

# INCIDENCIA DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD, EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL MUNICIPIO DE PAMPLONA - NORTE DE SANTANDER.

Ortiz, K \*; Gutiérrez, A \*; Contreras, M \*\*; Celis, Y \*\*\*

\*Estudiante X Semestre Terapia Ocupacional

\*\*Docente asistente de la Universidad de Pamplona, Terapeuta Ocupacional, Magister en riesgo psicosocial social

\*\*\*Profesora de la Universidad de Pamplona, Terapeuta Ocupacional, Especialista en Educación Especial e inclusión

## RESUMEN

El proceso investigativo surge de la necesidad sentida de las personas con discapacidad del municipio de Pamplona por tener un programa que responda a sus necesidades, reuniendo varios sectores a través de alianzas estratégicas que logren dar respuesta organizada a sus prioridades. Es aquí donde de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud en el 2004, la Rehabilitación Basada en Comunidad es concretada “Una estrategia de desarrollo comunitario para la Rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidad, esta se aplica gracias al esfuerzo conjunto de las propias personas con discapacidad, sus familias, organizaciones, comunidades, servicios gubernamentales y no gubernamentales en salud, educación, trabajo, social y otros”, OMS, 2010. Que permite que las personas con discapacidad cuenten con la Participación Social, la cual se define como un grupo organizado, activo, comprometido y corresponsable de los actores de la sociedad para alcanzar beneficios comunes; siendo fundamental para el desarrollo sistemático de la democracia, a partir de un grupo social u organización cuyos integrantes favorecen la participación conjunta de actores diversos que colaboran en la construcción de una situación deseada, resolviendo asuntos que benefician a la sociedad, afirmando de este modo que existe la participación social. Es un papel primordial del Terapeuta Ocupacional en los procesos de RBC dar a conocer la estrategia, Realización de intervenciones asistenciales, en la preparación de la participación, convertirse en sus propios defensores, favorecer la implementación del programa, estableciendo el desarrollo del mismo, tanto en el gobierno como en la comunidad, convirtiéndose en el núcleo o eje central del ejercicio profesional y de su abordaje desde el concepto de ocupación humana centrándose en la actividad y participación en la vida diaria, el enfoque basado en el problema de las ocupaciones diarias, la práctica en Rehabilitación, haciendo hincapié en la creatividad para adaptar la solución de problemas a las necesidades de la persona (Terapia Ocupacional sin Fronteras – Aprendiendo del espíritu de supervivientes, Editorial Medica Panamericana 2007.p.172). Es una investigación tipo descriptivo no experimental-transaccional, con diseño mixto, técnicas de recolección de la información de tipo cuantitativo y cualitativo (cartografía social, diarios de campo y entrevistas a profundidad, encuestas, de las cuales se obtienen resultados de impacto social, pedagógico y clínico.

Palabras Claves: Ocupación humana, personas con discapacidad, rehabilitación basada en comunidad.

## ABSTRACT

The research process arises from the felt need of people with disabilities in the municipality of Pamplona to have a program that meets your needs by combining several sectors through strategic partnerships to respond to their priorities organized. It is here that according to the World Health Organization in 2004, Based Rehabilitation Community is further cemented "A strategy of community development for the rehabilitation, equal opportunities and social integration of all people with disabilities, this is applied through the joint efforts of disabled people themselves, their families, organizations, communities, government and non-government services in health, education, labor, social and other ", WHO, 2010. allowing people with disabilities have the Social participation, which is defined as an organized, active, committed and co- actors of society to achieve common benefits group; being essential to the systematic development of democracy, from a social group or organization whose members promote joint participation of various actors collaborating in the construction of a desired situation, resolving issues that benefit society, thus affirming that there is social participation. It is a primary role of the Occupational Therapist in the process of RBC to publicize the strategy, Making health care interventions in the preparation of participation, become their own advocates, to promote the implementation of the program, establishing its development, both government and in the community, becoming the core or backbone of the practice and its approach from the concept of human occupation focusing on activity and participation in daily life, based on the problem of daily occupations approach, Rehabilitation practice, emphasizing creativity to adapt problem solving the needs of the person ( Occupational Therapy without Borders - Learning from the spirit of survivors, Editorial Medical Panamericana 2007.p.172 ). It is a non- experimental transactional descriptive research, with mixed design, collection techniques of quantitative information and qualitative (social mapping, field notes and interviews, surveys, of which results of social impact can be obtained, educational and clinical.

Keywords: Human occupation, persons with disabilities, community-based rehabilitation

## INTRODUCCIÓN

La transversalidad dentro del ámbito comunitario se organiza e implementa a través de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad (RBC), mediante acciones centradas en las personas con discapacidad, sus familias y la comunidad, ordenadas con base en los fundamentos de la RBC, la estrategia promocional de calidad de vida y los conceptos que fundamentan el desarrollo comunitario, articuladas con los principios que rescatan la promoción, el desarrollo y la restitución de los derechos y la autonomía de las personas y los colectivos.

Desde esta articulación, se busca ofrecer respuestas a las necesidades de participación e inclusión de la población con discapacidad en consonancia con el objetivo del ámbito, “Fortalecer el tejido social para mejorar la calidad de vida y la ciudadanía en salud, a través de la movilización social, la gestión de la salud, el fortalecimiento de habilidades y competencias sociales y el reconocimiento, desarrollo y sostenibilidad de redes primarias y secundarias (grupos y organizaciones sociales)” Esta acción hace parte de la categoría “procesos para la restitución de la autonomía de los sujetos individual Colectivos en el territorio”, e integra el desarrollo y fortalecimiento de habilidades y competencias comunitarias y dentro de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad responde al eje de formación. Está dirigida a cuidadores/as de personas con discapacidad, se considera el espacio de apoyo y tiempo de respiro que se ofrece a estas personas para la realización de actividades complementarias de crecimiento y bienestar personal, autocuidado, esparcimiento y manejo asistencial en el hogar desde una perspectiva en terapia ocupacional. En este sentido, contempla actividades de tipo formativo, educativo, de autoconocimiento, integración social, de desarrollo de habilidades

ISSN : 2322-6781

básicas, creativas, expresivas, de comunicación, recreativas y socio-culturales que permitan fortalecer su autoestima y autoconcepto, manejar adecuadamente su tiempo libre, implementar y desarrollar estrategias de Autocuidado, adquirir destrezas en el manejo y cuidado de las personas con discapacidad y tener la posibilidad de compartir con otros sentimientos relacionados con la responsabilidad del cuidado de las personas con discapacidad.

## DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

Taylor y Bodgan (1986) consideran que el diseño de investigación es el plan o estrategia para recolectar y analizar información con el fin de llegar a conclusiones basadas en evidencia sólida y no en un razonamiento defectuoso o en meras opiniones.

Según lo anterior descrito la investigación en su desarrollo utilizo el diseño de investigación: Mixto Hernández, Sampieri y Mendoza (2008) enmarcan el enfoque mixto de la investigación en un proceso que recolecta, analiza y vinculación de datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento del problema. Por lo cual, se usan métodos de los enfoques cuantitativos y cualitativos e intervienen datos cuantitativos y cualitativos y viceversa.

### Tipos de Investigación

Investigación no experimental Mertens (2005). Es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, donde no hacemos variar intencionalmente las variables independientes. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.

Se tiene en cuenta este tipo de investigación puesto que la población a abordar no requiere ser expuesta ante una situación o e residencias sin provocar o influir en la discapacidad puesto que esta ya existe y no permite ser manipulada.

### Población y Muestra

Selltiz, et al. (1980). Es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, sobre la cual se pretenden generalizar los resultados. La población total o universal hace referencia a 249 personas con discapacidad vinculadas a la Alcaldía de Pamplona Norte de Santander y asociaciones inscritas a la misma. Liderado por la Secretaria de Salud a cargo de la Dr. Martha Maldonado. Muestra selectiva.

Hernández, S. (2008). La define como una muestra deliberadamente elegida utilizando un plan de muestreo que permite desestimar la presencia de ciertos materiales que presenten ciertas características y/o seleccionar sólo materiales con otras características relevantes. Se toma una población muestra de 100 personas con discapacidad, en edades comprendidas de 0 – 18 años. Muestra que se disminuyó a 100 al momento de la disponibilidad de tiempo, situación de las familias y el deseo de participar en la investigación.

Grafica 1 Muestra

EDAD	NÚMERO
0 – 3 Años	0
3 – 6 Años	5
6 – 9 Años	14
9 – 12 Años	8
12 – 15 Años	7
15 – 18 Años	16
TOTAL	60

contemplando ambientales (físico, social, actitudinales en el cual la gente vive y dirige

sus vidas) y los personales deben ser codificados desde la perspectiva de la persona cuya situación está siendo y la describe.

### Instrumentos.

Los instrumentos que se utilizaron para esta investigación fueron Instrumento de Valoración Inicial, Consentimiento Informado, Visita Fallida y Lista de Chequeo.

Instrumento de Valoración Inicial. Engloba la dimensión de “Factores Contextuales”

Consentimiento informado, siendo este diligenciado por la madre o el cuidador, debido a que estos son menores de edad que presentan una situación de discapacidad. Este consentimiento es un documento en el cual se establece y da conocimiento de la investigación para que así autoricen su participación en ella obtener información sobre las personas con discapacidad y el entorno en el cual participa; ser fotografiadas, grabadas o videos.

Lista de Chequeo.

Es un formulario que nos permite determinar la participación de las personas con discapacidad, en relación a tres entornos; social, físico y cultural. Se entrevista al cuidador o persona con discapacidad en forma verbal, estas respuestas son grabadas por una de las Terapeutas Ocupacionales y la otra es diligenciando el formato el cual permite señalar con una X la calificación presente o ausente. Cuenta con 17 preguntas distribuidas en los 3 contextos anteriormente mencionados, así: El entorno social; 7 preguntas, físico; 5 y finalmente el cultural; 5 interrogantes. Estas respuestas posteriormente serán tabuladas teniendo en cuenta lo diligenciado en el formato y así determinar el nivel de participación de la persona con discapacidad en los diferentes entornos o contextos.

Visita fallida. Es un formato el cual se diligencia cuando al llegar al domicilio de las personas con discapacidad no se logra vincular a la investigación por diversos motivos referenciados por los mismos, en este se incluye los datos de la persona con discapacidad o cuidador, edad del mismo, barrio, fecha, hora de visita y las observaciones las cuales especifican el motivo de la no vinculación al proyecto.

Confiabilidad y validez de los instrumentos Instrumento de valoración inicial. Tomado de: Carmen Elisa Puyana M.D. El Familiograma, Dpto. Salud Familiar. Universidad del Valle, Santiago de Cali, 1989 y se soporta de la clasificación de funcionamiento, discapacidad y salud 2001 de la OMS.

#### Lista de chequeo

Sometido a juicio de expertos ya que este ofrece una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones., además los expertos pueden estar relacionados por educación similar, entrenamiento, experiencia, entre otros;. esta lista de chequeo fue evaluada por dos terapeutas ocupacionales expertos en el área, enviando con anterioridad el documento a los profesionales expertos y conocedores del tema, quienes revisaron la lista de chequeo, que tiene el fin determinar el nivel de participación de las personas en condición de discapacidad

## RESULTADOS

En los resultados se presentan con base en la cartografía social una metodología que facilita la presentación de eventos sociales la cual se desarrolla en participación de la comunidad, en esta investigación la realizamos por sectores o barrios y una general que nos permitiera

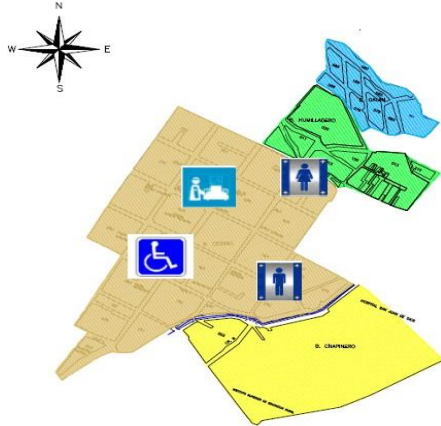
ISSN : 2322-6781

determinar el número de discapacitados, los tipos de discapacidad, los rangos de edades del discapacitado y el cuidador, grupos sociales que funcionan en el sector, centros educativos que funcionan en el sector, los discapacitados que requieren de alguna ayuda ortésica o protésica, si reciben rehabilitación, si están institucionalizados, que tipo de seguridad social tienen y a cual pertenecen, esto permite tener sectorizado las características y necesidades de la población objeto de estudio.

La Cartografía Social: Se define como una metodología de trabajo en grupo que permite la realización de diagnósticos participativos como resultado del reconocimiento del territorio a través de distintos mecanismos: La observación, conversatorios comunitarios, acercamientos a realidades específicas, visitas de campo, entrevistas, revisión de documentos y otras ayudas que permitan un conocimiento lo más preciso posible acerca del lugar, las relaciones y las condiciones de vida de quienes habitan, frecuentan, trabajan y conocen una zona, o región, todas las cuales se plasman en el mapa del territorio que se va a reconstruir, MORA PAEZ, Héctor, JARAMILLO, Noviembre de 2003.

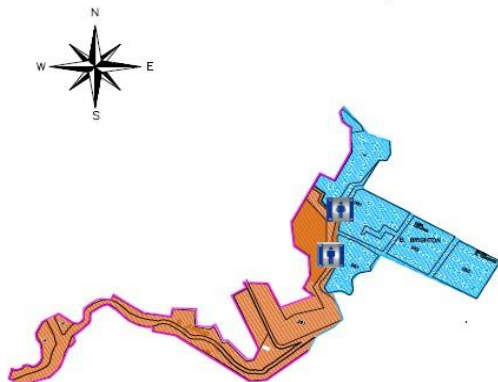
**CARTOGRAFÍA PAMPLONA – NORTE DE SANTANDER**

**SECTOR CENTRO**



CARACTERIZACION SECTOR CENTRO: 13 PERSONAS CON DISCAPACIDAD							
GENERO		REHABILITACION		INSTITUCIONALIZADOS		SEGURIDAD SOCIAL (EPS)	
FEMENINO	7	SI	10	SI	8	SI	13
MASCULINO	6	NO	3	NO	5	NO	0
RANGO DE EDAD PERSONA CON DISCAPACIDAD				RANGO DE EDAD PADRES/ CUIDADOR			
0-3 Años		0		25-35 Años		1	
3-6 Años		1		35-45 Años		5	
6-9 Años		3		45-55 Años		5	
9-12 Años		1		55-65 Años		2	
12-15 Años		2		65-75 Años		0	
15-18 Años		6					

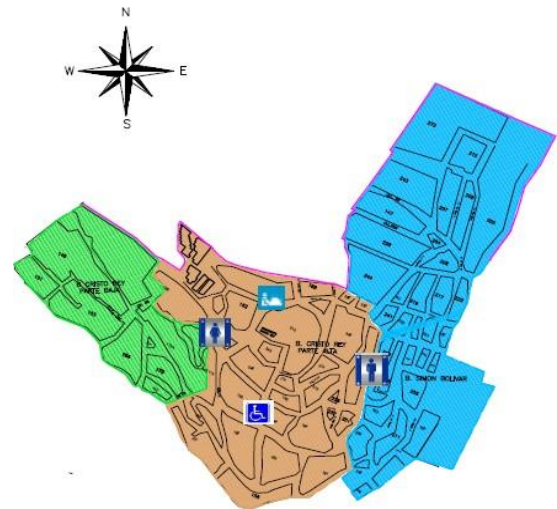
Grafica 2 Sector Centro



Grafica 3 Sector Brighton

CARACTERIZACION SECTOR BRIGHTON: 2 PERSONAS CON DISCAPACIDAD							
GENERO		REHABILITACION		INSTITUCIONALIZADOS		SEGURIDAD SOCIAL (EPS)	
FEMENINO	1	SI	0	SI	0	SI	2
MASCULINO	1	NO	2	NO	2	NO	0
RANGO DE EDAD PERSONA CON DISCAPACIDAD				RANGO DE EDAD PADRES/ CUIDADOR			
0-3 Años		0		25-35 Años		0	
3-6 Años		0		35-45 Años		1	
6-9 Años		0		45-55 Años		1	
9-12 Años		0		55-65 Años		0	
12-15 Años		0		65-75 Años		0	
15-18 Años		2					

**SECTOR CRISTO REY**



CARACTERIZACION SECTOR CRISTO REY: 7 PERSONAS CON DISCAPACIDAD							
GENERO		REHABILITACION		INSTITUCIONALIZADOS		SEGURIDAD SOCIAL (EPS)	
FEMENINO	2	SI	4	SI	5	SI	7
MASCULINO	5	NO	3	NO	2	NO	0
RANGO DE EDAD PERSONA CON DISCAPACIDAD				RANGO DE EDAD PADRES/ CUIDADOR			
0-3 Años		0		25-35 Años		3	
3-6 Años		1		35-45 Años		2	
6-9 Años		2		45-55 Años		1	
9-12 Años		0		55-65 Años		0	
12-15 Años		1		65-75 Años		1	
15-18 Años		3					

Grafica 4 Sector Cristo Rey

**SECTOR CAMELLÓN**



CARACTERIZACION SECTOR CAMELLON: 9 PERSONAS CON DISCAPACIDAD							
GENERO		REHABILITACION		INSTITUCIONALIZADOS		SEGURIDAD SOCIAL (EPS)	
FEMENINO	6	SI	5	SI	5	SI	9
MASCULINO	3	NO	4	NO	4	NO	0
RANGO DE EDAD PERSONA CON DISCAPACIDAD				RANGO DE EDAD PADRES/ CUIDADOR			
0-3 Años		0		25-35 Años		1	
3-6 Años		0		35-45 Años		4	
6-9 Años		3		45-55 Años		4	
9-12 Años		0		55-65 Años		0	
12-15 Años		1		65-75 Años		0	
15-18 Años		5					

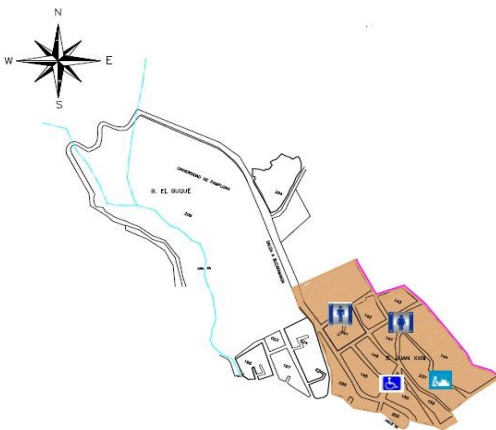
SECTOR ZULIA



CARACTERIZACION SECTOR ZULIA: 2 PERSONAS CON DISCAPACIDAD

GENERO		REHABILITACION		INSTITUCIONALIZADOS		SEGURIDAD SOCIAL (EPS)	
FEMENINO	1	SI	1	SI	2	SI	2
MASCULINO	1	NO	1	NO	0	NO	0
RANGO DE EDAD PERSONA CON DISCAPACIDAD				RANGO DE EDAD PADRES/ CUIDADOR			
0-3 Años		0		25-35 Años		2	
3-6 Años		1		35-45 Años		0	
6-9 Años		1		45-55 Años		0	
9-12 Años		0		55-65 Años		0	
12-15 Años		0		65-75 Años		0	
15-18 Años		0				0	

Grafica 6 Sector Zulia  
SECTOR JUAN XXII



CARACTERIZACION SECTOR JUAN XXII: 6 PERSONAS CON DISCAPACIDAD

GENERO		REHABILITACION		INSTITUCIONALIZADOS		SEGURIDAD SOCIAL (EPS)	
FEMENINO	2	SI	2	SI	4	SI	6
MASCULINO	4	NO	4	NO	2	NO	0
RANGO DE EDAD PERSONA CON DISCAPACIDAD				RANGO DE EDAD PADRES/ CUIDADOR			
0-3 Años		0		25-35 Años		1	
3-6 Años		1		35-45 Años		2	
6-9 Años		0		45-55 Años		2	
9-12 Años		1		55-65 Años		1	
12-15 Años		1		65-75 Años		0	
15-18 Años		3					

Grafica 7 Sector Juan XX III

SECTOR SAN FRANCISCO



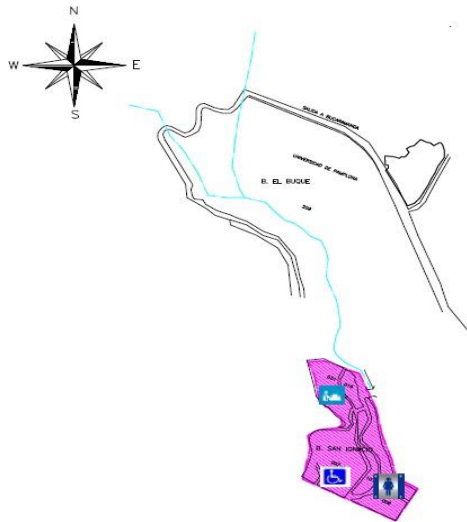
CARACTERIZACION SECTOR SAN FRANCISCO: 5 PERSONAS CON DISCAPACIDAD

GENERO		REHABILITACION		INSTITUCIONALIZADOS		SEGURIDAD SOCIAL (EPS)	
FEMENINO	2	SI	2	SI	2	SI	5
MASCULINO	3	NO	3	NO	3	NO	0
RANGO DE EDAD PERSONA CON DISCAPACIDAD				RANGO DE EDAD PADRES/ CUIDADOR			
0-3 Años		0		25-35 Años		0	
3-6 Años		0		35-45 Años		4	
6-9 Años		1		45-55 Años		0	
9-12 Años		1		55-65 Años		1	
12-15 Años		1		65-75 Años		0	
15-18 Años		2					

Grafica 8 Sector San Francisco



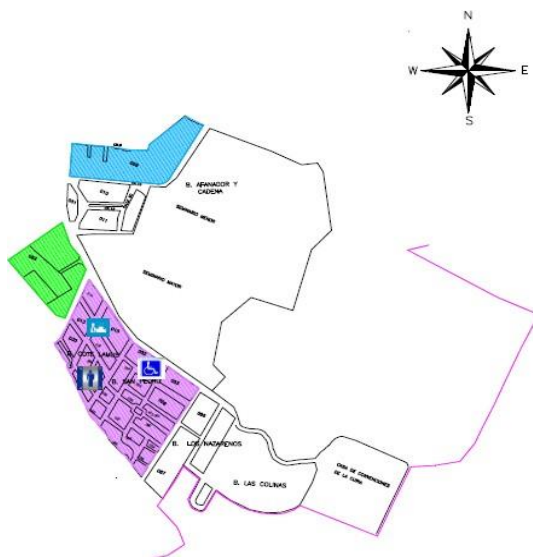
SECTOR SAN IGNACIO



CARACTERIZACION SECTOR SAN IGNACIO: 5 PERSONAS CON DISCAPACIDAD							
GENERO	REHABILITACION		INSTITUCIONALIZADOS		SEGURIDAD SOCIAL (EPS)		
	FEMENINO	5	SI	2	SI	3	SI
MASCULINO	0	NO	3	NO	2	NO	0
RANGO DE EDAD PERSONA CON DISCAPACIDAD				RANGO DE EDAD PADRES/ CUIDADOR			
0-3 Años		0		25-35 Años		0	
3-6 Años		0		35-45 Años		0	
6-9 Años		2		45-55 Años		5	
9-12 Años		1		55-65 Años		0	
12-15 Años		0		65-75 Años		0	
15-18 Años		2					

Grafica 9 Sector San Ignacio

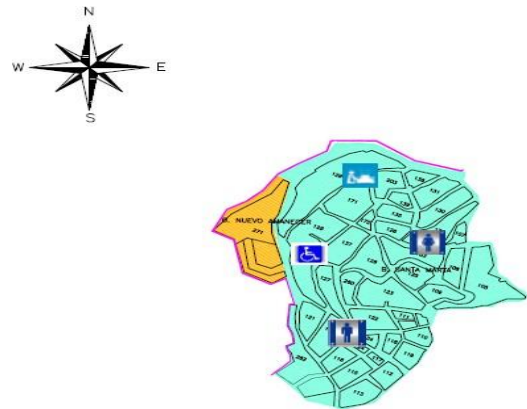
SAN PEDRO



CARACTERIZACION SECTOR SAN PEDRO: 2 PERSONAS CON DISCAPACIDAD							
GENERO	REHABILITACION		INSTITUCIONALIZADOS		SEGURIDAD SOCIAL (EPS)		
	FEMENINO	0	SI	1	SI	1	SI
MASCULINO	2	NO	1	NO	1	NO	0
RANGO DE EDAD PERSONA CON DISCAPACIDAD				RANGO DE EDAD PADRES/ CUIDADOR			
0-3 Años		0		25-35 Años		0	
3-6 Años		0		35-45 Años		0	
6-9 Años		0		45-55 Años		2	
9-12 Años		0		55-65 Años		0	
12-15 Años		0		65-75 Años		0	
15-18 Años		2					

Grafica 10 Sector San Pedro

SECTOR SANTA MARTA



CARACTERIZACION SECTOR SANTA MARTA: 8 PERSONAS CON DISCAPACIDAD							
GENERO	REHABILITACION		INSTITUCIONALIZADOS		SEGURIDAD SOCIAL (EPS)		
	FEMENINO	5	SI	5	SI	6	SI
MASCULINO	3	NO	3	NO	2	NO	0
RANGO DE EDAD PERSONA CON DISCAPACIDAD				RANGO DE EDAD PADRES/ CUIDADOR			
0-3 Años		0		25-35 Años		4	
3-6 Años		2		35-45 Años		3	
6-9 Años		5		45-55 Años		1	
9-12 Años		0		55-65 Años		0	
12-15 Años		1		65-75 Años		0	
15-18 Años		0					

Grafica 11 Sector Santa Marta



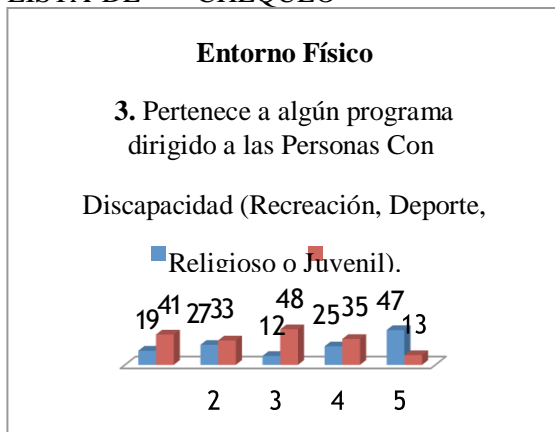
SANTA CRUZ



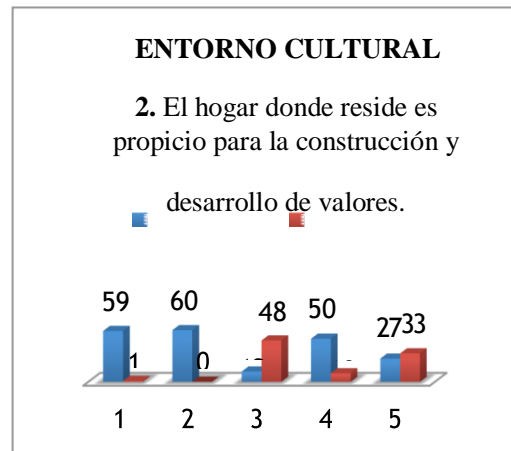
Grafica 12 Sector Santa Cruz

CARACTERIZACION SECTOR SANTA CRUZ: 1 PERSONAS CON DISCAPACIDAD							
GENERO	REHABILITACION		INSTITUCIONALIZADOS		SEGURIDAD SOCIAL (EPS)		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
FEMENINO	1	0	1	0	1	0	
MASCULINO	0	0	0	0	0	0	
RANGO DE EDAD PERSONA CON DISCAPACIDAD				RANGO DE EDAD PADRES/ CUIDADOR			
0-3 Años	0		25-35 Años		0		
3-6 Años	0		35-45 Años		0		
6-9 Años	0		45-55 Años		1		
9-12 Años	0		55-65 Años		0		
12-15 Años	0		65-75 Años		0		
15-18 Años	1						

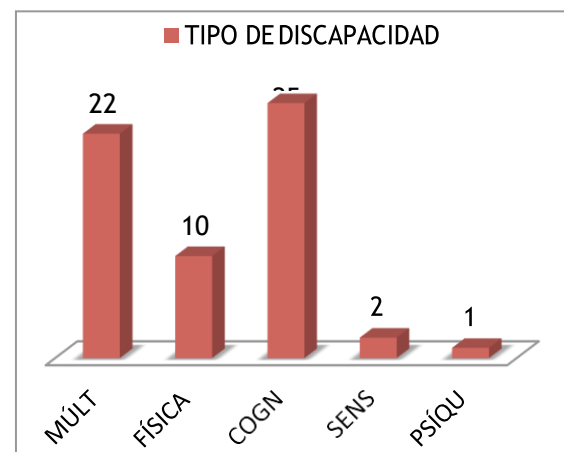
LISTA DE CHEQUEO



Grafica 13. Entorno físico



Grafica 15 Entorno Cultural DISCAPACIDADES MÁS RELEVANTES DEL MUNICIPIO



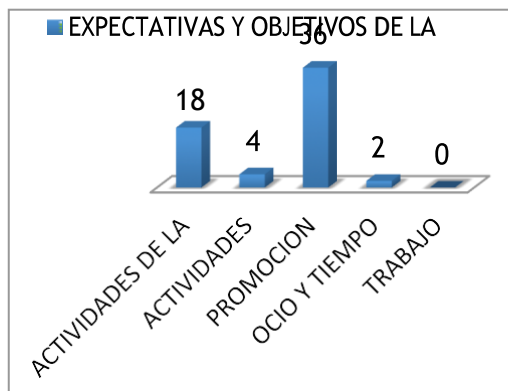
Grafica 16 Tipo de Discapacidad

PERSONAS QUE REQUIERAN DE AYUDA TÉCNICA Y PERSONAS

CON DISCAPACIDAD

Grafica 17 Ayudas técnicas

### OBJETIVOS Y EXPECTATIVAS DE LA FAMILIA



Grafica 18 Expectativas de la Familia de personas con Discapacidad

### DISCUSIÓN

Los resultados que se mostraron dentro de cada una de la cartografía realizada en el municipio de Pamplona/Norte de Santander – Colombia, se evidencia mayor cantidad de población con Discapacidad en el sector del Centro, aumento de discapacidades en el género femenino con un porcentaje de 52% y 48% en masculino, a nivel de rehabilitación se encontró que el 52.5% asiste a los procesos de recuperación y el 47.5% no se vinculan con ninguno de ellos. También se logra identificar los rangos de edades de las personas con

Discapacidad, tornándose un resultado del 46% de los caracterizados, con edades comprendidas entre los 15 a 18 años de edad (adolescencia), afectando el desempeño de los roles, como lo es el escolar y por ende su proceso vocacional, teniendo en cuenta sus intereses, que pueden verse afectados y así mismo ocasionan dificultades en la formación de su identidad y personalidad; además de los problemas académicos. Con relación a la

edad de los familiares o cuidadores presenta una equivalencia del 42%, con rangos entre 45 a 55 años, ubicándose en una etapa de madurez y adultez donde esta población muestra poca motivación por dar cumplimiento a sus propias necesidades o expectativas, ya que estos; en la gran mayoría de los casos tienen como prioridad las necesidades y expectativas de vida de las personas a quienes están a su cargo.

Frente a la interpretación de la Lista de Chequeo, se logra identificar en el Entorno Físico que 48 familias de las 60 personas con Discapacidad, responden que los menores no pertenecen a ningún programa dirigido para los mismo, con relación a Deportes, Religioso, Juvenil u otro, teniendo en cuenta la dificultad existente en cuanto al acceso a los diferentes espacios donde se desarrollan estas actividades, además de la ausencia o escasos dispositivos de asistencia, por otra parte en cuanto al Entorno Social; la totalidad de la población de personas con Discapacidad dan a conocer el buen trato que recibe por parte de sus familiares, además de los motivadores o la unión familiar existente; generando perspectivas individuales de forma significativa que le permitan cumplir con ciertas expectativas en cuanto al desempeño de determinados roles y rutinas sociales, para finalizar referente al Entorno Cultural; se muestra que en cada una de las familias caracterizadas del Municipio de Pamplona/Norte de Santander, los hogares se muestran propicios para el desarrollo y la construcción de valores, teniendo en cuenta las costumbres, creencias, patrones de actividades y comportamientos que son inculcados para de este modo facilitar el proceso de adaptación a los diferentes contextos.

De acuerdo a la variedad de patologías encontradas en el Municipio, se observó la necesidad de clasificar cada una de ellas según el tipo de Discapacidad de acuerdo a la OMS, localizando mayor énfasis en Cognitiva (25%); Retraso Mental, Síndrome de Down, Hidrocefalia, Microcefalia, Déficit Cognitivo, Problemas de Aprendizaje y Meningitis Bacteriana, conllevando a disfuncionalidades en sus procesos de raciocinio en juicio, toma y resolución de problemas, iniciación/terminación de la actividad, seguimiento de indicaciones, aprendizaje y generalización, seguidamente Discapacidad Múltiple; Retraso en el Desarrollo Psicomotor, Distrofia Muscular, Polineuropatía, Artritis, Síndrome de West y Epilépticos, por otro lado se encuentra la clasificación de Discapacidad Física, enmarcando detenidamente las siguientes Discapacidades; Parálisis Cerebral, Escoliosis, Síndrome de Raynaud y Cuadriparesia Espástica, posteriormente Discapacidades sensoriales, que incluye; Ceguera e Hipoacusia Bilateral Profunda y por ultimo Discapacidad psíquica como: Trastorno Mental Leve, Esquizofrenia no Especificada. Ocasionando disfuncionalidad en el desempeño de las actividades de la vida diaria (movilidad funcional, autocuidado), además las actividades básicas cotidianas, comunicación e interacción, roles; como el familiar, escolar, social, dificultando la participación social de las personas con Discapacidad por las limitaciones presentes en sus habilidades Neuromusculares, sensoriomotoras, psicosociales, requiriendo de una dependencia permanente del cuidador para suplir las necesidades y por ende mejorar la calidad de vida de los mismos.

Según la gráfica número 17, especifica la cantidad de personas que requieren de ayudas técnicas (silla de ruedas, coche, etc.) dentro de los 11 sectores localizados en el Municipio de Pamplona/Norte de Santander, hallando 17 personas con Discapacidad de las 60 caracterizadas. Debido a la problemática existente se observa dependencia en la ejecución de actividades diarias, restricción en la movilidad funcional, limitación de la participación en los diferentes contextos y el desempeño de los diferentes roles adquiridos dentro de la sociedad.

Dentro del Instrumento de Valoración Inicial se describe un ítem, donde se indaga acerca de los objetivos y las expectativas de los padres o cuidadores frente a la intervención desde Terapia Ocupacional, un porcentaje equivalente al 36% de los encuestados, dando respuestas en forma reiterativa que los procesos deberían ir enfocados hacia actividades de promoción de la salud, encaminadas hacia al manejo o abordaje de la patología, seguidamente con un 18% enfocados a rehabilitación en actividades de la vida diaria, por otra parte el 4% en tareas instrumentales y por ultimo ocio y tiempo libre. Referente al segundo objetivo específico del proyecto era identificar los procesos de Rehabilitación Basada en Comunidad y la Participación Social de las personas con Discapacidad según la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud , a través de la aplicación del instrumento de valoración inicial, se logra determinar que existe un grado de dificultad moderada de las funciones corporales, a nivel de funciones mentales, sensoriales, de los sistemas digestivos, metabólicos, endocrinos y neuromusculoesqueléticas relacionadas con el movimiento.

## REFERENCIAS

BLANCO Y CORUÑA Cambios Sociales y Terapia Ocupacional. Rol del Terapeuta Ocupacional en el contexto contemporáneo. TOG (A CORUÑA, DHUNAGNA BM, 2003, Las vidas de mujeres con discapacidad en Nepal: Vulnerabilidad sin apoyo. Master's thesis, Thailand, Instituto Asiático de tecnología.

BUITRAGO Echeverri María Teresa. Artículo producto de la investigación para optar el título de la Maestría en Desarrollo Educativo y Social. 2008. Bogotá/Colombia.

CENTRO DE REHABILITACIÓN CARDIONEUROMUSCULAR de Cúcuta - Norte de Santander. S.f.

CRUZ VELANDIA ISRAEL, DUARTE CUERVO CLARA, FERNÁNDEZ MORENO ALEIDA Y GARCÍA RUIZ. SOLANGEL Secretaría Distrital de Salud, Hospital Centro Oriente - Universidad del Rosario "Fortalecimiento de la Red de Rehabilitación Basada en Comunidad de la Secretaría Distrital de Salud". 2005-2010. Bogotá.

CRUZ VELANDIA Israel Y Hernández Jaramillo Janeth. Universidad Javeriana y del Rosario. 2008. Bogotá/Colombia.

FRANSEN H. El dominio de las ocupaciones de la vida diaria: La experiencia y el sentido en dos familias de niños con necesidades especiales. Amsterdam: Instituto de Terapia Ocupacional, 2002).

GUÍA PARA PADRES DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y RETRASO MOTOR.

Elaborado por Equipo Terapéutico del Centro de limitados Neuromusculares y Ortopédicos, Secretaria de Educación – Sección de Educación Especial – Cúcuta, Primera Edición Dic 17/1988.

Guía para la Rehabilitación Basada en la Comunidad, según la Organización Mundial de la Salud, 2012.

LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2012. Guía para la Rehabilitación Basada en la Comunidad, según Lord JE, Guernsey KN, Balfe JM, Karr VL, Flowers N (eds), 2007,

¡Derechos humanos sí! Acción y defensa de los derechos humanos de las personas con discapacidad], Universidad de Minnesota Centro de recursos de derechos humanos, Minnesota.

Organización Mundial de Salud (OMS), Organizaciones de las Naciones Unidas, Organizaciones no Gubernamentales (ONGs), Organizaciones de Personas con Discapacidad (OPDs) y el Ministerio de asuntos sociales y salud, , 2003. Helsinki, Finlandia.

MABANGWE JP, 2010, Discapacidad para convertirse en madre o padre y disfrutar los beneficios en la comunidad, Rehabilitación de base comunitaria, red de África.

MONGUÍ Mónica María Monsalve "Asociación de Discapacidad de Piedecuesta" ASODISPIE. Santander – Colombia, 2009.

KIDD, B, 2008, Un nuevo movimiento social: El deporte para el desarrollo y la paz. Deporte en la sociedad.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA Editora Ana Doris Cifuentes

– Sara Ximena Rubio y Jeannette Amanda Méndez Montaña, 2007, facultad de Medicina, Instituto de Desarrollo Humano y Discapacidad, Ocupación Humana y Movimiento Corporal Humano “Estrategias de acompañamiento a procesos de organización de hombres y mujeres en situación de Discapacidad”, Bogotá, D.C – Colombia.

RBC Terapia Ocupacional sin Fronteras – Aprendiendo del espíritu de supervivientes, Editorial

Medica Panamericana 2007.p.172.

URIBE CAPUTI Juan Carlos, MD. MSc y HORMIGA SÁNCHEZ Claudia Milena, Ft. MSc, PhD

(C) Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander, Mayo-Agosto 2012