alumnos sordos, que periódicamente ha ajustado de acuerdo a las necesidades de los alumnos y a los resultados obtenidos.

Desde sus inicios la integración ha sido parcial, es decir, asistencia en forma simultánea, en jornadas contrarias, a Educación Especial y a Educación Regular. Esta forma de integración corresponde al tipo "C" propuesto por el Ministerio de Educación Nacional de nuestro país.

Finalizando la década de los sesenta y en la década de los setenta los alumnos en su mayoría, cursaban los primeros años de primaria en la Institución y luego se integraban sin suspender su educación especial (integración tipo "C").

A partir de 1.980 se suspendieron los programas de básica primaria en la Institución; los alumnos se integraban a partir de lo. de primaria, asistiendo también a la Institución (integración tipo "C").

Durante los años 1.981 y 1.982 se experimentó la integración de la totalidad de los alumnos, desde la etapa preescolar. Con esta experiencia se obtuvieron resultados negativos con los alumnos menores de 6 años, que no poseían un lenguaje funcional. Actualmente se continúa con el criterio establecido en 1.980, en cuanto al grado en el que se inicia la integración.

En el momento, durante toda la fase de Educación Especial, la integración es parcial o tipo "C". Terminada la fase se hace una integración tipo "B", es decir, asisten a la Institución de Educación Especial a tutoría pedagógica.

Cuando se considera que el alumno puede desempeñarse en un establecimiento de Educación Regular sin ayuda adicional, su integración es de tipo "A" o sea, asiste solamente al establecimiento de Educación regular pero continúa matriculado en la Institución para beneficiarse de sus servicios y continuar con seguimiento.

3.2.2 OBJETIVOS.

3.2.2.1 OBJETIVOS GENERALES

- Relacionar al limitado auditivo en un medio natural, con un curriculum regular, favoreciendo su desarrollo biopsicosocial.
- Facilitar el desarrollo integral del limitado auditivo.

3.2.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Propiciar condiciones favorables de aceptación y colaboración en la comunidad educativa que permita un desarrollo integral de la persona con limitación auditiva.
- Facilitar a la persona con limitación auditiva, la oportunidad de complementar su desarrollo integral, en un medio educativo regular.
- Posibilitar el desarrollo de las potencialidades de la persona con limitación auditiva, que le permita su desempeño como miembro activo de la sociedad.
- Evitarle al alumno un retraso pedagógico.

3.2.3 CRITERIOS DE INTEGRACION.

Los alumnos hipoacúsicos con buen desarrollo psicomotor y perceptual, y comunicación oral funcional se integran desde el nivel preescolar.

Los alumnos sordos con buenas habilidades para la comunicación oral que han iniciado el proceso educativo tempranamente, se integran desde kinder, siempre y cuando posean un adecuado desarrollo psicomotor y perceptual, comunicación funcional y con una edad no inferior a 6 años.

Los alumnos sordos con una comunicación oral limitada, se integran desde lo. de primaria, con edad no inferior a 8 años, cuando hayan adquirido lecto-escritura, posean conocimientos básicos de cálculo matemático y se comuniquen funcionalmente.

### 3.2.4 CONDICIONES PARA LA INTEGRACION

#### 3.2.4.1 DEL ALUMNO.

- Poseer un desarrollo integral correspondiente al nivel escolar al cual se integra. Tener una edad cronológica acorde con la de sus compañeros de grupo.
- No presentar problemas serios asociados.
- Tener buena capacidad intelectual.
- En lo posible, buena adaptación de prótesis auditiva con un buen entrenamiento.
- Poseer habilidad comunicativa para el logro de aprendizajes.
- Haber sido preparado académica y emocionalmente para desempeñarse en un medio escolar regular.

#### 3.2.4.2 DE LA FAMILIA.

- Demostrar interés por la escolaridad de su hijo. Colaborarle en las tareas escolares.
- Estar en condiciones económicas de atender la doble escolaridad de su hijo.
- Haber recibido capacitación y orientación sobre aspectos relacionados con la integración.

#### 3.2.4.3 DEL PERSONAL DE LA INSTITUCION ESPECIAL, QUE PARTICIPA EN LA INTEGRACION.

- Poseer amplios conocimientos sobre la hipoacusia o sordera, sus causas, manifestaciones, la forma como altera la comunicación, comportamientos, intereses y expectativas del alumno sordo.
- Conocer los intereses y las expectativas de la familia respecto a la integración.
- Poseer conocimientos específicos sobre el programa de integración, el curriculum de Educación Especial y Regular.
- Tener disponibilidad dentro de su horario para realizar las visitas de seguimiento.

3.2.4.4 DE LA ESCUELA INTEGRADORA.

- Aceptación del alumno, interés y compromiso en su educación.
- Situación geográfica adecuada: cerca a la casa.
- Profesorado con buen nivel académico y/o disposición para recibir capacitación.
- Disponibilidad de comunicación permanente con la Institución especial.
- Flexibilidad en sus programas.
- Población escolar poco numerosa.

3.2.5 PROCEDIMIENTO QUE SE SIGUE EN LA INTEGRACION

3.2.5.1 Estudio de las condiciones psicosociales y pedagógicas del alumno.

3.2.5.2 Seminario para dar información y motivar a la familia sobre el Programa de Integración.

3.2.5.3 Elaboración de un informe sobre aspectos clínicos y pedagógicos del alumno para enviar a la Institución de Educación Regular.

3.2.5.4 Determinación del establecimiento de Educación Regular por parte de la familia con la asesoría de la Institución Especial.

3.2.5.5 Matrícula del alumno en la escuela regular por parte de la familia. Presentación del informe enviado por la Institución.

3.2.5.6 Visita de la Fonoaudióloga y/o del profesor encargado del alumno, con el fín de asesorar al profesor sobre la problemática del alumno y su manejo.

3.2.5.7 Segunda visita de seguimiento a todos los alumnos integrados, por parte de la Trabajadora Social. Motivación e invitación al Seminario anual de Profesores involucrados en el programa de Integración.

3.2.5.8 Seminario a profesores de alumnos integrados para dar capacitación en aspectos relacionados con la Educación del sordo.

3.2.5.9 Tercera visita opcional de seguimiento de acuerdo a las necesidades del alumno.

3.2.5.10 Cuarta visita realizada por el Fonoaudiólogo y/o el profesor encargado del alumno al finalizar el año, con el fín de decidir sobre la promoción.

Se considera requisito básico para la promoción haber adquirido los conceptos básicos del grado escolar cursado.

3.2.5.11 Reunión de evaluación del Programa de Integración. Se realiza anualmente con el fín de decidir sobre la continuación o suspensión de la integración de cada uno de los alumnos y hacer los ajustes necesarios. Se consideran como motivos de suspensión de la integración los siguientes:

- Mal rendimiento académico.
- Haber llegado al tope académico.
- Cuando los beneficios logrados son pocos y más bien se esté causando dificultades al alumno y/o su familia.

## 3.3 ATENCION AL ALUMNO CON RETARDO MENTAL SEVERO

La modalidad de atención indirecta para el alumno con retardo mental severo puede considerarse como la adaptación de los ítems básicos de desarrollo, a unos objetivos jerarquizados y simplificados para ser atendidos en forma individual por parte de la familia.

### 3.3.1 ANTECEDENTES.

Tanto el nivel de inteligencia como las características comportamentales de la persona con retardo mental severo dificultan su integración social y sus adquisiciones. El ritmo de aprendizaje excesivamente lento y su nivel tope de adquisiciones hace que la permanencia del niño en las etapas preescolares en Instituciones de Educación Especial sea infructuosa, dado que la familia orientada por profesionales, puede llegar a obtener los mismos logros.

El CEDER, luego de un análisis amplio y cuidadoso sobre las características y posibilidades del alumno con retardo mental severo, su comportamiento en grupos heterogéneos (en cuanto al nivel de retardo) y numerosos, y las políticas de desinstitucionalización de los servicios de rehabilitación decidió implementar un programa de atención indirecta a partir del mes de Julio de 1.987, en el cual se presta tanto

atención al alumno como a la familia.

3.3.2 OBJETIVOS.

- Homogenizar los grupos para brindar una atención relacionada directamente con el potencial de los alumnos.
- Comprometer a la familia en el tratamiento del alumno buscando su grado máximo de independencia dentro de su grupo social.
- Ampliar la cobertura a personas con retardo mental severo y liberar cupos de grupo para alumnos con mejor potencial.
- Brindar capacitación a las familias en aspectos relacionados con la patología de manera que se conviertan en impulsadoras del potencial de sus hijos.
- Brindar oportunidades de integración y recreación para mantener y desarrollar los niveles de socialización.

3.3.3 DESCRIPCION DEL PROGRAMA.

Una vez establecido el diagnóstico el alumno es remitido a las Coordinadoras del Programa quienes realizan la evaluación de entrada. Se estipulan las conductas alcanzadas por el alumno en cada una de las subáreas del programa y con base en esta evaluación se determinan las necesidades prioritarias y los objetivos a alcanzar a corto plazo; para lograrlos se plasman actividades secuenciales en un plan casero que es entregado a la familia con la orientación metodológica requerida para desarrollar cada actividad.

Los planes caseros se evalúan mensual o bimensualmente para determinar el avance del alumno y las dificultades encontradas por la familia en la realización de los mismos.

Paralelamente, se brinda capacitación a la familia a través de reuniones específicas. Los aspectos desarrollados en estas reuniones se refieren al manejo de las áreas curriculares, niveles de logro de las personas con retardo mental severo, manejo comportamental de conductas específicas, rol de los padres

- La tendencia actual de la rehabilitación a desinstitucionalizar sus servicios con el fín de aumentar cobertura y no apartar al individuo de su medio.
- La necesidad de que los alumnos adquieran hábitos laborales en un medio real de trabajo, para mejorar su rendimiento.
- La necesidad de formar a los alumnos en las innovaciones tecnológicas de las ocupaciones que se tienen en la Institución, que de otra manera significaría un costo muy alto para la misma.
- La necesidad de que los alumnos tengan la posibilidad de manejar volúmenes grandes de producción para mejorar velocidad y tolerancia al trabajo, puesto que en los talleres intrainstitucionales no existe un movimiento de pedidos suficiente para lograr estos objetivos.

Por todo lo anterior se inició el programa que se ha denominado "Capacitación en Comunidad". Inicialmente se manejó solo como complemento a los talleres que se tienen en CEDER, desarrollándolo en la última etapa de formación del alumno. Posteriormente se amplió a ocupaciones diferentes a las existentes en el Centro.

3.4.2 JUSTIFICACION.

Siendo la integración sociolaboral el fín último del proceso de Habilitación Integral, se busca optimizar todas las acciones que vayan dirigidas a este propósito. La modalidad de capacitación laboral en la comunidad, favorece la adaptación laboral, facilita el entrenamiento acorde con los avances tecnológicos y posibilita responder a los intereses y capacidades del individuo.

3.4.3 OBJETIVOS:

- Permitir al aspirante la elección del oficio según sus intereses dentro de la gama que le permitan sus posibilidades.
- Complementar la capacitación dada en los talleres de la Institución en cuanto a manejo de maquinaria industrial y mayor volúmen de producción.
- Proporcionar ambientes reales de trabajo que favo-

rezcan la adaptación laboral.

3.4.4 METODOLOGIA.

Para capacitar un alumno en unidades productivas de la comunidad, el Trabajador Social realiza los contactos para explicar el programa. Una vez éste ha sido aprobado, el Terapeuta Ocupacional analiza la ocupación y la secuencia en módulos de enseñanza de de menor a mayor complejidad . Estos módulos se utilizan como base del programa de capacitación que se desarrolle en cada caso.

Un Instructor está encargado del seguimiento periódico de los alumnos que están ubicados en esta modalidad y en coordinación con la persona encargada del alumno en la empresa, planea los objetivos a cumplir semanal, quincenal o mensualmente según el caso. El Instructor detecta la necesidad de ayuda extra por parte del alumno o de la empresa durante el desarrollo de la capacitación y solicita en la Institución la ayuda necesaria de Psicología, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Tutoría Pedagógica, o Trabajo Social.

Los alumnos de capacitación en comunidad figuran en la empresa como "alumnos en práctica" y sólo reciben viáticos de transporte. Deben matricularse anualmente en CEDER y pagar la póliza colectiva de accidentes que se tiene en la Institución.

El horario de trabajo y el cronograma anual se ajustan a los del CEDER, para reforzar la imagen de "alumno en práctica" y evitar su catalogación como obreros.

El tiempo de duración de la capacitación depende del programa modular diseñado previamente para el caso y la evolución del alumno en él.

Una vez se cumplen los objetivos propuestos, el alumno se retira de la empresa para emplearse en otro sitio diferente o es contratado por la misma.

3.4.5 MODALIDADES.

3.4.5.1 CAPACITACION EN COMUNIDAD EN OFICIOS DIFERENTES A LOS QUE SE TIENEN EN LA INSTITUCION.

En el caso de personas cuyos intereses y motivaciones están dirigidos a modalidades no existentes en la Institución y que en la evaluación o - cupacional se compruebe que están acordes con su capacidad. En este caso debe permanecer un semestre en CEDER con el fín de observar su comportamiento y realizar ajustes necesarios. Durante este período se consigue el cupo de capacitación según el oficio deseado y se diseña el programa individual. En el caso de tenerse todo listo antes del semestre y no haber detectado fallas en comportamiento, se puede acortar esta etapa inicial.

3.4.5.2 COMPLEMENTACION A LA CAPACITACION RECIBIDA EN CEDER.

Se utiliza con los alumnos que están desarrollando los últimos módulos de su capacitación en talleres de la Institución, con el fin de complementar sus conocimientos y brindarles experiencias laborales reales.

3.4.5.3 ROTACIONES TEMPORALES.

Se programan para los alumnos que han superado los objetivos de un módulo, con el fín de afianzar lo que han visto. Pueden ser rotaciones mensuales o bimensuales. Una vez terminada la rotación, el alumno regresa al CEDER para continuar con el módulo siguiente.

3.4.5.4 ROTACIONES PARCIALES.

Se utilizan para cumplir un objetivo específico de la programación. El instructor del taller se desplaza con los alumnos a diferentes unidades de producción de la comunidad para realizar allí la actividad. Puede ser una actividad de unas horas , hasta dos días.

Con las modalidades 1 y 2 están vinculadas actualmente 10 empresas de la ciudad y con las 3 y 4 se benefician todos los alumnos.

## 3.5 CLUBES FAMILIARES.

### 3.5.1 ANTECEDENTES.

En 1.984 existía en CEDER un grupo de adultos con retardo mental severo que se denominaba Taller de Ensamble. Dado que el potencial de estas personas era muy bajo, la programación se redujo a subcontratos sin ningún rendimiento. Se presentó entonces desmotivación tanto de los alumnos como de las familias y preocupación del equipo multidisciplinario por no tener claridad respecto al objetivo final que se perseguía con este trabajo. Para solucionar esta dificultad se diseñó el programa de Mantenimiento de Habilidades Sociales que pretendía capacitar a las familias en el manejo de los alumnos para que asumieran grupos de 5 y desarrollaran con ellos la misma programación que se llevaba en CEDER con mayor énfasis en independencia personal e integración social. El objetivo era preparar al alumno y a su familia para que al salir de la Institución conservaran los hábitos adquiridos y la familia se hiciera responsable de esa actividad.

La metodología que se siguió fué asignar a cada familia una de las subáreas de la estructura curricular vigente en la Institución, en ese momento. Los alumnos rotaban por cada casa una vez a la semana en las tardes y durante la mañana asistían a la Institución.

Las familias se preparaban durante dos años así:

Durante el primer semestre asistían como observadores una vez en la semana, cada una en el día que le correspondía.

En el segundo semestre participaban como auxiliares del profesor en el área que hubieran elegido.

En el tercer semestre les correspondía realizar la actividad bajo la supervisión del profesor.

En el cuarto semestre asumían el grupo fuera de las instalaciones del CEDER con asesoría del profesor.

Las dificultades que se presentaron se relacionaban con el manejo de las áreas curriculares asignadas, que implicaban para la familia planeación semanal y limitaban la posibilidad de diversificar.

Por esta razón el programa se modificó y se convirtió en lo que actualmente se llama Taller Múltiple cuya finalidad es preparar a los alumnos de menor potencial laboral para que adquieran hábitos laborales e independencia personal que les permita desenvolverse en un trabajo a nivel protegido. Como alternativas de ubicación para este taller existen dos posibilidades: Para los alumnos de mejor potencial la ubicación en puestos de tareas sencillas y repetitivas, generalmente en trabajos en condiciones especiales. Para los de menor potencial la alternativa de ubicación es el trabajo en los Clubes Familiares.

3.5.2 OBJETIVOS.

3.5.2.1 GENERALES:

- Brindar una opción ocupacional a nivel protegido para las personas sin posibilidad laboral y establecer un flujo de salida del proceso de acuerdo con sus habilidades.
- Lograr la independencia de las familias en relación con la Institución haciéndolas responsables de las actividades con los alumnos.

3.5.2.2 ESPECIFICOS:

- Generalizar la autoridad en los alumnos para que acepten órdenes de quienes dirigen el Club.
- Capacitar a los padres en el manejo de los alumnos y de las actividades de grupo.
- Mantener la motivación de quienes conforman el Club (padres y alumnos) a través del seguimiento y del establecimiento de los correctivos que éste genere.

3.5.3 DESCRIPCION DEL PROGRAMA.

De los alumnos que asisten a Taller Múltiple, se organizan grupos de 5 alumnos atendiendo a 3 características básicas: Patología, cercanía de ubicación en la ciudad y afinidad de los grupos familiares.

Cada familia se responsabiliza de 5 alumnos durante

una tarde de la semana. El compromiso familiar es brindar un sitio de trabajo y ejercer la supervi - sión y el control de los productos elaborados.

Esta modalidad permite que los alumnos estén activos durante la semana con un costo mínimo para las familias y para la Institución.

Las actividades ocupacionales que se desarrollan en estos clubes actualmente, corresponden a subcontratos con fábricas y a la elaboración de bolsas de papel para verduras.

El seguimiento de estos grupos se realiza en forma directa y está a cargo de una profesora del Departamento de Rehabilitación Profesional. Recién se inicia un Club es asesorado semanalmente y a medida que las familias van logrando independencia, el seguimiento se realiza cada quince días o cada mes.

A medida que se adquiere mayor independencia, las familias se hacen cargo de la consecución del material y del mercado de los productos. Cuando se alcanza este nivel de desarrollo, se suspende el seguimiento y se ofrece la Institución para las asesorías y consultas que requiera cada Club,

Actualmente funcionan tres Clubes Familiares en diferentes niveles de desarrollo.

Basados en los resultados obtenidos se proyecta conformar Clubes Familiares con personas con limitaciones diferentes a retardo mental aprovechando como multiplicadores a las familias que ya han recibido el entrenamiento y cuentan con la experiencia de varios años.

# LA REHABILITACION EN LAS COMUNIDADES RURALES

Antoni Vilá
Instituto Catalán
de Servicios Sociales

"No se debe separar a las personas con discapacidad de sus familias y comunidades. El sistema de servicios debe tener en cuenta los problemas de transporte y comunicación; la necesidad de servicios sociales, sanitarios y docentes de apoyo; ... los Estados Miembros deben asegurar que estos servicios se distribuyan equitativamente entre todos los grupos de población y en todas las zonas geográficas conforme a las necesidades."

(Programa de Acción Mundial para las personas con discapacidad. Naciones Unidas)

## 1.- Introdución: conceptos básicos

Antes de iniciar propiamente el tema de referencia, consideramos necesario establecer las siguientes precisiones conceptuales:

A) En el presente trabajo utilizamos un concepto amplio y evolucionado de rehabilitación: es decir, despojado de la preeminencia que ejercían en él, las creencias médicas y abierto a otras disciplinas: sociales, psicológicas, pedagógicas, etc.
Por ello, aceptamos la definición de las Naciones Unidas que considera que la rehabilitación "es un proceso de duración limitada y con un objeto definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede -

comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o limitación funcional (por ejemplo: ayudas técnicas) y otras medi-- das encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales". (1)
Esta definición de rehabilitación incluye los siguientes tipos de -- servicios: (2)

a) Detección temprana, diagnóstico e intervención.
b) Atención y tratamientos médicos.
c) Asesoramiento y asistencia sociales, psicológicos y de otros ti-- pos.
d) Capacitación en actividades de autocuidado (movilidad, comunica-- ción, habilidades de la vida cotidiana, etc.)
e) Suministros de ayudas técnicas y de movilidad y otros dispositi-- vos.
f) Servicios educativos especializados.
g) Servicios de rehabilitación profesional (incluyendo orientación - profesional, colocación de empleo abierto o protegido).
h) Seguimientos.

Por otro lado, consideramos que todo el proceso rehabilitador debe - estar presidido por los principios de integración, normalización, -- participación y suficiencia de recursos mínimos. Finalmente, quere-- mos dejar constancia que la rehabilitación debe hallarse situada en- tre una serie de medidas preventivas para impedir que se produzcan - deficiencias o que si se han producido tengan consecuencias negati-- vas, y de equiparación de oportunidades para lograr la plena accesi- bilidad para todos del sistema general de la sociedad.

B) Consideramos que el concepto de rehabilitación ha incorporado, con - el fin de que los programas se desarrollen en un ambiente normal, a-

la comunidad y la familia. La incorporación de este nuevo elemento - está hoy plenamente aceptado, y a través de ello llegamos a la llamada "rehabilitación en la comunidad", que significa "que la comunidad se responsabiliza de la rehabilitación de su población discapacitada" y, para ello, moviliza y desarrolla sus propios recursos (humanos, - materiales, etc.), realiza en su seno el proceso rehabilitador primario (utilización de servicios comunes de salud, pedagogía y trabajo) y se implica en el secundario (modificación del entorno para hacerlo favorable) (3).

## 2.- La rehabilitación en las zonas rurales

Una de las preocupaciones más importantes que existen en la actualidad- en relación con la rehabilitación de minusválidos, se refiere a las especiales dificultades con que se encuentran las personas que viven en - zonas rurales. Es evidente, que en estos lugares se detectan unas necesidades y que la población requiera unas demandas peculiares y distin-- tas de las areas urbanas, por otro lado, también se puede apreciar que- las comunidades rurales utilizan algunos sistemas y medidas singulares- y de gran interés para la superación de las dificultades que se presentan a lo largo del proceso rehabilitador.

Con el fin de poder analizar detenidamente la citada situación, así como para estudiar y valorar los distintos sistemas y experiencias que se llevaban a cabo en el proceso rehabilitador e intentar proponer algunos tipos de respuesta o de soluciones alternativas, se realizaron en la -- ciudad del Pirineo catalán de Puigcerdá a finales de 1988, las "PRIME-- RAS JORNADAS TECNICO-INFORMATIVAS SOBRE ATENCION A LAS PERSONAS MINUSVALIDAS EN LAS COMARCAS DE ALTA MONTAÑA". (4) En las sesiones de trabajo- de las jornadas participaron profesionales y expertos de los distintos- ámbitos de la rehabilitación, procedentes de las distintas comarcas del

Pirineo de los estados de Andorra. España y Francia.
A continuación ofrecemos un resumen de los aspectos más relevantes de - los resultados de las citadas jornadas:

A) Análisis de la situación general y de las peculiaridades que presenta esta zona, en relación con la atención a la población minusválida.

1.- Características generales de la zona

La región pirenaica está formada por comarcas que en general tienen una baja densidad de población, la cual se encuentra a su -- vez bastante diseminada: así mismo, debido al accidentado relieve, disponen de difíciles redes de comunicación, que dificultan- y enlentecen el tranporte: todo ello agravado por el rigor del - clima.

2.- Balance de recursos y problemática que plantea

De los datos comarcales aportados resulta un balance de recursos deficitario en casi todos los tipos de servicios para los disminuidos, aunque esporádicamente coexiste con algun gran centro, - tipo internado, de ámbito estatal. Esta falta de recursos provoca, por un lado, el retraso en la detección o en el inicio de los tratamientos, que muchas veces debe realizarse lejos de su comarca: por otro lado, este es considerado como una de las causas -- principales de los déficits formativos que presentan los dismi-- nuidos adultos, por otra parte, de las experiencias aportadas se coincide en que los servicios y establecimientos para estas zo-- nas han de ser singulares, y por lo tanto, su buen funcionamiento y subsistencia dependen del hecho que se apliquen estandares-

y modelos diferentes a los establecidos con carácter general por otras zonas territoriales.

3.- Características de la comunidad

Los habitantes de estas zonas tienen por costumbre, solucionarse sus propios problemas, mediante unas relaciones de vecindad vivas y fuertes, ayuda mútua y voluntariado.
En cambio, se constata que el movimiento asociativo específico - de disminuidos es muy escaso.

4.- Déficit informativo

La población no dispone de la adecuada información sobre derechos, deberes y servicios otorgados a las personas minusválidas: este hecho, añadido al déficit de recursos y a la falta de coordinación entre las áreas implicadas (sanidad, servicios sociales, enseñanza, trabajo, etc...), tiene efectos negativos en el proceso rehabilitador.

5.- Estudios e investigación

Existe una falta de estudios que profundicen relativos a la definición y detección de necesidades específicas de los disminuidos que viven en zonas de alta montaña. Tampoco se han realizado investigaciones ni programas piloto que experimenten soluciones alternativas para satisfacer las necesidades.

6.- Falta de profesionales

Escasean los profesionales autóctonos especializados en los diferentes ámbitos de la rehabilitación: esto ocasiona que los servicios deban recurrir a la contractación de profesionales foráneos, muchas veces sin un mínimo conocimiento de la realidad de estas zonas, lo que genera un alto índice de rotación de personal por falta de adaptación al nuevo habitat.

7.- Intercambio de experiencias

No existe ningún sistema de intercambio de información y experiencias, ni de comunicaciones periódicas, entre los diferentes profesionales: es decir, las fronteras entre Estados, Comunidades Autónomas o Departamentos suponen una importante barrera en el intercambio profesional.

8.- Centralización

En general, las estructuras y los sistemas de atención a disminuidos son bastante centralizados lo que supone que las decisiones se generen en centros alejados de estas comarcas y que por lo tanto a menudo no se tiene en cuenta la opinión y la realidad de estas comarcas.

B) Recomendaciones elaboradas y aprobadas por unanimidad por los asistentes

1.- Servicios sociales de atención primaria (5)

En el nivel de atención primaria se considera imprescindible el establecimiento de una red que cubra las zonas de alta montaña, al menos a razón de un equipo en cada comarca. Entre las tareas propias de estos equipos se consideran prioritarias, en el campo estudiado, la de información, orientación y asesoramiento a las personas y grupos de disminuidos y a sus familias, la participación en la detección de personas y situaciones de alto riesgo y la coordinación con otros servicios de atención primaria (especialmente de salud) y especialidades de servicios sociales o de otras áreas (educación, trabajo, etc.) y estimular el asociacionismo en el ámbito de la problemática de la disminución.

2.- Servicios de atención domiciliaria

Estos tipos de servicios que, en general se consideran polivalentes y que forman parte de la atención primaria, se recomienda su potenciación para dar apoyo a los disminuidos y sus familias.
Así mismo, no se considera totalmente válida la forma urbana, consistente en la contratación de una persona para la atención de un territorio, sino que se recomienda su sustitución o complementación mediante sistemas más flexibles que aprovechen las fuertes relaciones de vecindad propias de estas zonas.

3.- Voluntariado, ayuda mútua y participación

Se recomienda la adopción de medidas para mantener y potenciar las redes de ayuda mútua, vecindad y voluntariado de manera que participen en la atención y en la acción preventiva de la disminución.

## 4.- Servicios y equipamientos especializados para disminuidos (6)

### 4.1 Estimulación precoz (7)

Se recomienda la instalación en cada comarca de un equipo de estimulación precoz con una dotación mínima que debería definirse atendiendo a la realidad comarcal y que debería aprovechar y potenciar los recursos existentes (sanitarios, sociales, educativos, etc...) para poder posibilitar la prevención, detención diagnóstico y tratamiento.

En este sentido no se consideran alternativas válidas la subvención individual de las sesiones de tratamiento realizadas por profesionales que no formen parte del equipo.

En estas comarcas se considera que debería ofrecer una atención global a la infancia hasta los 6 años, mediante la coordianción de las actuaciones que en este campo se llevan a cabo los ámbitos de servicios sociales -sanidad- educación, -- por otra parte, en estos sitios se hace difícil el sostenimiento de equipos diferentes.

### 4.2 Empleo

Se recomienda como mejor forma de integración laboral el trabajo ordinario, que en estas zonas consistirá en la participación en explotaciones forestales o ganaderas, muchas veces de tipo familiar. Así mismo, debe controlarse y seguirse estos procesos para evitar posibles situaciones de proteccionalismo paternalista, explotación o otros problemas que impiden gozar de una vida social, formativa, tiempo libre, etc... lo más normal posible.

La otra alternativa es la creación al menos de un centro laboral, que debería contar con plazas de centro especial de empleo y de centro ocupacional para disminuidos (8), con menos capacidades residuales para el trabajo por las pequeñas dimensiones de estos centros y por los tipos de actividad que se verán obligados a realizar, es necesario que las financiaciones de las Administraciones para la inversión sean más elevadas que en las zonas urbanas: así mismo, convendría que los diferentes talleres de la zona pirenaica dispusieran de algunos servicios comunes de tipo empresarial.

4.3 Residencias

Convendría que en cada comarca existiera una residencia para personas disminuidas que disponga de autonomía para realizar actividades de la vida diaria. Esta residencia sería singular va que acogería diferentes grados de disminución y de edad, que exigiría, según el número de usuarios, dividir el centro en diferentes unidades de convivencia. En este sentido, se recomienda la realización de una experiencia piloto, debidamente controlada, para cuidar el diseño de este tipo de residencias que de entrada, deberían excluir a los disminuidos psíquicos profundos. Los niños para los que se pudiera encontrar otro tipo de alternativa (centros de acogida de infancia, familias acogedoras, etc.), los disminuidos físicos, para los cuales sería necesaria una amplia actuación en la supresión de barreras arquitectónicas, que les permitiera permanecer en su casa.

4.4 Atención especializada para disminuidos gravemente afectados

Los establecimientos para disminuidos con graves disminuciones y con una fuerte dependencia debida a la alta especialización que requieren y a los bajos índices de incidentes, deberá ser supracomarcal e incluso supraestatal en esta zona.

4.5 Transporte

Como consecuencia de las difíciles redes de comunicación típicas de estas zonas, es necesario de que en cada comarca -- exista un servicio adaptado para personas minusválidas el -- cual debería ser completado en algunos casos, con transporte individual prestado por voluntarios.

4.6 Barreras arquitectónicas

Se recomienda la elaboración de programas comarcales de su-- presión de barreras arquitectónicas, con participación de -- los diferentes grupos de disminuidos. En una primera etapa - deberían ser eliminadas las barreras en todos los centros de uso público.

5.- Investigación

Se recomienda que las diferentes autoridades competentes promuevan la - realización de estudios e investigaciones dirigidas a profundizar sobre el conocimiento de la situación de la población disminuida en estas zonas.

6.- Programa Piloto

Se considera imprescindible la creación de un programa piloto que debería atenerse a las siguientes características:

a) Debería comenzar durante 1989, con una duración mínima de 2 años.

b) La sede del programa se ubicaría en una de las comarcas pirenaicas.

c) El programa estaría regido por un Comité Directivo en el cual estarían representadas las diferentes autoridades y entidades del ámbito territorial del programa.

d) Los objectivos básicos del programa se centrarían en:

1.- Establecimiento de las líneas básicas de actuación y de los programas a llevar a término, de acuerdo con los principios de descentralización y sectorización.

2.- Realización de estudios básicos sobre la realidad de la zona.

3.- Diseño de los diferentes tipos de servicios y equipamientos específicos para estas zonas, de las fórmulas de gestión, así como su seguimiento y control.

4.- Ofrecer asesoramiento y apoyo técnico a los servicios y establecimientos de la zona.

5.- Fomento de la colaboración y la coordinación de los recursos de las diferentes zonas especialmente mediante fórmulas de concierto o de convenio.

6.- Realización de actividades comunes en las que puedan participar disminuidos de toda el área.

7.- Programar actividades de información, formación y perfecciona-- miento de profesionales autóctonos.

8.- Fomentar el intercambio de profesionales de diferentes Comarcas- y Estados, mediante la programación de estancias, reuniones de - trabajo conjuntas, etc...

9.- Todas aquellas otras actividades complementarias que colaboren-- a mejorar la calidad de vida de los disminuidos en las Comarcas- de Alta Montaña.

e) La gestión del programa debería realizarla un equipo interdisciplina rio (técnicos de gestión, administración, psicología, trabajo social, etc.) de carácter móvil capaz de llevar a término los objetivos del- programa, especialmente de prestar apoyo en los diferentes ámbitos - de manera rápida y eficaz. En caso que el resultado de la experien-- cia fuera positiva, este equipo, con las modificaciones que fueran - necesarias, se podrían convertir en equipos de apoyo permanente.

f) En la financiación de la experiencia deberían colaborar todas las -- partes implicadas y debería gestionar especialmente el apoyo técnico y económico de las CC.EE. mediante el Fondo Social Europeo.

(1) Programa de Acción Mundial para las personas con Discapacidad, apoyado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su trigésimo séptimo periodo de sesiones, por Resolución 37/52, de 3 de diciembre de 1982. Publicación en versión española por el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Madrid, 1988. Pág. 21.

(2) Programa cit.. pág. 23-24. La Ley Española de Integración Social de los Minusválidos (L. 13/1982, de 7 de abril) adopta también este concepto amplio: en el art. 18 señala que "se entiende por rehabilitación el proceso dirigido a que los minusválidos adquieran su máximo nivel de desarrollo personal y su integración en la vida social, fundamentalmente a través de la obtención de un empleo adecuado. Los procesos de rehabilitación podrán comprender: a) Rehabilitación médico-funcional. b) Tratamiento y orientación psicológica. c) Educación general y especial. d) Recuperación profesional."

(3) CARDENAL, Fernando. "Concepto de rehabilitación en la comunidad" en "Alternativas de la rehabilitación". Informe preparado bajo la supervisión del SIIS. Madrid, 1989.

(4) Estas jornadas fueron organizadas por el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, el Departamento de Bienestar Social de la Generalitat de Catalunya y el Ayuntamiento de Puigcerdà, y se celebraron durante los días 30 de noviembre y 1 y 2 de diciembre.

Las jornadas se centraron en el estudio de la zona de los Pirineos que es el sistema orográfico de la Península Ibérica que

se extiende desde la costa cantábrica a la mediterránea, y la - solda con el continente europeo al mismo tiempo que constituye- el elemento principal de discontinuidad. Esta cordillera tiene- unos 430 Km. y en el centro hay picos que sobrepasan los 3.000- metros (Aneto 3.404 m.) y forma unos valles transversales pro-- fundos que impiden la existencia de poblaciones importantes y - que ha propiciado la despoblación, si bien actualmente se ve favorecida de forma importante por el turismo de verano y los deportes de invierno.

Desde un punto de vista político-administrativo esta cordillera pertenece, en parte a cuatro comunidades autónomas de España -- (País Vasco, Navarra, Aragón y Cataluña), a dos Regiones de Francia (Midi-Pyrenées y Languedoc-Roussillon) y al Principado de - Andorra.

(5) Entendemos por Servicios Sociales de Atención primaria como "el punto de acceso inmediato y el escalón del sistema de servicios sociales más cercano al usuario y de los ambientes familiar y - social. Realizan tascas de información, orientación y asesora-- miento al ciudadano, y animación, promoción y desarrollo comunitarios: gestionan servicios de atención domiciliarios y dirigen al ciudadano al Servicio Social especializado o al Servicio de- Bienestar Social correspondiente" (art. 4.a) de la Ley Catalana de Servicios Sociales, L. 26/1985, de 27 de diciembre). En términos parecidos este concepto aparece en las demás leyes autonómicas españolas, aunque con distintas denominaciones - servicios de base, comunitarios, generales o polivalentes. En general el- equipo está formado por un Asistente Social, Educador Especializado y trabajador familiar.

(6) En general las leyes autonómicas españolas de servicios sociales, establecen un segundo nivel llamado Servicios Sociales especializados que son los equipamientos dirigidos a la atención específica mediante el diagnóstico, el tratamiento, el soporte y la rehabilitación de los déficits sociales de personas pertenecientes a colectivos caracterizados por la singularidad de sus necesidades.

(7) Se considera que en este apartado el concepto de estimulación precoz incluye "un conjunto de actividades dirigidas a los niños (menores de 4 años) que presentan transtornos en su desarrollo psicomotriz de cualquier etiología, con el fin de que reciban de forma efectiva y continuada todo aquello que puede facilitar la capacidad de desarrollo que cada niño tiene". (Orden de 29.7.85, de creación del Programa Sectorial de Estimulación Precoz, por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya).

(8) Según la Ley española de Integración Social de los minusválidos y sus normas de desarrollo, se entiende por Centros Especiales de Empleo aquellos que tengan como objetivo principal la realización de un trabajo productivo, participando regularmente en las operaciones de mercado, y tengan como finalidad asegurar una ocupación remunerada y la prestación de servicios de ajuste personal y social que requieran sus trabajadores minusválidos en el regimen de trabajo normal. La totalidad de la plantilla debe estar constituida por trabajadores minusválidos, sin perjuicio de las plazas en plantilla del personal no minusválido imprescindible. Para poder acceder al Centro se exige un grado-

de disminución superior al 33% y simultáneamente una pérdida de la capacidad productiva del 33%.

En cambio, los Centros Ocupacionales tienen como finalidad asegurar los servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social a los minusválidos, cuya acusada minusvalía temporal o permanente les impida su integración en una Empresa o en un Centro Especial de Empleo.

# PROGRAMAS AGROPECUARIOS PARA CIEGOS Y DEFICIENTES VISUALES EN GUATEMALA

Juan Antonio Pineda V.

Director: División de Rehabilitación
Comité Nacional Pro-Ciegos y Sordomudos de Guatemala.

## EL PAIS

La República de Guatemala forma parte del itsmo de América Central y tiene una extensión de 109.000 $Km^2$. con una población aproximadamente de nueve millones de habitantes, pertenecientes a diferentes grupos étnicos.

El 38% de ésta población habita en áreas urbanas y el 62% vive en áreas rurales dedicados a la agricultura idónea al clima semi-tropical del país, siendo sus principales productos agrícolas café, caña de azúcar, algodón, cardamomo y productos básicos de la dieta guatemalteca, como maíz, frijol, trigo y arroz, asimismo importantes industrias ganaderas, avícolas y artesanías en-general rinden productos para consumo local y exportación.

## ORGANIZACION

El programa rural se inició en 1964. Forma parte de la División de Rehabilitación del Comité Nacional Prociegos y Sordomudos de Guatemala y tiene como sede principal el "CENTRO DE CAPACITACION AGROPECUARIO", que consiste en una Granja-Escuela típicamente guatemalteca.

En este Centro a través de un equipo multiprofesional, compuesto por maestros especializados, peritos agrónomos y trabajadores sociales, se desarrolla un programa de rehabilitación integral y capacitación agropecuaria, al

tamente individualizado, de acuerdo a las pérdidas, necesidades, intereses y aptitudes de la persona ciega o deficiente visual, coordinando, desarrollando y evaluando todas las actividades que se llevan a cabo en el Centro o en la misma comunidad de la persona que se rehabilita, tanto en el programa para hombres como para mujeres.

## OBJETIVOS

Las actividades que se desarrollan van dirigidas hacia el mejoramiento de la personalidad, el nivel socioeconómico, la educación y el equilibrio de las relaciones interpersonales del individuo, así como su futura colocación laboral ya sea en el cultivo de sus propias tierras o en un empleo remunerado de acuerdo a los logros alcanzados en su proceso de rehabilitación, a la capacitación agropecuaria recibida y a los recursos laborales propios de su comunidad.

## FASES DEL PROGRAMA

1.- Recepción y selección de casos

¿Cómo ingresa una persona ciega al programa?

El Comité Nacional Prociegos y Sordomudos de Guatemala, abarca todas las áreas rurales del país por medio de sus campañas de "PREVENCION" a nivel nacional como a través de sus centros oftalmológicos y clínicas departamentales. Técnicos en cuidados primarios del ojo, refieren los casos con deficiencia visual a los centros oftalmológicos del Comité, donde después de una evaluación completa se determina si la persona requiere rehabilitación. Posteriormente evaluaciones psicológicas, socio-económicas y agronómicas, proveen la guía para un individualizado programa de rehabilitación rural, involucrando prominentemente a la familia del ciego y tomando en cuenta los recursos de su comunidad.

2.- Evaluación preliminar individual

A su ingreso al Centro de Capacitación Agropecuario, la persona ciega se-evalúa durante los dos primeros meses para conocer las pérdidas ocasionadas por la ceguera, su nivel cultural, su estado psicológico, su situa-- ción económica-familiar y su capacidad personal hacia el trabajo.

Además, se le rota entre las diferentes áreas agropecuarias, para conocer su vocación y habilidades, previo a orientarlo hacia un entrenamiento específico, de acuerdo a los recursos de su comunidad y al medio familiar.

3.- Rehabilitación Integral

Esta fase comprende el área académica y consiste en el entrenamiento para preparar al ciego del área rural para que logre cambios de actitudes y -- que se valga por sí mismo, logrando una vida independiente; para el efecto se le instruye en orientación y movilidad, alfabetización en el sistema Braille, técnicas para la vida diaria, educación física, cultura general, recreación dirigida, salud y seguridad, actividades avocacionales, - pequeñas artesanías y cooperativismo.

4.- Areas Técnicas en Prácticas de Campo

Capacitación Agropecuaria

Consiste en el entrenamiento en todas las áreas para aprovechar su voca-- ción y aptitudes, y prepararlo para trabajar sus propias tierras o lograr un empleo remunerado.
Estas incluyen:

Zootecnia: Crianza de gallinas de postura, pollos de engorde, pavos, patos y palomas; crianza de ganado lechero crianza y destace de marranos; crianza y destace de conejos; crianza de caracoles y peces.

Cultivos: Granos básicos, hortalizas, viveros forestales, árboles frutales, pastos, flores y otras plantas ornamentales.

Construcción Rural: Construcción de viviendas, de letrinas, poyos, comederos, bebedores, corrales, cercos y diferentes reparaciones.

Entrenamiento Específico: Con los resultados obtenidos y de acuerdo al mercado, recursos de la comunidad y al medio familiar, se le da el entrenamiento individual específico.

5.- Entrenamiento a la Unidad Familiar en Forma Conjunta con el Rehabilitado

A la persona ciega junto con su unidad familiar se les da entrenamiento para que sean miembros activos de comprensión y cooperación durante y después del proceso de rehabilitación, para lograr una mejor integración de las personas ciegas y deficientes visuales a la comunidad.

6.- Egreso

El egreso de cada persona ciega rehabilitada se realiza de la forma siguiente:

a) Evaluación final en las áreas: Oftalmológicas, médicas generales, psicológicas, socio-económicas, académicas y técnico-prácticas.

b) Cuando se consideran capacitados y listos para su integración a su comunidad se les otorga un certificado que los acredita técnicamente capaces.

c) En algunas oportunidades el plan individual de egreso incluye cultivo de sus tierras propias o arrendadas, y a los que carecen de tierras para poner en práctica lo aprendido, se les ubica en trabajos remunerados en la iniciativa privada o en programas o extensiones agrícolas del estado.

7.- Colocación Laboral

La meta final del programa de capacitación agropecuaria para el ciego del área rural es su integración a la vida socio-económica de la nación, siendo ésta una labor que realiza el Departamento de Colocación Laboral para el reasentamiento de acuerdo a la capacidad, entrenamiento recibido y necesidades de cada persona ciega rehabilitada, los ubica en una ocupación laboral, que puede ser cultivando su propia tierra o en empresas privadas y en dependencias de extensiones agropecuarias del estado.

8.- Seguimiento

Posteriormente, a través del programa de seguimiento realizado por equipos formados por la trabajadora social que ha llevado el caso y un perito agrónomo, se realizan visitas para analizar adaptación y rendimiento y dar la orientación indicada en el momento oportuno prestando, entre otros, los siguientes servicios: información sobre nuevos productos y técnicas agrícolas; asesoría sobre enfermedades de animales y plantas; óptima utilización de los recursos de la comunidad; planteamiento de nuevos proyectos para el futuro. En casos con problemas especiales, se brinda re-orientación en la sede del Centro del Programa.

## PROGRAMA PARA MUJERES CIEGAS Y DEFICIENTES VISUALES DEL AREA RURAL

1.- Organización

El programa funciona como una extensión del "Centro de Capacitación Agropecuario", dependiendo directamente de la División de Rehabilitación del Comité Nacional Prociegos y Sordomudos de Guatemala, utilizando los mismos recursos materiales del programa para hombres como: Sede, edificios, áreas de prácticas agropecuarias, mobiliario, equipo, vehículos, etc.

2.- Personal

El desarrollo del programa está a cargo de un equipo profesional y técnico que incluye: supervisores, trabajadores sociales, técnicos agropecuarios, maestros de educación para el hogar y maestros itinerantes bilingües (dialectos propios del país) especializados en varias técnicas de rehabilitación rural (orientación y movilidad, técnicas de la vida diaria, comunicación social y ocupaciones rurales). Este personal debe tener además de una mística elevada, un adiestramiento y conocimiento de la vida rural del país, debe saber motivar a las familias y a las comunidades, dándoles a conocer la filosofía de la rehabilitación.

3.- Funcionamiento

Para efectos de funcionamiento ambos programas, tanto el de hombres como el de mujeres, son flexibles y se adaptan a cada caso. El de hombres funciona de Enero a Septiembre y el de mujeres de Octubre a Diciembre en forma intensiva.

4.- Objetivos

a) Capacitar a las mujeres ciegas para que de acuerdo a las pérdidas, costumbres y otros aspectos, puedan desarrollar sus potencialidades en forma activa y positiva.

b) Capacitar intensivamente en técnicas básicas, para una vida más independiente y en técnicas agropecuarias para una futura orientación ocupacional a domicilio.

c) Integrar a la familia para una mejor comprensión del problema y motivar para que colaboren en el mejoramiento integral.

d) Descubrir el liderazgo positivo y fomentar la participación a nivel individual y de grupo, en las actividades sociales y culturales de su comunidad.

e) Orientar a cada mujer ciega campesina, para que mejore su autoimagen y su posición en la familia y en la comunidad.

5.- Referencia y Evaluación Inicial

Los casos de mujeres ciegas del área rural son referidos por los programas de prevención de la ceguera, por los centros oftalmológicos y clínicas departamentales del Comité Nacional Prociegos y Sordomudos. La evaluación se inicia con los exámenes oftalmológicos, de medicina general, audiometría, neurología, psicología y otros especiales que sean necesarios. Al terminar éstos en los centros hospitalarios de la Institución, los servicios sociales de estos mismos programas remiten a las personas a los centros de educación y rehabilitación respectivos.

6.- Evaluación Socio-Económica Previo Ingreso al Programa

Esta evaluación se realiza en forma conjunta por trabajadoras sociales y las maestras itinerantes a cargo del programa, realizan un estudio exhaustivo de condiciones pasadas, problemas activos, actitudes personales, aspiraciones familiares, perfil social en relación a las familias y a la comunidad, situación económica, ambiente físico y social. Por último se enfoca una definición de problemas activos y pasivos jerarquizados para visualizar no sólo el tratamiento social, sino también para aportar elementos válidos para una rehabilitación individualizada.

7.- Programa de Cursos y Actividades

Este programa de rehabilitación rural se desarrolla en dos fases:

La Primera:

Se realiza en forma intensiva durante seis semanas en las instalaciones del "Centro de Capacitación Agropecuario" y se cubre con cursos básicos necesarios así como con actividades complementarias que incluyen: técnicas de la vida diaria, para fomentar buenos hábitos de higiene personal de la familia y habitacional: orientación y movilidad enseñando técnicas adecuadas al área rural; prácticas agropecuarias, enseñando bases de construcción de cochiqueras, gallineros, conejeras, horticultura, y viveros ornamentales; técnicas ocupacionales para el área rural; utilización y preservación de alimentos; cuidados primarios del niño, que abarca salud en general, lactancia materna, nutrición, signos de enfermedades en el niño, prevención de enfermedades a través de vacunas, higiene, materiales de desecho; actividades sociales y de recreación, artesanías. Tanto los cursos básicos necesarios como las actividades complementarias, deben tener contenidos con énfasis en la vida y desarrollo rural.

Este entrenamiento inicial de seis semanas servirá de base preparatoria y de aprestamiento para la rehabilitación itinerante en sus domicilios.

La Segunda Fase:

Inmediatamente después del período intensivo inicial se realiza un entrenamiento a domicilio (rehabilitación itinerante) con programas individuales de acuerdo a las características de cada uno.

Los rehabilitadores itinerantes realizan un seguimiento para que la orientación ocupacional familiar tenga éxito.

8.- Servicios de Apoyo

Durante el proceso de rehabilitación propiamente dicho y la integración a la comunidad rural, tiene todos los servicios de apoyo; médicos, oftal-

mológicos, prótesis, ayudas visuales, subsidios económicos, financiamiento de pequeños negocios, reparación, construcción o compra de viviendas y otros de acuerdo a las necesidades individuales. Tienen también facilidades para la compra de animales como conejos, cerdos, gallinas, pollos; -- equipo de labranza, semillas, abonos, etc., así como asesoría permanente- para la práctica de ocupaciones que puedan desempeñar y realizar en su -- propia comunidad.

9.- Evaluación

Al finalizar la primera fase de rehabilitación intensiva se realiza, previo al egreso, una evaluación individual en todas las áreas, para que en- base a esto se realice un plan individual de seguimiento y entrenamiento- itinerante en su propio domicilio.

10.- Conclusiones

a) El programa, como un nuevo enfoque en la rehabilitación de la mujer - ciega campesina, visualiza expectativas y nuevos caminos de esperanza para las mujeres ciegas del área rural, evitando la desubicación de - su medio geográfico, familiar y habitual forma de vida.

b) De esta manera no se le crearán necesidades personales y sociales que, al reintegrarse a su comunidad de origen, le sean difícil satisfacer.

c) El Comité Nacional Prociegos y Sordomudos de Guatemala, con fé, esperanza y con los recursos que posee, tanto humanos como materiales, -- brinda así a las mujeres ciegas y deficientes visuales, una formación vocacional rural, para que su actitud hacia sí mismas sea positiva y redunde en beneficio propio, de su familia y de la patria Guatemala.

# EL CLUB ICTUS DE MADRID:

# PREVENCION Y AYUDA AL ICTUS EN LA COMUNIDAD

Antonio Fernández de Molina (*)

Un ICTUS, *stroke* en inglés, es una lesión brusca del cerebro producida por alguna alteración de su riego sanguíneo (embolia, trombosis o hemorragia)**. Sus manifestaciones más comunes son la hemiplejía, la afasia y los trastornos cognitivos, emocionales y sensoriales.

Dos de cada mil personas, en la población global, sufren un ICTUS al año por primera vez, y esta proporción aumenta de forma muy notable con la edad; el 50% de los casos son mayores de 75 años. Su prevalencia, es decir el número de personas que en un momento dado tienen o han tenido un ICTUS, es de 6 a 8 casos por mil habitantes.

En los paises desarrollados, los ICTUS son una de las primeras causas mayores de muerte y de discapacidad crónica en los adultos. Un 30% de los casos fallecen durante el primer mes, aunque el pronóstico de quienes lo superan es bueno, en términos de supervivencia, pues un 50% de ellos sobreviven más de 7 años, pese al riesgo de recurrencias.

La prevalencia de la discapacidad y minusvalía por ICTUS no se conocen con precisión; dos o tres de cada mil personas

* Socio fundador del Club de ICTUS de Madrid y neurólogo del Hospital Ramón y Cajal.

** Según el Diccionario de la Real Academia, ICTUS proviene del latín, golpe; en su acepción médica, cuadro morboso que se presenta de un modo súbito y violento, como producido por un golpe: ICTUS apoplético, epiléptico o traumático. El Club de ICTUS de Madrid, para facilitar la divulgación de las enfermedades vasculares del cerebro, recomienda el uso del término ICTUS sólo en su acepción apoplética.

presentan discapacidad permanente por ICTUS. De manera muy aproximada, un 10% de los supervivientes vuelven al trabajo, un 40% mantienen moderada discapacidad, un 40% discapacidad severa y un 10% necesitan institucionalización permanente.

La asistencia a los pacientes con ICTUS requiere gran cantidad de servicios y cuidados (diagnóstico, tratamiento, soporte físico inmediato, recuperación motora y del lenguaje, reintegración familiar, social y laboral, etc.). Ello comporta importantes recursos materiales y la participación de diversos equipos profesionales (médicos, ATS, fisioterapeutas, logopedas, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, psicólogos, etc), que en su mayor parte se ubican en el medio hospitalario e institucional, fuera del cual resulta difícil acceder a ellos. Más aún considerando la fragmentación, dispersión y escasa coordinación de los servicios: hospitales, centros de rehabilitación, equipos de atención primaria a la salud, centros de servicios sociales, etc.

Pero no todos los que sufren un ICTUS ingresan en el hospital. Una considerable proporción, del 20 al 60%, no son admitidos. Estos enfermos, en relación a los que ingresan, suelen ser los de mayor edad y, a su vez, con menor grado de compromiso neurológico. Y puesto que el principal factor pronóstico es la magnitud del déficit neurológico, más que la edad del paciente, aquellos que no ingresan en el hospital tienen menor mortalidad y morbilidad que los admitidos y, por lo tanto, mayor capacidad potencial para beneficiarse de medidas de prevención secundaria y terciaria al ICTUS, como un tratamiento apropiado al ICTUS y su rehabilitación, más accesibles en el hospital. A su vez, muchos de los que ingresan son admitidos por razones sociales...

Por otro lado, aquellos que han permanecido en el hospital durante días o semanas (la estancia media hospitalaria de los pacientes con ICTUS es de las más prolongadas), tienen a menudo sentimientos de abandono al ser dados de alta, viendo frustradas

sus espectativas de curación y teniendo que enfrentarse a su medio natural, la comunidad, donde las posibilidades asistenciales son mucho menores. Ello incluye a la rehabilitación, cuyo desarrollo de base institucional entraña limitaciones análogas a las de los hospitales. Sólo una minoría de pacientes con ICTUS reciben de hecho una rehabilitación formal. Durante muchos años no se ha considerado "rentable" rehabilitar a un anciano con un ICTUS. Todo lo cual se complica teniendo en cuenta el elevado coste de la rehabilitación institucional y su incierto beneficio en estos pacientes, salvo en una reducida proporción de casos muy seleccionados.

Un ICTUS supone, para los propios pacientes y para sus familias, una situación nueva repleta de diferentes incógnitas y de naturaleza muy dispar. Resulta difícil encontrar las personas con la cualificación apropiada y el tiempo suficiente para informarlos y orientarlos tantas veces como sea necesario; con frecuencia hay que recorrer un laberinto sin fin para encontrar las ayudas adecuadas.

En este contexto nace el Club de ICTUS de Madrid, asociación fundada en enero de 1989 para la prevención y ayuda al ICTUS en Madrid. Prevención que incluye evitar los factores de riesgo de ICTUS, los efectos adversos de acciones médicas o quirúrgica inapropiadas al paciente con ICTUS, y la discapacidad y minusvalía de quienes lo sufren. Para el logro de tal fin la asociación ha juzgado conveniente centrar su labor inicial en los grupos menos favorecidos, aquellos que han de valerse con un ICTUS en sus hogares, en sus barrios, en la comunidad. Sus actividades principales son:

I.- Establecer un red de Clubs de ICTUS en la comunidad de Madrid.
2.- Desarrollar programas informativos y educativos sobre la prevención y ayuda al ICTUS en Madrid, dirigidos tanto a la comunidad como a los profesionales de la

salud y de los servicios sociales.

3.- Crear un grupo multidisciplinario de expertos en ICTUS, de carácter asesor y consultivo, que investigue o promueva la investigación sobre la prevención del ICTUS en Madrid y estimule el desarrollo de una política social y sanitaria clara y firme sobre la planificación, organización, utilización y evaluación de los servicios y cuidados al paciente con ICTUS y a sus familiares.

4.- Estimular, amparar y proteger las actividades de los Clubs de ICTUS en la comunidad y del grupo de expertos en prevención del ICTUS. Promover organizaciones similares en otras regiones.

Un Club de ICTUS es un foro donde los pacientes con ICTUS que lo deseen pueden reunirse periódicamente, en grupos pequeños de unos 10 o 15, para realizar actividades terapeuticas y sociales, con la ayuda de sus propios familiares y de colaboradores voluntarios, debidamente instruidos; un lugar para el beneficio mutuo de los pacientes y de quienes les cuidan.

La experiencia en otros paises ha demostrado que las necesidades específicas de los que han padecido un ICTUS pueden ser resueltas mejor en Clubs de ICTUS que no en clubs de discapacitados de diversa condición; en el Reino Unido, por ejemplo, existen varios centenares de Clubs de ICTUS, cuyo modelo ha inspirando el desarrollo de organizaciones análogas en otros paises.

Las actividades terapeuticas que pueden realizarse en un Club de ICTUS son casi ilimitadas, dadas una infraestructura y una organización básicas, y depende de las demandas de los miembros de cada club. Ejercicios de fisioterapia, de logopedia, juegos para ICTUS, ejercicio dirigidos a ayudarles en las tareas de la vida cotidiana, etc.

El propio encuentro de los pacientes y de los demás miembros del club es una actividad social y una forma de terapia vital, que les ayuda a relacionarse de nuevo. Las actividades sociales del club pueden enriquecerse de muchas maneras, organizando coloquios, visitas, actividades deportivas, musicales, entre otras.

Cada Club de ICTUS debe prestar especial énfasis en preservar los derechos y la individualidad de las personas con ICTUS, llamando la atención del público en general sobre sus necesidades y sobre cómo facilitarles su reintegración a la comunidad.

Para instruir a quienes deseen colaborar con cada club, así como para supervisar y amparar su labor, será necesaria la ayuda de varios profesionales locales con experiencia en ICTUS e interés en el proyecto, como médicos , ATS, fisioterapeutas, asistentes sociales o logopedas.

A ser posible se usarán locales públicos que dispongan de una sala amplia, donde puedan llevarse a cabo las actividades, y de una infraestructura mínima (accesibilidad, aseo, mobiliario, teléfono), tales como un Centro de Salud, un Centro de Servicios Sociales o un Club de la Tercera Edad.

Los Clubs de ICTUS han de tener un carácter autónomo en cuanto a organización, estatutos y financiación, pudiendo integrarse en el Club de ICTUS de Madrid o constituirse en asociación independiente. Los recursos serán obtenidos por sus propios miembros, de donde la ley lo permite; como cuotas, donaciones, subvenciones, colectas.

La periodicidad de estos encuentros en los Clubs de ICTUS será variable, semanal, quincenal o mensual, dependiendo de las facilidades de transporte, el mayor obstáculo de estos clubs, y del número de colaboradores instruidos disponibles.

Todos los miembros de los Clubs de ICTUS deberán estar protegidos por un seguro de accidentes y de responsabilidad pública, que garantice sus actividades.

Cuando las circunstancias lo permitan y si se estimara conveniente, los miembros de los club podrán organizar visitas a los domicilios de los miembros más discapacitados de cada club, para colaborar en su cuidado.

El Club de ICTUS de Madrid está realizando contactos con diversas entidades con el fin de obtener un local para establecer, este año, el primer Club de ICTUS de comunidad en Madrid.

El Club de ICTUS de Madrid ha creado un fondo documental especializado en la prevención y ayuda al ICTUS que, junto a las producciones documentales del club, servirán de referencia a los Clubs de ICTUS en la comunidad.

Este proyecto de Clubs de ICTUS es, en esencia, una alternativa de rehabilitación o recuperación en comunidad de los pacientes con ICTUS. Y los rápidos cambios sociales y el creciente desarrollo de las asociaciones en nuestro país lo hacen perfectamente viable.

El programa informativo y educativo del Club de ICTUS de Madrid sobre la prevención y ayuda al ICTUS, ha iniciado su andadura con la realización de varios cursos y seminarios a personal médico y de enfermería del INSALUD-Madrid, y la edición de un Manual de Cuidados del ICTUS, con el patrocinio del Real Patronato para la Prevención y Atención a Personas con Minusvalía (en prensa, al escribir estas lineas).

El grupo de expertos en prevención del ICTUS en Madrid no ha sido constituido aún, hasta completarse la selección de las personas apropiadas.

En nombre del Club de ICTUS de Madrid, aprovechamos esta ocasión para agradecer la colaboración de todos cuantos han participado, directa o indirectamente, en el desarrollo de esta iniciativa. Quien desee más información podrá obtenerla en el Club de ICTUS de Madrid, c/ Gabriela Mistral, 22; 28035 Madrid.

# ANEXOS

# REHABILITACION EN EL SENO DE LA COMUNIDAD
# RESUMENES DE DOCUMENTOS QUE MARCAN LA EVOLUCION DE LAS IDEAS

Fernando Cardenal
Antiguo Funcionario Médico
de la OMS

## Descentralización, simplificación, divulgación (R.I.)

Desde principios de la década de los años sesenta Rehabilitación Internacional (R.I.) venía prestando atención especial al papel que debería jugar la comunidad en general, y no solamente los especialistas clásicos de la rehabilitación, en el proceso rehabilitador personal. Community - Action for the Handicapped fue el tema de un grupo de estudio organizado por R.I. como contribución la Conferencia Internacional de Asistentes Sociales celebrada en 1963 en Brasil. En 1968 R.I. llevó a cabo una encuesta sobre la situación de la rehabilitación en el mundo, tras la cual y en vista de los datos alarmantes que se recogieron sobre la insuficientísima cobertura de las necesidades mundiales y el costo excesivo - totalmente desproporcionado con su rendimiento - de la mayoría de los servicios existentes, convocó una reunión internacional de expertos para discutir del Desarrollo de los Servicios de Rehabilitación (1).

La reunión tuvo lugar en septiembre de 1969 en Killarney (Irlanda).- Era la primera vez que representantes de la O.N.U. y de algunas de sus agencias especializadas (O.M.S. y O.I.T.), junto con los de organizaciones internacionales no-gubernamentales y los de algunos gobiernos, más expertos - individuales, se reunían para discutir del potencial que existía en el mundo para ofrecer a las gentes servicios de rehabilitación.

La reunión concluyó que no se veía posibilidad de que se pudiera llegar nunca a formar el número supuestamente necesario de personal especializado en rehabilitación ni a crear todas las instituciones de rehabilitación que entonces se creían necesarias, y mucho menos las futuras, dado el número creciente de personas que seguirán exigiendo atención profesional; sugirió que era posible que si se hiciera un análisis objetivo de los métodos de rehabilitación que se venían utilizando, se llegaran a encontrar modos de dar la asistencia más esencial a muchas más gentes, teniendo en cuenta los recursos existentes y los que eran previsibles en un futuro inmediato; y señaló que era probable que se pudieran encontrar maneras y tipos de servicios que, con menos personal especializado y con medios más simples, pudieran realizar eficazmente las actuaciones que son esenciales, a partir de lo cual los servicios podrían irse desarrollando después. Las soluciones propuestas levantaron cierta oposición en la época pero hoy son consideradas como el punto de partida de nuestras ideas actuales sobre lo que hoy llamamos "rehabilitación en la comunidad". Entre las recomendaciones concretas de la reunión figuran las siguientes:

- Utilizar al máximo la red de servicios comunes existentes en la comunidad.

- Los padres de niños discapacitados en edad escolar deberían recibir alguna instrucción básica sobre los problemas de sus hijos, y sobre modos de poder ayudarles.

- Se debería prestar mucha más atención a la educación de la mayoría de los niños discapacitados en las escuelas corrientes, especialmente en el nivel básico.

- Todos los maestros deberían recibir durante su formación alguna información acerca de los problemas educacionales y sociales que plantean en los niños las discapacidades más corrientes.

## Atención primaria (OMS). Necesidades básicas (OIT). Servicios básicos (UNICEF)

Hasta mediados de los años setenta el problema de la discapacidad se seguía abordando en el mundo en general ante todo creando instituciones, especialmente en las ciudades, y formando personal altamente especializado. - La mayoría de los paises tendían a concentrarse en la prestación de cuida-- dos especializados y en instituciones para atender casi exclusivamente las- necesidades de la clase media o alta. Aún cuando hubiera un compromiso para poner esos servicios a disposición general, se daba mayor importancia a los centros médicos especializados y a las escuelas especiales segregadas del - resto. Esa orientación fue despúes cambiando en una tendencia a reducir el- papel de los centros y las instituciones y a integrar a las personas discapacitadas en los servicios médicos comunes y en las escuelas normales, así- como también en situaciones de trabajo corrientes. Apuntaban ya las estrategias actuales de integración y normalización.

En mayo de 1976 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el documento- elaborado por el programa de rehabilitación de la O.M.S. dirigido por el -- Dr. E. Helander, titulado Prevención de la Discapacidad y Rehabilitación -- ( 2 ) que ha tenido una repercusión grande en muchas partes del mundo. El documento tiene el mérito de basar su doctrina en las fecundas ideas de atención primaria a la salud que venían siendo desarrolladas dentro de los programas de la O.M.S. y de otras organizaciones. La atención primaria a la salud ha de ser parte integrante de todo programa de desarrollo socioeconómico de la comunidad. El documento apunta a cuestiones que posteriormente han sido discutidas con más amplitud, tales como la "participación de todos", - la "movilización de recursos", la "reducción de diferencias en oportunidades", etc. Con relación a la atención al proceso rehabilitador personal, el documento insiste en enseñar auto-cuidados, en adiestrar a las familias en-

el entrenamiento de sus miembros discapacitados y en involucrar a todo el - personal de atención primaria, y propugna que los servicios comunes de sa-- lud se ocupen normalmente de las personas discapacitadas, evitando en lo po sible la necesidad de servicios especiales. Las instituciones que ya exis-- ten, con personal muy especializado, deben ser utilizadas como centros de - referencia para resolver problemas puntuales.

También en 1976 la O.I.T. presentó, en la Conferencia Mundial sobre- el Empleo su concepto de necesidades básicas; y el UNICEF presentó en la -- Asamblea General de las Naciones Unidas su concepto de servicios básicos, - los cuales dos van en la misma direccíon que la atención primaria a la sa-- lud, de la O.M.S., y son esenciales para el desarrollo del concepto de reha bilitación en la comunidad.

Aunque las necesidades básicas y los servicios básicos son enfoques- del mismo problema, tienen matices conceptuales y operacionales distintos.- El concepto de necesidades básicas comprende no sólo las necesidades mate-- riales sino también los derechos humanos, la participación y la autosufi--- ciencia. Representa un enfoque global de los problemas de desarrollo que -- abarca todos los sectores de la economía y de la sociedad. En él se recono- ce implícitamente que hay que redistribuir los recursos y el poder, lo que- conlleva siempre una transformación estructural. La estrategia de servicios básicos se fundamenta en el reconocimiento de las iniciativas locales, el - apoyo de la participación popular, la descentralización de los servicios -- técnicos y administrativos y la especial atención a las zonas rurales remo- tas y a las barriadas pobres e infradotadas de las ciudades. Se puede decir que la estrategia de servicios básicos se concentra más en el plano local,- insistiendo en un mayor grado de improvisación e innovación.

En 1978 se celebró la primera Conferencia Internacional sobre Aten-- ción Primaria a la salud, organizada por la O.M.S. y el UNICEF, en la ciu--

dad de Alma-Ata (U.R.S.S.) ( 3 ) en la que se discutieron en detalle principios y modos de acción comunitaria que apoyaban ideas que venían fraguándose en rehabilitación como en otros campos. Era una vuelta a lo sencillo, -- práctico y económico, a lo participativo, a la colaboración directa entre - los profesionales y no profesionales que están en la base de los servicios- comunitarios, y una huída de lo innecesariamente complicado y caro, de lo - innecesariamente compartimentalizado y excluyente, del elitismo profesional, etc. Según la Declaración de Alma-Ata, "la atención primaria a la salud es- la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y técnicas que, sin de-- jar de tener base científica, sean socialmente aceptables y capaces de ser- puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad me--- diante la plena participación de todos y a un coste que la comunidad y el - país pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, - con un espíritu de autorresponsabilidad y de autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del -- que es su parte más amplia y principal, como del desarrollo social y económico de la comunidad.... Lleva la atención a la salud lo más cerca posible- del lugar donde reśiden y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria". En otras partes -- del documento se propugnan actuaciones de autoayuda, de ayuda por parte de- la familia, de entre-ayuda en grupos y asociaciones, y también la implica-- ción voluntaria de los maestros, de los patronos y de las personas en general influyentes en la comunidad.

**Integración escolar (UNESCO)**

En octubre de 1979 tuvo lugar una reunión de expertos en educación especial convocada por la U.N.E.S.C.O. en París ( 4 ). Desde poco antes venía siendo una práctica en algunos paises la integración de los niños y adolescentes minusválidos en el sistema normal de educación. La reunión concluyó-

que esa práctica debía generalizarse. Lo que sigue es un resumen de lo allí acordado. Cuanto antes comience el niño minusválido a vivir en su mundo social corriente, mejor se adaptará a él. Al mismo tiempo, los niños normales que crecen junto a niños minusválidos aprenden desde el primer momento a -- aceptar las minusvalías y a aceptar a los que las tienen como compañeros -- sociales además de como compañeros de escuela. La integración escolar no se reduce a colocar a los niños minusválidos en las escuelas ordinarias. Ello va acompañado de un plan individualizado según las necesidades de cada niño, plan que incluye la preparación del maestro y el apoyo de pedagogos especializados.

Unos niños podrán beneficiarse de la enseñanza normal con algún complemento adicional; otros necesitarán seguir un programa especial durante parte de la jornada escolar; otros, finalmente, necesitarán programas más intensos y escuelas especiales. También hay que tener en cuenta la situación familiar, ya que los padres, los hermanos y la familia en general son esenciales para el buen ajuste del niño. Las instituciones residenciales -- masificadas y deshumanizadas que existen todavía y que son a todas luces intolerables irán desapareciendo a medida que vayan apareciendo en las comunidades unidades escolares más pequeñas.

**Rehabilitación en el seno de la comunidad (OMS,ONU,UNICEF,OIT,UNESCO)**

En 1979, el equipo de la OMS compuesto por E. Helander, P. Mendis y G. Nelson, con el concurso de otras organizaciones de las Naciones Unidas (Programa de las N.U. para el Desarrollo, Alto Comisariado de las N.U. para los Refugiados, Centro de las N.U. para el Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios, UNICEF, OIT y UNESCO) preparó la primera versión de un documento de trabajo titulado (no existe versión oficial en español ) Training Disabled People in the Community( 4 )en el que se acuñó la expresión "communi-

ty-based rehabilitation" (rehabilitación en la comunidad) (*), que ha creado en todas partes, sobre todo en el Tercer Mundo, un nuevo clima de interés por la rehabilitación y de esperanza en lograrla con no más que los pequeños recursos que pueden ser movilizados en todas partes.

En un esfuerzo por desmitificar lo que podríamos llamar el ABC de la medicina rehabilitadora y de la educación especial, y utilizar no-profesionales guiados por unos pocos profesionales, el manual describe en módulos separados y en lenguaje muy directo las cosas simples pero probadamente eficaces que pueden hacerse en pro de la rehabilitación de personas que sufren "ataques", que tienen "poca inteligencia", que "no oyen ni hablan bien", que "no ven", que tienen "conducta rara", que "no sienten en las manos o en los pies", que "no pueden mover partes de su cuerpo". Da consejos para la estimulación de bebés demasiado pasivos y de niños que juegan poco; para la escolarización de niños impedidos y para que las personas discapacitadas se manejen en la casa, en su medio social y en el trabajo. A fin de conseguirlo se dan asesoramiento y directrices a los propios interesados y a tres personas o grupos de personas clave: el supervisor local (**), los dirigentes comunitarios y los maestros de escuela. El supervisor es un trabajador de la salud de nivel bajo o medio que tiene por tarea seleccionar a los participantes en el caso, instruir y supervisar a los capacitadores no-profesionales (la misma persona discapacitada, la familia, los amigos voluntarios) y evaluar los resultados, amén de mantener la comunicación con niveles profesionales más altos. El segundo grupo es el de los dirigentes comunitarios, a quienes el manual asesora sobre las formas de reconocer el importante papel que las personas minusválidas pueden desempeñar en su comunidad; sobre cómo facilitar su integración en la comunidad y cómo darles ple-

---

(*) Ha sido traducido y adaptado a su medio por el Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Toluca (México).

(**) local supervisor en inglés, es expresión inventada ad hoc.

no acceso a todas las oportunidades. El tercer grupo está compuesto por los maestros de escuela, que reciben instrucción en el manual sobre los modos - de integrar a los niños minusválidos en escuelas ordinarias.

La mayor parte del manual está dedicada a los módulos arriba aludi-- dos que se ocupan del proceso rahabilitador individual, pero - como muestra lo reseñado más arriba - hay ya en él un interés decidido por el proceso re habilitador del entorno. Este segundo proceso será desarrollado aún más en- la publicación que está en preparación para 1989 ( 4 ). El manual va dirigi dosobre todo a los paises en vías de desarrollo pero es útil también en las zonas más desprovistas de servicios que aún quedan en algunos paises adelan tados, como son las barriadas pobres de las grandes ciudades y algunas zo-- nas rurales.

**Consolidación del concepto en la OMS**

En febrero de 1981 la O.M.S. reunió en Ginebra un grupo internacio-- nal de expertos en rehabilitación (el tercero, tras el de 1958 y el de 1969) y publicó su informe Prevención de las Incapacidades y Rehabilitación ( 2 ). El informe expresa que "Rehabilitación incluye todas las medidas dirigidas- a permitir que las personas discapacitadas y minusválidas logren su integra ción social. La rehabilitación va dirigida no solamente a capacitar a esas- personas a adaptarse al entorno, sino también a modificar el entorno inme-- diato y la sociedad en general para así facilitar la integración social. -- Las mismas personas discapacitadas y minusválidas, sus familias y las comu- nidades en las que viven deben ser implicadas en la planificación y el esta blecimiento de los servicios que tienen que ver con la rehabilitación".

A diferencia de los dos informes de comités de expertos de la O.M.S. que le precedieron, el que ahora comentamos, de 1981, ya no se ocupa de des

cribir los métodos de la medicina rehabilitadora en los paises adelantados, ya que entiende que la medicina rehabilitadora es parte integrante del quehacer de las diferentes ramas de la terapéutica corriente: "todos los médicos han de ocuparse de la rehabilitación como parte integrante de su quehacer diario (actitud no especializada)". El informe realza el valor de los ejercicios activos del paciente y se opone a la utilización con fines rehabilitadores de toda clase de aparatos eléctricos y magnéticos al uso, que reconoce ser placebos inútiles y estar promovidos por intereses económicos. Para promover la actitud rehabilitadora y la utilización de métodos sencillos por parte de todos, el informe señala que "las cátedras de enseñanza de la rehabilitación servirán no tanto para la formación de especialistas en rehabilitación cuanto para la formación en rehabilitación de todos los estudiantes de medicina y de las demás carreras sanitarias".

Siguiendo la nueva línea social que ha emprendido, el informe expresa que "rehabilitación en la comunidad entraña las medidas adoptadas en el plano comunitario para utilizar y desarrollar los recursos de la comunidad, entre los cuales se incluyen también las propias personas impedidas, sus familias y la comunidad en general", y percibe "la integración social como la participación de las personas discapacitadas y minusválidas en la vida normal de la comunidad, para lo cual es necesario de una parte atender a la capacitación de las personas y de otra parte reducir al mínimo los obstáculos interpuestos ante ellas en todas las esferas del entorno".

## Capacitación laboral en la comunidad (OIT)

En Junio de 1983 la O.I.T. amplió su ya famosa recomendación de 1955 (Recomendación 99) sobre Adaptación y Readaptación Profesionales de los Inválidos, en la que se trataba de que personas minusválidas pudieran acceder a un empleo y conservarlo, por sus propios méritos y en todo tipo de traba-

jo, y de adaptación de procedimientos a las condiciones locales; de que las personas minusválidas tengan las mismas oportunidades que las demás para -- realizar un trabajo para el cual están cualificadas, con posibilidad de optar por la empresa que deseen; que las empresas reserven un porcentaje de - puestos de trabajo para personas discapacitadas sin que ello signifique el- desplazamiento de otros trabajadores; de que se reserven ciertas ocupacio-- nes para trabajadores discapacitados; de que en otras circunstancias se fomente la creación de cooperativas de o para personas discapacitadas. En --- cuanto a la educación, orientación laboral, capacitación y colocación de jóvenes minusválidos, la recomendación de 1955 señaló que todo eso debe hacerse por los mismos servicios que se ocupan de los demás jóvenes y, siempre - que sea posible, en la compañia de éstos y bajo las mismas condiciones.

La recomendación de 1983 (Recomendación 168) sobre la Readaptación - Profesional y Empleo de las Personas Inválidas ( 5 ) amplió la de 1955. Si- en 1955 se hablaba de "acceder a un empleo y conservarlo", en 1983 se añadió "y progresar en el empleo". Ademas, en 1983 se añadió un capítulo sobre Participación Comunitaria. En él se dice que, tanto en las ciudades como en el medio rural, la rehabilitación vocacional ha de organizarse y llevarse a cabo con el mayor grado posible de participación comunitaria y, en particular, con la participación de los representantes de los patronos, de los trabajadores y de las asociaciones de personas minusválidas; y que las actividades de rehabilitación vocacional y de selección para el empleo de personas mi-- nusválidas han de estar integradas dentro de los servicios ordinarios que - utilizan las demás gentes de la comunidad. Para esto, el personal de estos- servicios ha de estar formado o reciclado en la problemática de las discapacidades y minusvalías y ha de conocer todos los recursos de sus servicios - y los recursos que los demás servicios pueden ofrecer.

**Referencias**

1.- REHABILITATION INTERNATIONAL. El desarrollo de los servicios de rehabilitación. Informe de la reunión de expertos sobre evaluación de niveles de servicios en relación a los recursos disponibles. Killarney, Irlanda International Society for Rehabilitation of the Disabled, Trabajo Técnico nº 30, 1969, 26 págs.

2.- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report on disability. Prevention and rehabilitation. Document A29/INF DOC/1. Ginebra, 1976, 69 págs.

3.- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary health care report on the International Conference. Alma-Ata, URSS, 1978.

4.- HELANDER, E. y otros. Training disabled people in the community. A manual on community-based rehabilitation. Geneva, WHO, 1979, 652 págs.

5.- OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Normas internacionales del trabajo sobre la readaptación profesional. Ginebra, 1984, 37 págs.

Rehabilitación, 22, 1, 19 a 30, 1988

# EL PAPEL DEL MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION EN LA EVALUACION DE LA MINUSVALIA PARA LA INSERCION SOCIO-PROFESIONAL

**Por los doctores Rodríguez, L.P. (1); Oelze, F. (2); Widmer, H. (2); Bardot, A. (3); Macouin, A. (3); Aitken, C. (4); Barnes, C. G. (4); Hansen, T. I. (5); Pertersen, P. H. (5); Tonazzi, A. (6); Bertolini, C. (6); Gregg, T. M. (7); Nielen, C. J. (8); Venema, F. B. (8); Bangma, B. D. (8); Kontoulakos, P. (9); Trepa, M. (10); Pinto, C. (10); Konings, L. (11), Vermeersch, R. (11)...(12). (**)**

COMUNIDAD ECONOMICA EUROPEA
UNION EUROPEA MEDICOS ESPECIALISTAS (U.E.M.S.)
SECCION MONOESPECIALIZADA DE MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION (*)

## PRESENTACION

Las ideas, las definiciones y ciertas proposiciones contenidas en este documento, estan en pleno acuerdo con diferentes documentos oficiales emanados de las más altas autoridades internacionales, que se ocupan de la Sanidad Pública y de la Rehabilitación.

Es una labor de síntesis de las ideas más avanzadas que hoy día conducen al progreso y al desarrollo de la Rehabilitación, en el Mundo y en Europa.

Si no se ha realizado todavía en Europa, una politica de Rehabilitación correcta, eficaz, y armonizada, entre otras causas, es porque seguramente hay una insuficiencia en la determinación y atribución de responsabilidades y una falta de coordinación en el proceso de Rehabilitación.

Este documento tiene por objeto esclarecer la metodología en la realización de este proceso y de determinar el papel en la responsabilidad y en la coordinación del médico especialista en Medicina Física y de Rehabilitación.

Corresponde a las autoridades políticas y administrativas, confirmar la validez del contenido de este documento y de velar en su puesta aplicación, o de hacer, eventualmente, otras propuestas.

La exposición que sigue, hace referencia a conceptos expresados por: Organización Mundial de la Salud (1971). Consejo de Europa (1984). Federación Europea de Medicina Física y de Rehabilitación (1968). Hace también referencia, a ciertos actos de esta Sección Monoespecializada de Medicina Física y de Rehabilitación de la U.E.M.S., en particular a los documentos y contribuciones de B. D. Bangma y de A. Tonazzi, miembros de la Academia Médica Europea de Rehabilitación. Este documento ha sido elaborado por una comisión nominada por todos los miembros de la Sección Monoespecializada de Medicina Física y de Rehabilitación de la U.E.M.S., en su Reunión de Bruselas de 12 de noviembre de 1986, y que ha estado formada por: Coordinador: A. Tonazzi; Miembros: C. Aitken, B. D. Bangma y A. Macouin. La Comisión ha completado su trabajo con la presencia y con la contribución del Presidente de la Sección: A. Bardot. El documento fue enviado a todos los países de la Comunidad, revisado por sus representantes, y discutido con rectificación final en lectura de sesión de pleno, en presencia del Secretario General de la U.E.M.S.: Des Marez. El documento que sigue a continuación fue aprobado en esta Reunión de la Sección Monoespecializada de Medicina Física y de Rehabilitación de la U.E.M.S., en Bruselas el 22 de mayo de 1987.

(*) Relacionados los representantes de los paises miembros según su antigüedad, como observadores o de pleno derecho: (1) España, (2) Alemania Federal, (3) Francia, (4) Gran Bretaña, (5) Dinamarca, (6) Italia, (7) Irlanda, (8) Paises Bajos, (9) Grecia, (10) Portugal, (11) Bélgica, (12) Suecia.

Trabajo recibido: 3-III-88.

## PREAMBULO

## CONCEPTO DE REHABILITACION

La Rehabilitación se orienta en las siguientes condiciones, según las definiciones establecidas por la O.M.S.

**Deficiencia**: (Déficience, Impairment, Schádigung, Stoornis, Deficienza, Deficiéncia).

En el contexto de salud, deficiencia se refiere a toda perdida de sustancia o alteración de una función o de una estructura psicológica, fisiológica o anatómica.

**Incapacidad**: (Incapacité, Disability, Beeintrachtigung, Beperking, Incapacitá, Incapacidade).

En el contexto de salud, incapacidad se refiere a toda reducción (resultado de una deficiencia) parcial o total de la capacidad para realizar una actividad de un modo, o en unos límites, considerados como normales para el ser humano.

**Minusvalía**: (Handicap, Behinderugn).

En el contexto de salud, minusvalía se refiere a desventaja social para un individuo, resultado de una deficiencia o de una incapacidad, la cual limita o impide la realización de un papel normal (relacionada a la edad, al sexo y a los factores socioculturales).

Con respecto a estas condiciones, la Rehabilitación se desarrolla como un proceso continuo destinado a descartar una deficiencia inminente, a conservar, a desarrollar o a restablecer la aptitud de la persona para ejercer una actividad normal. Los objetivos de la Rehabilitación apuntarán a asegurar a la persona minusválida, cualesquiera que sea la naturaleza y el origen de la incapacidad, la más amplia participacón posible en la vida social y económica así como la mayor independencia.

A este efecto, toda política de Rehabilitación, deberá de poner en marcha un conjunto coherente de medidas en el plano individual y colectivo.

La Rehabilitación, por consiguiente, es un proceso continuo y global que, desde que comienza la fase de tratamiento médico, ya va dirigido a la integración social, a todos los niveles, de la persona minusválida. Con este fin, la Rehabilitación engloba todas las medidas destinadas a prevenir o a reducir al mínimo inevitable las consecuencias funcionales, físicas, psíquicas, sociales y económicas de las enfermedades invalidante y de los accidentes, desde el inicio de la afección hasta la reintegración del paciente en su medio ambiente.

## OBJETIVOS GENERALES DE LA REHABILITACION

A una persona afectada de incapacidad, ponerla en la situación de que su desventaja social sea la menor posible, es decir, limitar al máximo la condición de minusvalía, a través de la más amplia y posible participación en la vida social y económica y la mayor independencia, cualesquiera que sea la naturaleza y el origen de la incapacidad.

Estos objetivos se basan en dos principios: la participación activa de la persona a la que concierne su propia Rehabilitación y el deber de la sociedad a adaptarse a las necesidades específicas de las personas minusválidas.

## OBJETIVOS PRACTICOS DE LA REHABILITACION

La Rehabilitación, que parte de la fase de tratamiento médico de reeducación funcional, en el fin de prevenir y reducir al máximo la deficiencia y la incapacidad, prosigue su obra que dirige a la utilización óptima de las capacidades funcionales residuales y a la compensación de aquellas perdidas, teniendo en cuenta todos los aspectos de la vida de la persona.

Los aspectos de la Rehabilitación que más frecuentemente deben ser realizados y coordinados son:

- Prevención, despistaje, diagnóstico y evaluación de las deficiencias, incapacidades y minusvalías.

- Tratamiento de reeducación funcional y dotación de ortesis, prótesis, sillas de ruedas y otras ayudas técnicas para la autonomía personal.
- Orientación escolar y profesional.
- Educación escolar.
- Formación y rehabilitación profesionales.
- Empleo, empleo protegido, adaptación al puesto de trabajo, actividades encaminadas a la inserción profesional.
- Ayudas técnicas y sociales, abolición de barreras arquitectónicas, accesibilidad a los edificios, adaptaciones en el hogar, facilitaciones para los medios de comunicación y transporte, tiempo libre, deporte, vacaciones.
- Educación sanitaria e información.
- Coordinación de las actividades.

## RELACION ENTRE LA FILOSOFIA DE LA REHABILITACION Y LA METODOLOGIA

La Rehabilitación es el resultado de una filosofía y de una concepción ideológica, que hoy día, el hombre tiene sobre los otros hombres.

Pero entre la idea promotora de una acción y su resultado, se sitúa precisamente la acción a desarrollar con los métodos y medios oportunos.

Una vez aceptada, la filosofía de la Rehabilitación determina, en gran medida, el método que debe ser seguido. De comienzo, está el hecho de que el hombre es una identidad psico-somato-social, y también que el enfoque del paciente debe ser siempre integral. La medicina de Rehabilitación va más allá de lo que caracteriza la medicina curativa, el restablecimiento anatomofisiológico no es la meta única del tratamiento, sino más bien la recuperación de las funciones y la inserción e integración en la sociedad del sujeto afecto de una incapacidad.

Las capacidades subsistentes del paciente, el pronóstico de la enfermedad o del accidente, las obligaciones que la sociedad impone al paciente, la consistencia que el paciente espera dar a su existencia y el esfuerzo que está dispuesto a aceptar para lograrlo, en combinación con la eficacia de la ayuda que se le está ofertando, determinan la asignación de los objetivos y el método de tratamiento.

En la descripción del proceso de Rehabilitación, se insiste particularmente sobre las condiciones siguientes: «la utilización coordinada y combinada de medidas enlazadas entre sí y adaptadas unas a las otras».

Esta condiciones tienen importantes consecuencias para el método de Rehabilitación, principalmente sobre la técnica utilizada a este efecto.

Esta técnica requiere como elemento primordial un balance de Rehabilitación: éste debe ser efectuado sistemáticamente, sin que pueda ser omitida ninguna de sus partes constituyentes; se trata de un examen integral, por tanto sobre las consecuencias físicas y psíquicas de la deficiencia, sobre las aptitudes residuales del paciente y sobre el uso que de ellas puede hacer en la sociedad.

El conocimiento de estas consecuencias y la solución de los problemas que emanan, es una de las aptitudes más importantes que se exige a los que tienen la responsabilidad del proceso de Rehabilitación del individuo: en el análisis de los problemas, la puesta en marcha de una metodología, la verificación de una correlación con las necesidades de la personalidad psico-somato-social del individuo, el médico de Rehabilitación debe de tener, entre otras, la responsabilidad de unas decisiones consecuentes y la coordinación del proceso de Rehabilitación.

## EL TRABAJO DE EQUIPO EN REHABILITACION

Aparte del papel primordial del médico especialista en Medicina Física y de Rehabiltiación, todas las profesiones pueden, en caso de necesidad, intervenir en Rehabilitación con contribuciones diferentes e independientes.

Para asegurar el acceso a todas las agen-

cias sociales que pueden contribuir a ofrecer unos servicios completos de medidas de Rehabilitación, es indispensable un trabaio de equipo.

En Rehabilitación hace falta poder movilizar, según los casos y las necesidades, un equipo de profesionales en el que cada uno tenga unas competencias y trabaje en la realización de un fin común.

El equipo está compuesto de médicos y no médicos que tienen al paciente como punto de convergencia.

Para que se instaure un clima de comprensión recíproca, especialmente entre los miembros médicos, paramédicos y auxiliares, hace falta que estos se acepten mutuamente y hablen el mismo lenguaje.

Un procedimiento de BALANCE y EVALUACION-PRESCRIPCION-TRATAMIENTO es indispensable para el bienestar del paciente y para la eficacia del proceso de Rehabilitación. Este proceso forman parte del dominio médico y no debe fundarse en el misticismo.

Para un buen trabajo de equipo hay que hacer frente al insuficiente reconocimiento del papel clave del médico en el proceso de Rehabilitación y de su lugar en el equipo, como igualmente hay que subrayar el papel y lugar que ocupan los servicios sociales en el conjunto de la organización de la Rehabilitación.

Hace falta añadir que en Rehabilitación el médico debe dar las directrices basadas en el análisis y en la solución de los problemas, que se plantearán a los miembros del equipo. Este estará compuesto por representantes de las disciplinas implicadas en la Rehabilitación individual del paciente, los cuales serán los interlocutores.

En lo que concierne al papel mantenido por el paciente, éste no debe participar en las discusiones preliminares, antes de que el equipo tenga claramente formulados y aceptados los objetivos, de manera que después se le pueda presentar al paciente un plan sin equívocos, sobre el que, de ahora en adelante, va a participar.

El trabajo de equipo deberá ser dirigido mediante unas comunicaciones eficaces y abiertas, con la voluntad y la aptitud, cuando tienen como base la total cooperación.

En la fase de determinar la sistemática del trabajo hace falta ponerse claramente de acuerdo sobre el reparto de tareas y sobre las responsabilidades.

El médico rehabilitador debe de dirigir siempre, en el seno del equipo, el cojunto del proceso, desde el principio hasta el fin. Es inadmisible, que la dirección del proceso se le confíe a cualquier otra persona, ya que lo que motiva y justifica los actos y las medidas a tomar es la condición del paciente, su estado médico; sólo el médico está capacitado para tener un juicio suficientemente experto sobre este estado, en su globalidad.

En Rehabilitación deben de existir unas colaboraciones que complementen, pero no que reemplacen la labor del médico. El médico de Rehabilitación no puede y no debe delegar sus funciones a otros miembros, aunque tengan a menudo la tendencia a sustituirle, en lugar de integrarse en el equipo. Se les puede confiar a los otros miembros, solamente la responsabilidad de la cualidad de la realización técnica de los tratamientos y de las medidas, responsabilidad que tendrá, ciertamente, unos contenidos de especificidad y de plena dignidad profesional.

## EL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO

Durante el período agudo de la enfermedad, el médico especialista en Medicina Fisica y de Rehabilitación puede ser consultado en el momento que hay riesgos de una deficiencia, para su prevención y cuidado. En este momento predomina la acción del médico especialista competente en la enfermedad.

Cuando se instaura una deficiencia, a continuación de una enfermedad, el papel del médico especialista en Medicina Fisica y de Rehabilitación es el que debe de predominar, y él implicará, entonces, al cirujano ortopédico, al neurólogo, al pediatra, al psiquiatra, etc., para que informen o para que efectuen los tratamientos que crean necesarios.

Puede solicitarse a continuación, por el especialista en Medicina Física y de Rehabilitación, la opinión de otros médicos especialistas, cuando un diagnóstico o un tratamiento en particular pueda ser preciso, o cuando sea necesario verificar una evaluación clinicofuncional de las condiciones específicas minusvalidantes.

En todo caso, para la Rehabilitación de la persona, las competencias clínico médicas deben de permitir integrar en el proceso de Rehabilitación a numerosas disciplinas médicas, vinculadas con la medicina y el comportamiento, así como a disciplinas no médicas, las cuales deben ser movilizadas por el médico especialista en Medicina Física y de Rehabilitación con la finalidad de la reinserción social.

En Rehabilitación, las intervenciones interdisciplinarias son muy importantes, y cada una debe de efectuar los actos que le son propios a su competencia. Corresponde a diferentes especialistas aportar la contribución diagnóstica y terapéutica de su especialidad, mientras, que le incumbe al médico especialista en Medicina Física y de Rehabilitación, entre otras, la responsabilidad de los actos de Medicina Física y de Rehabilitación.

## LA COORDINACION DEL PROCESO DE REHABILITACION

En todos los países, por lo general, el proceso de Rehabilitación no se desarrolla enteramente, de una forma correctamente articulada, a casua de una carencia de coordinación del conjunto del proceso.

Con el fin de garantizar la eficacia de las medidas de Rehabilitación y la coherencia del proceso, debe estar asegurada, la coordinación de la acción de los servicios competentes.

Según la O.M.S., como dijimos antes:...«La utilización coordinada y combinada de medidas enlazadas entre sí y adaptadas unas a las otras...» es una condición indispensable del proceso de Rehabilitación.

Las actividades de Rehabilitación deben desarrollarse según una relación y un orden determinados, al igual que con un espíritu de cooperación mutua. Las personas y los medios deben estar, por consiguiente, coordinados para alcanzar un fin común.

El médico especialista en Medicina Física y de Rehabilitación, como ya se ha indicado cuando se trató del «Trabajo en Equipo», debe de tener la responsabilidad de esta coordinación y dirigir el conjunto del proceso, y es el responsable de que la persona que tenga una deficiencia o una incapacidad tenga referencia de todos los problemas que le conciernen.

En ausencia de un coordinador responsable y compentente, no es imaginable como este proceso puede llevarse a término eficazmente y evitarse las medidas repetitivas y contradictorias.

Dado que los procesos de Rehabilitación se desarrollan a continuación de diferentes evaluaciones de aptitudes, es el médico de Rehabilitación, quien aborda la fase de orientación global: él reune los informes, los clasifica, estudia las consecuencias del estado del paciente, lo pone en correlación con la incapacidad eventual, organiza una discusión en equipo para llegar a unas conclusiones concernientes con el estado clínico, las situaciones desocializantes, las capacidades residuales, las perspectivas, y también, los anhelos, tanto del paciente como de los relacionados. En análisis de estos problemas serán la base de sus soluciones, es decir, de la realización de unas diferentes medidas de Rehabilitación, las cuales habían sido decididas.

## LA ESPECIALIDAD MEDICA DE MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION

Las razones que justifican la existencia de la especialidad se manifiestan tras el último conflicto mundial y la época de la poliomielitis.

Durante un cierto tiempo se titubeó entre dejar a los cirujanos ortopédicos, a los neurólogos, a los reumatólogos, a los pediatras,

etc., la responsabilidad en sus enfermedades, Después en el mundo entero, se ha sentido la necesidad de confiar esta misión a un médico especialista que tenga la formación necesaria en Medicina Física y de Rehabilitación.

Esta solución se ha preferido por varias razones, pero fundamentalmente porque:

1. La Rehabilitación es una disciplina exigente cuya filosofía intrínseca, la ciencia base (que destaca de numerosas ramas de la Medicina) es un acercamiento necesariamente global de paciente; y finalmente las técnicas, no se pueden dejar a la improvisación.

2. Una multiplicidad de Departamentos de terapéutica que persiguieran el mismo objetivo en diferentes disciplinas constituiría un empleo antieconómico de personas, de material y de locales.

3. Los médicos de disciplinas clásicas podrían no interesarse más que mediocremente en unas actividades, a las que no les atañe mucho más que un menor interés científico, y podrían dejar la carga exclusivamente a un personal paramédico o auxiliar.

Por otra parte, esta especialidad se dirige a la patología de las funciones y de su relación con la vida de la persona.

La formación de este especialista debe llevarse esencialmente hacia la Rehabilitación médica, aunque también hacia la Rehabilitación social y profesional.

Debe tomarse en cuenta, la prevención y el tratamiento, y haber adquirido una formación particular que le permita coordinar, evaluar y planificar un programa de Rehabilitación.

El especialista también debe conocer las leyes y los derechos de las personas minusválidas, y ser el tutor en asegurar una realización humana directa y continua con la persona y con todos los enlaces de todas las otras compentencias necesarias durante la puesta en marcha del proceso de Rehabilitación.

## DEFINICION DE LA ESPECIALIDAD

La Medicina Física y de Rehabilitación es una especialidad que tiene por papel coordinar y asegurar la puesta en aplicación de todas las medidas encaminadas a prevenir o a reducir al mínimo inevitable las consecuencias funcionales, físicas, psíquicas, sociales y económicas de las deficiencias o de las incapacidades.

Esto comporta la puesta en marcha metódicamente de las acciones necesarias para la realización de estos objetivos, desde el comienzo de la afección hasta la reinserción del paciente en su medio ambiente y en la sociedad.

## OBJETIVOS DE LA ESPECIALIDAD

En síntesis son:

1. Prevenir las deficiencias funcionales.
2. Mantener las funciones comprometidas.
3. Reeducar las deficiencias funcionales.
4. Rehabilitar las incapacidades.
5. Reinsertar a los minusválidos.

## MEDIOS DE LA ESPECIALIDAD

**Son estos:**

- La evaluación diagnóstica necesaria al establecimiento de unos balances funcionales y del pronóstico de Rehabilitación.
- La prescripción y la realización de los programas terapéuticos que pongan en juego la reeducación funcional.
- Los controles periódicos llevados sobre la evolución de los elementos del balance y los resultados del tratamiento de reeducación.
- La utilización de las compensaciones y el uso de sustituciones eficaces.
- La prescripción y el control de las ortesis, prótesis y ayudas técnicas.

- La colaboración a la asistencia psicológica.
- La promoción y la coordinación de los análisis necesarios para el estudio de las posibilidades de reinserción social, para las decisiones que emanen y su puesta en marcha (análisis-formulación-solución de los problemas).

A los fines expuestos, el médico especialista se sirve de los servicios de medicina física, de reeducación funcional y de rehabilitación, que deben ser el punto central de referencia y de organización del proceso de Rehabilitación.

Debe existir la posibilidad de disponer (a nivel regional, departamental, etc., según la organización sanitaria de cada país) de los servicios base siguientes:

- Centros para aparataje y ayudas técnicas.
- Servicios para adaptación de alojamientos.
- Servicios escolares para incapacitados severos.
- Servicio de apoyo para mineros gravemente minusválidos.
- Servicio de transporte para minusválidos.
- Consejeros sexuales.
- Servicios para traumatizados craneales.
- Servicios para lesionados medulares.
- Servicios para deficiencias visulares.
- Servicios para deficiencias auditivas.
- Servicios de ayudas para la comunicación.
- Servicios de aprovisionamiento de sillas de ruedas.
- Servicios de aprovisionamiento de ortesis y prótesis.
- Servicio para incontinencias ~~unitarias.~~ urinarias
- Servicios de asistencia a estomatizados.
- Servicios de personas con escaras.

## EL PAPEL DEL MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION

De todo lo que ha sido expuesto hasta este punto, se deduce que, el médico especialista en Medicina Física y de Rehabilitación debe tener cometidos médicos y tareas para la reinserción socioprofesional de las personas aquejadas de deficiencias, de incapacidades y de minusvalías.

## COMETIDOS MEDICOS

Son estos:

- El establecimiento de un diagnóstico clínico.
- El aportar las resoluciones de la especialidad en la prevención de las incapacidades y de las minusvalías en todas las edades de la vida humana.
- La iniciativa y la responsabilidad de programar, en el momento oportuno, las intervenciones en el programa de reeducación funcional y de Rehabilitación de las diferentes patologías médicas y quirúrgicas.
- Para los sujetos aquejados de incapacidades severas definitivas, el estudio y la realización de su Rehabilitación en función del balance de sus posibilidades funcionales, de sus aptitudes y de su círculo social.
- La formación, animación y dirección de un equipo apropiado.
- La movilización de los recursos familiares y de la comunidad para promover la Rehabilitación sobre los principios de salud comunitaria.
- La enseñanza y la formación del personal de Rehabilitación.
- La investigación.

En conjunto, la realización de todas las medidas para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la deficiencia, de la incapacidad y de la minusvalía.

## COMETIDOS MEDICO-SOCIALES ESPECIFICOS PARA LA REINSERCION SOCIO-PROFESIONAL DE LA PERSONA MINUSVALIDA

Vienen a limitar la consecuencias de la incapacidad, a evitar la minusvalía o a reducirla al mínimo inevitable.

Con el fin de cumplir este cometido, el médico debe disponer de servicios y de instituciones sociales, asumiendo toda la responsabilidad de unas tareas confiadas al personal no médico.

Cuando una incapacidad está instaurada, el proceso de Rehabilitación, viene a evitar o a reducir las minusvalías, apelando a una metodología compleja, que debe desarrollarse de una forma precisa y completa para conseguir las decisiones más racionales y mejor adaptadas a cada individuo.

Esta metodología del perfil funcional general.

- Evaluación del perfil funcional general.
- Evaluación clínico-funcional de las incapacidades específicas de la persona.
- Evalucación de las situaciones desocializantes específicas, observando el medio ambiente y sus relaciones con él.
- Pronóstico de Rehabilitación.
- Decisiones.
- Aplicación de las decisiones.
- Verificación de las medidas puestas en marcha.
- Cierre del caso o verficaciones periódicas y adecuación de las decisiones.

Este complejo de evaluaciones diagnósticas y pronósticas, clínicas y sociales, y de decisiones consecuentes, requiere un método cuyo procedimiento esencial se resume en el esquema anexo que define el nivel en la evaluación, el objeto de la evaluación, las competencias que intervienen (Anexo 1) y las medidas que pueden ser necesarias (Anexo 2).

Es en conjunto, un método de evaluación de las aptitudes y de su probable evolución a nivel médico y a nivel social.

Las evaluaciones de las aptitudes debe prosegurise a lo largo de las fases de la Rehabilitación y a lo largo de la reinserción, mediante balances periódicos.

Con el fin de garantizar la eficacia de estas medidas, y la coherencia del proceso, la coordinación de las actividades de despistaje, de diagnóstico, de evaluación de aptitudes, y de otros actos de Rehabilitación, no pueden estar aseguradas más que por la competencia del médico especialista de Medicina Física y de Rehabilitación; único que asume la responsabilidad.

En el objetivo del desarrollo de la Rehabilitación en Europa, el médico especialista en Medicina Física y de Rehabilitación, debe participar, de pleno derecho, no sólo en la elaboración de una política coherente de Rehabilitación, sino también en su puesta en marcha.

### BIBLIOGRAFIA

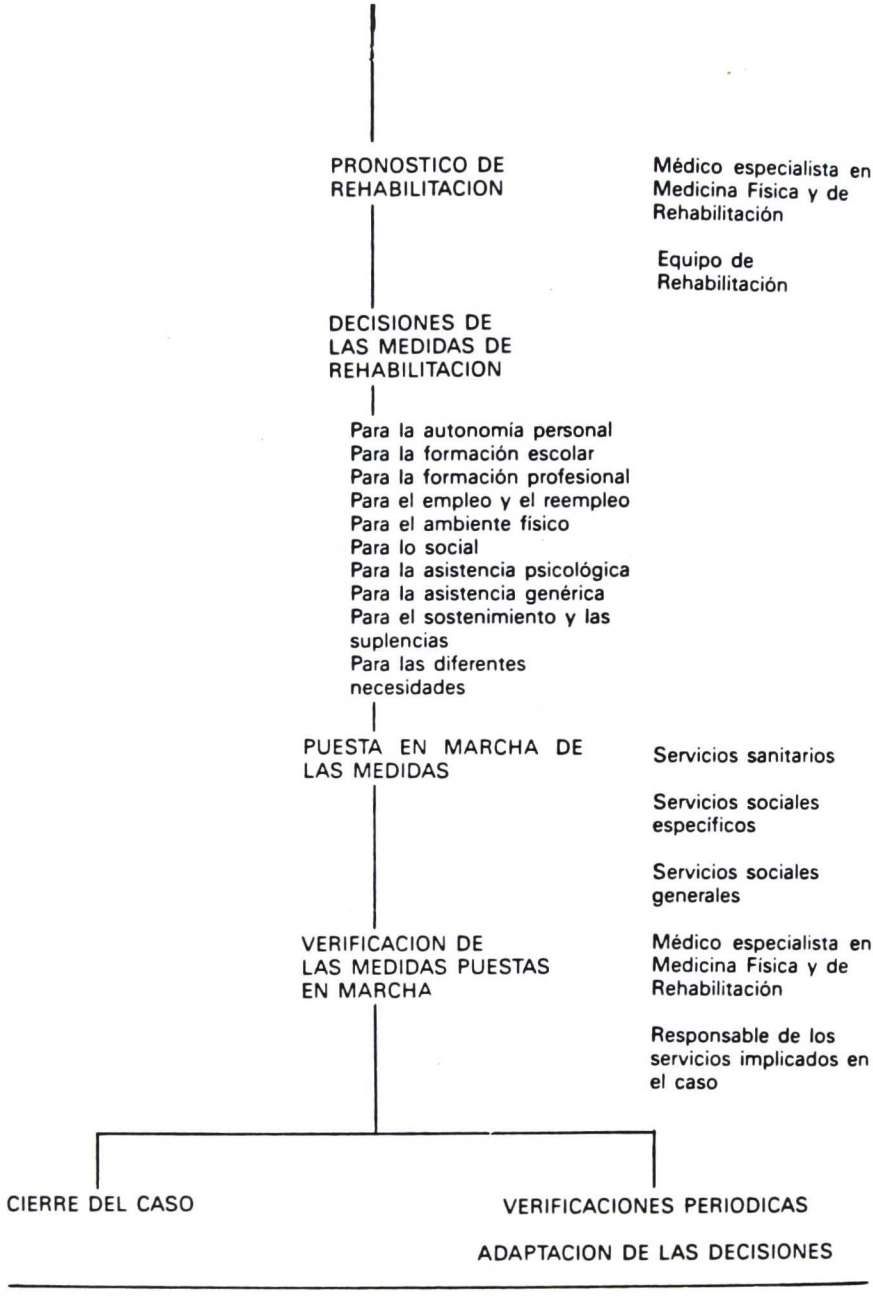
- «L'enseignement de la Réadaptation Médicale-Rapport sur une Conférence», Konstancin, 1971, O.M.S., Bureau Régional de l'Europe, Copenhague, EURO 4802.
- «Une politique cohérente en matière de réadaption des personnes handicapées (Résolution AP (84)3 adiptée para le Comité des Ministres de 17 septembre 1984 lors de la 375e réunion des Délégués des Ministres), Programme-type de politique de réadaptation pour les autorités nationales», Conseil de l'Europe (Accord partiel dans le domaine social et de la santé publique), Strasbourg, 1984.
- «Formation du personnel de santé s'occupant de la réadaptation: situation actuelle dans les Etats membres et propositions pour l'amélioration de ce type de formation», Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1984.
- R. Waghemacker, «La formation du spécialiste en Europe», Europa Médicophysica, Revue officielle de la Fédération Européenne de Médecine Physique et Rédaptation, vol. 4, n. 3, 1968, Minerva Medica, Torino.

## EL PROCESO DE REHABILITACION

Anexo 1.

Procedimiento de evaluación de las deficiencias e incapacidades para al Rehabilitación socio-profesional.

| Nivel de evaluación | Objeto de evaluación | PRIMERA DESCRIPCION | Componentes |
|---|---|---|---|
| Deficiencia | La persona | REEDUCACION FUNCIONAL | Médico especialista en Medicina Física y de Rehabilitación |
| | | RECUPERACION DE LAS FUNCIONES | Equipo de Reeducación funcional |
| | | INCAPACIDAD | |
| Incapacidad | La persona | PERFIL FUNCIONAL GENERAL | Médico especialista en Medicina Física y de Rehabilitación |
| Incapacidad | La persona | EVALUACION CLINICA FUNCIONAL DE LAS INCAPACIDADES ESPECIFICAS MINUSVALIZANTES | Médico especialista en Medicina Física y de Rehabilitación<br>Otros médicos especialistas |
| | | Balances:<br>Motriz<br>Sensorial<br>Comunicación<br>Vegetativo<br>Psíquico | |
| Minusvalía | Medio ambiente y relaciones con el ambiente | EVALUACION DE SITUACIONES DESOCIALIZANTES ESPECIFICAS | Servicios sociales específicos<br>Servicios sociales generales |
| | | Evaluación de aptitudes:<br>Familia<br>Alojamiento<br>Residencia<br>Transporte<br>Nivel escolar<br>Nivel profesional<br>Empleo y reempleo al trabajo condiciones de trabajo (ocupado)<br>Actividades de la vida diaria<br>Actividades culturales, deporte, ocio<br>Social genérica<br>Asistencia domiciliaria<br>Otras situaciones | |


PRONOSTICO DE REHABILITACION
Médico especialista en Medicina Fisica y de Rehabilitación
Equipo de Rehabilitación
DECISIONES DE LAS MEDIDAS DE REHABILITACION
Para la autonomía personal
Para la formación escolar
Para la formación profesional
Para el empleo y el reempleo
Para el ambiente físico
Para lo social
Para la asistencia psicológica
Para la asistencia genérica
Para el sostenimiento y las suplencias
Para las diferentes necesidades
PUESTA EN MARCHA DE LAS MEDIDAS
Servicios sanitarios
Servicios sociales específicos
Servicios sociales generales
VERIFICACION DE LAS MEDIDAS PUESTAS EN MARCHA
Médico especialista en Medicina Fisica y de Rehabilitación
Responsable de los servicios implicados en el caso
CIERRE DEL CASO
VERIFICACIONES PERIODICAS
ADAPTACION DE LAS DECISIONES

DRES. RODRIGUEZ, OELDE, WIZMER, BARDOT, MACOVIN, AITKEN, ETC

Anexo 2.

## MEDIDAS DE REHABILITACION PARA LA REINSERCION SOCIO-PROFESIONAL

### MEDIDAS PARA LA AUTONOMIA PERSONAL

*Reeducativas:* Reeducación funcional para la recuperación de funciones.
Reeducación funcional para el mantenimiento de funciones.
Terapia ocupacional.
Auto-tratamientos dirigidos y controlados.

*Sustitutivas:* Ortesis y prótesis.
Entrenamiento para el uso de orteis y prótesis.
Ayudas para la autonomía en las actividades de la vida diaria.
Sillas de ruedas.
Entrenamiento en el uso de sillas de ruedas.
Adquisición del permiso de conducir.
Adaptaciones para la conducción de vehículos.

### MEDIDAS PARA LA EDUCACION ESCOLAR

Escolarización en un medio normal y en estructuras intermedias.
Escolarización en un medio especializado.
Transporte a la escuela.
Otros medios educativos.

### MEDIDAS PARA LA FORMACION PROFESIONAL Y EL EMPLEO

Orientación profesional.
Formación profesional.
Inserción o reinserción al trabajo en un medio normal.
Acondicionamiento de las condiciones de trabajo.
Trabajo protegido.
Ayudas técnicas para el trabajo.
Transporte para el trabajo.

### MEDIDAS EN RELACION CON EL MEDIO AMBIENTE

Elimir ición de «barreras» arquitectónicas.
Facilitaciones arquitectónicas.
Facilitaciones en la utilización de los medios de transportes públicos.
Acondicionamiento de viviendas.
Viviendas protegidas.
Instalación de teléfono en el domicilio.
Vigilancia telefónica a domicilio.
Instalación de sistemas de control en el entorno.

## MEDIDAS DE SOCIALIZACION

Organización del tiempo libre.
Promoción del ocio, del deporte y del «hobby».
Materiales para ocio, deporte y «hobby».
Transporte para ocio, deporte y «hobby».

## MEDIDAS DE COMPENSACION SOCIO-ASISTENCIAL

Centro socio-educativo.
Centros residencia de día.
Centros residencia de noche.
Centros residencia a tiempo completo.
Alojamiento en comunidad.

1.º Activación primarias con vistas a la autonomía personal.
2.º Actividades expresivas con un fin psicomotriz.
3.º Actividades ocupacionales como obligación de vida.
4.º Actividades relacionadas en lo social.

## MEDIDAS DE COMPRESION ASISTENCIAL

Vigilancia de noche.
Servicio de enfermería a domicilio.
Servicio doméstico a domicilio.
Comidas a domicilio.
Servicio para incontinencias.

## MEDIDAS DE ASISTENCIA PSICOLOGICA

Diagnósticas.
Terapéuticas.
De apoyo.

## MEDIDAS DE SOSTENIMIENTO Y DE SUPLENCIA

Personal de acompañamiento (utilización de voluntarios cuando sea posible).
Estancia en casas familiares durante el día.
Estancia en casas familiares durante la noche.
Estancia en casas familiares a tiempo completo.

## MEDIDAS DIFERENTES

# FRONTERAS DEL ENFOQUE MEDICO-INDUSTRIAL DE LA REHABILITACION MEDICO-FUNCIONAL Y VOCACIONAL (*)

Ramón Puig de la Bellacasa
FUNDESCO

Es abundante la literatura que, en unos casos, refleja los conceptos que actualmente predominan en el ejercicio de la rehabilitación entre los profesionales que intervienen en el proceso y en otros presenta los resultados de investigaciones de carácter general las menos y de carácter puntual en la mayoría. La conceptualización implícita o explícita que ha venido experimentando la rehabilitación desde una perspectiva médico-funcional en los últimos veinte o treinta años, podemos sintetizarla en: 1) un proceso expansionista y totalizador ("comprehensivo") extremadamente ambicioso; 2) una mimetización progresiva de los métodos de producción de la industria; 3) una revisión en curso. Vamos a explicarlo por partes.

## 1) Proceso expansionista

En los años cincuenta la medicina de la rehabilitación era todavía eso: la medicina de la rehabilitación. Incluso el concepto de rehabilitación obedecía a una perspectiva meramente médica con los apoyos subordinados de otras ramas para-médicas (enfermería, fisioterapia y, sólo en tiempos recientes la terapia ocupacional). Sus objetivos iban dirigidos a la restauración de capacidades funcionales de tipo motor y los profesionales que comenzaron a nutrir esa especialidad eran predominantemente traumatólogos, neurólogos, médicos, ortopedas, reumatólogos.

El proceso totalizador y "omnicomprehensivo" de la rehabilitación surge de modo natural a partir de los complejos problemas de reinserción social que planteaban los afectados por secuelas de guerra, tras aplicárseles

---

(*) Informe tomado del documento de trabajo presentado por el SIIS en el Pre-Taller sobre Nuevos Perfiles para Programas Innovadores en Rehabilitación Profesional, celebrado en Bogotá los días 19-21 de junio de 1989.

las técnicas quirúrgicas, ortopédicas, cinesiológicas, etc. propias de la medicina. Ya en plena guerra mundial el Dr. Howard Rusk definía la rehabilitación como una restauración hasta el máximo nivel físico, social, vocacional y económico posible. El ha sido el mentor de todo el movimiento de los médicos rehabilitadores por conseguir el reconocimiento de su especialidad. Para cuando ese reconocimiento llegue (en España en 1969), la enorme amplitud del concepto estará obligando ya a un reparto del trabajo, a la incorporación de otros profesionales, a eso que se ha dado en llamar el equipo de la rehabilitación ("rehabilitation team").

La propia dinámica iniciada por los primeros que tomaron conciencia de la polivalencia desbordante de su trabajo de restauración, los médicos, ha conducido a la desmedicalización del concepto de rehabilitación.

De este modo, Rehabilitación Internacional hoy en día distingue oficialmente a través de las sesiones de su reciente 16º Congreso Mundial entre "Community based Rehabilitation" (Rehabilitación en la Comunidad), "Vocational Rehabilitation" (Rehabilitación Profesional), "Educational Rehabilitation" (Rehabilitación Educacional), "Social Rehabilitation" (Rehabilitación Social), "Geriatric Rehabilitation" (Rehabilitación Geriátrica), "Psychological Rehabilitation" (Rehabilitación Psicológica), "Rehabilitation Engineering" (Ingeniería o Tecnología de la Rehabilitación) y "Medical Rehabilitation". Es decir, hasta ocho perspectivas distintas para cuestiones que conciernen a un sujeto indivisible: la persona en proceso de rehabilitación. Incluso aunque a algunos médicos rehabilitadores les parezca injustificada, existe la rama de la "Rehabilitación Psiquiátrica" ("Psychiatric Rehabilitation"), distinta de aquella psicológica.

¿Es el médico rehabilitador una especie de controlador de todo el proceso, que debe conocer profundamente todas las situaciones de deficiencia

o discapacidad posibles y todas las técnicas médicas o "sus especialidades"- que sirvan para rehabilitar? Hay quien piensa que sí. ¿O se trataría más --- bien de contar con buenos rehabilitadores con una orientación traumatológica, neurológica, ortopédica, cardiovascular, neuropsiquiátrica, foniátrica o audiofonológica, etc., o sobre técnicas afines aplicables en dos o tres ramas?. Este tipo de rehabilitador nunca sería un supercontrolador de todos los aspectos, aunque sí podría estar llamado a asumir una responsabilidad de coordinación de los profesionales para-médicos. En cualquier caso su papel es mucho más discreto de lo que la otra hipótesis propugna, por la importancia -- enorme que tienen en la rehabilitación los factores psicológicos, pedagógicos, sociales, laborales, etc. para todos los cuales el único líder es el -- propio individuo que tiene que rehabilitarse y todo lo más se admite la figura coordinadora del consejero de rehabilitación, con el acento puesto sobre todo en la inserción socio-laboral.

La línea totalizadora bajo la figura del médico rehabilitador la siguen manteniendo algunos sectores médicos que definen a la Rehabilitación como "aquella parte de la Medicina que trata de solucionar al máximo el déficit producido por la agresión patógena, consiguiendo en un tiempo mínimo, la vuelta de cada individuo a su estado primitivo o al que, como humano, le --- corresponde llevándole hasta un acoplamiento social y laboral tan completo - como pueda alcanzarse" (1 ).

El mismo autor contempla objetivos de la rehabilitación médica, que "no sólo se refieren a la 'curación física', sino también a la 'curación social' como los siguientes:

a.- reintegrar al minusválido a su antigua ocupación.
b.- prepararle para cualquier clase de empleo a tiempo completo.
c.- prepararle para un empleo a tiempo parcial u ocupación protegida.

d.- devolverle la confianza en sí mismo para hacer frente a las exigencias de la vida cotidiana".

Bajo esta perspectiva, añade: "En algunas lesiones o enfermedades agudas, el médico necesita la ayuda y colaboración de un equipo de enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, técnicos protésicos, asistentes sociales y demás personal paramédico que constituye el equipo de rehabilitación".

Otras experiencias y recientes trabajos de investigación parecen demostrar que la medicina rehabilitadora debe situarse dentro de un puzzle, donde su papel es evidentemente importante pero no es el determinante último del éxito del proceso rehabilitador, salvo para aquellos casos de deficiencias de menor gravedad y con una necesidad de atención temporalmente reducida (2).

Especialmente cuando todo el proceso ha ido adquiriendo el aspecto de una cadena de montaje, donde hay un sujeto, en el cual, por sus limitaciones funcionales, se tiende a localizar el problema de no ser apto para las exigencias del entorno físico y social, obligando por tanto a ese sujeto a someterse a un proceso de reciclaje.

2) Mimetización de la industria

¿Es sólo una coincidencia el que la rehabilitación médica se haya consolidado en una época de boom económico e industrial? ¿Es casual que cuando las técnicas de organización y métodos en la producción, de selección de personal y de trabajos en cadena alcanzan su auge, surgen y se consolidan los conceptos de rehabilitación profesional ("Vocational rehabilitation")? Parece evidente que no, como tampoco lo es el que cuando las sociedades occidentales entran en crisis y el paro se generaliza se acuñen otros conceptos

que, más allá de la cultura del trabajo, dan cabida a cuestiones relaciona-- das con otros objetivos vitales del ser humano como la sexualidad, el esparcimiento, la autonomía, etc. El primer movimiento es lo que hemos llamado -- "mimetización de la industria", el segundo nos dará pie a ver las líneas más destacadas de una "revisión en curso".

La "filosofía" de la rehabilitación médica establecida en plena II - guerra mundial por el Dr. Rusk, como una "filosofía de responsabilidad médica" se ha mantenido hasta hoy con el objetivo de restaurar al individuo "a - su óptimo nivel de autocuidado y de actuación funcional" ( 3 ). Este concepto se estructura como una 'tercera fase de la asistencia médica'. Esta perspectiva es la que, a nuestro modo de ver, obedece a una visión industrial de la medicina rehabilitadora, aunque la transferencia tal vez sea inconsciente. - La primera fase es la preventiva, la segunda la curativa y quirúrgica y la - tercera la rehabilitadora. Esta es la medicina en cadena definida por los médicos norteamericanos, con Rusk a la cabeza en los años 40, y consolidada en las décadas sucesivas en todo el mundo. Evidentemente, este modelo ha dado - resultados muy beneficiosos y bajo él se han inventado y diferenciado técnicas de enorme valor para sacar a innumerables pacientes de la pasividad, en- la que la técnica de la convalecencia sin horizontes les sumían anteriormente. Prueba de ello son las sucesivas ediciones de manuales de rehabilitación médica, como el Krusen's handbook of Physical medicine and rehabilitation -- ( 3), cuyo índice es un buen exponente de la cantidad de "herramientas" hoy en día disponibles en la medicina rehabilitadora.

Los servicios de este tipo de medicina vinieron encuadrados desde un principio bajo el análisis del costo beneficio ( 3 ) =

$$\boxed{\text{Eficiencia económica}} = \frac{\text{beneficios obtenidos}}{\text{inversión}} =$$

$$= \frac{(P + C_{\overline{SR}} - C_{\overline{DR}}) T - C_R}{C_R}$$

donde

P = Productividad vocacional

$C_{\overline{SR}}$ = Costo de atención y mantenimiento sin rehabilitación

$C_{\overline{DR}}$ = Costo de atención y mantenimiento tras la rehabilitación

$C_R$ = Costo de rehabilitación

T = Tiempo de supervivencia en años

$$\left| \overline{\text{Eficiencia humana}} \right| = \frac{\text{Actuación real}}{\text{Actuación óptima}}$$

¿Tendremos que avanzar en los años 70 para que conceptos como los de "normalización" y "mainstreaming" empiecen también a hacer mella en la bien estructurada ideología médico-industrial de los rehabilitadores?. La rehabilitación médica, aún habiendo dado cabida en las últimas décadas a otras especialidades para-médicas, se encuentra todavía en muchos países lejos de alcanzar las mejores cotas de ese paradigma organizativo del "equipo", del "plan" y del "proceso" que ha tomado de la organización de la sociedad industrial y de los objetivos de la eficacia productiva del modelo capitalista. Las cuestiones y la revisión procedente de otros sectores profesionales y asociativos han entrado muy poco todavía en la práctica médica. Sin embargo hay algunos signos y líneas de revisión que pueden analizarse (4).

3) Una revisión en curso

Ya a principios de los 80 se publican trabajos "intercontinentales"

USA-Europa ( 5 ) que dejan entrever apreciables diferencias en relación con - el peso de los aspectos sociales y la apertura de la medicina rehabilitadora hacia otras ramas profesionales, aunque manteniendo la visión hegemónica del papel del médico. No obstante, la comunicación con los "consumidores", los - administradores locales y sociales, etc. figuran ya como líneas prioritarias a tener en cuenta.

Esto supone ya una brecha en la visión totalizadora más arriba men-- cionada. La irrupción de la Clasificación de Deficiencias, Discapacidades y- Minusvalías, de la OMS, que se va teniendo en cuenta en esos trabajos implica un redimensionamiento de los aspectos sociales y funcionales, y del impacto del entorno humano y físico, en el que la sociedad tiene una responsabilidad indudable. La clasificación de la OMS, no obstante ser un producto del - paradigma médico-industrial es en realidad un caballo de troya dentro de ese mismo paradigma.

En el mismo estudio ( 5 . pag. 64) hay unos comentarios de la Dra. -- Gonnella preguntándose si el modelo conceptual, el paradigma de la rehabilitación entendida como "tercera fase de la medicina", no habrá dejado de ser válido y no debería ser sustituído por uno más integrado en los "conceptos - holísticos de la asistencia a la salud que están emergiendo". Esa visión "holística" que, bien entendida, desarmaría las actitudes hegemónicas del médico sobre otros profesionales y vaciaría de pretextos a las polémicas y con-- flictos entre el médico rehabilitador y, por ejemplo, el fisioterapeuta, el terapeuta ocupacional, el psicólogo, etc.

Investigaciones citadas también más arriba ( 6 ) ponen de relieve que la pretensión de la medicina rehabilitadora de incluir la rehabilitación profesional como un aspecto de la dirección clínica del caso no es razonable ni ha dado resultado. El tipo de valoraciones que la medicina realiza en rela-- ción con la prógnosis laboral del paciente se han revelado en muchos casos -

simplistas y divorciados de las circunstancias reales del mundo del trabajo, que además está siendo transformado por la automación y por otras innovaciones tecnológicas. Son otras las fuentes de valoración especializada que deben dar soluciones a los aspectos cruciales de la rehabilitación vocacional o profesional. Las aspiraciones de control totalizador del proceso de rehabilitación por parte del médico rehabilitador deben dejar paso a un papel mucho más modesto, sobre todo en lo que al acceso del cliente al mundo del trabajo se refiere. También en otros aspectos la medicina rehabilitadora ha comenzado a matizar y distribuir juego entre los distintos profesionales que intervienen en ella. La investigación en materia de rehabilitación arroja cada día más un elevado porcentaje de trabajos protagonizados por las profesiones no médicas. Basta para ello asomarse a publicaciones interdisciplinares como el International Journal of Rehabilitation Research, a las conferencias de la Sociedad para la Investigación sobre Rehabilitación ( 7 ) o a los Congresos Mundiales de Fisioterapia ( 8 ).

Resulta muy arriesgado dentro de la enorme complejidad del tema, aventurar un resumen de cuáles son las líneas de cambio en el paradigma de la rehabilitación médico-industrial, que ha incluído también de forma tradicional a la rehabilitación profesional o vocacional.

No obstante, se pueden apuntar los siguientes campos donde algunas cuestiones clave se están moviendo y donde deberíamos concentrar nuestra reflexión y nuestros esfuerzos para mejorar objetivos y servicios:

- Integración de la medicina rehabilitadora dentro de los servicios de salud desde una perspectiva holística y comunitaria.

- Revisión de las tendencias totalizadoras de la medicina rehabilitadora, redimensionando sus aspiraciones en función de otros saberes y especializaciones de muy distinta procedencia profesional.

- Desplazamiento del punto de vista, del "paciente" al entorno físico y humano, mediante los instrumentos y los conceptos que nos --- ofrecen tanto la Clasificación de la OMS como los logros de los movimientos y programas de "vida independiente" o autonomía personal.

- Revisión de los criterios y técnicas de valoración y evaluación de la incidencia del entorno sobre el sujeto de la rehabilitación, de la situación del propio sujeto desde un punto de vista funcional y de los resultados del proceso de rehabilitación a todos los niveles ( 9 ) incluída la valoración médico-legal de la discapacidad residual y de la minusvalía ocupacional (2).

- Apertura de la rehabilitación profesional a técnicas de capacitación profesional y de empleo más acordes con los mecanismos del -- mercado de trabajo y con la innovación tecnológica dentro del tejido social y de la comunidad (8 ).

- Promoción de investigaciones en materia de rehabilitación médica - y vocacional que desborden los tradicionales métodos de carácter - estadístico y tengan en cuenta las técnicas de diseño experimental basadas en el caso individual, y que aborden de forma creciente temas y metodologías interdisciplinares.

La documentación que ha seleccionado el Centro de Documentación del Real Patronato creemos que, sin ser exhaustiva, en gran medida avala lo dicho anteriormente, tanto en lo que se refiere al perfil de la rehabilitación médica y vocacional dentro del paradigma médico-industrial, como a las líneas de cambio que se aprecian en los últimos años.

El bloque documental incluye publicaciones muy dispares y de calidad desigual que han sido agrupadas en cuatro partes, con ánimo de orientar la -

reflexión, el diálogo y la crítica.

1.- Libros y documentos de carácter general con orientaciones, criterios y metodologías de la rehabilitación médico-funcional, clásicos en unos casos y atípicos en otros.

2.- Artículos sobre la formación y las funciones de algunos de los profesionales que intervienen en la rehabilitación médico-funcional.

3.- Documentos y libros con terminología, normas, orientaciones, informes de situación y planteamientos metodológicos de la rehabilitación profesional.

4.- Repertorios de investigación en curso, actas de congreso y artículos referentes a todos los aspectos de la rehabilitación, principalmente en su vertiente más aplicada, pero incluyendo también aportaciones teóricas valiosas anteriormente citadas, y aspectos relacionados también con la formación de los profesionales. Hay que destacar además en esta cuarta parte la documentación relativa a la evaluación de los procesos rehabilitadores.

Esta documentación ilustra, entre otras cosas, la riqueza de instrumentos y medios que el paradigma médico-industrial ha sabido desarrollar además de sus debilidades o hipertrofias. Hay en ella también trabajos que pertenecen a otro bloque de documentación: el de la tecnología y la autonomía personal y su paradigma cívico-político. No parece posible discutir la realidad del primero de los paradigmas sin atender a las aportaciones que se están produciendo dentro del segundo.

En la mayoría de las publicaciones que se incluyen sólo se ha facilitado el índice de las mismas. Todas ellas pueden ser consultadas en el SIIS.

REFERENCIAS

1.- CARABIAS, A. "Indicadores de eficacia. Fase terapeútica". Encuentro Internacional de Centros de Rehabilitación de Minusválidos Físicos. Majadahonda, Madrid, Fundación MAPFRE, 1987, págs. 31-40.

2.- CORNES, P. y HUNTER, J. (eds.). Work, disability and rehabilitation. Michigan, University Center for International Rehabilitation, 1985, 159 - págs.

3.- KOTTKE, F.J. y otros. Krusen, medicina física y rehabilitación. Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana (3ªed.), 1988, 1050 págs.

4.- PUIG DE LA BELLACASA, R. Aplicaciones de las telecomunicaciones y de la informática a la rehabilitación, educación y asistencia de ciegos, ciegos-sordos y deficientes visuales. Madrid, FUNDESCO, 1979, 203 págs.

5.- HOOK, O. y CHANTRAINE, M.D. Rehabilitation medicine. European views:Implications for the U.S. New York, World Rehabilitation Fund, 1981, 63 - págs.

6.- Proceedings of the First European Conference on Research in Rehabilitation. Edinburgh 6th-8th April 1983. International Journal of Rehabilitation Research, Suplemento nº 4, vol. 8, nº 3, 1985, 114 págs.

7.- Proceedings of the Second European Conference on Research in Rehabilitation. International Journal of Rehabilitation Research, Suplemento nº 5, vol. 10, nº 4, 1987, 345 págs.

8.- Tenth International Congress of the World Confederation for Physical - Therapy. Proceedings. Sydney, Australia, 1987, 2 vols.

9.- FUGL-MEYER, A. "Realidad social de la rehabilitación. La integración - social del minusválido". Encuentro Internacional de Centros de Rehabilitación de Minusválidos. Madrid, Fundación MAPFRE, 1987, págs. 63-73. (Texto en inglés).

# TRANSICION DE LA ESCUELA AL TRABAJO DE LOS JOVENES MINUSVALIDOS

Jesús Díaz Pereira
I.N.S.E.R.S.O

## I. ACERCA DE LOS PRINCIPIOS DE REHABILITACION EN LA COMUNIDAD.

Facilitar o incrementar la integración social de los discapacitados constituye la diana común para los diferentes objetivos que caracterizan las distintas fases o procesos de su rehabilitación. El informe de la OCDE sobre la Integración Social de los Jóvenes Minusválidos, resume entre la enorme cantidad de temas el objeto de análisis de las últimas tendencias a través de seis puntos de singular importancia:

1.- Considerar una población compuesta por personas con NECESIDADES especiales.
2.- Los objetivos para los programas deben ser UNICOS para todos los niños, jóvenes y adultos.
3.- Distinguir entre las características funcionales (capacidades residuales y discapacidades) y la minusvalía que potencialmente resulta de ellas.
4.- Entender la probabilidad de que la minusvalía de una persona sea resultado tanto de las condiciones sociales y ambientales como de sus deficiencias y discapacidades.
5.- La clasificación y categorización de una persona no identifica sus NECESIDADES especiales, de manera que se llegue a establecer un -- PROGRAMA flexible e individual para satisfacerlas.
6.- La prestación de SERVICIOS por CATEGORIAS de individuos, basados en el concepto de minusvalía como defecto intrínseco, no conduce a programas adecuados para muchos niños o jóvenes con discapacidades múltiples, ya que es la persona la que se adapta al programa en vez de ser éste el que diseña la forma de adaptación. Es el programa quien está destinado a satisfacer las necesidades del individuo.

Estos principios son igualmente aplicables a la universalidad del proceso rehabilitador y deberían informar cualquier revisión dirigida a optimizar la calidad de las actuaciones con los discapacitados.

Por la profundidad que su análisis conlleva nos detendremos a detallar el significado de estos principios.

PRIMERO.- Son las necesidades de los individuos quienen exigen diferentes servicios.

Cualquier planificación de la rehabilitación en la comunidad debe contar con un minucioso estudio de las necesidades de sus usuarios y en segundo -- lugar con la decidida participación de los mismos.

En tal sentido se declara el informe sobre el desarrollo a escala humana, del Centro de Alternativas del Desarrollo de la Fundación Dag Hammarskjöld, que establece ,en especial para América Latina a través de las formas de planificación empleadas hasta el momento en el subcontinente, nuevos enfoques acerca de las relaciones entre necesidades y satisfactores, generando una - filosofía e incluso una política por lo que respecta a la forma del desarrollo humanista donde la subjetividad tiene su participación. Se trata de la articulación de lo personal con lo social, de lo micro con lo macro, de la - planificación con la programación, invirtiendo de este modo los procedimientos habituales de planificación. En este sentido convendría citar las micro-organizaciones de FUNDEC (Brasil), GRAMEEN BANK (Bangladesh) y Organizaciones Económicas Populares (Chile).

Generalmente, cuando se habla de estudiar necesidades suelen emplearse las metodologías al uso de la tecnocracia incurriendo en lugares comunes como:

1.- Pretensiones exhaustivas en un censo de minusválidos.
2.- Inventario de recursos, funciones, competencias, medios humanos y materiales, etiologías, etc.
3.- Disposiciones legales con las múltiples competencias y tareas asignadas normativamente a cada institución en donde predominan las mayúsculas de las declaraciones sobre las minúsculas de los desarrollos concretos.

Los minusválidos han contestado desde la preparación del Año Internacional del Minusválido en Winnipeg (Canadá,80) en la Comisión de Participación a lo largo del Congreso Mundial de Rehabilitación Internacional e igualmente recogido en el Informe de la Reunión Internacional de Expertos en Legislación para la Igualdad de Oportunidades de las Personas con Discapacidad,-- celebrado del 2 al 6 de junio de 1986 en Viena.

La planificación en la actualidad debe recoger las necesidades de los individuos como un proceso de feedback, al servicio de aquilatar de antemano la orientación y asignación de los criterios y recursos disponibles.

No es baladí que los últimos procedimientos de evaluación y planificación vigentes en el campo partan de los criterios, opiniones y necesidades reseñadas por los propios consumidores VG,PASS,PMR,GEP. (Véase a modo de - ejemplo: Cómo establecer prioridades en la elaboración de programas asistenciales.McGee. Un modelo para Uruguay. MASLOW 54 y C. ROBERS 51).

SEGUNDO.- Objetivos únicos para todos los niños,jóvenes y adultos.

La diferencia entre lo normal y sus desviaciones, aquello que parece no serlo tanto, ha venido adquiriendo en los últimos años una gran relatividad. En tal sentido, Bank Mikkelsen explicaba en la sede de Investigaciones Científicas de Madrid, hace ya más de 15 años, esa larga "marcha" hasta conseguir la Declaración de los Derechos Generales y Especiales del Deficiente Mental y su asunción por la ONU el 20.12.71.

Los múltiples esfuerzos para la comprensión de los organismos y profesionales de un concepto hoy ya cotidiano como es el de la normalización, -- esto es, las posibilidades de que los deficientes sencillamente hagan una vida tan normal como puedan.

Wolfensberger se refiere a este concepto desde el punto de vista operativo como la utilización de medios lo más normativos posibles desde el punto de vista cultural para establecer y/o mantener comportamientos y características personales que sean lo más normativos posibles. En tal sentido, normalizar es poner a disposición unos modos de existencia similares a los de la sociedad en los que están integrados, una inserción de forma en el fondo de una radicación ecológica del individuo en su medio.

Se cuestionaría en esta concepción aquellas instituciones eminentemente cerradas, entendidas o llamadas tradicionalmente "integrales" en donde la forma de la jornada recuperadora, los tipos de deficiencia, las condiciones del ámbito en que se desarrolla y los objetivos distan de homologarse al - carácter normalizado y multidimensional de la vida comunitaria cuyo ejer-- cicio permite la posible integración social (Wirje).

INTEGRACION SOCIAL

NECESIDADES

Físicas
Funcionales
Personales
De consumo

CONCORDANCIA CON JERARQUIA
DE NECESIDADES:
Fisiológicas
Seguridad
Pertenencia y amor
Estimación y aprecio
Autorealización

MEDIOS
Familiar
Escolar
Laboral
Comunitario

TERCERO.- Diferenciación de las características funcionales y minusvalía. En la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías se emplean las definiciones de la O.M.S.(1980) sobre la diferencia de concepto entre discapacidad y minusvalía: por minusvalía entiende la O.M.S una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad que impide o limita el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de edad, sexo, factores sociales y culturales). Ya en el Programa de Acción Mundial para los Impedidos, publicado por las Naciones Unidas y editado por el Real Patronato español, se recoge esta - acepción, cuando se dice que constituye la minusvalía una disfunción de la relación entre persona impedida y su ambiente. Esto sucede cuando barreras de distinta índole impiden a ciertas personas el acceso a los diversos bienes de la sociedad que se encuentran al alcance de los demás ciudadanos. Se

trata pues de una limitación de oportunidades en la participación de la vida comunitaria en pie de igualdad con respecto de los demás ciudadanos.

Por discapacidad entiende la O.M.S la restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad en la forma, o dentro del margen de lo que se considera "normal". Esta concepción puede objetivarse con respecto al criterio objetivable de lo normal. Aplicado al campo de la recuperación profesional, una discapacidad puede no constituir una minusvalía para ciertos trabajadores; para otros esa misma discapacidad puede convertirse en una grave minusvalía (ejemplo: meñique del violinista).

| A. DISCAPACIDAD | B. MINUSVALIA |
|---|---|
| 1. Conducta | 1. Orientación |
| 2. Comunicación | 2. Autonomía física |
| 3. Autocuidado | 3. Movilidad |
| 4. Locomoción | 4. Ocupacional |
| 5. Posición y esfuerzo | 5. Integración social |
| 6. Destreza | 6. Autosuficiencia económica |
| 7. Situación ambiental | 7. Otros |
| 8. Aptitud | |

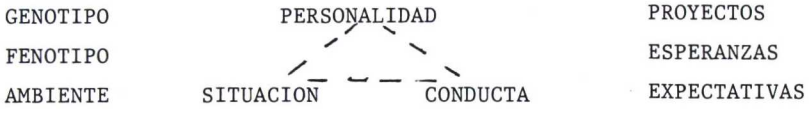
CUARTO.- La minusvalía de una persona sea resultado tanto de las condiciones socioambientales como de sus deficiencias. En tal sentido se recoge en el ya mencionado Programa de Acción Mundial para Personas con Minusvalía.

La concepción interactiva constituye la evidente aplicación de la fórmula de Lewin(1935) C=f(S,P) donde la naturaleza y magnitud de la respuesta de una persona es función de la situación estimulante S, en que se encuentra y la naturaleza de la personalidad P. En la personalidad cabe distinguir a su vez sus características estables (rasgos) y sus manifestaciones fluctuantes (estados) (Catell,1965).

Los comportamientos de un individuo están en función de la interacción acumulativa de tres tipos de factores: genéticos(B), ambientales (H) y las propias vivencias o experiencias personales (V) según Baten(1980).

La conducta varía en función de las consecuencias del medio ambiente,pero esta conducta está afectada por la variable interpersonal "O", en el paradigma S-O-P-, esta variable se encuentra integrada por el mundo subjetivo del orga-

nismo operante, a través de su instrumentación material (psicofísica) experiencial y prospectiva. Si bien el individuo puede elegir respuestas diferentes en diversos ambientes, así como gran parte del medio social de una persona está engendrado por su propia conducta se produce en el proceso interactivo un determinismo recíproco. Se produce esta interacción en un modelo pluridireccional de causalidad reticular.




Aparte de las explicaciones de este módulo conductista podrían utilizarse los esquemas del análisis sociológico que termina haciendo referencia a los mecanismos marginadores de una sociedad "apolinea" que genera marginación a través de normas diseñadas para esa mayoría "normal", esa normalidad que -- Ajuriaguerra considera utópica: la dotación hereditaria, la interacción fenotípica, el acceso a los servicios comunes de socialización, aculturación y medios productivos en donde el ejercicio de la personalización pueda llevarse a cabo en igualdad de oportunidades con los otros compañeros, su edad y condiciones, en orden a la realización de sus proyectos personales compatibles con sus capacidades residuales, su nivel de aspiraciones y expectativas del desarrollo e integración social. La evaluación del "campo abierto" no genera los estigmas yatrogénicos y sin embargo sí la institucionalización, hospitalización crónica y aparcamientos gravosos para el erario público y por sus indeseables efectos (les exlus) como dice poéticamente G. Murray (directora del Instituto Saint-Andrè a Cernay): "je t'ai exclu et j'ai retrouvè ma tranquilitè et surtout ma bonne conscience".

QUINTO.- El programa de recuperación de carácter individual y flexible es la manera de responder a las necesidades,no su clasificación y categorización.

El desarrollo de la rehabilitación acusa desde sus orígenes el método original bio-clínico caracterizado por una dotación exhaustiva de los servicios de calificación y diagnóstico frente a los de atención y tratamiento . Están afectados de cierta despreocupación por el seguimiento, ya que cuando se efectúa responde generalmente a exigencias burocráticas para una evalua-

ción gestora o revisiones más rituales que operativas.

El Programa Individual debe responder a la satisfacción de las necesidades individuales y específicas a través de las medidas consecuentes para la superación de dificultades que afectan al discapacitado,así como aquellos satisfactores sinérgicos que, en lugar de satisfacer una determinada necesidad, contribuyen a la satisfacción simultánea de otras necesidades.

Los satisfactores han sido impulsados generalmente de arriba abajo por acción directiva, en detrimento frecuentemente de las necesidades individuales, fomentando el incremento o peso de la propia institución.

La institución como elemento visible del poder tiende a potenciarse con sus propias actuaciones, generando elementos destructores, pseudosatisfactores o satisfactores inhibidores.

En el Proceso para un Programa de Rehabilitación (1974) ya marcábamos la multidimensionalidad del problema individual y la necesidad de la sectorización de servicios y de su coordinación, en lo que llamábamos "línea dinámica" en la comunidad. Recientemente han sido aprobadas la Circular y Resolución para el Desarrollo de las Prestaciones de Recuperación Profesional. En la elaboración de esta norma se advierte:

1.- De los peligros de confundir el soporte físico del programa de recuperación (proceso cualitativo).
2.- Igualmente el expediente individual no corresponde al expediente administrativo (cautela sobre desviaciones burocráticas).
3.- La Recuperación Profesional como servicio social, pero sectorizado, jerarquizado y normalizado dirigido a todos los ciudadanos que los requieran. Facilitar la integración social del beneficiario (medio).
4.- Establece y desarrolla por vez primera el "salario social" del subsidio de recuperación profesional, beca de asistencia y ayudas económicas para obtener medios que faciliten la autonomía personal, modificación del medio de inserción como lugar y trabajo, así como los medios de transporte personal.
5.- No establece un soporte específico, sino que cada equipo multiprofesional establece sus propios medios sin merma que se produzcan tras la fase experimental encuentros dirigidos al intercambio de experiencias.

6.- Por otra parte, no crea soportes administrativos nuevos, se parte de la utilización de las restantes prestaciones económicas y sociales, ya dominadas por el personal técnico, de forma que no suponga formalmente una novedad burocrática.

7.- Se regula o precisa la aplicación de los artículos referidos al tema de la Ley General de Seguridad Social estimulando progresivamente a la atención de este colectivo.

8.- Hace especial hincapié en el seguimiento ordenando informes preceptivos con carácter bimensual.

9.- Se establece la Red de Servicios integrados contando con iniciativas colaboradoras públicas y privadas, potenciando las posibilidades de-normalización y acceso al recurso más próximo.

10.- Se clasifican conceptos del campo recuperador hasta el momento sólo enunciados en las normas reguladoras.

## CARACTER DEL PROGRAMA INDIVIDUAL

El programa individual debe responder, según la propia circular a:

a) Metodología sistematizada.
b) Flexible a las exigencias del sujeto y al curso evolutivo del programa.
c) Responde a las posibilidades terapéuticas del beneficiario con respecto a los recursos más inmediatos de su entorno.
d) Preciso en el tiempo. Temporalizando en un cronograma concreto el orden y secuencia de las medidas.
e) Los servicios y proveedores que los imparten.
f) Presupuesto económico estimado.
g) Margen de probabilidad acerca de cada una de las medidas estimadas.
h) Garantías formales y temporales de seguimiento (follow-up).
i) Conformidad y conocimiento participado del interesado.
j) Autorizaciones reglamentarias según derecho que les asiste de acuerdo a la naturaleza de estas prestaciones.

Cada programa será tutorizado por un miembro del equipo y los servicios se prestan con carácter ambulatorio estableciendo prestaciones para alojamiento, transporte y comedor de carácter individual.

El estímulo de la asistencia prima ante la normalización horaria, esto es, la dedicación recuperadora con un tiempo similar al laboral. De igual forma, este salario social puede superar holgadamente el salario mínimo interprofesional.

El derecho a la prestación permite que en la importantísima fase de orientación pueda percibir este salario, de manera que se dedique el tiempo necesario para establecer medidas participadas y concienciadas por el propio sujeto .

SEXTO.- Si bien determinadas minusvalías exigen en ciertos momentos de su rehabilitación una atención especializada (hospitalización) generalmente la solución a los problemas de cada minusválido puede encontrarse en la comunidad. Esta apreciación permite,en la medida de lo posible una programación en medios normales.

Toda minusvalía es integral. Oponer minusvalías físicas, mentales, sociales, no es más que un ejercicio académico o una coartada-dice Claude Verl-. Es muy comprensible que una determinada propiedad sea una minusvalía en unas circunstancias y una ventaja en otras.

Esto constituye una razón para negarse a definir la minusvalía según categorías apriorísticas y para aferrarse a una concepción que lo relaciona con la historia del individuo... (La minusvalía al despojarse de sus caracteres calificativos asume la forma de un fenómeno cuantitativo. La cantidad se inscribe en el tiempo). En ciertos casos, la normalización parece no ser posible. Pueden buscarse soluciones "especiales". Un caso universalmente conocido es el aula especial e integrada.

Indudablemente, se requiere personal suplementario para atender esa integración y existen estudios favorecedores de una riqueza cualitativa fruto de otras soluciones. Soluciones centradas en las necesidades debidamente diagnosticadas obvian centros de deficientes y ofrecen aspectos cognitivos, afectivos y sociales enriquecedores.

## II. ¿ ESCOLARIZACION ESPECIAL O MARGINAL ?

La educación suele constituir la primera e importante experiencia de la tarea social en la vida de las personas, en ella se aventuran los aprendizajes de tareas grupales y sociales, también puede ser la fábrica del estigma y la marginación hacia fases posteriores.

Los últimos años permiten vislumbrar una irrefrenable tendencia hacia la integración, sin embargo la ausencia de orientación e iniciación profesional posterga sine die la preparación y estimulación de la fuerza de trabajo potencial, tanto en el discapacitado como en los demás jóvenes, la desinformación, la ausencia de un asesoramiento adecuado, la obligatoriedad de elegir o tomar decisiones frecuentemente irreversibles.

El colectivo que nos ocupa es incluso cualitativamente importante. Se da por descontado que en EE.UU. el 9% de la población precisa una educación especial, pero también necesitará ayuda o consejo a la hora de saber qué - hacer y cómo.

Por otra parte suele encontrarse estrictamente relacionada minusvalía y pobreza, en 1978 en el Reino Unido el 32% de los varones discapacitados adultos estaban bajo la línea de pobreza, muy superior a la población general y el 62% de las mujeres discapacitadas solteras padecían dicha desventaja - adicional. La pobreza se encuentra en los subsidios, cuyo mecanismo habitual es rebajar la autoestima imprescindible en el proceso recuperador consecuente.

El desarrollo de la obligatoriedad de la enseñanza crea una situación cuyas soluciones han elegido dos vías:

a) estructuras paralelas de enseñanza
b) exclusión

Las resistencias a la integración se centran en dos argumentos.

a) Pedagógico:
   - la clase normal no proporciona el entorno adecuado
   - carece de personal especializado
   - nivel de obstáculos grande
   - perturba a los compañeros

b) Sociológico:

- relación entre programas de educación especial y otros aspectos económicos, sociales y políticos.

Sintetizando, la posibilidad de integración responde a diversas formula-- ciones relacionadas con :

a) modelos de integración

1.- Asignación durante largos períodos a clases especiales impartidas en una escuela general.

2.- Asignación a clases especiales durante períodos cortos (espera, adaptación, observación, compensación, etc.).

3.- Incorporación individual en clases normales

3.1. Sin ayuda

3.2. Asistida

b) Niveles de integración.

1.- Integración exclusivamente física

2.- Integración funcional o pedagógica (co-partícipe)

3.- Incorporación social (de pertenencia y solidaridad)

c) Colectivos integrados.

I. Posibilidades de integración.

* El problema puede ser:

1.- Físico o arquitectónico

2.- Pedagógico

3.- Aspectos psicosociales: edad
nivel intelectual
personalidad del alumno
ayuda de los padres

* Cambios necesarios para incrementar la integración:

1.- Físicos o arquitectónicos:

1.1. Accesibilidad

1.2. Indicadores sociales

1.3. Seguridad: rampas, ascensores, esquinas, etc.

1.4. Mobiliario, accesorios

1.5. Ayudas técnicas

1.6. Integración funcional o pedagógica

1.6.1. Supervisión médica

1.6.2. Pedagogía especializada

1.6.3. Sesiones de aprendizaje

1.6.4. Proporción de número de alumnos adecuada

1.6.5. Información del profesor de clase normal

1.6.6. Problemas de organización pedagógica:

- Niños con problemas de ajuste
- niños con trasnornos crónicos o recurrentes
- niños con problemas de desarrollo intelectual.Grupos mixtos

2. Integración social. Es posible cuando:

2.1. Aprende de sus compañeros y le ayudan

2.2. Permiten participar en los actos colectivos

2.3. Sea posible un cambio de autoimagen en base a referencias reales

II. Formas actuales de desagregación.

Desde:

- Instituciones residenciales con enseñanza interna
- Residencias u hogares para pequeños grupos,la enseñanza se imparte en escuelas generales y especiales
- Escuelas especiales de día
- Asistencia exclusiva a clases especiales en escuelas generales.
- Clases especiales a tiempo parcial con períodos variables de clases normales en escuelas generales.
- Clases normales con asistencia a clínicas o centros para la enseñanza de recursos.
- Clases normales en que la enseñanza se comparte o combina entre profesor de la clase y un profesor de educación especial que trabaje en la clase normal.
- Clases normales con servicio de apoyo a disposición del profesor de la clase.

Cambios en el sistema educativo que favorecen la integración (Font Cambert, Francia):

1) Profesor como AYUDA del proceso educativo

2) Aumento de rendimiento paralelo a la disminución de las diferencias

3)Relaciones de igualdad en participación y actividades grupales

4) Relación de la escuela con los niños. Metodología centrada en el niño (Blonsky y Freinet), rehabilitadora, correctiva y compensadora.

El desafío de la no segregación consiste en la conversión de estos aspectos ideológicos en líneas de actuación práxicas. Pasa por:

- integración física
- integración social
- incorporación política de las exigencias sociales
- aceptación y respeto frente al rechazo
- diseño de servicios universalistas (individual, integrado, intenso)
- compromiso en la calidad de vida
- experiencia seguida y continuada del programa
- prestaciones y regulación normativa de servicios
- ideología normativa (normalización e institucionalización; integración frente a segregación; modelos programa-desarrollo frente a modelos de programas de custodia)
- responsabilidad fija
- grados definidos
- coordinación regulada de servicios. (La coordinación autorizada se define como un poder públicamente sancionado y suficiente para establecer objetivos generales dentro de un sistema para asignar recursos según estos objetivos y dirigir servicios para asegurar que se consigan estos objetivos. Wolfensberger,W.)
- Autonomías y descentralización. Regionalización
- Distribución de recursos
- Proceso planificación de servicios

ANALISIS OPERATIVO INSTITUCIONAL

Servicios actuales
Total necesidades
Carencias
Prioridades de desarrollo
Estrategias de puesta en práctica
Plan de acción
Dirección y seguimiento, puesta en práctica
Revisión desarrollo servicios

La transición a la edad adulta supone un paso decisivo en la personalización del discapacitado. Requiere un esfuerzo en doble sentido: individual (madurez psicológica y social del discapacitado) y red de servicios adecuados para -- afrontar esta etapa.

En la transición de la escuela al trabajo cabe distinguir al menos tres fases, de acuerdo con las cuatro grandes etapas del joven: autonomía personal y reconocimiento de adulto; vida productiva activa; relaciones sociales y -- participación; papel en el seno familiar). Estas fases son:

1) estudio fiel de escolarización e innovaciones introducidas en los programas y métodos pedagógicos para preparar a la vida adulta;
2) preparación profesional y acceso al empleo. Adecuación metodológica y de criterios;
3) integración social y vida independiente;
4) disposiciones destinadas a facilitar la transición a la vida adulta: pedagógicas, laborales y sociales.

Los componentes de una transición adecuada son la formación cultural y profesional suficiente, un grado aceptable de autonomía personal, socialización y aptitudes adecuadas al buen desempeño de tareas. Por otra parte, las motivaciones exógenas del trabajo son: obtención de salario como medio para inde-- pendizarse; realización personal de un largo proceso de capacitación; garante de autoestima y autonomía e inserción en un medio estimulante.

Problemas generales para el acceso al trabajo de los trabajadores minusválidos:

a) coste elevado de mano de obra
b) falta de oportunidades educativas y prácticas
   - edad de abandono de la escuela
   - economía recesiva
   - lagunas en el diseño curricular
   - opciones limitadas y falta de orientación profesional adecuada y de información y asesoramiento
   - pragmatismo localizado en el empleo a costa de socialización adecuada
c) concienciación prejuiciosa por parte de agentes sociales y otras instituciones.

d) falta de objetivos globales en un programa conjunto de servicios para el "puente" entre escuela y trabajo.

Transición a la vida adulta:

- información, orientación, formación basada en necesidades de mercado, armonizada con las necesidades del beneficiario, autonomía y socialización;
- esquema que debe ser ofertado en función del conjunto de opciones y decisiones potenciales;
- filosofía pesimista versus filosofía rehabilitador-transfer.
  * equilibrio independencia-dependencia
  * criterios prelaborales (preparación para la vida activa)
  * formación post-escolar
  * acceso a la vida independiente
  * enfoque ambiental y relativo de la minusvalía. Criterio ecológico (Hobbs, MacGee).

Aseguramiento interinstitucional e interambiental.

- red de servicios
- integración comunitaria
- orientación comunitaria
  * métodos y políticas integradoras
  * apoyos para la dependencia/independencia
  * servicios por necesidades/categorías de deficiencias
  * empleos/ocupaciones
  * criterios de evaluación
  * participación familiar y elementos comunitarios, voluntariado,etc.

# B I B L I O G R A F I A

Todos los trabajos seleccionados se encuentran para su consulta en el SIIS, centro de documentación e información. Concertado con el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

AUBURN,T.C. y LEACH,S. "An evaluation of the physical environment of two community based homes for the mentally handicapped". The British Journal of Mental Subnormality vol.35 nº 69,1989, págs.81-82.

Basic principles of vocational rehabilitation of the disabled. Geneva, - International Labour Office,1985, 59 págs.

BLANDON,M.L. y CARDENAS,L. Tesauro en rehabilitación profesional. Bogotá. Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional,GLARP, 1988.

BRINKER,R.P. y LEWIS,M. "Making the world work with microcomputers: a -- learning prosthesis for handicapped infants". Exceptional Children vol.- 49 nº 2,1982, págs.163-170.

BURKHEAD,E.J. y otros. "The liberation of disabled persons in a technological society: Access to computer technology". Rehabilitation Literature vol.47 nº 7-8,1986, págs.162-169.

CABADA,J.M. "La integración escolar, posibilidades y límites". Minusval nº 65,1989, págs.23-25.

CALATAYUD,G.M. "El proceso rehabilitador en las minusvalías infantiles". - Minusport nos.40,41,42,1982.

CARABIAS,A. "Indicadores de eficacia.Fase terapéutica". Encuentro internacional de centros de rehabilitación de minusválidos físicos. Madrid, Fundación MAPFRE,1987, págs.31-40.

CARDENAL,F. "Integración de la medicina rehabilitadora en la terapéutica corriente y atención al minusválido en el seno de la comunidad". Encuentro internacional de centros de rehabilitación de minusválidos físicos. Madrid, Fundación MAPFRE,1987, págs.3-23.

CARDENAL,F. "Thoughts on rehabilitation". The African Rehabilitation Journal vol.1 nº 1,1983, págs.22-28.

CITRINOVITZ,J. Rehabilitación basada en la comunidad: Programa provincial para la integración y rehabilitación de las personas con discapacidad. - La Plata, Argentina, 1988, 18 págs.

CLEMENTE,R. y otros. Ceguera. Orientaciones prácticas para la educación y rehabilitación del ciego. Madrid, SEREM,1979, 173 págs.

Community-based rehabilitation services for the disabled: A pilot experience in Indonesia. Geneva, International Labour Office, 1985, 76 págs.

Community care in rural areas. London, Community Care Project, 1986, 24 págs.

CONSEJO DE EUROPA. Léxico de rehabilitación. Madrid, Instituto Nacional de Servicios Sociales, 4ª ed. 1989, 204 págs.

CONSEJO DE EUROPA. Una política coherente para la rehabilitación de las personas discapacitadas.(Resolución AP(84)3, adoptada por el Comité de Ministros el 17 de septiembre de 1984). Estrasburgo,1984, 95 págs.

Consulta internacional sobre equipos multiprofesionales de diagnóstico y - valoración de las minusvalías. Madrid, Real Patronato de Prevención y de - Atención a Personas con Minusvalía, Documentos 3/85, 123 págs.

CORNES,P. y HUNTER,J.(eds.). Work, disability and rehabilitation. Michigan, USA, University Center for International Rehabilitation,1985, 159 págs.

COUNCIL OF EUROPE. Rehabilitation of disabled people. Activity report 1985-1986. Strasbourg, 1986, 37 págs.

CRATTY,B. Adapted physical education in the mainstreaming. Denver,USA, Love Publ.Co., 1989, 574 págs.

CROWTHER,H. "Rehabilitation: its relationship to physiotherapy". Physiotherapy vol.68 nº 7,1982, págs.221-223.

CURTIS,B. How to set up an independent living program. Twenty-seven questions and answers. Houston,USA, ILRU, Issues in Independent Living,1980, 30 págs.

DE JONG,G. "The challenge of middle age for the Independent Living Movement". Disability Studies Quarterly vol.8 nº2,1988, págs.42-46.

DIDIER,J.P. "La formation des médecins spécialistes en rééducation". Réadaptation nº 333,1986, págs.26-31.

EVANS,R.L. "The resource manager in physical rehabilitation". Rehabilitation Literature vol.45 nº 1-2,1984, págs. 16-18.

EVENSON,T.L. y otros. "Family enrichment: A rehabilitation opportunity". - Rehabilitation Literature vol.47 nº 11-12,1986, págs 274-280.

FRASER,R.T. "A needs review in epilepsy rehabilitation: Toward solutions in the 1980s". Rehabilitation Literature vol.44 nº 9-10, 1983, págs.264-269.

FRIEDEN,L. "Independent living models". Rehabilitation Literature vol.41 nº 7-8,1980, págs.169-173.

FUGL-MEYER,A. "Investigación en rehabilitación. Una necesidad interprofesional". Encuentro internacional de centros de rehabilitación de minusválidos físicos. Madrid, Fundación MAPFRE, 1987, págs. 207-210.

GIBSON,D. y otros. "The structure of habilitation". International Journal of Rehabilitation Research vol.10 nº 2,1987, págs. 115-126.

GINE,C. "La educación de alumnos con necesidades especiales". Minusval nº 65, 1989, págs. 20-22.

Glossary vocational rehabilitation and the employment of the disabled. -- Geneva, International Labour Office, 1981, 182 págs.

GOLBERG,R.T. New trends in the rehabilitation of lower extremity amputees". Rehabilitation Literature vol.45 nº 1-2, 1984, págs.2-11.

GOLDBERG,R.T. "Toward an understanding of the rehabilitation of the disabled adolescent". Rehabilitation Literature vol.42 nº 3-4, 1981, págs.66-74.

GRUPO LATINOAMERICANO DE REHABILITACION PROFESIONAL (GLARP). Seminario taller. Rehabilitación profesional con comunidad. Caracas,1987.

HAHN,H. "Public support for rehabilitation programs: the analysis of U.S. disability policy". Disability, Handicap & Society, vol.1 nº 2,1986, págs. 121-137.

HALPERN,A.S. y FUHRER,M.J.(eds.). Functional assessment in rehabilitation. - Baltimore, USA, Paul H. Brookes,1984, 272 págs.

HAMMERMAN,S. "Perspectivas futuras en la rehabilitación". Minusval nº 65, 1989, págs.32-33.

HAMONET,C. "Pour une nouvelle approche médico-sociale du handicap". Les - Cahiers du C.T.E.N.R.H.I. nº 23, 1983, págs.51-56.

HAMONET,C. y HEULEU,J.N. Manual de rehabilitación. Barcelona, Toray Masson, 1982, 185 págs.

HARRIS,S.R. "Physical therapy and infants with Down's syndrome: the effects of early intervention". Rehabilitataion Literature vol.42 nº 11-12,1981, -- págs.339-343.

HART,J.L. y otros. "Transitional rehabilitation: Another step toward community living". Rehabilitation Literature vol.44 nº 5-6,1983, págs.149-152.

HEGARTY,S. y otros. Aprender juntos. La integración escolar. Madrid, Morata 1988, 227 págs.

HELANDER,E. y otros. Training in the community for people with disabilities. Geneva, World Health Organization, 1989, 35 vols.

HERNANDEZ,R. Conceptos sobre medicina rehabilitadora. Madrid, Instituto -- Nacional de Servicios Sociales, Documentos Técnicos 43/86, 87 págs.

HERNANDEZ,R. Temas de biomecánica y patomecánica. Madrid, Instituto Nacional de Servicios Sociales,1987, 404 págs.

HOOK,O. y CHANTRAINE,M.D. Rehabilitation medicine. European views: Implications for the U.S. New York, World Rehabilitation Fund.,1981,63 págs.

HUSS,A.J. "From kinesiology to adaptation". American Journal of Occupational Therapy vol.35 nº 9,1981, págs. 547-580.

La integración en el ciclo medio. Madrid, Centro Nacional de Recursos para la Educación Especial,1988, 207 págs.

International Symposium'88. The latest trends in vocational rehabilitation. Yokohama, R.I. Vocational Commission, Yokohama Rehabilitation Center, 1988.

JANZIK,H. "La importancia de las nuevas tecnologías en la readaptación de las personas con lesiones cerebrales". Siglo Cero nº 115,1988, págs. 42-51.

THE JAPANESE SOCIETY FOR REHABILITATION OF THE DISABLED. Rehabilitation in Japan. Tokyo, 1988, 224 págs.

THE JAPANESE SOCIETY FOR REHABILITATION OF THE DISABLED. Rehabilitation in Asia and the Pacific. Tokyo, 1988,190 págs.

Jornadas sobre microordenadores y discapacidad. Madrid, FUNDESCO-Real Pa-- tronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1986.

KEGEK,B. Physical fitness. Sports and recreation for those with lower limb amputation or impairment. Journal of Rehabilitation Research and Develop-- ment. Clinical Supplement nº 1. Veterans Administration, 130 págs.

KOTTKE,F.J. y otros. Krusen, medicina física y rehabilitación. Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana,1988, 1050 págs.

KULKARNI,M.R. "Rise of the consumerism movement for rehabilitation of the disabled. An overview of the american scene". The Journal of Rehabilitation in Asia vol.XXI nº 3 ,1981, págs. 12-20.

LAM,S.F. "Urban community based rehabilitation. The Hong Kong experience". Comunicación presentada en el Congreso Mundial de Rehabilitación Internacional, Tokio, 1988.

LAMBERT,R.W. "Evaluating the rehabilitation process: An example with the - blind". International Journal of Rehabilitation Research vol.5 nº 4,1982, págs. 487-498.

LEIGHTON,A. Mental handicap in the community. Cambridge, England, Woodhead-Faulkner Ed., 1988, 233 págs.

"Living less restrictively in the community". Rehab Brief, vol.XI nº5,1988.

LIVNEH,H. "Person-environment congruence : A rehabilitation perspective". - International Journal of Rehabilitation Research vol.10 nº 1,1987, págs. -- 3-19.

LOPEZ GONZALEZ,M. ¿Qué opinan los profesores, padres y alumnos de EGB acerca de la integración escolar del deficiente mental?. Revista de -- Educación Especial nº 5, 1989, págs.23-32.

MAPFRE,FUNDACION. Directorio de centros de rehabilitación de minusválidos físicos. Madrid, 1988, 538 págs.

MAPFRE,FUNDACION. Encuentro internacional de centros de rehabilitación de minusválidos físicos. Ponencias y Comunicaciones. Madrid, 1987, 352 págs.

MATKIN,R.E. "Rehabilitation: An ambigous term and an unfulfilled ideal". Rehabilitation Literature vol.46 nº 11-12,1985, págs. 314-320.

MITCHELL,P.C. "Questionnaire on independent living". Rehabilitation International Social Commission. Social Rehabilitation Seminar Proceedings . Tenryu, Japan, 1988, págs. 67-81.

NACIONES UNIDAS. Programa de acción mundial para las personas con discapacidad. Madrid, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con - Minusvalía, 1988, 129 págs.

Normas internacionales del trabajo sobre la readaptación profesional. Oficina Internacional del Trabajo, 1984, 37 págs.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPEES. Functional rehabilitation and support services. Québec, 1981.

OKA,Y. "Self-reliance in interdependent communities: Independent living of disabled persons in Asia-Pacific Region". Hamamatsu, Japan, Post Congress Seminar on Social Rehabilitation, Rehabilitation International,1988, págs. 95-108.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Prevención de incapacidades y rehabilitación. Serie Informes Técnicos nº 668. Ginebra,1981, 43 págs.

PAN,E.L. y otros (eds.). Annual review of rehabilitation. Vol.I, New York, Springer Publishing Company,1980, 400 págs.

PARREÑO,J.R. "El minusválido y su rehabilitación a través de la historia". Rehabilitación vol.12 nº 4, 1978, págs. 421-429.

PAYNE,J.S. y otros. Rehabilitation techniques. Vocational adjustment for - the handicapped. New York, Human Sciences Press, 1984, 190 págs.

PFEIFFER,D. "Divisions in the disability community". Disability Studies - Quarterly vol.8 nº 2, 1988, págs.1-3.

Philippines. Community-based vocational rehabilitation of disabled people. Project findings and recommendations. Geneva, International Labour Office, 1987, 48 págs.

PICKERING,A. "Independent living. A possibility for a free choice". Comunicación presentada en el Congreso Mundial de Rehabilitación Internacional, Tokio, 1988, págs. 115-125.

PONGPAEW,J. "The independent living movement in Thailand". Comunicación presentada en el Congreso Mundial de Rehabilitaicón Internacional. Tokio, 1988.

Proceedings of the Conference on telematics and disability. Brussels, European Cooperation in the field of Scientific and Technical Research, 1988, 157 págs.

Proceedings of the First European Conference on research in rehabilitation. Edinburgh, 6th-8th April 1983. International Journal of Rehabilitation --- Research, Suplemento nº 4, 1985, 114 págs.

Proceedings of the Second European Conference on research in rehabilitation. International Journal of Rehabilitation Research, Spl. nº 5, vol.10 nº 4, -- 1987, 345 págs.

Proceedings of the 10th Annual Conference on Rehabilitation Technology. San José, California, RESNA'87, Asociación for the Advancement of Rehabilitation Technology, 1987, 890 págs.

PUIG DE LA BELLACASA,R."Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad". Discapacidad e Información, Madrid, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Documentos 14/87, págs. 27-61.

PUIG DE LA BELLACASA,R. "Las nuevas tecnologías ante la discapacidad". BIT nº 50, 1987, págs. 184-187.

PUIG DE LA BELLACASA,R. y LOPEZ,J. Comunicaciones y discapacidad. Madrid, Ed. Tecnos, 1981, 422 págs.

RANSOM,R. "Training for self and group employment creation in Africa". The African Rehabilitation Journal nº 12, 1989, págs. 3-6.

Readaptación profesional. Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, Informe VI, 1982, 54 págs.

Registration of Nordic Projectos relating to disability. Bromma, Sweden, The Nordic Committee on Disability, 1986, 380 págs.

"La rehabilitación médica española". MAPFRE Seguridad vol.6, nº 21, 1986, - págs. 49-52.

La rehabilitación profesional de los deficientes mentales. Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 1983, 123 págs.

La rehabilitación profesional de los impedidos. Participación e igualdad plenas. Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 1981, 47 págs.

Rehabilitation. R & D Progress Reports. New York, Veterans Administration, Department of Medicine and Surgery, Rehabilitation Research and Development Service, 1987, 461 págs.

RESWICK,J.B. "Rehabilitation engineering". Annual Review of Rehabilitation vol.I. New York, Springer Publishing Company, 1980, págs. 55-79.

RICHER;E. y COHADON,F. "Prise en charge des traumatisés craniens en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle spécialisée". Réadaptation nº 306, 1984, págs. 3-20.

RUDRUD,E.H. y otros. Proactive vocational habilitation. Baltimore, Paul H. Brookes Publishing, 1984, 188 págs.

RYNDERS,J.E. y otros. "Integrating children with severe disabilities for -- intensified outdoor education: focus on feasibility". Mental Retardation -- vol.28 nº 1, 1990, págs. 7-14.

SANZ DEL RIO,S. Integración escolar de los deficientes: panorama internacional. Madrid, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Documentos 2/85, 267 págs.

SCHINDELE,R. "Communication and cooperation between professionals in the field of rehabilitation". International Journal of Rehabilitation Research vol.2 nº 1, 1979, págs. 5-20.

SCOTH,R.K. International exchange of experts and information in rehabilitation. World Rehabilitation Fund. Inc, 1986, 23 págs.

"Self-determinism among people with disabilities". Rehab Brief, vol.VIII nº5, 1985, 4 págs.

Seminario sobre los servicios comunitarios y ayudas técnicas producidas localmente para las personas minusválidas. Ljubljana, Yugoslavia, Instituto de Rehabilitación de Inválidos, 1983, 88 págs.

Servicios de rehabilitación profesional para las personas inválidas. Disposiciones legislativas. Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 1982, 120 -- págs.

Simposio iberoamericano de experiencias de estimulación temprana. Madrid, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Documentos - 12/87, 1988, 266 págs.

SINHA,R.P. y YADAVA,H.P. "Management of physical medicine and rehabilitation services". The Journal of Rehabilitation in Asia vol.XXIV nº 2, 1983, págs. 5-17.

STUBBINS,J. "Vocational rehabilitation as social science". Rehabilitation -- Literature vol.45 nº 11-12, 1984, págs. 375-380.

TANAGUCHI,A. "Japanese concept of independent living of the seriously physically disabled". Rehabilitation International Social Commission. Social Rehabilitation Seminar Proceedings, Tenryu, Japan, 1988, págs. 149-153.

TANZAWA,S.Oriental medicine has a definite significance in rehabilitation -- medicine. Comunicación presentada en el Congreso Mundial de Rehabilitación - Internacional, Tokio, 1988.

TATE,D.G. y CHADDERDON,B.A. (Eds.). Independent Living. An overview of efforts in five countries: Denmark, Federal Republic of Germany, Yugoslavia, Costa Rica, and Japan. Michigan, University Center for International Rehabilitation, 1982, 178 págs.

Tenth international congress of the World Confederation for Physical Therapy. Proceedings. Sydney, Australia, 1987, 2 vols.

TJANDRAKUSUMA,H. "Community-based rehabilitation framework and some strategic issues on the programme implementation". The African Rehabilitation Journal nº 12, 1989, págs. 9-11.

TRIESCHMANN,R.B. "Vocational rehabilitation: A psychological perspective". Rehabilitation Literature vol.45 nº 11-12, 1984, págs. 345-348.

UNICEF programme guideliness. Childhood disability, prevention & rehabilitation, 1987.

WALDMAN,P.E. "The rehabilitation of disabled people: Towards a framework for future developments". International Journal of Rehabilitation Research vol. 5 nº 3, 1982, págs. 307-316.

WARREN,M.D. "The Canterbury studies of disablement in the community: Prevalence, needs, and attitudes". International Journal of Rehabilitation Research vol.8 nº 1,1985, págs. 3-18.

WERNER,D. Disabled village children. A guide for community health workers, rehabilitation workers and families. Palo Alto, USA, Hesperian Foundation, 1987, 654 págs.

WILLIAMS,G. "Independent living: rolling back the frontiers of the state?". Disability Studies Quarterly, vol.8 nº 2, págs.50-54.

WORLD COUNCIL FOR THE WELFARE OF THE BLIND. Rehabilitation services for the blind in developing countries. Paris, 1977, 75 págs.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. Care of disabled in the Community. Report on a WHO meeting. Edinburgh, Scotland, 1986, 28 págs.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Optimum community care of disabled people. Report on a WHO meeting. Turku, Finland, 1986, 23 págs.

ZHUO,D. "An urban model of Community-Based Rehabilitation in China". The African Rehabilitation Journal nº 12, 1989, págs. 11-13.

ZOLA,I.K. "Communication between the professional and the consumer. Whose problem is it?". Social Rehabilitation Seminar Proceedings. Tenryn, Japan, 1988, págs. 27-45.

**********

"... En la práctica tradicional, se considera la rehabilitación como un conjunto de terapias y servicios proporcionados a las personas con deficiencias en un marco institucional, a menudo bajo autoridad médica. Esto se viene sustituyendo gradualmente por programas que, aunque siguen proporcionando estos servicios profesionales médicos, sociales y pedagógicos, incorporan también a las comunidades y las familias y les ayudan en su apoyo a los esfuerzos de sus miembros con discapacidad para superar los efectos discapacitantes de las deficiencias dentro de un ambiente social normal..."

Naciones Unidas: **Programa de acción mundial para las personas con discapacidad** (Párrafo 57).