

Orientación sobre manejo de discapacidad motora

Para profesionales de la salud



Gobernación del Valle del Cauca



FUNDACION IDEAL
PARA LA REHABILITACION INTEGRAL
"JULIO H. CALONJE"

Millán Muñoz, Rodolfo

Orientación sobre manejo de discapacidad motora para profesionales de la salud / Rodolfo Millán Muñoz. -- Cali: Fundación IDEAL para la Rehabilitación Integral "Julio H. Calonje", 2011.

76 p.; 24 cm.

Incluye referencias bibliográficas.

ISBN 978-958-57257-0-6

1. Discapacidad - Valle del Cauca (Colombia). 2. Personas con discapacidades – Rehabilitación. 3. Terapia ocupacional. 4. Asistencia a la vejez. I. Tít.

615.8 cd 21 ed.

A1324621

CEP-Banco de la República-Biblioteca Luis Ángel Arango

Orientación sobre manejo de discapacidad motora para profesionales de la salud

© Fundación IDEAL para la Rehabilitación Integral "Julio H. Calonje"

© Rodolfo Millán Muñoz

ISBN 978-958-57257-0-6

Autores:

Andrés Felipe Gamboa Laverde

Terapeuta Ocupacional – Entrenamiento en Neurodesarrollo Bobath

Leonor Elena Sierra Bernal

Fonoaudióloga - Entrenamiento en Neurodesarrollo Bobath

Entrenamiento en Desórdenes de Deglución, Terapeuta Craneo-Sacral.

Rodolfo Millán Muñoz

Trabajador Social - Licenciado en Educación Especial - Especialista en Gerencia Social
Máster en Integración de Personas con Discapacidad

Impreso en los talleres gráficos de Impresora Feriva S.A.

Calle 18 No. 3-33 - PBX 524 9009

feriva@feriva.com

www.feriva.com

Cali, Colombia



Gobernación del Valle del Cauca



FUNDACION IDEAL
PARA LA REHABILITACION INTEGRAL
"JULIO H. CALONJE"

Francisco José Lourido

Gobernador del Valle del Cauca

Alejandro Solo Nieto Calvache

Secretario Departamental de Salud

Luz Nidia Martínez Oliveros

Subsecretaria Técnica

Helmer Zapata Ossa

Coordinador Salud Pública

María Lury Mina Ossa

Coordinadora Promoción Social

María Eugenia Bolaños Rojas

Referente de Discapacidad y enfermedades crónicas no transmisibles

Doris García de Botero

Directora General

Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

Rodolfo Millán Muñoz

Director Ejecutivo

Fundación IDEAL para la Rehabilitación Integral "Julio H. Calonje"

“En los años futuros, la discapacidad será un motivo de preocupación aún mayor, pues su prevalencia está aumentando. Ello se debe a que la población está envejeciendo y el riesgo de discapacidad es superior entre los adultos mayores, y también al aumento mundial de enfermedades crónicas tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los trastornos de la salud mental”.

*Informe mundial sobre la discapacidad,
OMS, junio 2011*

Contenido

Presentación.....	9
Objetivos.....	11
Patologías comunes en la discapacidad motora	13
Discapacidad en el Valle del Cauca. Características de la discapacidad	13
Limitación y edad.....	14
Prevención de embarazo, parto y postparto	20
El embarazo	22
Guía de cuidado	22
Accesibilidad	26
Entorno físico	26
Comunicación.....	27
Servicios	27
Orientación y movilidad en la discapacidad motora.....	28
Accesibilidad arquitectónica.....	29
Participación y actividades de la vida diaria	39
Dependencia Vs Independencia	39
Necesidades básicas para la sedestación y bipedestación.....	40
Necesidades específicas y ayudas técnicas.....	41

Recomendaciones básicas para personas con discapacidad motora	53
Recomendaciones para realizar cambios posturales	62
Sexualidad en las personas con discapacidad motora	68
Reconocer, promover, garantizar y proteger los derechos sexuales para todos.....	68
Familia y discapacidad motora	71
Funciones de la familia en la sociedad.....	71
Familia con una persona con discapacidad.....	71
Referencias bibliográficas	73

Presentación

Este documento es una conceptualización y compilación de orientaciones según los lineamientos del Plan de Salud Pública del Departamento del Valle 2008 - 2011, el cual refiere que el “6,6% de la población del Valle presenta alguna limitación permanente”.

Está dirigido a profesionales de las diferentes instituciones prestadoras de salud del departamento del Valle del Cauca, vinculados a la red privada y pública, de acuerdo con el momento de actividad de la vida diaria en que se encuentre la persona con discapacidad motora, es decir, referente al contexto y a la necesidad particular (autocuidado, alimentación, higiene, etc.).

Este condensado de orientaciones está concebido para que la comunidad en general tenga acceso al conocimiento sobre el manejo y cuidado de la persona con discapacidad, para facilitar la participación e inclusión socio-familiar y laboral de esta población.

Del mismo modo, es un texto para comprender el rol del cuidador y de la persona con discapacidad, por parte de las entidades de salud tanto públicas como privadas, en la adopción de normas, recursos y estrategias en la atención clínica y rehabilitación integral (funcional y desarrollo de habilidades) para actuar con objetividad en la práctica médica y rehabilitadora de esta población.

Las orientaciones en el manejo de la persona con discapacidad y sus cuidados expresan un punto de partida que va más allá de obtener información, buscan establecer un cambio de paradigma en términos de entender, analizar y tomar decisiones para favorecer la funcionalidad, el desarrollo de habilidades, la autodeterminación, la independencia y, finalmente, la inclusión en todas sus formas posibles, ya sea

parcial o totalmente, lo que depende de la particularidad que envuelve a la persona con discapacidad motora.

Para finalizar, este documento provee información en prevención y manejo de la discapacidad motora, en la que todos los actores involucrados (profesionales y trabajadores de la salud, entidades educativas y líderes comunitarios), en equipo desde la cotidianidad en donde se desarrolla cada uno, con el propósito de implicarlos en actividades preventivas y prácticas adecuadas que faciliten la participación e inclusión de personas con discapacidad motora.

Objetivos

Objetivo general

Divulgar conceptos y orientaciones relacionados con el manejo y cuidado de personas con discapacidad motora a profesionales de la salud, que permitan prácticas adecuadas y pertinentes a la autodeterminación, vida independiente e inclusión.

Objetivos específicos

Facilitar herramientas a los profesionales de la salud sobre la prevención de la discapacidad, el manejo y cuidado de las personas con discapacidad motora en los diferentes contextos donde se desenvuelve (personal, socio-familiar, educativo y laboral).

Sensibilizar a los profesionales de la salud en la prevención de la discapacidad y en el manejo de las personas con discapacidad motora.

Patologías comunes en la discapacidad motora

Discapacidad en el Valle del Cauca. Características de la discapacidad

(Informe DANE Marzo 2010 - Dirección de Censos y Demografía - Registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad)

Prevalencia según tipo de deficiencia

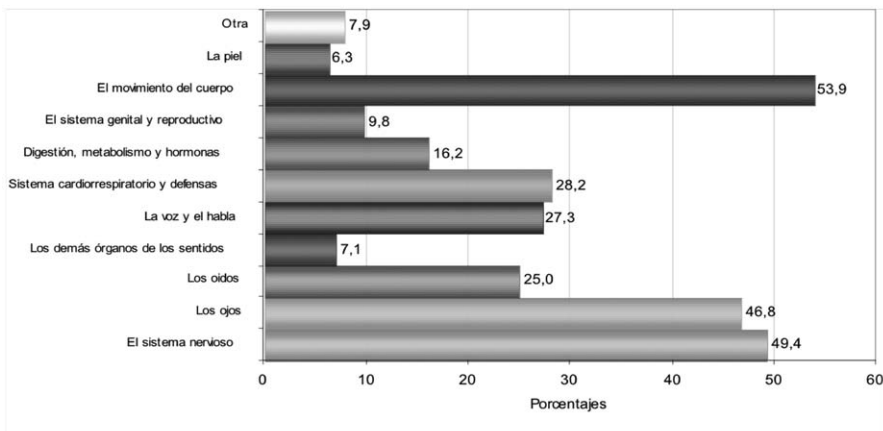
Las personas informan que dentro de las estructuras o funciones corporales que más frecuentemente les afectan, se encuentran las relacionadas con el movimiento del cuerpo, miembros superiores e inferiores 53,9%; el sistema nervioso 49,4%.

Le siguen en orden de importancia las deficiencias visuales, que representan el 46,8%; las del sistema cardiorrespiratorio y las defensas, con el 28,2%; las de los sistemas digestivo y metabólico con el 16,2%, las auditivas con el 25,0% de las personas y la voz y habla con el 27,3%.

Por su parte, las deficiencias del sistema genital y reproductivo (9,8%), las de la piel (6,3%), y las del olfato, el tacto y el gusto (7,1%), presentan las menores prevalencias dentro de la población registrada en el Valle del Cauca.

Valle del Cauca. Distribución porcentual de las personas, según estructuras o funciones corporales afectadas

Fuente: Dane, marzo 2010. Dirección de Censos y Demografía



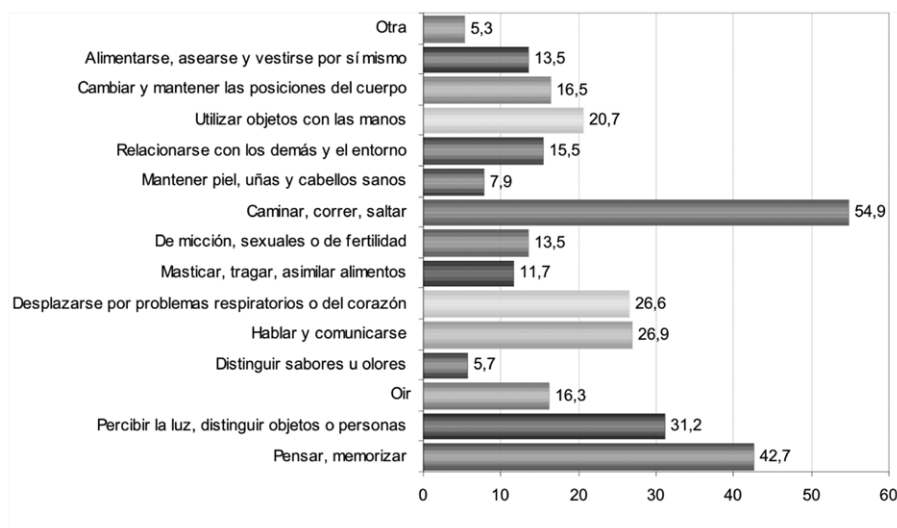
El 7,9% de las personas refieren poseer “otro” tipo de deficiencias no localizadas específicamente dentro de las estructuras o funciones corporales anteriormente mencionadas.

Limitación y edad

Como resultado de dichas deficiencias, la totalidad de las personas reportan algún tipo de dificultad o limitaciones para realizar sus actividades diarias. En el gráfico se observa que la dificultad más frecuente está relacionada con las actividades de caminar, correr o saltar, la cual afecta a un 54,9% de las personas registradas en situación de discapacidad.

Valle del Cauca. Distribución porcentual de las personas registradas, según dificultades en el desarrollo de las actividades diarias

Fuente: DANE. Dirección de Censos y Demografía



Le siguen en orden de importancia aquellas limitaciones para pensar o memorizar (42,7%); problemas para percibir la luz, distinguir objetos o personas (31,2%); para hablar y comunicarse (26,9%); para desplazarse por problemas respiratorios o del corazón (26,6%) y para utilizar objetos con las manos (20,7%).

En un segundo grupo se pueden mencionar aquellas limitaciones asociadas con el cambiar y mantener las posiciones del cuerpo (16,5%), relacionarse con las demás personas y el entorno (15,5%), oír

(16,3%), de micción, sexuales o de fertilidad (13,5%); masticar, tragar o asimilar alimentos (11,7%).

Presentan menor frecuencia las que se relacionan con el autocuidado (bañarse, vestirse y alimentarse por sí mismo), con un 13,5%; distinguir sabores u olores, con 5,7%; y mantener piel, uñas y cabellos sanos con 7,9%.

Las dificultades presentes en la ejecución de las actividades de la vida diaria comprenden todas las patologías que afectan el sistema muscular y óseo y, por lo tanto, afectan todas las actividades de movimiento y locomoción.

Según la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y la salud, conocida como CDDM-2, de la Organización Mundial de la Salud, OMS, las discapacidades más comunes son:

Amiotrofia espinal: La atrofia muscular espinal (AME) o amiotrofia espinal es un grupo de diferentes enfermedades musculares. Tomadas en grupo, es la segunda causa principal de enfermedad neuromuscular. La mayor parte del tiempo, una persona tiene que heredar el gen defectuoso de ambos padres para estar afectado. Aproximadamente 4 de cada 100.000 personas padecen la afección.

- La forma más grave es la atrofia muscular espinal tipo I, también llamada enfermedad de Werdnig-Hoffman. Los bebés con atrofia muscular espinal tipo II tienen síntomas menos intensos a comienzos del período de lactancia, pero se debilitan progresivamente con los años. La atrofia muscular espinal tipo III es la forma menos grave de la enfermedad.
- La atrofia muscular espinal puede aparecer en la adultez en ocasiones poco frecuentes, usualmente como una forma más leve de la enfermedad.
- Los antecedentes familiares de este tipo de atrofia son un factor de riesgo para todos los tipos de este trastorno.

Huntington de Corea: La enfermedad de Huntington es causada por un defecto genético en el cromosoma 4. El defecto hace que una parte del ADN, llamada repetición CAG, ocurra muchas más veces de lo que se supone que debe ser. Normalmente, esta sección del ADN se repite de 10 a 35 veces, pero en una persona con la enfermedad de Huntington, se repite de 36 a 120 veces.

- A medida que el gen se transmite de una generación a la siguiente, el número de repeticiones, llamado expansión de las repeticiones CAG, tiende a ser más grande. Cuanto mayor sea el número de repeticiones, mayor será la posibilidad de presentar síntomas a edad más temprana.
- Hay dos formas de la enfermedad de Huntington y la más común es la de comienzo en la edad adulta. Las personas con esta condición generalmente presentan síntomas a mediados de la tercera y cuarta década de sus vidas.
- La forma de la enfermedad de Huntington de comienzo temprano es menos común y se inicia en la niñez o en la adolescencia. Los síntomas se pueden parecer a los de la enfermedad de Parkinson con rigidez, movimientos lentos y temblor.
- Si uno de los padres padece la enfermedad de Huntington, los hijos tienen un 50% de posibilidad de heredar el gen para la enfermedad. Si una persona hereda el gen de sus padres la desarrollará en algún momento de su vida y se lo puede transmitir a su vez a sus hijos. Si la persona no recibe el gen de sus padres, no se lo puede transmitir a sus hijos.

Ataxias: Síntoma de una coordinación defectuosa del movimiento muscular, o para nombrar una enfermedad degenerativa concreta del sistema nervioso de cuantas cursan con tal síntoma: en este segundo caso, debiera usarse esa palabra seguida de un nombre o numeración que identifique el desorden.

Ataxia de Friedreich: Es una enfermedad hereditaria que ocasiona daño progresivo al sistema nervioso con síntomas que oscilan entre debilidad muscular y problemas de dicción, por un lado, y enfermedad cardíaca, por el otro. Se le llama por el nombre del médico Nicholas Friedreich, que describió inicialmente la condición en la década de 1860. La “ataxia”, que se refiere a problemas de coordinación, tales como movimientos torpes y falta de estabilidad, ocurre en muchas enfermedades y condiciones diferentes. En la de Friedreich, la ataxia resulta en la degeneración del tejido nervioso en la médula espinal y de los nervios que controlan los movimientos musculares en los brazos y en las piernas. La médula espinal se hace más delgada y las células nerviosas pierden algunos de sus cubrimientos de mielina, la capa de aislamiento

en todas las células nerviosas que ayuda a transmitir los impulsos nerviosos.

Distonía: Las distonías son trastornos del movimiento en los cuales contracciones sostenidas del músculo causan torceduras y movimientos repetitivos o posturas anormales. Estos movimientos, que son involuntarios y a veces dolorosos, pueden afectar a un solo músculo, a un grupo de músculos tales como los de los brazos, las piernas o el cuello, o al cuerpo entero. La disminución en la inteligencia y el desequilibrio emocional no son característicos de las distonías.

- Los investigadores opinan que las distonías resultan de una anomalía en un área del cerebro llamada ganglio basal, donde se procesan algunos de los mensajes que inician las contracciones musculares. Los científicos sospechan un defecto en la capacidad del cuerpo de procesar un grupo de sustancias químicas llamadas neurotransmisores, que ayudan a las células del cerebro a comunicarse entre sí.
- Existen varios tipos de distonías: las generalizadas, las segmentarias y la distonía focal, que son las más comunes.

Distrofia: El término distrofia muscular hace referencia a un grupo de enfermedades hereditarias que producen debilidad de los músculos estriados, que son los que producen los movimientos voluntarios del cuerpo humano. Se caracterizan por debilidad muscular y alteraciones en las proteínas musculares que ocasionan la muerte de las células que componen este tejido. Cada una de las enfermedades incluidas en este grupo posee unas características específicas. Puede afectarse también el músculo cardíaco y producir síntomas de insuficiencia cardíaca.

- Son trastornos poco frecuentes cuyos primeros síntomas suelen aparecer en la infancia. La forma más usual es la distrofia muscular de Duchenne, que afecta a varones y es transmitida por las mujeres, se presenta un caso por cada 3.500 nacimientos de sexo masculino.

Enfermedad de Duchenne: Es una enfermedad hereditaria con un patrón de herencia de tipo recesivo ligado al cromosoma X, por lo que es mucho más común en hombres que en mujeres. Es la distrofia muscular más común. Es una miopatía de origen

genético que produce destrucción del músculo estriado. Afecta a todas las razas.

Esclerosis lateral amiotrófica: La esclerosis lateral amiotrófica (abreviadamente, ELA) es una enfermedad degenerativa de tipo neuromuscular por la cual unas células del sistema nervioso llamadas motoneuronas disminuyen gradualmente su funcionamiento y mueren, lo que provoca una parálisis muscular progresiva de pronóstico mortal, pues en sus etapas avanzadas los pacientes sufren parálisis total que se acompaña de una exaltación de los reflejos tendinosos (resultado de la pérdida de los controles musculares inhibitorios).

Enfermedad de Parkinson: La enfermedad de Parkinson (EP), también denominada parkinsonismo idiopático o parálisis agitante, es un trastorno neurodegenerativo crónico, que conduce con el tiempo a una incapacidad progresiva, como consecuencia de la destrucción, por causas que todavía se desconocen, de las neuronas pigmentadas de la sustancia negra. Frecuentemente clasificada como un trastorno del movimiento, el Parkinson también desencadena alteraciones en la función cognitiva, en la expresión de las emociones y en la función autónoma.

Esclerosis en placas o múltiples: La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad que consiste en la aparición de lesiones desmielinizantes, neurodegenerativas y crónicas del sistema nervioso central. Actualmente se desconocen las causas que la producen, aunque se sabe a ciencia cierta que hay diversos mecanismos autoinmunes involucrados.

Espina bífida: La espina bífida es una malformación congénita del tubo neural, que se caracteriza porque uno o varios arcos vertebrales posteriores no han fusionado correctamente durante la gestación y la médula espinal queda sin protección ósea.

- La principal causa de la espina bífida es la deficiencia de ácido fólico en la madre durante los meses previos al embarazo y en los tres meses siguientes, aunque existe un 5% de los casos cuya causa es desconocida. Ya hoy en día se ha comprobado que la espina bífida no tiene un componente hereditario, lo que se heredaría sería la dificultad de la madre para procesar el ácido fólico, que ocurre en muy pocos casos. También se comprobó que una persona con espina bífida no tendrá ne-

cesariamente hijos con la misma discapacidad. Básicamente existen dos tipos de espina bífida: la espina bífida oculta y la espina bífida abierta o quística.

Parálisis cerebral: La parálisis cerebral es un trastorno permanente y no progresivo que afecta la psicomotricidad del paciente. En un nuevo consenso internacional, se propone como definición: “La parálisis cerebral describe un grupo de trastornos del desarrollo psicomotor, que causan una limitación de la actividad de la persona, atribuida a problemas en el desarrollo cerebral del feto o del niño. Los desórdenes psicomotrices de la parálisis cerebral están a menudo acompañados de problemas sensitivos, cognitivos, de comunicación y percepción, y en algunas ocasiones, de trastornos del comportamiento”. Las lesiones cerebrales de la PC ocurren desde el período fetal hasta la edad de tres años. Los daños cerebrales después de la edad de tres años hasta el período adulto pueden manifestarse como parálisis cerebral, pero, por definición, estas lesiones no lo son.

Síndrome de Guillain-Barré: El síndrome de Guillain-Barré, también conocido como síndrome de Guillain-Barré-Landry es un trastorno neurológico en el que el sistema inmunitario del cuerpo ataca a una parte del sistema nervioso periférico, la mielina, que es la capa aislante que recubre los nervios. Cuando esto sucede, los nervios no pueden enviar las señales de forma eficaz, los músculos pierden su capacidad de responder a las órdenes del encéfalo y éste recibe menos señales sensoriales del resto del cuerpo. El resultado es la incapacidad de sentir calor, dolor y otras sensaciones, además de paralizar progresivamente varios músculos del cuerpo.

Amputaciones: La amputación es el corte y separación de una extremidad del cuerpo mediante traumatismo (también llamado avulsión) o cirugía. Como una medida quirúrgica, se la utiliza para controlar el dolor o un proceso causado por una enfermedad en la extremidad afectada, por ejemplo, un tumor maligno o una gangrena. En ciertos casos se hace en individuos como una cirugía preventiva para este tipo de problemas. En algunos países, la amputación de las manos o los pies es utilizada como una forma de castigo para los criminales. En ciertas culturas o religiones, se realizan amputaciones menores o mutilaciones como parte de rituales.

Prevención de embarazo, parto y postparto

Salvo el día que en que se muere, el día que más riesgo se corre de morir, es el día en que se nace.

J. KUMATE

La prevención permite disminuir de forma significativa la presencia, la frecuencia y la severidad de la discapacidad y, con ello, la dependencia.

Cuando las parejas quedan embarazadas, por lo general, no saben qué preguntar al médico que lleva el control del embarazo, confían en el direccionamiento que éste les indica. Las mujeres saben que deben tener cuidado especial de si mismas cuando están embarazadas. Eso significa ingerir comidas sanas, control prenatal y dejar hábitos como el consumo de cigarrillo y alcohol. Es usual que se enteren del embarazo cuando presentan un atraso menstrual, pero en el periodo transcurrido hasta entonces, ya se ha iniciado la formación del bebé y es cuando ocurre la mayoría de los defectos de nacimiento.

Por tal razón, se recomienda asistir al menos una vez al médico, para evaluar el estado de salud de la madre y el padre, antes de concebir, y aumentar las posibilidades de un embarazo sin complicaciones que culmine con un bebé saludable. Es fundamental que las mujeres y hombres en edad fértil, en especial los adolescentes, conozcan todos los factores de riesgo y peligro de la madre y el padre durante el embarazo.

Actitudes que se deben tener en cuenta en la cita médica y el control prenatal:

- No temer hacer preguntas, los padres tienen derecho a que se aclaren todas las dudas, inquietudes y temores. Pueden hacer preguntas, por más simples que estas parezcan, y exigir que el personal de salud sea claro en compartir la información. Una pregunta nunca es tonta, tal vez la respuesta...
- Antes de asistir a la cita médica, recomendar a los futuros padres que apunten todas sus preguntas.

- Aclarar que el control prenatal es en pareja, si no es posible, entonces que la embarazada acuda con un familiar.
- Para las citas de control prenatal se recomienda hacer énfasis en que los padres tengan clara información como la última fecha de menstruación, cuántos embarazos ha tenido, cuántos abortos y antecedentes personales-familiares (diabetes, presión alta, tiroides, etc.)

Preguntas que se deben tener en cuenta en la cita médica y control prenatal:

- Por la historia familiar del padre y la madre, ¿puede tener un hijo con discapacidad?
- ¿Tienen diabetes, presión alta, tiroidismo, etc.?
- ¿El grupo sanguíneo y el factor RH son compatibles entre la pareja?
- ¿La pareja tiene alguna enfermedad de transmisión sexual?
¿Qué tratamiento deben seguir?
- ¿Las radiografías y las ecografías afectan al bebé?
- ¿Los medicamentos y las vitaminas pueden afectar el embarazo?
- ¿Las tabletas de ácido fólico pueden ayudar a tener un bebé sano? ¿Cuántas hay que conseguir?
- ¿Qué comida puede ser dañina para la madre y el bebé?
- ¿El ambiente donde viven los padres puede afectar el desarrollo del bebé? ¿Qué deben hacer los padres para mejorar?
- ¿Las relaciones familiares inciden en la salud del bebé? ¿Qué deben hacer los padres para mejorar las condiciones con la familia?
- ¿El trabajo que realizo puede afectar la salud del bebé durante el embarazo?
- ¿Afecta a la madre el trabajo por los esfuerzos físicos y la exposición a sustancias químicas y gases? ¿Qué debe hacer la madre?
- ¿Qué exámenes diagnósticos son recomendables? ¿Cuáles exámenes diagnósticos están dentro del Plan Obligatorio de Salud (P.O.S)? ¿Cuántas ecografías se pueden realizar, además de las tres programadas para el control prenatal? ¿Es ne-

cesaria la amniocentesis? ¿El examen de la toxoplasmosis es necesario?

- ¿Qué es la luminiscencia nucal?

El embarazo

Es pertinente que la futura madre se prepare para concebir un hijo, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:



Buena alimentación

Consumir ácido fólico (vitamina B9) *antes* y durante el embarazo. Complementar la dieta con hierro y calcio.



Atención médica

Visite antes y durante el embarazo su Centro de Salud. Asista a la consulta junto con su pareja. Manténgase informada de su peso y presión arterial. No olvide en cada consulta pedir a su médico información sobre su estado de salud y el de su bebé.



Cuide de agresiones al bebé por nacer

No consuma alcohol, drogas ni cigarrillo; no se automedique; evite las infecciones; prevenga las situaciones de violencia.

Guía de cuidado



Primer mes

- Inicie la consulta de cuidado prenatal tan pronto confirme que está embarazada.
- Consulte con su médico antes de tomar cualquier medicamento. Recuerde bien la fecha de su último periodo menstrual normal.
- Continúe tomando hierro, calcio y vitamina B (ácido fólico).



Segundo mes

- Mantenga el cuidado prenatal. Consuma una variedad de alimentos saludables de los cinco grupos principales: cereales y granos, frutas, verduras, productos lácteos, carnes y frijoles.
- Continúe la dieta con ácido fólico para reducir el riesgo de malformaciones en el tubo neural. Tome por lo menos de seis a ocho vasos de agua, jugo de frutas y/o leche todos los días.
- En estas semanas se inicia el desarrollo de todas las estructuras internas y externas principales, es una etapa de formación de órganos, por lo tanto la exposición a alucinógenos, tabaco y alcohol puede ocasionar malformaciones congénitas graves.



Tercer mes

- Mantenga el control prenatal. Se estima que en este mes la mujer embarazada ha aumentado entre uno y dos kilogramos de peso. Se recomienda preguntarle al médico cuál es el aumento de peso ideal según sus características.
- El ejercicio puede ser beneficioso y caminar es muy saludable.



Cuarto mes

- Las mujeres embarazadas necesitan más hierro de lo que una dieta adecuada provee. Su médico puede recomendarle suplementos de hierro y calcio.
- Aumentará aproximadamente medio kilo por semana, o seis kilos durante el segundo trimestre (dos kilos al mes).



Quinto mes

- El crecimiento y el aumento de peso del bebé pueden afectarse si la madre fuma, bebe o consume alucinógenos.
- Continúe comiendo saludable y nutritivamente; beba mucho líquido: agua, jugos y leche todos los días. Limite la cantidad de sal.



Sexto mes

- Es usual tener estreñimiento. Se recomienda tomar más agua o jugo de frutas, alimentos que contengan fibra (como frutas y verduras) y hacer ejercicio. Siempre consulte con su médico antes de comenzar una actividad física. No tome laxantes o antiácidos sin antes preguntarle a su médico.



Séptimo mes

- Continúe con el control prenatal. Siga comiendo una variedad de alimentos saludables y nutritivos. Usted debe aumentar aproximadamente medio kilo por semana este mes.
- Descanse lo suficiente, su cuerpo está trabajando fuerte. Debe prepararse para el nacimiento. Entre el sexto y séptimo mes (semanas 24 y 28), es usual hacer una prueba de sangre para ver si hay diabetes gestacional.



Octavo mes

Después de la semana 32, visite a su médico cada dos semanas para el control prenatal. Por lo general aumenta medio kilo por semana este mes.

Debe llamar o ir inmediatamente a su médico si:

- Le sale sangre o un chorro de líquido de la vagina.
- Tiene calambres, dolores de estómago, o dolor de espalda.
- La vista se pone borrosa o ve manchas.
- Tiene la sensación que el bebé está empujando hacia abajo.
- Nota una marcada disminución en los movimientos de su bebé.
- Tiene más de cinco contracciones en una hora.



Noveno mes

Después de la semana 36. Es probable que no aumente de peso este mes, y hasta podría bajar aproximadamente un kilo. Prepare sus pezones para darle el pecho a su bebé y así evitará darle tetero.

Controle el tiempo de sus contracciones. Se inicia el trabajo de parto si las contracciones presentan los siguientes signos:

- Son regulares o a intervalos iguales (por ejemplo, cada diez minutos).
- Ocurren más de cinco veces en una hora.
- Le duran de treinta a setenta segundos.
- Se vuelven más fuertes si usted se mueve de un lado a otro.

El nacimiento por lo general ocurre a los 266 días o 38 semanas después de la fecundación, o a los 280 días o 40 semanas luego del último período menstrual normal.

Accesibilidad

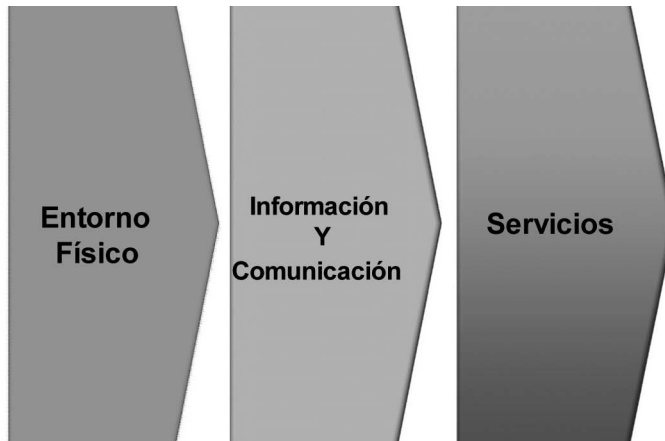
Es la oportunidad que tienen todas las personas para utilizar un objeto, visitar un lugar o acceder a un servicio, independientemente de sus capacidades sensoriales, cognitivas o físicas.

Es la posibilidad de hacer uso de un entorno físico, información y servicios que puede ser utilizado con eficacia por el mayor número posible de personas, ya sean personas con discapacidad o no.

La accesibilidad contempla los obstáculos o barreras del entorno, para lograr que las personas realicen la misma acción de diferentes maneras para ingresar, transitar y permanecer en un lugar, de una forma segura, confortable y autónoma, con ayuda o sin ella.

Para una persona con discapacidad, significa que las instalaciones, los equipos y los medios de comunicación están concebidos para permitir su uso, con adaptación o sin ella.

Es un derecho sustentado en el desarrollo y en la adopción de normas y su eficacia depende igualmente de la implementación.



Entorno físico

Se refiere al diseño y construcción incluyente a personas con discapacidad o sin ella: vivienda, edificios, servicios de transporte público, otros medios de transporte, las calles y demás lugares al aire libre.

Comunicación

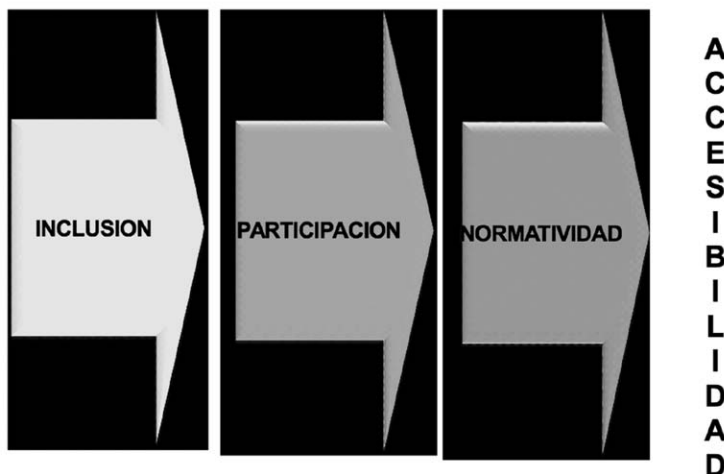
Es toda información que las personas con discapacidad o sin ella tienen derecho a obtener en todo su ciclo vital, sus familias y/o cuidadores, sobre su estado de salud, financiero, derechos y deberes, y de servicios que ofrece la comunidad (trabajo, educación, recreación y deporte).

La comunicación de toda esa variedad de información crea diversas estrategias para diferentes grupos de personas, ya sea por idioma, contexto sociocultural, género y discapacidad (visual, intelectual y motora).

Servicios

Se refiere al inventario de actividades de comercio, sociales, culturales, educativas, salud, recreativas y deportes, entre otros. Los servicios de la comunidad dependen del contexto sociocultural y geográfico, condicionando las actividades diarias que realiza la comunidad, de acuerdo con el momento en el calendario en que se desarrollen particularmente los servicios anteriormente mencionados.

Estas características de la accesibilidad deben concretarse por medio de una acción inclusiva, participativa y normatizada:



- **Inclusiva:** se refiere a las necesidades de todas las personas con discapacidad o sin ella.
- **Participativa:** se refiere a la participación de todos en la toma de decisiones que tienen un impacto sobre la vida de los individuos y de las comunidades.
- **Normatividad:** implementación, desarrollo, adopción de normas, procedimientos estándares que tomen en cuenta las diferencias sociales, económicas, culturales, lingüísticas, físicas y geográficas de todos.

Orientación y movilidad en la discapacidad motora

Son habilidades que dependen una de la otra, por un lado, se ha definido la orientación como el proceso mediante el cual la persona emplea los sentidos para establecer su posición y relación con los demás objetos significativos del medio (Hill y Ponder, 1976); por otro lado, la movilidad ha de entenderse como la capacidad, disposición y facilidad para desplazarse en el entorno (Hill, 1986).

Algunos autores (Huertas, Ochaíta y Espinosa, 1993) se refieren a la movilidad como la “conducta espacial real que un individuo desarrolla en un espacio concreto, integrada por elementos complejos en los que se incluyen procesos perceptivos, motores y representacionales”.

El término “conducta espacial” integra la orientación y movilidad en el contexto de los procedimientos formales de desplazamiento, permite a la persona con discapacidad moverse con significado y propósito en cualquier ambiente, desenvolviéndose de modo seguro, eficiente e independiente (Hill y Ponder, 1976).

Para el manejo y entrenamiento de la orientación y movilidad se requiere de condiciones tales como:

Postura	→	Fuerza
Flexibilidad		Marcha
Equilibrio		Coordinación

La capacidad para moverse con autonomía, seguridad y eficiencia es de vital importancia para el desarrollo del individuo. El papel trascendental que la orientación y la movilidad independiente confiere a la enseñanza de la orientación y movilidad se refleja en diferentes variables (Hill, 1986) como:

- Psicológicos: incremento de la autoestima y de la confianza en uno mismo.
- Físicos: refuerzo o readquisición de destrezas motoras gruesas y finas.
- Sociales: aumento de las oportunidades de relación.
- Económicos: crecimiento de las posibilidades de empleo, ahorro y utilización de diversos servicios.

Accesibilidad arquitectónica

Considera la movilidad como un elemento esencial para conseguir la satisfacción en espacios de convivencia familiar, educativos, de trabajo, deportivos o culturales. Todo espacio cerrado conlleva la necesidad de observar que los elementos arquitectónicos estén libres de obstáculos para el ingreso, tránsito y permanencia de las personas con discapacidad motora o sin ella.

Es ideal que los espacios anteriormente descritos sean lo más accesibles posible, bien porque nosotros mismos lo necesitemos o bien para que una persona con algún tipo de limitación funcional pueda desplazarse de un lugar a otro.

La accesibilidad arquitectónica es un derecho que tienen todas las personas, en espacios de actividad de la vida diaria y habilidades adaptativas (hogar, educación, trabajo, deporte y cultura); para garantizar el cumplimiento de la norma, proporcionar comodidad para interactuar con otras personas, usar herramientas, máquinas, equipos y servicios, y proveer la mayor comodidad a las personas para habitar los espacios mencionados con el significado y propósito de suplir necesidades particulares de acuerdo con los intereses y motivaciones personales.

Vivienda

La numeración del edificio debe ser claramente perceptible (de forma visual y táctil).

Desde la calle hasta la puerta de entrada a la vivienda debe estar sin obstáculos, desniveles y permitir el tránsito con ayudas técnicas.

La altura del timbre, ventana o módulo de la recepción o video-portero automático y del buzón, debe tener en cuenta a las personas con restricción de movilidad, con ayudas técnicas o sin ellas, como sillas de ruedas, bastones canadienses y caminadores, entre otros.

A ambos lados de la puerta de acceso a la vivienda debe haber un espacio libre a nivel del suelo que permita un círculo de un diámetro de 1,50 m, para la maniobra de sillas de ruedas.

Características generales del interior de la vivienda

Cocina

Se debe garantizar el acceso a la cocina y el espacio libre suficiente para la movilidad de una silla de ruedas; así como eliminar elementos que obstaculicen la aproximación frontal de la silla a los muebles de la cocina teniendo en cuenta la altura y las escotaduras. Se recomienda una buena iluminación, piso antideslizante y barras para ofrecer seguridad y confort.

Dormitorio

Se debe garantizar el acceso al dormitorio y el espacio libre suficiente para la movilidad de una silla de ruedas; así como eliminar cualquier elemento que obstaculice la aproximación frontal de la silla a la mesa de noche, escritorio, armario, etc. Se debe garantizar la utilización del mobiliario a través de la instalación de adecuados cajones, manijas, puertas, etc. Puede ser necesario instalar elementos que ayuden a la incorporación desde la cama (barras o soportes en techo para traslados cama-silla/silla-cama) y mantener una buena iluminación.

Baño

Garantizar el acceso y el espacio libre suficiente para la movilidad de una silla de ruedas, traslado de silla de ruedas a silla, entre otras ayudas técnicas. Asegurar la ausencia de elementos que obstaculicen la aproximación frontal de una silla de ruedas al lavamanos. La altura del lavamanos y del sanitario debe contemplar las características de la persona con discapacidad motora; deben contar con barras móviles o fija. Los grifos deben ser de fácil activación y el espacio de baño y ducha deben estar bien iluminados con luz blanca.

Escaleras

La movilidad vertical en edificios, viviendas y entornos exteriores suele ser uno de los principales problemas para las personas con discapacidad, especialmente para aquellos con movilidad reducida. Las escaleras y rampas son algunos elementos utilizados para superar este obstáculo, pero para que sean válidos para todos deben estar construidos de forma adecuada. Es conveniente que escaleras y rampas aparezcan combinadas para ampliar así el conjunto de personas beneficiarias y acercarnos al concepto de diseño universal.

Elementos que garantizarán la accesibilidad integral

Peldaños: Se recomienda entre tres y doce peldaños. Aunque la norma marca que la altura máxima del peldaño está entre 16 cm y 18 cm, lo ideal es que esta altura se aproxime a 15 cm. Todos los peldaños de un mismo tramo tendrán la misma altura. El ángulo de inclinación de la escalera deberá estar entre 25° y 30°. Todos los escalones deberán incluir, en la huella, una banda antideslizante de 5 cm de ancho y ubicada a 3 cm del borde del peldaño, que quede pegada en el escalón y abarque toda la longitud del mismo, sin ningún tipo de barrera u obstáculo.

Descansos: Su fondo mínimo será de 1,20 m (vivienda). Su ancho coincidirá al menos con el de la escalera, y este dependerá del flujo de personas y del uso al que esté destinado el edificio. En espacio público:

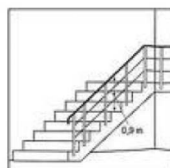
Transito ocasional $\geq 1,20$ m

Transito habitual $\geq 1,50$ m

Transito continuo $\geq 1,80$ m

Elevador: como complemento de las escaleras.

Elementos comunes



Recorrido: El recorrido de la escalera o rampa debe estar libre de obstáculos. Las lámparas se ubicarán a 2.20 m de altura.

Pasamanos: Se recomienda pasamanos continuos en todo el recorrido a ambos lados de la escalera o rampa. Con una prolongación de 30 cm en el inicio y fin de la misma en los espacios de circulación y de uso.

Fáciles de asir, preferiblemente circular, con diámetro entre 40 y 50 mm, separado de la pared entre 45 mm y 55 mm, que permita la sujeción y el deslizamiento continuo de la mano a lo largo del mismo. El pasamano debe colocarse a dos alturas: una entre 65 cm y 75 cm y la otra entre 95 cm y 105 cm, desde el borde de cada peldaño o plano inclinado.

Barandillas: Los huecos horizontales de la barandilla medirán menos de 12 cm de longitud y no deben facilitar el trepar por ellos. Deben estar firmemente ancladas para evitar movimientos u oscilaciones.

Rampas

Se ha de acceder a todos los edificios a través de una entrada sin peldaños. Las entradas han de tener un ancho de paso libre de al menos 90cm. Además, delante de la puerta ha de haber suficiente espacio de movimiento. Las rampas no pueden tener una inclinación superior al 6%, un ancho mínimo de 1.20m y pasamanos rígidos a ambos lados. Se ha de tener en cuenta que hay que situar superficie sin pendiente al comienzo y al final de toda la rampa. Cada 6 m se dispondrá de un espacio sin pendiente, estas superficies tendrán una longitud mínima de 1.20m.



Elementos que garantizarán la accesibilidad integral

Dimensiones: Dependerán del flujo de usuarios previsto. Las mínimas serán las siguientes:

Tránsito ocasional ≥ 1.20 m de ancho

Tránsito habitual ≥ 1.50 m de ancho

Tránsito continuo ≥ 1.80 m de ancho

Descansos de embarque y desembarque: Suficiente para que quepa un círculo de diámetro ≥ 1.50 m. Descansos intermedios: ancho mínimo igual al de la rampa. Fondo mínimo de 1.50 m.

Señalización: Se señalizan mediante franja táctil de acanaladura al inicio y final de la rampa, con las mismas características de las que se instalan en las escaleras.

Pendiente: Determinada por la relación entre el desnivel que se debe salvar y la longitud de la proyección horizontal. Las pendientes máximas según la proyección horizontal del plano inclinado de la rampa, son las siguientes:

- Si la longitud de la proyección horizontal es mayor de 6 m y menor de 9 m, la pendiente máxima será del 6%.
- Si la longitud de la proyección horizontal es mayor de 3 m y menor o igual a 6 m, la pendiente máxima será del 8%.
- Si la longitud de la proyección horizontal es menor o igual a 3 m, la pendiente máxima será del 10%.

Descansos: En rampas largas, insertar descansos intermedios (como máximo, cada 9 m de proyección horizontal) para el descanso de los usuarios con o sin discapacidad).

Rampas mecánicas: Apropriadas en grandes edificios públicos (aeropuertos, centros comerciales, etc.). Pueden tener pendientes superiores a las de las rampas fijas (hasta 10% con anchura mínima de 1,00 m). Hay que proteger los laterales con barandillas de cristal o chapa metálica.

Ascensores y elevadores especiales

Los ascensores y los elevadores especiales constituyen elementos esenciales para que cualquier persona pueda alcanzar dependencias a distinto nivel en el hogar, en los edificios públicos, en el trabajo, en los parqueaderos, centros comerciales, etc. Su existencia puede ser imprescindible para garantizar la igualdad en el disfrute de estos recursos y su inexistencia, ante situaciones de inaccesibilidad puede traer consigo restricciones en la participación. Sin embargo, para que los ascensores y otros aparatos elevadores puedan ser utilizados por todos, su diseño debe cumplir una serie de requisitos que hagan accesible y seguro su uso.

Elementos que garantizarán la accesibilidad integral

Cabina: La cabina debe permitir entrar en ella a una persona en silla de ruedas y su acompañante. Su tamaño dependerá del número de puertas de las que conste y de su posición:

Dimensiones mínimas:

- Una sola puerta: 1.00 m de ancho y 1.20 m de fondo, en el sentido del embarque.
- Dos puertas ubicadas frente a frente. 1.00 m de ancho y 1.20 m de fondo

Dimensiones recomendadas:

Una sola puerta: 1.10 m de ancho y 1.40 m de fondo.

Dos puertas enfrentadas: 1.10 m de ancho y 1.40 m de fondo.

Dos puertas en ángulo: 1.40 m de ancho y de fondo.

La cabina contará con unos pasamanos a una altura entre 95 y 105 cm, separado entre 45 y 55 mm de los paramentos verticales. El pasamanos debe ser fácil de asir y su sección será preferentemente circular, de diámetro entre 40 y 50 mm. Dispondrá también de un zócalo de altura mayor o igual a 30 cm.

Los botones del ascensor estarán a una altura entre 90 y 120 cm y separados de las esquinas una distancia mínima de 40 cm. La información de la botonera se representará en altorrelieve contrastado y *braille*. Los botones tendrán un tamaño mayor de 2 cm. Se evitarán los botones enmarcados ya que deben sobresalir claramente del panel, en ningún caso se utilizarán pulsadores en bajorrelieve y térmicos. Los indicadores de parada o alarma serán diferentes en forma y color al resto de botones.

Puertas: Serán automáticas, de ancho libre mínimo de 90 cm y altura libre mínima de 2.20 m, con un sensor de cortina. Su barrido no invadirá el espacio de la cabina. En caso de que las puertas sean abatibles o de librillo deberá

haber un espacio de 1.00 m de ancho y 1.20 m de fondo no barrido por la puerta. Debe evitarse el aislamiento de las personas que se encuentran en el ascensor por lo que, además de instalarse video-porteros, puede ser aconsejable contar con zonas acristaladas en las puertas que permitan a las personas sordas un contacto visual con el exterior.

Zonas de embarque/desembarque: La entrada tendrá unas dimensiones mínimas de 1.50 m por 1.50 m y estará libre de obstáculos. En las paradas, el suelo de la cabina y el de la planta deben quedar nivelados y con una separación máxima de 2 cm. La zona debe estar señalizada mediante un pavimento táctil acanalado paralelo a la puerta del ascensor. El pulsador de llamada tendrá las mismas características que la botonera de la cabina. El indicador de planta tendrá un tamaño mínimo de 10 cm de ancho por 10 cm de alto y la numeración se presentará en altorrelieve contrastado. Se colocará centrado, a 1.60 m del suelo, a ambos lados del ascensor.



Puertas y pasillos

Las puertas y pasillos resultan de gran importancia al garantizar la movilidad entre diferentes espacios al mismo nivel. Un inadecuado diseño de puertas y pasillos puede representar un obstáculo para la vida diaria de las personas con discapacidad, especialmente para aquellas con movilidad reducida. Por ello proponemos a continuación una serie de pautas a respetar a la hora de diseñar e instalar puertas y construir pasillos que harán de las viviendas y los edificios públicos lugares más accesibles para todos.



Pasillos

Dimensiones: El ancho mínimo del pasillo dependerá del trazado, del flujo de personas que por él circulen y de las características de las mismas. En ningún caso su ancho será menor de 90 cm, aunque en edificios de uso público lo recomendable es un ancho mínima de 1.20 m. No debe presentar ningún obstáculo a una altura menor de 2.20 m.

Trazado: Cada 10 m, como máximo, el pasillo dispondrá de espacios en los que se pueda dibujar un círculo como mínimo de 1.50 m de diámetro, para así facilitar a las personas en sillas de ruedas el cambio de sentido de la marcha. Las esquinas y aristas se deben redondear o achaflanar.

Obstáculos: No habrá obstáculos en los pasillos. Los obstáculos a una altura menor de 2.20 m se empotrarán en los paramentos. Si esto no es posible, se colocarán elementos que impidan el paso por debajo del obstáculo (respetando siempre las medidas mínimas del pasillo) y que sean detectables de forma visual y táctil.

Se eliminarán los desniveles a través de rampas de pendiente adecuada.

Elementos auxiliares: Pueden utilizarse rodapiés, diferenciados por colores, de las paredes, que aporten información y orienten. También los zócalos y bandas-guía pueden cumplir estas funciones. Del mismo modo pueden usarse pasamanos ergonómicos, de entre 40 y 50 mm de diámetro, situados a una altura de entre 95 y 105 cm y separados de la pared entre 45 y 55 mm. Es aconsejable instalar otro pasamano entre los 65-75 cm de altura. La información táctil necesaria podría colocarse en los pasamanos para aprovechar su existencia. En cualquier caso, hay que garantizar la correcta ubicación de los pasamanos para evitar que se conviertan en un obstáculo para cualquier persona con discapacidad.

Baño

Un baño es un espacio para la higiene, vital e imprescindible en cualquier edificio público o privado, donde además de las funciones fisiológicas se realizan otras actividades que tienen que ver con el cuerpo y sus cuidados. Estos espacios deben permitir el acceso, la movilidad interior y su uso a todas las personas que puedan utilizar el edificio o espacio donde se encuentran, incluidas aquellas con discapacidad. Si en las dependencias sólo hay un baño, éste deberá ser accesible para todos los posibles usuarios. Si existen varios, al menos uno deberá ser utilizable por personas con cualquier tipo de discapacidad.

Elementos que garantizarán la accesibilidad integral

Señalización: El baño accesible se identificará (señalará) con el símbolo internacional de *Accesibilidad*.

Acceso: La puerta de entrada al baño deberá tener un ancho libre de paso, suficiente para permitir el acceso de las personas usuarias de silla de ruedas, bastones, etc. La manija de apertura de la puerta debe ser de fácil accionamiento y manipulación. La apertura de la puerta debe ser preferiblemente hacia el exterior o se deberá instalar una puerta corrediza.

Dimensiones interiores: Las dimensiones interiores del baño permitirán la inscripción de un círculo de 1.50 m de diámetro libre de obstáculos y fuera de la confluencia del barrido de la puerta. Esto permitirá a una persona usuaria de silla de ruedas o de bastones moverse cómoda y seguramente.

Aparatos sanitarios: Como característica general cabe señalar que han de contrastar en color con las superficies a los que estén adosados.

Lavamanos: Siempre que sea posible se montará el lavamanos sobre un armazón que permitirá regular la altura de uso. El lavamanos no tendrá pie ni mobiliario inferior que impida el acercamiento frontal de una persona usuaria de silla de ruedas. El grifo se accionará mediante un mecanismo de presión o de palanca.

Inodoro: El plano del asiento del inodoro estará colocado a 45-47 cm de altura para facilitar la transferencia (paso desde la silla de ruedas al inodoro y viceversa), el asiento y levantamiento. El inodoro tendrá a un lado, y si es posible en los dos lados, un espacio libre suficiente para situar la silla de ruedas y realizar la transferencia (mayor o igual a 75 cm).

Cisterna: El mecanismo de accionamiento de la cisterna permitirá su utilización a las personas con problemas de movilidad en las manos, bien mediante pulsador de gran superficie o palanca.

Barras de ayuda: El inodoro dispondrá de dos barras de ayuda, firmemente ancladas, que permitan apoyarse o agarrarse con fuerza en la transferencia. La barra situada en el lado del espacio de aproximación deberá ser removible (si la aproximación se puede realizar por los dos lados del inodoro, ambas barras serán móviles y se colocarán a 35 cm del eje del inodoro y a 70-75 cm de altura). Es conveniente que una de las barras disponga de un accesorio para colocar el papel higiénico.

Espejo: La medida mínima del espejo debe ser de 46 cm de ancho por 137 cm de alto y colocado de tal forma que tanto una persona sentada como una persona de pie puedan verse en él. El espejo podrá ser inclinable aproximadamente en 10°. Se deben evitar los reflejos y destellos molestos.

Ducha: La superficie de la ducha, que deberá tener unas dimensiones de 135x135 cm o 235x235 si se necesita la intervención de asistentes, no debe tener bordes para posibilitar el acceso con silla de ruedas de baño. El suelo debe impermeabilizarse con pendientes de desagüe. La rejilla o sumidero debe tener orificios menores a 2 cm. La grifería debe ser alcanzable desde una posición sentada y desde el exterior del recinto de la ducha. Deberá estar dotada de asiento removible. La profundidad del asiento debe permitir el lavado de la espalda. Existen sillas de ruedas para ducha y también sin ruedas que hacen más cómoda y segura la higiene.

Toallero: La barra de la toalla no debe situarse a una altura superior a los 90 cm del suelo en una zona alcanzable desde la bañera o ducha y sin que se moje.

Cocina



Una cocina convencional de una vivienda debe diseñarse para que personas con distintos tipos de discapacidad puedan mantener suficientes niveles de autonomía personal. Con unas sencillas y económicas recomendaciones podemos mejorar mucho la accesibilidad de las cocinas y facilitar nuestro trabajo diario en ellas.

Por otra parte, en las cocinas hay multitud de riesgos de los que no siempre somos conscientes, en forma de productos químicos de limpieza, objetos cortantes, gas, aparatos eléctricos, etc., a los que son más sensibles las personas con discapacidad y las personas mayores.

Elementos que garantizarán la accesibilidad integral

En ocasiones puede resultar útil sustituir los grifos por modelos diferentes, como los de manguera extraíble, que permiten llenar ollas sin tener que introducirlas en el lavaplatos, o los grifos monomando con palanca larga, que requieren menos fuerza y destreza para manejarlos que la mayoría de los grifos convencionales

Como en cualquier estancia, si hay un usuario de silla de ruedas o muletas en la vivienda, el ancho mínimo de cualquier espacio de paso debe ser de 90 cm con lugares de giro de 1.50 m de diámetro, como máximo, cada 10 m. Las llaves de paso de agua y gas, así como los interruptores y bases de enchufe deberán estar también dentro del alcance de la persona y libres de obstáculos que impidan su rápido y correcto uso

Muchos muebles de cocina disponen de gavetas (cajones extraíbles que permiten acceder lateralmente), con lo que el alcance que se requiere es menor y no es necesario quitar los objetos que están delante para llegar al fondo del armario o cajón. Existen incluso muebles completamente extraíbles, con rodamientos suaves que requieren poca fuerza para desplazarlos. Se debe elegir el tamaño y la ubicación de las asas de los armarios según la destreza y el alcance.

Una dificultad habitual de las cocinas es la poca superficie para la preparación de los alimentos. Generalmente sobre el mesón hay siempre demasiados objetos (tostadora, jarrón, adornos...). Si los quitamos o reubicamos no sólo ganamos espacio sino que incluso podremos deslizar cacerolas sin tener que cargar con ellas.

El mesón será de superficie lisa y contrastar cromáticamente con los demás elementos de la cocina: lavaplatos, gavetas, etc. Deben tener las terminaciones redondeadas. Se deberá comprobar la altura del mesón y demás mobiliario para que quede dentro del alcance del usuario. Generalmente se colocan a una altura entre 80 y 90 cm, pero si la persona es de talla baja o está en silla de ruedas, la altura será menor. Si en la cocina se dispone de mesa, la altura libre por debajo de la misma deberá ser mayor de 70 cm.

Participación y actividades de la vida diaria

Dependencia Vs Independencia

Definición de dependencia: Dependencia es la situación de una persona que no puede valerse por sí misma y necesita asistencia.

La situación de las personas dependientes es un grado lo suficientemente elevado de discapacidad y disfuncionalidad como para necesitar el concurso, la intervención en forma de ayuda, auxilio, soporte y cuidado personal por terceros, bien de su familia o bien la asistencia de servicios sociales. Hay diferentes grados y cualificaciones de la dependencia, así como diversos ámbitos en los que puede manifestarse (dependencia física, mental, psicológica, económica, social, cultural).

Las personas dependientes se caracterizan por la pérdida o la no adquisición de habilidades funcionales, que se definen como el conjunto de destrezas que se requieren para llevar una vida independiente y que poseen las personas que se desenvuelven por sí mismas en su entorno próximo.

Definición de independencia: Un ser humano es independiente cuando puede valerse por sí mismo, asumir sus responsabilidades y satisfacer sus necesidades sin recurrir a otras personas, objetos o sustancias. Esto no significa abstraerse de la cooperación humana, de la solidaridad o de las relaciones afectivas, sino no necesitarlas al extremo de no decidir ni conseguir nada por sí mismo. Es importante escuchar un consejo, recibir una palabra de afecto, integrar el circuito productivo o colaborar con los compañeros de trabajo, pero también tomar las propias decisiones y construir un destino personal.

El término 'vida independiente viene asociado al concepto diversidad funcional. En oposición al modelo médico-rehabilitador, que busca la asistencia como alternativa a la curación, el modelo de vida independiente se emplea para indicar una filosofía de vida basada en la posibilidad de las personas con diversidad funcional (discapacidad) de ejercer el poder de decisión sobre su propia existencia y participar activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad y la vida personal y social según los principios de igualdad de oportunidades y no discriminación. La posibili-

dad de llevar a cabo una vida independiente es el principal objeto de la legislación antidiscriminatoria y sobre accesibilidad.

Necesidades básicas para la sedestación y bipedestación

El control de la pelvis es un punto fundamental para una correcta sedestación y postura. Es a partir de la pelvis que conseguimos un control sobre la movilidad de la columna vertebral. Con una correcta posición pélvica evitamos la progresión y el desarrollo de deformidades como la escoliosis.

La alineación de la pelvis y el tronco afecta directamente la movilidad y uso de las extremidades superiores y de la cabeza. Aumenta el campo visual por la correcta posición de la cabeza respecto al horizonte, normaliza el tono postural inadecuado gracias a la correcta orientación músculo esquelético. Además, facilita el manejo del paciente así como sus cuidados, y la posición erguida mejora la imagen que tiene el paciente de sí mismo.

Un desajuste pélvico provoca un círculo vicioso donde la posición asimétrica de la pelvis reduce la base de apoyo del paciente, provoca su pérdida de estabilidad y fomenta el aumento y progresión de la deformidad.

Es importante valorar que un 20% de la carga en sedestación es soportada en los pies. Este 20% cargado en otras partes del cuerpo provoca desajustes posturales importantes. De la misma manera, un respaldo situado a más de 110° también afectará la distribución correcta del peso y por consiguiente la movilidad.

Por lo anterior se recomienda, para el manejo de la sedestación y la bipedestación, tener en cuenta lo siguiente:

a) Entrevista a usuario, terapeutas y familiares

Usuario, terapeutas y familiares deben siempre tener una estrecha relación. Las necesidades médicas y funcionales de los terapeutas deben tener en cuenta y respetar el estilo de vida e intereses del usuario y de los familiares. También es preciso tener presente un análisis ambiental y de estilo de vida de los familiares, por donde se mueven, barreras arquitectónicas presentes en la casa, etc.

b) Historia clínica

La historia clínica nos ofrecerá una visión completa de las necesidades de posicionamiento y movilidad del paciente, a partir del

diagnóstico médico; averiguar si la discapacidad es estable, progresiva o fluctuante, saber si el paciente va a sufrir intervenciones quirúrgicas en un futuro, qué tipo de espasticidad tiene u otros problemas previos asociados. Recordar estos factores nos evitará tener que cambiar prematuramente el dispositivo escogido.

c) Valoración física

Para garantizar una colocación adecuada de la persona es importante evaluar: amplitud de movimiento, función motora, tono muscular y reflejos, deformidades estructuradas o flexibles, asimetrías de la pelvis en flexión u oblicuidad y equilibrio en sedestación.

d) Valoración funcional

La valoración funcional debe analizar las actividades de la vida diaria del paciente, centrándose en dos grandes áreas, la autonomía y la libertad de movimiento. No se debe interferir con ninguna capacidad previamente adquirida. La autonomía debe tener en cuenta la capacidad visual del paciente, así como también su estado cognitivo-conductual, ya que las medidas de seguridad a tomar en casos donde existan comportamientos agresivos deben ser mayores, tanto para evitar que la persona con discapacidad física se haga daño como para prevenir caídas y daños a las ayudas técnicas. En definitiva, las ventajas del posicionamiento son muchas y las principales son: el control total de la pelvis que se adquiere, una clara mejora de la función motora del tronco, extremidades superiores y cabeza-cuello, la mejoría de la función cardiorrespiratoria y de la deglución facilita la seguridad y movilidad de la persona.

Necesidades específicas y ayudas técnicas

Las necesidades específicas están ligadas directamente con las actividades de la vida diaria/habilidades adaptativas en las que necesariamente se requiere del complemento de las ayudas técnicas o dispositivos de apoyo para lograr un grado de independencia. Estos son productos, instrumentos, equipos o sistemas utilizados por una persona con discapacidad, **fabricados especialmente o disponibles en el mercado, para proporcionar movilidad.**

Su aplicación tiene tres criterios:

- Eliminar dolor, porque este dificulta la funcionalidad en proporción a su severidad y duración.
- Soporte y peso
- Posibilidad de facilitar la participación por medio de la función y desarrollo de habilidades en la movilidad, transferencias, manipulaciones de objetos de su entorno familiar, educativo y laboral.

Usualmente se clasifican en tipos de ayuda técnicas:

Se pueden comprar hechos o manufacturados con el soporte del terapeuta de lenguaje, ocupacional y físico. No suelen ser costosos y son de materiales fáciles de conseguir. Se pueden aplicar a personas con diferentes causas de la misma limitación funcional.

Por ejemplo: la persona con limitación para el agarre de cubiertos, pero por lo demás con una aceptable funcionalidad para llevar el alimento a la boca, puede superar este obstáculo si se confecciona una manilla de aplicación en los metacarpianos que permita enfundar el mango en la cuchara. Se obvia el agarre y con seguridad se puede llevar el alimento a la boca, tal cual se ve en la figura siguiente.



A. Ayudas para la movilidad personal

Es importante llevar a cabo el entrenamiento a fin de realizar un uso adecuado y evitar los problemas que puede causar el mal uso (dolores, deformidades, caídas, etc.).

Bastones: debe ofrecer facilidad de uso, confiabilidad y mantenimiento sencillo. Tiene como propósito fundamental reducir:

- El peso de las estructuras adyacentes.
- Disminuir dolor
- Mejorar balance

- Compensar musculatura (glúteo medio), ayudar al desplazamiento del cuerpo hacia delante al facilitar el impulso de uno o ambos miembros inferiores, conseguir una marcha con menor gasto energético o explorar el medio.
- Trocánter del fémur hasta un punto en el piso 10 cm delante y fuera de la punta del pie

Bastón plegable: gracias a sus bisagras se puede plegar, guardar y transportar cómodamente.



Bastón canadiense: se requiere para su uso un buen control del tronco y fuerza adecuada en el brazo y la mano. Tiene dos propósitos básicos:

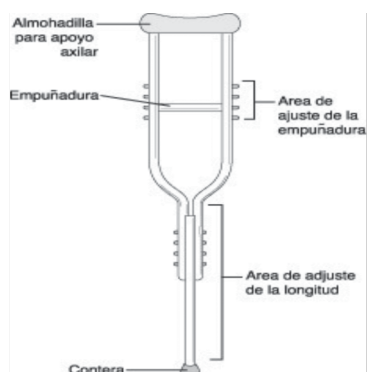
- Soportar el peso: se debe llevar en el lado de la pierna afectada. El paciente deberá tener el codo completamente extendido cuando se apoye en el bastón.
- Mantener el equilibrio: el bastón lo deberá llevar en el lado opuesto a la pierna afectada, eso permite cierta flexión de codo.

Antes de usar un bastón compruebe:

- El calzado del usuario: la suela debe ser de goma, el zapato debe estar bien sujeto al pie.
- El taco de goma del bastón (puede estar sucio o desgastado).
- Posibles imperfecciones que tenga el bastón.



Muletas: elementos cilíndricos, usados habitualmente en pares, sirven para aumentar la base de sustentación, descargar peso e impulsar el tronco. Algunas variaciones son los bastones canadienses, las muletas con descarga en el antebrazo (cuando no hay agarre o no se puede descargar peso en la mano). El prolongado uso en el tiempo y con descarga grave en la axila puede ocasionar daño en el nervio axilar, con el consiguiente aumento de la discapacidad.



Disco giratorio de transferencias: el sistema de giro y el soporte superior para el tronco de esta ayuda facilita las transferencias a una persona con movilidad reducida. Se puede ajustar en altura.



Este disco facilita al cuidador la asistencia en las transferencias, ya que la persona con movilidad reducida sitúa sus pies sobre el disco y éste gira sobre sí mismo.

Tabla para transferencias: son superficies firmes y estables para moverse sobre ellas, lo que permite cambios de posición y dirección de una persona con técnicas de deslizamiento apropiadas.

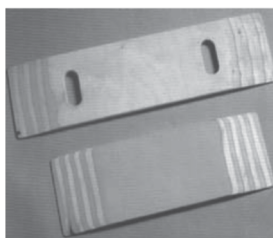
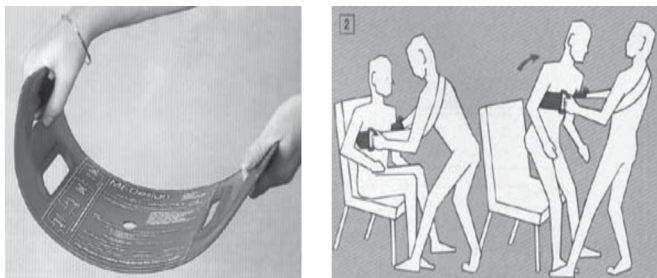


Tabla de transferencia flexible: es un dispositivo que facilita a la persona cambios de posición, traslados silla – cama y ambulación.



Caminador: este tipo de ayuda ofrece la posibilidad de caminar a aquellas personas con miedo a caer. Generalmente utilizada en geriatría, es muy importante que esté adaptado a la altura del usuario y aprenda cómo debe usarlo.

Son elementos cuadrangulares, habitualmente hechos en aluminio, con tres o cuatro apoyos, cuya función es aumentar el área de sustentación.

- Tener fuerza 3/5 en miembros superiores y buen agarre
- Ya no es necesario tanto equilibrio como para usar el bastón.
- Plegables
- Con ruedas para favorecer ahorro energético.



Silla de ruedas: según las necesidades de la persona con discapacidad las sillas de ruedas tendrán diferentes características. Se debe prescribir para comodidad individual, seguridad, maniobrabilidad e independencia. Una silla de ruedas mal adaptada puede contribuir a deformidad, desuso muscular, úlceras y menor motivación para adquirir autodeterminación, independencia e inclusión (social, educativa y laboral).

La silla de ruedas debe ser fuerte pero liviana, debe ser lo más angosta posible para facilitar el paso a través de marcos de puertas y su manipulación en el cuarto de baño.

Teniendo en cuenta lo anterior, la solicitud de una silla de ruedas para personas con discapacidad motora, debe considerar:

- Ambiente donde resida la persona
- Evaluación clínica
- Evaluación antropométrica
- Revisión completa de la historia clínica
- Exploración física (visión, fuerza, coordinación de movimientos, estabilidad, control de tronco, postura y proporciones corporales de la persona).

Los aspectos anteriores son la base para mantener una buena posición de la pelvis, optimizar la alineación de la columna, aliviar puntos de presión y ofrecer estabilidad. Se recomienda sillas que pesen hasta 16 kg para personas que pesen menos de 113 kg.

No se recomienda la silla de rueda estándar por las siguientes razones:

- Son difíciles de impulsar y de transportar
- Tienen poca capacidad de adaptabilidad a la persona y a los espacios.
- Restringen la participación en actividades de la vida diaria/habilidades adaptativas.
- Únicamente se indica para personas que la usen de manera temporal.



Silla de ruedas hospitalaria de uso temporal

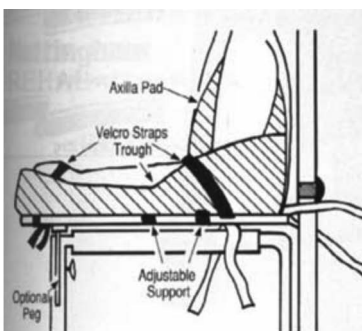


Silla de ruedas para persona con discapacidad



Silla de ruedas para realizar deporte

- Los apoyabrazos deben ser desmontables, ajustables, abatibles hacia atrás y proporcionar una superficie estable para darse impulso.
- Las sillas ultraligeras (15 kg) disponen de un eje regulable en posiciones vertical y horizontal. Estas mejoran la propulsión, reducen el radio de giro y proporcionan estabilidad. (Silla de ruedas deportiva).
- **Silla de ruedas para hemipléjicos:** debe tener un apoya-brazo lo suficientemente ancho para acomodar y sostener sin que se deslice hacia dentro ni hacia fuera y lo bastante largo como para que la persona lleve el brazo lo más que pueda hacia adelante, lo que permite la extensión de codo y evita que se retraiga el hombro. Mejor que el apoya-brazo es que la persona tenga una tabla retirable delante de él, porque así tiene ambos brazos delante, ve su brazo y mano del lado afectado y puede realizar movimientos con ambas extremidades superiores.



- **Plantilla para calzado:** ayuda a hacer frente a dos tipos de situaciones: deformidad e inestabilidad.

Las plantillas deben entrar en el zapato sin producir mayor presión al pie que los calza; son usuales cuando se presentan

extremidades más cortas, cuando hay deformidades como el pie plano o los dedos en garra, así como cuando se quiere amortiguar el paso.

- **Calzado:** zapato de cuero en la parte superior, suela de goma o material que amortigüe el paso, que se ajuste bien con velcro y que se acomode distribuyendo adecuadamente la carga en las deformidades.

B. Ayudas para el aseo y el cuidado personal

- **Aplicador de champú y loción:** el cabezal de este dispositivo se extrae para poder llenarlo de champú o loción y, posteriormente, aplicarlo en cabello o cuerpo.



- **Cortaúñas adaptado:** a la izquierda, se observa un cortaúñas de mango largo, para las uñas de los pies. A la derecha, puedes ver un ejemplo de cortaúñas adaptado para las uñas de las manos.



- **Bandas antideslizantes para la ducha:** una buena forma de aumentar la seguridad durante el baño, es la instalación de bandas antideslizantes sobre el suelo de la ducha o bañera.



- **Soporte para secador:** con este mecanismo puedes secarte el pelo sin necesidad de agarrar el secador.



- **Ayuda para la higiene íntima:** este objeto permite la higiene de la zona perineal de forma autónoma.



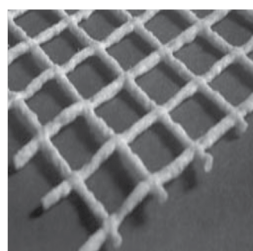
- **Elevador de inodoro con reposabrazos:** esta ayuda permite elevar la altura del inodoro y, junto con los reposabrazos, facilitar la incorporación desde el mismo.

- **Limpiadores para uñas:** estos cepillos permiten realizar una limpieza de las uñas de las manos y los pies, gracias a las adaptaciones en los mismos.

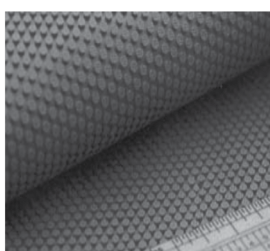


C. Ayudas para seguridad y confort

- **Materiales antideslizantes:** dispositivos que facilitan que los objetos queden firmemente inmovilizados sobre una superficie.



Para debajo de las alfombras



Suelos para cuartos de baño

- **Apoyos:** Existen en el mercado diversos tipos de asideros que colocados de manera estratégica en los cuartos de baño facilitan la independencia de la persona otorgándole mayor autonomía.



- **Apoyo para baño:** La persona encontrará mayor seguridad (evitar caídas) en el caso de que exista un equilibrio deficiente, podrá ponerse de pie sin tener que pedir ayuda. El apoyo se puede remover en caso necesario.

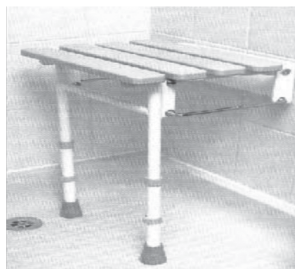


- **Adaptación para grifos:** Son numerosas las personas que por falta de fuerza en las manos o porque padecen alguna patología, el acto de abrir y cerrar los grifos se convierte en una dificultad. Aquí mostramos un tipo de adaptación que facilita la apertura/cierre de los grifos y ayuda a identificar si es de agua fría o caliente por su color.

Existen diversos tipos de adaptaciones para grifos. Si cambia de grifo, lo mejor es ponerlos tipo monomando, y mejor aún si es un modelo que gradúe la temperatura.



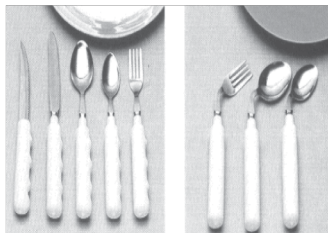
- **Asiento para baño:** es posible que en ocasiones las personas mayores o con discapacidad motora pospongan el baño por el riesgo que conlleva. Un asiento para el baño facilita el adoptar la posición sedente y la acción de levantarse.



D. Ayudas para la alimentación y las tareas domésticas

Incluyen modificaciones en cubiertos, vasos y platos. En general, estas modificaciones cumplen con los objetivos de favorecer el agarre en la palma de la mano, permitir sostener el peso para reducir el estrés articular, mejorar la posición del pulgar, llevando a cabo la alimentación de una forma más funcional y disminuyendo simultáneamente la tendencia a la subluxación de la metacarpofalángica del pulgar.

- **Cubiertos:** Preferiblemente livianos, de mangos cilíndricos. El cuchillo y la cuchara pueden tener curvaturas en dirección radial, para evitar la desviación radial activa de la articulación de la muñeca.
- **Vasos:** Livianos, lisos, que no tengan agarraderas, así se evita la flexión sostenida en las articulaciones pequeñas.
- **Platos:** Profundos, con bordes levantados, livianos, pueden tener chupas para fijarlos a la mesa y también se pueden utilizar individuales antideslizantes.



E. Ayudas para el hogar



- **Girador de llaves:** muchas veces, el pequeño tamaño de las llaves dificulta su manejo y giro. Esta ayuda permite acoplar hasta tres llaves y proporciona un mango que facilita su agarre y uso.



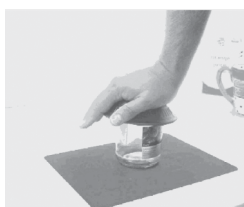
- **Girador de perilla de puerta:** al igual que con los giradores de grifo, este adaptador para la perilla de la puerta lo transforma en manilla, lo que disminuye el grado de movimiento en pronosupinación necesario para accionarlo.



- **Tirador de enchufe:** con este adaptador para los enchufes se disminuye la fuerza que es necesario ejercer, a la vez que mejora el agarre sobre el objeto y facilita la presión para tirar de él.



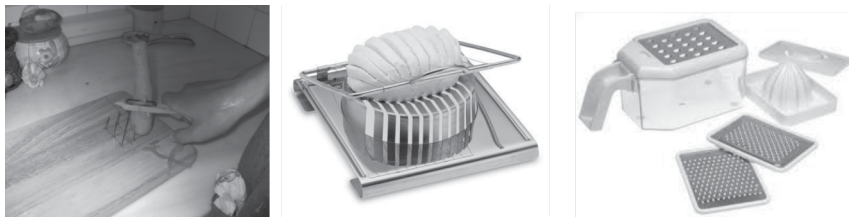
- **Sujeta bolsas:** con esta ayuda, las bolsas de plástico se pueden agarrar y transportar mejor, sin riesgo de rotura de éstas y evitar así el daño a los tejidos blandos de la mano.



- **Superficies antideslizantes:** los manteles y utensilios antideslizantes permiten fijar los objetos que se están manipulando, impiden que se muevan y mejoran su agarre y uso.

F. Ayudas para la comida y la preparación de alimentos

Sujetador de frutas, verduras y hortalizas: se adapta a una tabla unas puntillas o clavos de diferente longitud, lo cual permite cortar, pelar y manipular el alimento sin riesgo de cortes con el cuchillo.



Muchas de las tareas de cocina requieren mucho tiempo y son laboriosas, además, de la dificultad que pueden tener para personas con dificultades en la movilidad o en la manipulación. Por ello, no se debe desdeñar la idea de trabajar sentados y utilizar pequeños electrodomésticos que nos faciliten algunas tareas como la picadora, el abre-latas eléctrico, batidora con varias funciones, incluso un microondas, que evitará que usemos la estufa en más de una ocasión.

También existen ayudas técnicas que facilitan estas tareas, como los peladores, tablas para cortar con pinchos para sujetar el alimento, mesitas con ruedas para desplazar objetos con seguridad y comodidad.



Recomendaciones básicas para personas con discapacidad motora

a. Alimentación

Es común ver la dificultad para el agarre de cubiertos, tazas, platos, etc. Se puede facilitar el agarre con las palmas de las manos sobre todo de la región tenar, hipotenar, y con las muñecas. A veces son necesarios los aditamentos.



Cuando se dificulta el corte de alimentos, conviene colocar sobre la mesa individuales de material antideslizante y si es necesario aditamentos para trinchar o cortar los alimentos (ver la gráfica, ayudas para la comida y preparación de alimentos).

Para tener precisión y estabilidad en el agarre, se recomienda colocar pesas elaboradas en casa (con arena, lentejas, linaza, etc.) en la región de las muñecas, si se requiere mayor estabilidad en los hombros.



b. Manejo de disfagia en pacientes con discapacidad motora

Las complicaciones más frecuentes, derivadas de la disfagia, son la desnutrición y la neumonía por aspiración, que puede resultar en muerte, especialmente en pacientes de edad avanzada.

En muchos de estos pacientes la alimentación oral se vuelve difícil, y requiere el uso de medios alternativos de alimentación. Un factor que complica la situación es la neumonía y la aspiración. Síntoma común en estos pacientes es la modificación del esfínter labial, lo que dificulta el inicio del proceso de la deglución.

Hay dificultad en controlar la lengua durante la dinámica de la fase oral, con menor propulsión de los alimentos; retraso o ausencia del reflejo de tragar, lo cual aumenta el riesgo de aspiración. Falta de presión para dar continuidad a la fase faríngea de la alimentación. También se da el cambio de comportamiento vocal después de la ingesta oral, lo que sugiere la ocurrencia de edema y también una reducción en la elevación de la laringe.

Es importante en estos casos, realizar una evaluación clínica, con uso de métodos directos e indirectos. Los indirectos utilizan la obser-

vación de las estructuras faciales y orofaringo-laríngeas, caracterizando los aspectos del rostro, la posición de la cabeza y la presencia o ausencia de atrofia, el estado y la oclusión dental y la adecuación de la articulación temporo-mandibular, paladar duro y paladar blando y los músculos (faciales, masticatorio y la lengua), así como su aspecto en reposo y en movimiento. Los métodos directos hacen uso de los diferentes tipos de dieta oral, con observación de la respiración, la succión, la voz, el habla, la masticación y la deglución.

Se debe tener en cuenta:

- Número de degluciones.
- Presencia de residuos alimenticios y/o secreción.
- Tos o hipo, durante o después de tragar.
- Alteraciones de la voz.
- Coordinación respiración-deglución y restricción alimentaria en cuanto al tipo de dieta.

La dificultad en la deglución requiere muchos cuidados de la familia y/o del cuidador como por ejemplo posición sentada del paciente al comer, maniobras posturales con la cabeza (flexión de la cabeza, inclinación lateral de acuerdo con el lado de compromiso), la higiene oral, promover la estimulación sensorial oral, entrenamiento del control del alimento en la boca (ofrecer en pequeña cantidad, verificar la presencia o ausencia de alimentos acumulados a los lados de la boca, si no se ingiere antes de ofrecer más comida) y mantener a la persona sentada, al menos media hora después de comer para la prevención de complicaciones pulmonares tales como vómitos o regurgitación.

Es esencial también observar los reflejos de la faringe del paciente antes de ofrecerle alimentos o líquidos, para evitar complicaciones. Síntomas tales como tos, dificultad al respirar, derrame anterior de alimentos o la saliva a través de la boca, dificultad para masticar, ansiedad, sudoración, agitación durante la alimentación sugieren dificultades y los reflejos perjudicados de estos pacientes aumentan el riesgo de aspiración.

c. Vestido-desvestido

En ausencia de movimiento en las piernas, se recomienda posicionar en sedente largo, doble una pierna ayudándose con las manos, introdúzcala en la manga del pantalón. Ayudándose con las manos vol-

téese de medio lado, suba el pantalón hasta la cadera; voltéese del otro lado y repita la operación.

Para medias y zapatos, siéntese, y con ayuda de las manos coja una pierna a la altura de la pantorrilla y levántela hasta colocar el pie sobre la rodilla contraria. Colóquese la media y el zapato y haga lo mismo con la otra pierna. Para desvestirse siga el mismo procedimiento.

Cuando la persona tiene ausencia de movimiento en brazos y piernas en posición boca arriba para ponerse camisas o camisetas, se recomienda introducir un brazo en la manga de la camisa, posteriormente voltee el tronco de lado y acomode la camisa en la parte de la espalda. Voltee el tronco del lado contrario y realice el mismo procedimiento.

Para poner ropa interior, pantalones cortos y largos, se sugiere introducir los pies en las mangas del pantalón, voltee a la persona de lado y suba el pantalón; realice el mismo procedimiento del lado contrario. Posicione a la persona boca-arriba.

Es importante empezar el vestido por el lado afectado, para que el lado sano haga todo el movimiento. Para desvestirse el movimiento adecuado es quitarse la ropa del lado sano; de esta forma éste quedará libre para cumplir la función del miembro afectado.

d. Movilidad funcional

Cuando la persona con discapacidad presenta ausencia de movimiento en brazos y piernas (dificultad para voltearse de medio lado, boca abajo y viceversa y pasarse de la silla de ruedas a otro lugar), es adecuado mantener una cama tendida en forma corriente, además una sábana sobrepuesta, para movilizar el paciente para la higiene personal, cambios de posición y la prevención de formación de escaras.

Por lo tanto, se aconseja posicionar a la persona boca-arriba, situarse al lado contrario de la cama hacia donde va a voltearla. Hale la sábana hacia usted hasta que la persona quede al borde de la cama. Finalmente, hale la sábana hacia arriba y hacia el lado. Para voltearla nuevamente boca arriba repita el procedimiento en forma contraria.

e. Higiene personal

Para el aseo de la persona con discapacidad motora, es importante la preparación para facilitarlo:

- Tenga preparado un asiento o una banca en piso con material antideslizante, junto a la pared.

- Se recomienda que la pared tenga barras entre 1 metro y 1.20 metros.
- El champú y el jabón deben estar en un lugar cercano y de fácil acceso, a una altura que no supere 1.20 metros de altura.
- Cuando presenta discapacidad motora severa, preparar un recipiente grande con poca profundidad, en caso de aseo en cama.
- Se recomienda seguir el siguiente orden: cara, brazos y manos, tronco piernas y pies, y por último los genitales. Cambie de agua varias veces.
- Tenga crema corporal para aplicarla en caso de necesitarla.
- Prepare toallas de varios tamaños para poder secar antes de vestir. Cúbralo con ropa interior antes de salir del baño.
- Tenga toda la ropa al alcance.
- Ponga inmediatamente al paciente las medias y los zapatos para evitar resbalones y ofrecer estabilidad en las transferencias.
- Procure que la persona con discapacidad pueda realizar el máximo de tareas posibles por sí mismo.
- En todo momento mantenga la dignidad e intimidad de la persona durante el aseo.
- Procure no hacer por la persona con discapacidad lo que ella puede hacer por sí mismo(a).
- Mantenga la higiene como un hábito diario.
- Lave o enjabone con movimientos circulares y tranquilos, de lo contrario puede causar gran incomodidad o malestar.
- Utilice agua tibia o al gusto de la persona con discapacidad.
- Use un jabón que no reseque mucho la piel.
- Después enjuague y seque bien.
- No frote al secar la piel, la puede irritar y dañar.
- Preste especial atención en el secado de los pliegues cutáneos (cuello, axilas, ingles, entre los dedos, bajo los senos, pliegues abdominales y entre glúteos).
- Si se aplica crema dejar que se absorba antes de vestir. Si no, puede macerar la piel.

f. Lavado de manos

- La higiene de las manos es muy importante tanto para el cuidador como para la persona con discapacidad. El buen corte de uñas evita que se pueda dañar la piel y transportar gérmenes patógenos.
- Las manos hay que lavarlas al levantarse por la mañana, después de ir al baño y después de cada comida.
- Lavar las manos con jabón que no reseque la piel. Frote bien las palmas, entre los dedos y hasta la mitad del antebrazo.
- Aplique crema si la piel está reseca.
- Limpie las uñas con un cepillo para quitar la suciedad acumulada.
- Mantenga las uñas cortas, cortándolas de manera redondeada.

g. Lavado de los pies

Los pies son la base para la bipedestación y las transferencias silla – cama/ cama – silla. Su buen cuidado y revisión es fundamental.

- Lavar diariamente con jabón neutro o que no provoque irritación. Lavar con agua tibia o al gusto de la persona con discapacidad.
- Tener especial cuidado en el secado entre los dedos de los pies, para evitar que la piel se irrite o tenga problemas de hongos.
- No utilizar talcos (polvos, maizena, etc.) junto con la crema, porque forma una pasta que hace daño a la piel.
- El corte de las uñas se hace en forma recta y con regularidad para evitar que se endurezcan y se incrusten en la piel.
- Es importante revisar el estado de los pies para detectar grietas, enrojecimientos, heridas, uñas encarnadas, etc.
- Se aconseja llevar al podólogo cuando se trate de uñas encarnadas, durezas, callos, etc.
- Poner calcetines de hilo o algodón que permitan la transpiración del pie y vigile que las medias no aprieten y dificulten la circulación.
- Poner calzado adecuado que deje respirar al pie, que lo sujete bien y no apriete. Poner calzado como botines o zapatos no

tercer para dar estabilidad al tobillo durante la bipedestación y las transferencias. Evitar que se use con regularidad calzado deportivo.

- Cualquier anomalía en el pie es mejor consultarla con un médico (ca) o un podólogo (a).

h. Lavado de la zona genital

- Cuando se habla de la zona genital se incluye toda la zona desde el ombligo hasta la mitad de los muslos. Con ello previene las infecciones urinarias.
- En la ducha se recomienda lavar con agua tibia o al gusto de la persona con discapacidad, y jabón neutro, excepto en las partes más íntimas, ya que puede causar irritación. Se puede utilizar aceite de almendra o uno similar para el cuidado de la piel.

El aseo de los genitales de un niño o una persona en cama, se realiza de la siguiente manera:

- Empiece siempre por delante, humedeciendo bien la piel, con una esponja desde el ombligo, las ingles y entre las piernas, hasta la mitad del muslo.
- Para evitar mojar la cama se recomienda forrar el colchón con un plástico.
- Si se utiliza jabón es importante enjuagar bien antes de secar.
- En el caso de la mujer, se separan los labios exteriores e inferiores y se humedece bien con agua, pasando la esponja con cuidado. **¡AQUÍ NO SE SECA!**
- En el caso de un hombre se humedece bien el pene y el escroto. Posteriormente, se baja el prepucio y se lava el glande con mucho cuidado. Es importante volver a subir el prepucio para evitar daños.
- Seque con una toalla, sin frotar especialmente en la ingle. Si se puede es mejor airear antes de volver a poner un pañal.
- Si se aplica crema debe procurar que se absorba, ya que esto dañaría la piel.
- Para asear la parte de atrás, se debe colocar a la persona de lado.

- En caso de haber heces, es mejor retirarlas con papel higiénico antes de asear.
- Posteriormente, humedecer la piel desde la zona lumbar hasta terminar en los glúteos. Seque a la vez que observa si hay un cambio de color en la piel o cualquiera otra anomalía.
- Para lavar la zona anal hay que separar los glúteos y lavar de adelante hacia atrás. A su vez se puede observar si hay fisura anal, presencia de hemorroides, o si la piel alrededor está enrojecida.
- Finalmente se seca bien y se pone el pañal en caso de que se requiera.

i. Higiene bucal

Se refiere al cuidado de los dientes y/o encías, enjuague bucal e hidratación de los labios después de cada comida. También incluye el lavado de prótesis dentales.

- Utilice un cepillo con cerdas suaves.
- Procure que la persona con discapacidad lo haga por sí sola, facilitándole los materiales si es necesario.
- Emplee pasta de dientes para encías sensibles, preferiblemente.
- Cepille cada diente y encía, o la prótesis dental, en caso de que no haya dientes.
- Tenga a mano un vaso con agua fresca para enjuagar la boca.
- Seque y aplique lubricante labial si es necesario.
- Si la persona no puede desplazarse fuera de la cama siéntelo/a y si ello no es posible realice la higiene bucal con el paciente acostado de lado, para evitar broncoaspiraciones o ahogamientos.

j. Cuidado del cabello

Tener el pelo limpio, cortado y cortado incide en el estado de ánimo. Los días que no se pueda lavar el pelo, el arreglo del mismo es lo que termina el aseo diario. La actividad de peinar suele ser (si se hace con cuidado) un acto muy agradable y da el toque personal a cada persona.

- Si se puede, es más cómodo realizar el lavado del pelo en la ducha o encima del lavamanos.
- Si hay que lavar el pelo en la cama es mejor estar acompañado/a.
- Tener preparado y de fácil acceso un recipiente grande y poco profundo, balde, champú, impermeable si se hace fuera de la ducha, toallas, peine o cepillo y secador de pelo.
- Poner la cama plana y procurar sacar la cabeza de la persona con discapacidad, por fuera de la parte frontal de la cama. *¡Tener cuidado con la cabeza!* Otra persona debe sujetarla todo el tiempo.
- Colocar un plástico impermeable debajo de los hombros de la persona y acomodarla de manera tal que desemboque en el balde.
- Mojar el pelo procurando que no entre en los ojos ni en los oídos. Estos se pueden cubrir con tapones de silicona o con algodón.
- Utilizar champú suave y proporcionar masajes circulares y leves.
- Enjuagar con agua limpia
- Cubrir la cabeza con una toalla y retirar con cuidado el plástico, el balde y el recipiente.
- Secar con la toalla, frotando con suavidad o con el secador con cuidado de no quemar. Caminar de manera independiente.
- Peinar al paciente y arreglar la cama.

k. Ayuda en la marcha

Es una actividad muy importante que posibilita la participación en actividades de la vida diaria en el entorno familiar, educativo y laboral, de manera autónoma. Es necesario aumentar la estabilidad y el equilibrio. Si no es posible se puede ayudar a caminar de la siguiente manera:

- Comunicar siempre a la persona el espacio de recorrido y la secuencia de movimientos que se pretende hacer.
- Dar el tiempo necesario para que realice los movimientos
- Ayudar solamente en lo que realmente necesita.
- Evitar movimientos que puedan aumentar el riesgo de caída.

Es muy importante alcanzar una postura estable, antes de iniciar la marcha.

I. Marcha en personas con parálisis cerebral

Se realiza en personas que tienen patrón de marcha o intención de marcha, con las piernas rígidas y sin fluctuación del tono muscular.

La persona que facilita la marcha se pone por detrás de la misma y se sujeta por debajo de las axilas, para controlar el equilibrio y las descargas de peso en cada pierna. Estas descargas se hacen moviendo el hombro contrario al pie que se adelanta.

m. Marcha en personas con hemiplejía

Se da el apoyo en el lado con movilidad no alterado, se introduce el antebrazo por debajo del antebrazo de la persona con discapacidad motora; de este modo usted quedará apoyado para ofrecer estabilidad y equilibrio.

n. Marcha con ayudas técnicas

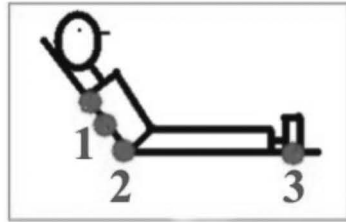
- **Bastón o muletas:** se coloca siempre en el lado con movilidad reducida. Se adelanta primero la pierna sana y después el bastón o muleta, a la vez que la pierna del lado afectado.
- En los demás casos se moverá el bastón o muleta al lado contrario de la pierna que avanza.
- **Dos bastones o muletas:** en el caso de amputaciones de alguna pierna, se adelantan los dos bastones o muletas y después la pierna sana.
- **Caminadores:** primero se avanza el andador y después las piernas de manera alterna, hay que tener la precaución de no alejar mucho el andador porque puede aumentar el riesgo de caída.

Recomendaciones para realizar cambios posturales

La falta de movilidad en las personas con discapacidad motora puede llegar a producir escaras o úlceras por presión, sobre todo donde haya prominencias óseas.

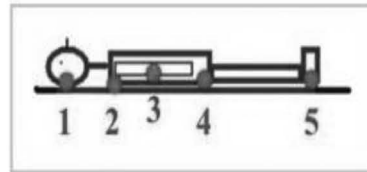
Sentado en cama

- Nuca
- Escápula
- Región lumbar
- Pelvis
- Talón



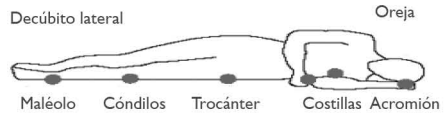
Acostado boca-arriba

- Nuca
- Escápula
- Codo
- Pelvis
- Talón



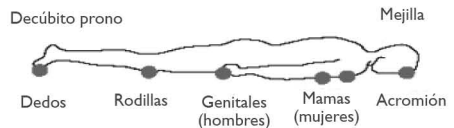
Acostado de lado

- Oreja
- Hombro
- Codo
- Cadera
- Entre las rodillas y los tobillos



Acostado boca-abajo

- Mejilla
- Mamas
- Genitales
- Rodillas
- Dedos



Silla de ruedas

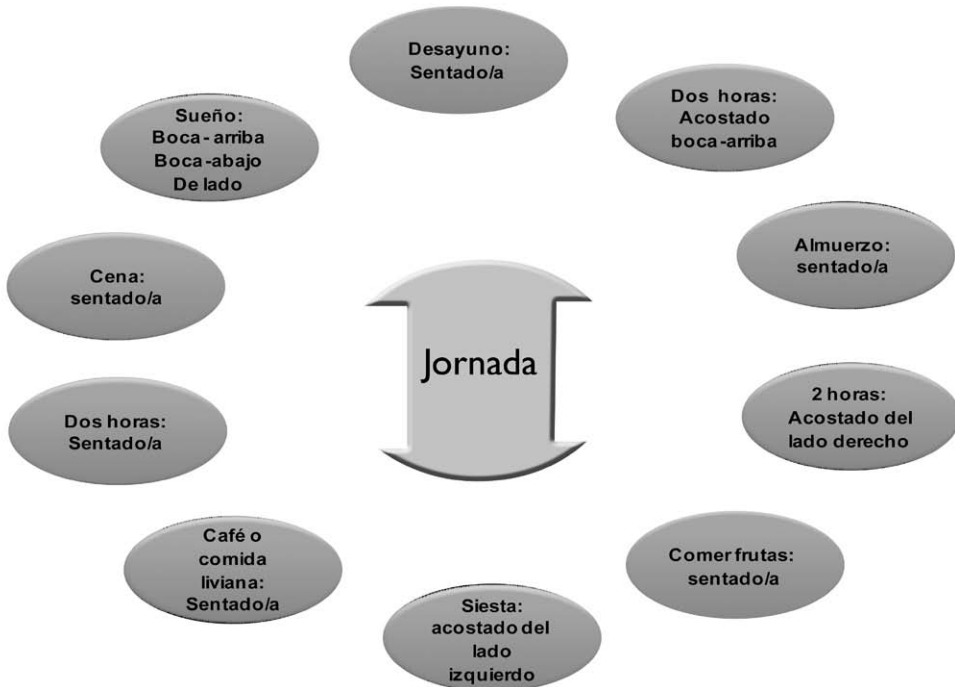
- Escápula
- Región lumbar
- Codo
- Cadera
- Pelvis
- Pliegue de rodilla
- Planta del pie y dorso del talón



La prevención por úlceras es posible, realizando cambios posturales, los cuales tienen las siguientes características:

Se recomienda hacer cambios posturales cada dos – cuatro horas

Seguir un orden rotatorio. El circuito que se propone como ejemplo es el siguiente:



a. Colocación de almohadas para evitar úlceras de presión:

Boca- arriba



De lado



- **b. Transferencias corporales:** son muy importantes para facilitar la movilidad, en personas con discapacidad motora, por otro lado, debe existir buena comunicación con el cuidador/a para lograr una coordinación adecuada durante la transferencia.
- **c. Sentarse en la cama:** la mejor manera de sentarse en la cama es colocándose de lado, una vez en esa postura, la persona debe sacar primero las piernas y, ayudándose de su peso, empujarse con los brazos hacia arriba.

Si está boca-arriba, primero se coloca de lado con las piernas flexionadas. Rodeando las piernas por detrás de las rodillas con un brazo y con el otro se sujeta del tronco (nunca del cuello), de manera que la cabeza quede apoyada en los antebrazos del cuidador.

En esa posición, se saca las piernas fuera de la cama, y con un movimiento coordinado se sienta, subiendo el tronco al tiem-

po que baja las piernas. Para acostarse se desarrolla la misma maniobra pero al contrario.

- **d. Levantarse de la silla/cama:** si la persona no requiere apoyo, debe sentarse al borde de la cama o silla, colocar los pies un poco por detrás de las rodillas, llevar hacia adelante los brazos para que logre impulsarse un poco, de esta manera se podrá incorporar más fácilmente.

Si la persona requiere apoyo, el cuidador se coloca frente a ella y el enfermo con sus manos rodea la espalda del/la cuidador/dora. Las manos se ubican a la altura de las nalgas y con las rodillas se bloquean las suyas para que no se deslice hacia delante o se flexionen. Se inclina y luego se va levantando de manera simultánea.

- **e. Sentarse en la silla/cama:** la persona se debe situar completamente de espaldas a la silla, de manera que la parte trasera de las rodillas toque la silla. Apoyando las manos en los apoyabrazos o en la propia silla (para acompañar la bajada) debe inclinar levemente el tronco hacia delante y sentarse despacio.

Si la persona requiere apoyo, el/la cuidador/dora se ubica frente a la persona con discapacidad motora, con sus brazos rodeando la espalda del/la cuidador/dora. Las manos se ubican a la altura de las nalgas y con las rodillas se bloquean las suyas para que no se deslice hacia delante o se flexionen.

Para sentar a la persona con discapacidad motora, se inclina el tronco de la persona hacia delante, para que la bajada sea más controlada. Sin quitar el apoyo de las rodillas, se va bajando lentamente.

- **f. Transferencia de la cama a la silla de ruedas o de silla a silla:** si la persona no requiere apoyo, se coloca la silla paralela a la cama, se quita el apoyabrazos del lado pegado a la cama y se colocan los pies en el suelo, apartando los apoyapiés, con un brazo apoyado en la cama y el otro en la silla, la persona se empuja hacia el lado y desliza las nalgas de la silla a la cama (no es necesario ponerse de pie).

Si la persona requiere mayor apoyo, se realiza la transferencia de una silla a otra, se colocan las sillas formando una "L", se

realiza la transferencia de la silla a la cama o viceversa y se coloca la silla paralela a la cama.

La silla se ubica de modo que la pierna más fuerte quede al lado de la cama/silla, donde se vaya a sentar, para que pueda apoyar el peso sobre esa pierna. Se quita el apoyabrazos y se pide a la persona que abrace la espalda del cuidador/a, este a su vez colocará las manos a la altura de las nalgas y con las rodillas se bloquean las suyas.

Con las manos se guía el movimiento en todo momento; primero se inclina hacia delante y en cuanto levante un poco las nalgas se gira, se descarga el peso y sienta directamente en la cama.

g. Sentarse de forma correcta en la silla

Es importante tener en cuenta la posición corporal que se asume al permanecer sentado por periodos prolongados, ya que una adecuada postura disminuye dolores en la espalda, contracturas y favorece el buen funcionamiento de pulmones y órganos internos.

Para estar bien sentados las nalgas deben tocar el respaldo de la silla. Se deben apoyar los brazos en los apoyabrazos, inclinarse y empujar las nalgas hacia atrás.

Si la persona no es capaz de moverse hacia atrás, el cuidador/a se ubica detrás de la silla, se le pide al paciente que cruce los brazos, el cuidador pasa sus brazos por debajo de las axilas del paciente, lo inclina y lo mueve hacia atrás y un poco hacia arriba para acomodarlo en la silla, es importante que el cuidador tenga una pierna un poco más atrás de la otra y de esa manera pasar el peso al hacer la movilización.



Sexualidad en las personas con discapacidad motora

Reconocer, promover, garantizar y proteger los derechos sexuales para todos

Los derechos sexuales son un componente integral de los derechos humanos básicos y por consiguiente son inalienables y universales. La salud sexual es un componente integral del derecho al goce del grado máximo alcanzable de salud. La salud sexual no puede obtenerse ni mantenerse sin derechos sexuales para todos.

“La Asociación Mundial de Salud Sexual (WAS) (anteriormente Asociación Mundial de Sexología) fue fundada en 1978 por un grupo multidisciplinario y mundial de Organizaciones No Gubernamentales (ONG)”.

Se puede afirmar, por tanto, que la sexualidad es una construcción social simbólica, hecha a partir de la realidad de las personas: seres sexuados en una sociedad determinada. Como tal, es una dimensión constitutiva del ser humano: biológica, psicológica, cultural, histórica y ética, que compromete sus aspectos emocionales, comportamentales, cognitivos y comunicativos para su desarrollo, tanto en el plano individual como en el social. Este último aspecto subraya, también, el carácter relacional de la sexualidad como algo que es, a la vez, personalizador y humanizante, pues reconoce la importancia que tiene para el ser humano establecer relaciones con otros, en diferentes grados de intimidad psicológica y física. Parar facilitar la comprensión y el estudio de esta construcción simbólica, es posible identificar sus elementos estructurales, como son los componentes y las funciones sexuales primordiales. Proponemos los siguientes **componentes** de la sexualidad:

- Identidad de género.
- Comportamientos culturales de género.
- Orientación sexual.



Además de los componentes, la sexualidad tiene cuatro **funciones** fundamentales:

1. Comunicativa relacional.
2. Reproductiva.
3. Erótica.
4. Afectiva.

“La sexualidad trasciende los marcos de un fenómeno individual; desborda las fronteras del yo y se revela y crece en el nosotros, en lo común y compartido: su proyección social cristaliza en la riqueza de los vínculos comunicativos y afectivos que se establecen con la pareja, la familia y la sociedad”.

¿Cómo puede verse afectada la vida sexual en presencia de la discapacidad motora?

Desde el punto de vista fisiológico puede producirse una incapacidad para alcanzar la erección satisfactoria; también se afecta la lubricación en unas mujeres. La espasticidad y la flacidez impiden el normal desarrollo de la relación.

En cuanto a las relaciones suelen verse afectadas en diferente grado según la situación particular de cada persona.

En otras situaciones se producen traumas físicos que interfieren en la respuesta sexual de manera temporal.

En el área psicológica se presentan serios traumatismos, de acuerdo con la organización de la personalidad antes del accidente o lesión. Esta puede ir desde la inseguridad o sentimiento de incapacidad hasta el abandono completo de toda actividad sexual.

La diversidad de factores que originan las deficiencias del funcionamiento sexual no permite establecer un patrón común.

En los casos de traumatismo o afección medular, se debe esperar un tiempo prudente para poder evaluar hasta dónde llega la recuperación: muchas personas pueden retornar a la vida sexual activa; en otros casos se da una respuesta parcial.

¿Qué hacer ante las dificultades?

Si el espacio emocional interfiere para la relación conyugal, en casos como la depresión, sentimientos de inutilidad, debe consultarse a un terapeuta u orientador sexual quien seguramente le podrá brindar ayuda en este momento.

La respuesta sexual del paciente con trauma raquimedular se afecta en razón al proceso neurológico y compromete la función eréctil, la fertilidad y la libido.

Los hombres con lesión de la neurona motora superior completa tienen erección refleja (79% a 93%) pero no psicogénica. La eyaculación ocurre en 4% de los pacientes. En lesiones de la neurona motora superior incompleta pueden presentarse ambos tipos de erección; en el 80% de los hombres pueden ser reflejas y sicógenas. La eyaculación ha sido reportada en el 32% de los pacientes.

En lesiones de neurona motora inferior completa, que afecte las raíces sacras, la erección psicogénica se presenta en el 26%; no hay erección refleja. La eyaculación se presenta en el 18% de los casos. En las lesiones de neurona motora inferior, entre el 67% y el 95% de los hombres tiene algún tipo de función eréctil y el 70% eyaculan.

La eyaculación asistida se facilita con estimulación vibratoria del pene, o la electro eyaculación.

En las mujeres con lesiones de la neurona motora superior completa la lubricación se mantiene por acción refleja. En las lesiones inferiores, ninguna experimenta lubricación refleja pero sí psicógena.

El orgasmo se sabe que ocurre en ambos sexos con grados variables de trauma raquimedular; sin embargo, este aspecto no ha sido bien caracterizado. El deseo sexual inicialmente disminuye, pero reaparece luego con una intensidad apropiada. El retorno a la actividad sexual se cumple por lo general alrededor de los seis meses en un 37% de los casos y el 69% de los pacientes llegan a ser activos sexualmente al año.

Debemos recordar que el ser es único y el manejo integral involucra todas las esferas; la sexualidad cumple un papel importante.

Familia y discapacidad motora

Funciones de la familia en la sociedad

Desde el punto de vista social, la familia cumple unas funciones (Freixa, 1993). Como en toda institución social, tienen que ver con la satisfacción de las necesidades de sus miembros. Desde este punto de vista, podríamos hacer una síntesis de cinco posibles funciones:

1. Económica: proveer recursos
2. Cuidado físico: proveer seguridad, descanso, recuperación.
3. Afectividad: proveer cariño, amor, estima.
4. Educación: proveer oportunidades de aprendizaje, socialización, autodefinición.
5. Orientación: proveer referencias.

Procesos como la ampliación de la cobertura escolar, los cambios económicos, el crecimiento de las ciudades, los avances científicos, los cambios en la moral sexual, la prolongación de la esperanza de vida, etc., están haciendo cambiar el papel de la familia. En todo caso, a los efectos de lo que nos interesa en este momento, “se puede afirmar que si bien es cierto que la familia ha ido perdiendo funciones, desde una perspectiva psicosocial sigue conservando la principal: dota de identidad a los individuos, transmite un estilo comunicacional, los puntos de irracionalidad, el grado de diferenciación, en definitiva una epistemología y una ontología (en palabras de G. Bateson), un ser y un estar en el mundo” (Barbagelata y Rodríguez, 1995).

Familia con una persona con discapacidad

Al enfrentarse con el diagnóstico de una discapacidad, las familias echarán mano de sus experiencias, conocimientos o estereotipos anteriores sobre la discapacidad e irán sumidos en emociones probablemente tristes y dolorosas, elaborando, pensando la realidad de la persona con discapacidad y la suya. Es absolutamente normal que afloren sentimientos de rechazo, miedo, impotencia o culpabilidad.

En ese momento, es fundamental para las familias sentirse aceptadas incluso con sentimientos que pueden avergonzarles, poder desahogarse y también tener acceso, poco a poco, a orientaciones prácti-

cas sobre el qué hacer. Muchas veces son otras familias con personas con discapacidad los que mejor pueden ayudar en todo esto.

El punto de partida es distinto cuando la discapacidad es detectada o sobreviene con posterioridad. En estos casos, cuando se trata de un accidente o cuando se han ido teniendo sospechas y, por fin, se recibe un cierto diagnóstico, diríamos que el choque inicial puede ser menos pues vino precedido de expectativas, a veces más dolorosas.

La discapacidad actúa como un elemento desestabilizador de la dinámica familiar (independientemente de la capacidad de adaptación e integración que tenga la familia ante las situaciones de crisis) produce un gran impacto psicológico y un bloqueo emocional.

A partir de aquí se inicia (aunque no siempre se logra) un proceso de aceptación de la situación y, por consiguiente, su elaboración, que comienza con la comprensión de la misma y culmina con la aceptación de las posibilidades que la persona tendrá, es decir, debe realizar el duelo correspondiente.

Las personas con discapacidad y sus familias pueden:

- Ayudar a otras personas con discapacidad, mediante el apoyo entre pares, formación, información y asesoramiento.
- Promover los derechos de las personas con discapacidad dentro de sus comunidades locales.
- Participar en campañas de sensibilización y marketing social.
- Participar en foros (internacionales, nacionales, locales) dirigidos a establecer prioridades para el cambio, influir en las políticas y configurar la prestación de servicios.
- Participar en proyectos de investigación.

“Lo que hace vulnerables a las personas con discapacidad no es la discapacidad, sino la falta de redes de apoyo”

Referencias bibliográficas

1. Manual de cuidados básicos para lesionados medulares. Fundación IDEAL. Cali, 1988
2. Rehabilitación en trauma raquimedular. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Seguro Social, 1998
3. Senelick, Richard. *Living with Stroke. A guide for families*. Contemporary books 1999
4. *Cuadernos de capacitación para la familia y la persona con dificultad para moverse*. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos. 2002
5. Moreno, María Elisa. *Cómo cuidar un enfermo en casa*. Ed. El Manual Moderno 2005
6. *Rehabilitación basada en la discapacidad, discapacidad motora*. Alcaldía de Manizales 2005
7. *Familia y discapacidad*. Fundación IDEAL, Cali 2.009
8. www.asociacionwata.com
9. www.gobernaciondelvalle.gov.co
10. *Salud sexual para el milenio* WAS, World Association For Sexual Health
11. www.um.es/eglobal/

Orientación sobre manejo de discapacidad motora

Para profesionales de la salud

“Para lograr las perspectivas de desarrollo, mejores y más duraderas, que están en el corazón de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el 2015 y más allá, debemos emancipar a las personas que viven con alguna discapacidad y suprimir los obstáculos que les impiden participar en las comunidades, recibir una educación de calidad, encontrar un trabajo digno y lograr que sus voces sean escuchadas”.

Informe Mundial Sobre la Discapacidad, OMS, Junio de 2011

ISBN 978-958-57257-0-6



Gobernación del Valle del Cauca



FUNDACION IDEAL
PARA LA REHABILITACION INTEGRAL
"JULIO H. CALONJE"

