

**ASESORÍAS DOMICILIARIAS COMO PARTE DE LA REHABILITACIÓN
BASADA EN COMUNIDAD: LA EXPERIENCIA EN BOGOTÁ**

AUTORA

MARÍA TERESA BUITRAGO ECHEVERRI,
MSc en Desarrollo Educativo y Social

PARTICIPANTES

Personas en situación de discapacidad,
Coordinadora del programa de prevención de discapacidad de la Secretaría Distri-
tal de Salud de Bogotá,
profesionales que coordinan el programa de Prevención de la discapacidad en las
Empresas Sociales del Estado de primer nivel de atención de la ciudad de Bogotá.

CORRESPONDENCIA:

María Teresa Buitrago Echeverri
Dirección: Calle 44 Bis No. 50-26 Bloque C Apto. 216
Teléfono 324 3534
Correo electrónico: mtbuitragoe@yahoo.es

REVISIÓN DE PARES EXTERNOS

Fecha recibido: 23-11-06
Fecha revisado: 05-02-07
Fecha aceptado: 27-04-07

RESUMEN

*"Sabe que es lo más importante?
El amor es el remedio más grande,
tiene más experiencia, el amor mueve montañas"*
Madre de un niño con parálisis cerebral.

Este artículo presenta los resultados de un estudio cualitativo descriptivo sobre los avances en asesorías domiciliarias a personas en situación de discapacidad, como parte de una de las acciones de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad, en el programa de prevención y manejo de la discapacidad, desarrollado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en las veinte localidades.

La asesoría domiciliar busca orientar acciones para el manejo de la persona en situación de discapacidad en un entorno desinstitucionalizado, a través de una valoración inicial, diseño, implementación y seguimiento de planes caseros y vinculación de estas personas a redes de apoyo mas amplias.

Esta intervención en el Distrito Capital, mostró avances en: oportunidades de reconocimiento social e institucional de esta población y, acercamiento de los servicios de salud, igualmente, la necesidad de fortalecer el trabajo con enfoque familiar.

PALABRAS CLAVE

Asesoría domiciliar, rehabilitación basada en la comunidad, discapacidad.

ABSTRAC

This article introduces the results from a qualitative study on the advances of domiciliary advisories to people in situation of disability. These advisories are some of the actions of the strategy of Community Based Rehabilitation in the program of prevention and management of disability developed by the Local Secretary of Health in the twenty localities of Bogotá D.C.

Domiciliary advisory looks forward to lead actions for the management of the person in situation of disability in a not institutionalized environment. They are implemented through an initial appraisal, design, implementation and monitoring of homemade plans, and through a linking of these people to more extensive networks of support.

This intervention in the Capital District showed large advances: opportunities of recognition for this population, approach of health services to people in situation of disability, and the challenge of strengthening the work with a family focus.

KEYWORDS

Domiciliary advisory, Community Based Rehabilitation, disability.

INTRODUCCIÓN

“La rehabilitación basada en la comunidad (RBC) constituye una estrategia de desarrollo comunitario para la equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad. La RBC se lleva a cabo por medio de los esfuerzos combinados de las propias personas discapacitadas, de sus familias y comunidades, y de los servicios de salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondientes”; (Declaración conjunta de la OIT, UNESCO y la OMS, 1994).

Esta estrategia fue propuesta por la Organización Mundial de la Salud, OMS, a principios de la década de los ochenta y estructurada a partir de experiencias de trabajo comunitario en África. En América Latina, se desarrolló con el acompañamiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con experiencias de diferente índole y tenor. En Colombia, entre el antiguo Ministerio de Salud, y la OPS, se realizó, en la segunda mitad de la década de los ochenta y principios de los noventa, un esfuerzo para su implementación, que incluyó la capacitación a profesionales del área de rehabilitación de los servicios departamentales y regionales de salud, y de las instituciones no gubernamentales que trabajan aún hoy en el tema.

Se inició en Bogotá a partir del año 1994, con desarrollos diferenciales y escalonados de los componentes que hoy la integran: asesorías domiciliarias, bancos de ayudas técnicas, programa cuidando a cuidadores, entre otros. Las asesorías domiciliarias buscan, con la participación de usuarios, cuidadores, familia y profesionales en salud, que el usuario logre autonomía en actividades tanto de cuidado personal, como de su participación en familia y roles sociales más amplios, haciendo uso de sus potencialidades y las de su entorno.

Como parte del interés de la coordinadora del programa de prevención y manejo de la discapacidad en la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y del personal y profesional en el tema, se realizó el presente trabajo para indagar sobre los avances obtenidos en el desarrollo de asesorías domiciliarias, con el fin de mejorarlas haciéndolas más acordes a las necesidades de esta población.

NUESTRO FOCO: LA ASESORÍA DOMICILIARIA

Según los lineamientos de la SDS de 2004, es la asesoría que se realiza en el lugar de residencia a la persona con discapacidad y a su familia, quienes pueden, o no, encontrarse en proceso de rehabilitación institucional y requieren de orientación para continuar en el proceso de inclusión social. Tiene como fin el fortalecimiento de la autonomía y la integración social, a través del logro de objetivos específicos como: potenciar el desempeño en actividades de la vida diaria, lograr integración familiar y fomentar la participación en conexión con redes de apoyo diferentes a la familia.

Es considerada el eje de intervención de la Rehabilitación Basada en Comunidad, pues se desarrolla con la participación de la familia en ambientes naturales (la vivienda del usuario), permitiendo la realización de adaptaciones, aditamentos y en especial, la búsqueda de integración a programas sociales que se ejecuten en la comunidad. En Bogotá, las asesorías domiciliarias, son realizadas por un profesional generalmente, terapeuta (físico, ocupacional, fonoaudiólogo) y apoyadas por un auxiliar de enfermería o por un promotor de salud capacitado. Para la atención de cada usuario están definidas en promedio, cuatro visitas de asesoría, sin embargo, este parámetro varía según la situación y necesidad de cada usuario, el intervalo entre una y otra visita varía entre uno y tres meses, pues tampoco pretende ser un proceso interminable en el cual se genere dependencia de los usuarios y su grupo familiar con los servicios de salud.

Las asesorías domiciliarias surgieron en Bogotá a partir de un trabajo coordinado inicialmente, con “El Programa de eliminación de la Lepra”, con la Ayuda Alemana a los Enfermos de Lepra y la SDS, con el fin de educar a los pacientes y sus familias en la prevención de discapacidades por esta enfermedad y posteriormente, se integraron a la estrategia de RBC. Durante los años 2001 a 2004, se realizaron en Bogotá, un promedio de 1.800 asesorías año.

METODOLOGÍA

Como objetivo central de esta investigación se preguntó por las percepciones de los usuarios, sus familiares o cuidadores y los profesionales sobre los alcances obtenidos con las asesorías domiciliarias. Para su logro se realizaron cuatro grupos focales con cuidadores y familiares de los usuarios de las asesorías domiciliarias, contando con la participación de treinta y cinco personas, de catorce, de las veinte localidades del Distrito, un grupo focal con siete profesionales encargados del desarrollo de las asesorías domiciliarias, además, se realizaron seis entrevistas a profundidad, con usuarios del mismo número de localidades.

Una vez recolectada la información se procedió a realizar su transcripción a medio magnético y su procesamiento con el uso del software para análisis cualitativo Atlas ti. Paralelamente, se revizó la bibliografía de fuentes secundarias como fundamento teórico y conceptual sobre el tema. El proceso completo de investigación con análisis y presentación de resultados, se llevó a cabo entre noviembre de 2003 y mayo de 2005.

Con la referencia expresada, se construyeron los supuestos hipotéticos, que se relacionan a continuación, los cuales guiaron las preguntas realizadas en los grupos focales, las entrevistas a profundidad y la lectura de los resultados.

Las asesorías domiciliarias cuentan con un lineamiento de carácter operativo, en términos de la definición de tiempos, actividades y presupuesto disponible para su realización, que persigue ordenar un proceso de manera

lógica, respondiendo además, a la posibilidad de seguimiento en términos programáticos y financieros. Lo que se intuye, es que en la mayoría de los casos, los tiempos requeridos para una intervención que necesita de un proceso de empatía tanto con la persona con discapacidad, como con la familia y cuidador, sobrepasa la estructura actual en disponibilidad de tiempo y recursos asignados para tal fin (promedio de cuatro visitas de cuatro horas de duración por usuario), si se pretende lograr en su totalidad los objetivos propuestos por la intervención.

Pese a contar con un proceso estructurado y de alguna manera estandarizado para su aplicación en las veinte localidades, la interpretación y aplicación del mismo, varía significativamente dependiendo del profesional que lo opera y de la condición del usuario, su cuidador y familia. Esto hace que en no todos los casos, los objetivos propuestos por la asesoría se cumplan en su totalidad.

Aunque el énfasis de la asesoría domiciliaria es el fortalecimiento de la autonomía de los sujetos tanto en el ejercicio de las actividades de la vida diaria, como del ejercicio de ciudadanía, su logro es aún limitado por dos factores, principalmente: la dificultad de un abordaje que involucre a la familia en su conjunto, que rompa la diada persona con discapacidad contra cuidador, y la débil respuesta de otros sectores, comunidad y sociedad, para romper las barreras que causan la situación de discapacidad.

RESULTADOS

En cada una de las categorías de análisis definidas se presentan los resultados de las “tres voces que nos contaron”: los usuarios, los cuidadores y los profesionales; mostrando los aportes de cada una en su singularidad como grupo y los puntos coincidentes, con algunas citas como soporte y el análisis de la información, en concordancia con lo definido desde la SDS en el lineamiento técnico para esta intervención.

La primera categoría correspondió a los fundamentos de las asesorías domiciliarias, agrupando:

- I. Las percepciones sobre las asesorías.,
- II. Lo que se dijo respecto a su estructura y duración, y
- III. Aspectos respecto a la capacitación de los profesionales, (en este aparte solamente aparece la voz de los profesionales).

Las percepciones de los usuarios variaron entre quienes perciben haber recibido un gran apoyo con la asesoría domiciliaria, hasta el extremo, quienes perciben que no han recibido ninguna ayuda. La asertividad del terapeuta en ubicar cuál es la mayor posibilidad del usuario en términos de su proceso particular, constituye un factor trascendental en el éxito de la asesoría pues en las ocasiones en las cuales no se exploró con detalle la situación del

usuario, sino que se realizó la asesoría de manera instrumental, se generaron percepciones como: “cuando yo vi que vino el muchacho y saca una hoja con dibujos y fotocopias, mire, haga esos ejercicios, chao, a mí me dio risa, yo que voy a hacer eso” o “Bueno, yo no he recibido ningún apoyo”.

Otras situaciones halladas fueron aquellas en las cuales las necesidades de los usuarios superan las posibilidades de la asesoría, por ejemplo, expectativas de trabajo, “Pues yo una ocupación sería lo principal, algo que yo pudiera hacer, que me pueda liberar de esto, salir de aquí, tratar de salir, finalmente, es que me siento muy mal de estar aquí encerrado”.

Los cuidadores percibieron las asesorías como unas pautas de manejo que ayudan a un mejor desempeño de su labor. Rescatan la constancia de los profesionales con la enseñanza de pautas de cuidado y terapias, así, como la calidad que se refleja en la paciencia y el tiempo de dedicación para explicarles como hacerlo y no forzar al usuario y “sobre todo, la calidad humana”, además la posibilidad de continuar con las terapias en la casa, e igualmente proporcionar materiales de ayuda para realizarlas.

El otro aspecto importante se centró en el apoyo emocional que significa para los cuidadores el hecho de ser escuchados: “no es que nos den dinero pero aunque sea con palabras nos ayudan”, “estas asesorías son muy buenas porque más que una persona llega una amiga”, “me llegó como un ángel”.

Los profesionales expresaron sentimientos, posibilidades, retos y logros, que se evidencian en un gran sentido de pertenencia por lo que se hace; la convicción de que a pesar de no ser un camino fácil, vale la pena: “como hay cosas que le retribuyen a uno mucho, hay otras que lo desilusionan, hay cosas que de pronto uno deja: mire, hagamos acá, arreglamos allá y todo; y vuelve uno y lo mismo, en las mismas, y uno dice bueno, ¿qué es lo que estamos haciendo acá?, ¿será que ese es el impacto que uno quiere en este cuento?”.

Logros, como los cambios en la prestación de los servicios, pudiendo hacerlos más accesibles al usuario, potenciando las capacidades de cuidadores y familia, la ampliación en las posibilidades de ejercicio profesional y el trascender a una formación académica muy rígida, los contaron así: “también hay cosas grandes, hemos trascendido de ser terapeutas ocupacionales, físicas, respiratorias y demás; nos hemos obligado en el fondo, a aprender de otros...”.

Estructura y Duración:

La estructura está dada por los procesos, procedimientos e instrumentos y duración de las asesorías definida en términos de la planeación y la estandarización de unos mínimos para que pueda ser realizada de manera similar, por varias personas a la vez, en diferentes momentos y lugares, apuntando a obtener unos resultados más o menos similares, sin embargo, se entiende que la realidad es dinámica y los profesionales deben estar en capacidad de flexibilizar la acción respondiendo a las necesidades de casos

particulares. Esta categoría, como parte de los fundamentos, recogió lo dicho respecto al uso del instrumento de evaluación, frecuencia y número de visitas, y en qué consistió operativamente ésta, de manera general (planes caseros, seguimiento, uso, retroalimentación).

Los usuarios no identificaron una duración precisa de la asesoría, pues algunos manifestaron haber recibido dos, tres o cuatro visitas, hasta personas que sienten que ésta no ha terminado, pues han tenido contacto permanente con el terapeuta por tiempos prolongados, ocho meses o un año.

Respecto a los planes caseros, se refirieron a ellos de diferentes formas: me dejó una carta “donde ella nos anota los pasos a seguir de los cuales ya hemos hecho varios”, o como recomendaciones escritas: “me puso a hacer unas terapias, a hacer unos ejercicios de terapia del lenguaje”. No hubo manifestaciones sobre el seguimiento y evaluación del cumplimiento de los mismos, como parte del proceso.

El instrumento de evaluación es percibido como encuesta, siendo necesario revisar el uso que se hace de éste, pues en algunas ocasiones, percibieron que la asesoría era sólo eso, y además, lejano a ellos, con expresiones como: “sí, aquí han hecho encuestas no se de qué”. La ubicación de los usuarios para esta intervención se realiza a través de diferentes estrategias; actividades extramurales por parte de la Empresa Social del Estado, ESE (instituciones prestadoras de servicios de salud públicas); solicitudes de los usuarios a las juntas de acción comunal de los barrios o, referencia de otra persona con discapacidad que vive en el mismo vecindario.

Los cuidadores también calificaron la duración de las asesorías; como variable, se encontraron algunos casos que habían recibido desde dos hasta cinco visitas. Opinaron que la frecuencia debe ser mayor, encontrándose extremos como este “fue a la casa, me dejó un plan casero, esto fue hace tres años, y me lo ha seguido renovando año, tras año”; situación que siendo irregular, puede preverse como una variante de las asesorías en casos de infantes, en los cuales el proceso de crecimiento hace que las necesidades sean dinámicas.

El plan casero fue definido por los cuidadores como pautas que facilitan su desempeño en la atención a las personas con discapacidad, enseñanza para realizar las terapias, ejercicios que ellos necesitan ahí en la casa y maneras de tratarlos. Lo definieron también, como una herramienta que les ayuda a motivar la participación de las personas con discapacidad ya que pueden “mostrar lo que hay que hacer”, “le sirvió el papelito que ella nos dejó, yo se lo pasé para que él lo leyera, se diera cuenta lo que tenía que hacer”. Cobra importancia entonces, la necesidad de objetivar el conocimiento a través de la escritura, el contar con algo escrito representa poseerlo, consultarlo, seguirlo, tener una pauta para actuar.

Algo que aparece en la voz de los cuidadores, y que no fue nombrado por los usuarios, fue lo referente a las adecuaciones que se hacen en el entorno para mejorar el desempeño en actividades de la vida diaria, y la entrega de materiales, tal vez, por ser algo que realizan generalmente los cuidadores con indicaciones del terapeuta y de terceros, según la magnitud de las mismas.

En algunos casos, se hizo referencia a la realización de la asesoría de manera secuencial, cercana a cómo está en el lineamiento, percibiendo la primera visita como aquella en la cual “miran” cómo está el usuario, cómo “lo tienen en la casa”, cómo se le realizan o realiza actividades de la vida diaria, cómo comer, bañarse, entre otras; las demás visitas, “tres siguientes para adecuar la casa para el niño”, sin embargo, aparece nuevamente el registro como algo externo al usuario y al cuidador, sin la relevancia que tiene en términos de la evaluación inicial, el seguimiento y la evaluación final.

Sobre la manera como accedieron a la asesoría, nos contaron que unas personas habían ido por el barrio preguntando por todas las casas si tenían personas con discapacidad y también que a la Junta de Acción Comunal llegó una carta informando a donde dirigirse si tenían personas en esta situación.

Los profesionales se expresaron más ampliamente con respecto a la estructura, percibiéndola como un proceso de construcción, remontándose al año 1999, cuando iniciaron las primeras asesorías y como se ha perfeccionado la estructura de las mismas; cómo el resultado de un trabajo en equipo “primero era de pronto la idea que tenía cada terapeuta en su localidad, después, ya lo hemos ido perfeccionando; aquello que le da un respaldo teórico y conceptual a la estrategia en general”.

Específicamente, respecto al instrumento de evaluación, las opiniones son variadas, están quienes opinaron que está acorde con los desarrollos internacionales, básicamente, porque involucra la Clasificación Internacional de Funcionamiento y Discapacidad, CIF; proporciona información valiosa y da “una idea global más, de cómo está la persona con sus capacidades y su familia”, es concebido también como producto colectivo: “nos hemos sentado todas las que estamos aquí, todas nos hemos sentado a ponerle un puntico a ese instrumento, yo creo que lo sentimos todo nuestro, así le veamos fallas, así sepamos que es largo”, la adaptación que realizaron hace que se conviertan en “pioneras en la implementación del instrumento”, que les provee herramientas y alternativas para la acción.

El proceso de estructuración de las asesorías lo ubican como una oportunidad de formación y cualificación profesional, y hace que puedan ser “mejores profesionales y brindar una mejor atención a ese usuario con discapacidad”.

Respecto al número de visitas, que comprende una asesoría, las opiniones también fueron diversas, expresaron que pueden realizarse, una, tres o más, o las que se requiera, pero hay claridad en que debe mantenerse un promedio de cuatro, y ellos lo hacen compensando entre unas y otras; reconocen como fortaleza, la autonomía que tienen para decidir sobre el número que se requieren en cada caso particular. La duración de las asesorías es algo que también varía, entre un mes y tres meses; ninguno hizo referencia a procesos de años, como sí apareció en las voces de usuarios y cuidadores.

El plan de acción lo refirieron como parte estructural de la asesoría; manifestaron que debe entregarse, lo que sugiere que está implícito que éste se hace por escrito, “para que él, empiece a trabajarlo”, sin embargo, aclararon

que desde la primera visita se dan indicaciones y si es necesario, se canaliza a otros servicios que requiera.

Para realizar la intervención, los profesionales reconocen la fortaleza del proceso de planeación, estructura, lineamientos e instrumento de registro, sin embargo, expresan la necesidad de ser flexible y receptivo para poder adaptarlos a cada uno de los casos, pues dicen “cuando uno va allá, y evidencia la experiencia totalmente, le da uno un vuelco a los lineamientos totalmente distintos, o sea, que uno no puede decir cómo lo voy atender, me pueden dar todos los lineamientos para trabajar con tal persona, un protocolo, Doctora, porque el sentir ahí en la asesoría es totalmente diferente”.

Sobre la capacitación a profesionales, surgió la crítica a la formación en el pregrado en el cual se reciben unas herramientas pero poco prácticas e insuficientes para enfrentarse a situaciones laborales de la vida cotidiana. Reconocieron la importancia de haber incursionado en otros temas que aportan para cualificar las asesorías, sin embargo, manifiestan de manera reflexiva la necesidad de apropiarse más del proceso: “pero lo que yo si vuelvo y digo, nos falta empoderarnos mucho más”.

Es imperante y necesaria la capacitación en herramientas y estrategias para manejar situaciones difíciles, en las cuales, “nos sentimos impotentes...” Se rescata la sensibilidad y la capacidad de entender y ponerse en los zapatos del otro como una de las características de las personas que se desempeñan en este tipo de labor. Reiteraron, la importancia del trabajo en equipo, porque “ya es una metodología de trabajo”, que permite que aun compañeros que han llegado de “consultorio”, puedan aprender rápidamente con el apoyo de todos y “en esa ruta nos vamos todos, es tan clara que es capaz de subirse todo el que va llegando”.

La segunda categoría, recoge lo expresado respecto al cumplimiento de los tres objetivos específicos de la asesoría, que se expresan en el desempeño en actividades de la vida diaria, integración con la familia y la conexión con redes sociales más amplias.

Con respecto al objetivo de lograr autonomía en el desempeño de actividades de la vida diaria, los logros referidos fueron: que hay claridad en el proceso, que se deben seguir pautas, ejercicios, terapias, uso de ayudas, entre otras, para avanzar en procesos que generalmente son de largo aliento, dependiendo de la condición particular de la persona en situación de discapacidad.

Los usuarios plantearon la relatividad del tiempo en procesos de rehabilitación, así: “yo quedé totalmente torcido, no servían los dos miembros, poco a poco de la cama a la silla de ruedas, de la silla al bastón canadiense y bueno, de ahí hasta lo que llevo, y yo seguí,... en seis meses seguí lentamente pero seguí la recuperación”.

Los logros enunciaron cómo las recomendaciones hechas por el terapeuta que el usuario recordó e identificó como una persona valiosa para su desempeño en actividades de la vida diaria, que según el caso, pueden trascender de aquellas referidas únicamente al autocuidado: “yo

estoy buscando por eso, hacer mis ejercicios y muchas cosas para tratar de mejorar el caminado, la hablada, la atención”, hasta lograr la independencia, dependiendo en muchas ocasiones, de una ayuda técnica adecuada, que si se consigue resuelve problemas que para la persona eran verdaderas limitaciones, o de un cambio de actitud, como lo expreso este usuario: “yo no salía a ninguna parte, además, la gente me miraba como bicho raro, entonces, cuando uno empieza a incursionar en esto, pierde todo, me resbala que me miren, la consecución de la silla me dio autonomía ”.

En las voces de los cuidadores aparecieron como logros, la consecución de aparatos como el caminador y la silla de ruedas, que ayudan a la independencia en el desplazamiento, pero también, facilitan su labor. Estos apoyos se brindan a través de otra de las intervenciones de la estrategia como son los Bancos de Ayudas Técnicas.

Involucrar a la persona con discapacidad en el desarrollo de las actividades de la vida diaria desde sus capacidades y el desarrollo de sus potencialidades, también mejora comportamientos, identificados por los cuidadores en expresiones como: “La niña como que se volvió un poco como más responsable, como es que es hiperactiva también y entonces, más se ha aplacado un poquito”, “en el jardín también, ella me colabora mucho con los otros niños”.

Es aquí, donde la acción por mínima o sencilla que parezca, busca mejorar la autoestima mediante procesos de auto cuidado, y de logros de independencia, que hacen que nos podamos sentir (es consiente la voz que surge aquí, desde mi experiencia personal) como sujetos útiles y no como seres “limitados” que dependen de otros. Aquí cobra especial importancia el poder orientar al cuidador en un proceso de facilitador y no de sobre protector, disminuyendo, a la vez, sentimientos de dependencia o de victimización tanto de la persona con la limitación, como de aquella que asume un rol de cuidador, muchas veces posponiendo la realización de su proyecto de vida; “tiene que comprender esto, que nosotros no tenemos la vida comprada y ellos tienen que aprender y ayudarse”.

La valoración de los profesionales sobre estos logros mostró la conciencia sobre lo particular de cada proceso y reflejó, cómo situaciones cotidianas que son obvias para quien las puede realizar, son verdaderas batallas cuando existe alguna dificultad para hacerlas, pero lo importante del proceso, es el camino que se recorre, no si se gana o se pierde la batalla. Ejemplo de esto es: “y así sea para que ese usuario aprenda a coger un lápiz y no se hizo nada más, pero ese era el propósito de esa asesoría”; “llegué a visitar a un usuario que nunca se para, que ella no hacía nada, no era capaz ni de pararse, y yo llegué, y a ver viejita, nos vamos a parar y, la viejita ¡se paró!”.

Es importante reconocer que los procesos en la vida cotidiana no son lineales, y por esto, alrededor de una actividad sencilla pueden aparecer logros importantes que contribuyen no sólo a un objetivo sino a varios; la movilidad genera independencia, pero involucrar a la familia en las actividades para lograrla, apunta a fortalecer los lazos con ésta, a la vez que poder movilizarse, potencia las posibilidades de participación en espacios comunitarios.

El objetivo de integración familiar hace referencia al proceso de involucrar a la familia en la asesoría domiciliaria a través del desarrollo del plan casero, con la idea de integrar, pero también, de superar la dinámica de un único cuidador.

La familia como un sistema que funciona coordinadamente al interior de estructuras que se dinamizan cotidianamente a través de la construcción de los proyectos de vida de cada uno de sus integrantes, se afecta cuando aparece en ella una circunstancia que rompe esta armonía. Esto sucede con eventos como la muerte de uno de sus miembros, la partida de los hijos, y por supuesto, en situaciones en las cuales llega a ella una persona con necesidades diferentes o por circunstancias externas, alguno de sus miembros debe afrontar una situación que lo limite, sea en forma transitoria o definitiva.

Este proceso que podríamos llamar de duelo, como todos aquellos que rompen la armonía del sistema, puede darse como una dinámica en la cual esa familia genera mecanismos para que responda de manera armónica para enfrentar la situación, en conjunto y compartida, o como es más usual, descargar la responsabilidad del cuidado y la “rehabilitación”, cuando se da, en una sola persona, en una mujer, y cuando se trata de un hijo, específicamente en la madre. Lo que nos dijeron las diferentes voces nos habla de situaciones diversas, pero en general, de dificultades para generar procesos donde la integración familiar se de como respuesta a esta situación, como lo presentamos a continuación.

Los usuarios reconocieron el valor de la familia, sin embargo, en la mayoría de los casos, evidenciaron que existe un único cuidador, casi siempre mujer (madre, esposa, hermana). No en todos los casos fue referido el logro de procesos de involucrar a la familia en la asesoría. A pesar del intento del terapeuta, se presentan situaciones como: “mi papá es difícil que lo encuentren por ahí un domingo” y “¿su hermano sale con usted?”, “casi no, somos muy diferentes”; sin embargo, cuando se logró la participación, un usuario lo refirió así: “siempre que ella ha venido está mi esposa acá, han hablado con ella porque en un rato la conversación es para los tres y con los hijos, es cinco, y un ratito que ellas conversan solas, entonces eso es muy chévere”.

La familia como red natural de apoyo cumple con un rol fundamental en el cual cada uno de sus miembros tiene algo que aportar, tiempo, compañía, esparcimiento, cuidado, diversión, y el aprendizaje que no tiene edad: “de mi hijo mayor aprendí muchas cosas, él tenía cuatro años cuando yo tuve el accidente y él era el que me cuidaba”.

Fueron escasas las citas sobre logros de la integración familiar en las asesorías, lo que de alguna manera, nos lleva a reflexionar sobre la dificultad para el logro de este objetivo. Quizás debemos buscar diferentes formas de dinamizar esta estructura, incluso, diría yo, a proponer nuevas maneras de construir estas relaciones, a cambiar las relaciones de la familia actual, denominada por Humberto Maturana (1997) como *“Patriarcal, caracterizada por estar centrada en la guerra, en la profesión, en la jerarquía, en la autoridad, en el control de la sexualidad, donde la mujer depende de los hombres y del uso de las armas como decorado, es decir hay una constelación*

de elementos culturales que hacen de nuestra cultura una cultura patriarcal" (p.23); y retomar las características de lo que este mismo autor, llama la cultura matristica, caracterizada por relaciones de igualdad entre hombres y mujeres, por la participación, la no apropiación del otro, el respeto por el cuerpo, la colaboración y no la competencia.

Con relación a la voz de los cuidadores sobre el logro de este objetivo, sólo en uno de los grupos focales, se encontró un cuidador de género masculino y dos personas que viven solas, en los demás casos, los cuidadores que participaron fueron mujeres. Se evidenció nuevamente, la dificultad de que el rol en la intervención, sea asumido por la familia de manera concertada, en la cual se involucren, sino todos, varios de los miembros. Sólo en una ocasión alguno manifestó: "Somos cuatro y siempre estamos al cuidado de él y todos lo ayudamos y el plan casero lo sabe manejar toda la familia, es decir, cinco personas".

Se presentaron manifestaciones sobre las familias que no se preocupan por las personas con discapacidad, que las esconden o incluso las "utilizan". Al respecto alguien nos contó: "porque ya no se preocupan tanto por ella, ella la ponen es a hacer oficio, y si la tienen en cuenta es para que les sirva, pero la idea no es eso".

En la estructura de la familia patriarcal que hemos mencionado, es evidente la crisis y la incapacidad de reconocimiento de las barreras para afrontar una situación problemática, como es la de una persona con alguna limitación, lo que explica el maltrato propiciado, en general, por padres y hermanos, reacción que en nuestra cultura es permitida, pues puede más el uso de la fuerza que el de la razón, y en la condición de sometimiento y victimización de esta persona y del cuidador femenino, este círculo perverso ayuda a generar la discapacidad.

Los profesionales refirieron logros, no tanto de la participación activa de todos los miembros de la familia en el proceso de asesoría que se realiza, pero por lo menos, el no "guardar" a estas personas o esconderlas, situación que es más común de lo que se espera, por ejemplo: "yo creo que uno logra, por lo menos, que esta persona con discapacidad, el fin de semana, por lo menos la familia lo saque a un lado, por lo menos a misa, lo llevan a hacer mercado, ya lo llevan a diferentes sitios; ya no sienten el temor al rechazo, a que lo miren, ya esa familia se siente como más tranquila por la orientación recibida y como que se compromete también con esa persona; el hecho de que una familia que nunca ha volteado a mirar a esta persona lo logre mirar sí?, Aunque sea por un momento en el día, eso es un logro que se ha tenido en el ámbito familiar".

El tercer objetivo de la segunda categoría sobre: Conexión con Redes Sociales, pretende promover la participación de las personas con discapacidad en organizaciones u otros espacios existentes en la misma comunidad, trascendiendo el ámbito familiar, de manera que se motive el desarrollo de otras potencialidades, que se reconozcan y valoren líderes identificados y se fomente el crecimiento de capital social. Avanzar en fortalecimiento de la autonomía a través

del ejercicio de ciudadanía para lograr la integración a partir de la equiparación de oportunidades. Es aquí en donde se reconoce la respuesta intersectorial y la función de las organizaciones comunitarias, representadas para el caso de Bogotá, en los consejos locales y distrital de discapacidad.

Acorde a lo anterior, se preguntó específicamente si se conocía la instancia de los consejos locales y si se había logrado alguna vinculación con la misma, no siendo la única reconocida como tal, pues en algunos casos la vinculación puede ser a organizaciones de carácter productivo, religioso, etcétera. Al respecto se encontró:

Los usuarios manifestaron diversas opiniones, que variaron entre quienes recibieron información y no se han acercado a conocer la instancia de consejos locales de discapacidad, otros que recibieron la información y al acercarse a la alcaldía local, que es la instancia que debe liderar estas organizaciones, no halló ninguna información; quienes no sabían siquiera que esto existía, hasta otros, que han tenido ya una trayectoria de participación en los mismos y cuentan los logros obtenidos. Esto evidencia las diferencias en cada una de las localidades en el desarrollo de estas instancias.

En algunas ocasiones, se percibió la pérdida de oportunidades de vinculación en las personas con características de liderazgo, por ausencia de una respuesta institucional adecuada y, en otros, porque en la asesoría no se brindó la información. Es preciso reflexionar sobre esto como un proceso que debe fortalecerse tanto desde la respuesta que se pueda brindar en las diferentes instancias que componen los consejos, como en el aprovechamiento de la asesoría como un espacio importante para hacer la difusión de estos mecanismos de participación, y para la identificación de líderes.

Vale la pena explorar maneras de participación acordes con capacidades e intereses de los usuarios, como esta persona que nos cuenta: “yo asisto a varios viejitos en una casa geriátrica a una cuadra de acá y juego con ellos, inclusive leo la Biblia con un viejito”, “la doctora me llevó allá, a unos programas que había allá arriba, en el Centro Laureles. También respetar a quienes opinan que no es importante este proceso porque sus intereses son: “yo prefiero estar con mis hijos o trayéndolos o llevándolos en lugar de estar allá toda la tarde jugando rana o tejo, entonces esa terapia yo ya no la quiero”.

Un aspecto a mejorar es la manera de informar sobre los consejos locales, pues en varios casos, se manifestó haber recibido información pero no haber entendido específicamente en que consiste y por ende, no hubo motivación para llegar a ellos.

Los cuidadores, al igual que los usuarios, variaron entre quienes desconocían por completo el tema de los consejos por no haber escuchado de que se trataba, quienes recibieron información pero no entendieron, otras personas que han estado en el proceso desde que los consejos iniciaron y quienes han optado por vincularse a otras organizaciones existentes o crear una propia.

Con logros importantes como: “un grupo de 40 mamitas vamos a conformar una asociación, en el proyecto de fundar un hogar múltiple”, “yo la hago participar en las ferias que hemos hecho del consejo, en las ferias artesanales, la feria artesanal que tuvimos en Carrefour”; en contraste con estas opiniones “él es un invidente también y él está en el Consejo de Discapacidad, Consejo Local y realmente, pues... pues realmente no se ha hecho casi nada por los invidentes”.

Los profesionales mencionaron otra conexión con redes de servicios, que no es propiamente lo que se había entendido en este objetivo, pero que vale la pena pensarlo, pues realmente cuando la persona lo requiere, es una orientación de proceso que dentro de la asesoría es importante. Poder, por ejemplo, darle solución a la necesidad de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), es un logro valioso.

Este objetivo, en general, no es que se logre con todos los usuarios, requiere tiempo y no parece ser asumido como el objetivo central de las asesorías domiciliarias, por esto mismo, esta conexión es percibida de diferentes maneras por los profesionales y se manifiesta en logros disímiles, desde quienes la asimilan con: “Ejemplo era una persona que nunca la sacaban a actividades lúdicas o recreativas, entonces ya se está integrando, que va a la iglesia, lo llevan hacer mercado, ya lo llevan a diferentes sitios”; “también es el despertar de la persona con discapacidad, muchas personas por lo menos ya dicen: yo tengo ciertos derechos, tengo ciertos deberes, a los cuales puedo acceder y me pueden ayudar a mejorar mucho la situación tan descortés que yo tengo, pero es de verdad que la persona dice bueno, yo ya me apoyo en la comunidad y me puedo integrar”.

Surgieron reflexiones sobre otras posibilidades de conexión más cercana, por ejemplo, entre familias de un mismo barrio o “ya tenemos diez o veinte familias visitadas y bueno, conectarlas a través de un proceso más de padres, apoyando a padres, que se yo”.

La tercera categoría de dificultades y logros, correspondió a los enunciados de las voces de carácter general, que se refieren a cambios suscitados por las intervenciones, no solamente del sector salud, es decir, no correspondientes específicamente a lo que se logra con la asesoría. Recoge las dificultades generales enunciadas al realizar o recibir la asesoría domiciliaria y los logros por los participantes, que consideraron importante mencionar por la necesidad de visibilizarlos, para ser tenidos en cuenta en el camino que aún queda por construir.

Las dificultades se reconocieron para poder analizarlas y convertirlas en oportunidades que mejoraran la asesoría domiciliaria.

Nuestros usuarios identificaron que en algunos casos, el recurso humano es insuficiente, sobre todo, en los casos en los cuales una misma persona debe responder por tres localidades; igualmente existe un problema crítico con la información por insuficiencia, falta de claridad, algunas veces por ser equivoca y por carecer de ella, en otras, “llegue a la alcaldía menor, no saben ni siquiera que es un subsidio”.

Hay confusión entre los usuarios sobre el tiempo de duración de las asesorías y los intervalos entre una y otra visita, esto genera desencanto y sensación de abandono; por el contrario, en otros casos, la dificultad es la interpretación errada del sentido de la asesoría o lo confuso de la orientación cuando se inicia, pues en algunos casos nos refirieron: “Pero, por lo que a mi respecta, ya me encontraba yo en proceso de rehabilitación ya estaba, ya estaba bien educado”.

En las voces de los cuidadores aparece como dificultad para la asesoría domiciliaria, la escasa integración de la familia en esta intervención en especial de los hombres, sean hermanos o padres, estos últimos casi siempre justificados por las cuidadoras mujeres; en el trabajo, pareciera que el rol de proveedores, así la mujer trabaje, los redime del deber de participar alrededor de estos procesos. En esta situación de sometimiento aparece también, el temor de madres a dejar sus hijas pre y adolescentes al cuidado de sus compañeros, por el temor al maltrato y al abuso sexual, situación que también limita la participación e integración de la familia.

Se encontró especial dificultad en la información sobre los consejos locales, siendo nula en algunos casos, incompleta o poco comprensible en la mayoría: “pero vea que yo no estaba enterada de que existía eso”, “¿X le ha mencionado el consejo?, No, no señora”. Es probable que esta situación haya mejorado, sin embargo, vale la pena detenerse a evaluar qué tanto comunicamos y cómo lo hacemos, e incluso, si lo que ocurre es que no se reconoce la asesoría domiciliaria como el escenario propicio para brindar esta información y, orientar hacia la participación; puede ser que el énfasis esté puesto más en otro objetivo, o por lo menos, en el momento en el cual nos lo contaron.

Los profesionales expresaron como mayores dificultades respecto a las asesorías, el no tener apoyo suficiente de otros sectores para poder dar respuestas más integrales y oportunas a las múltiples necesidades de los usuarios. Entre éstas cobran vital importancia las instituciones para personas mayores de 18 años y los centros de rehabilitación integral, pues llegar a las personas abre expectativas que no siempre se pueden cumplir.

Otras dificultades se refirieron a recursos logísticos para el desarrollo de las mismas, como la disponibilidad y oportunidad de transporte por parte de la ESE, “el transporte está incluido dentro de tu sueldo integral, entonces la inseguridad, uno se expone mucho o se mete a unos sitios”, las situaciones de inseguridad por el acceso a algunos sitios difíciles, en todas las localidades, múltiples actividades que hacen que se sientan angustiadas por el cumplimiento de las metas y la auditoría punitiva que se ejecuta, desmotiva en algunos casos.

Reiteraron las dificultades económicas de las familias para atender las recomendaciones que se hacen sobre adaptaciones, algunos elementos mínimos y transporte para atención institucional.

Con referencia a los consejos locales, la dificultad es la funcionalidad de la participación, pues muchas personas a veces no saben ni que hacen allí, no orientan a la población a la que representan, en general “es difícil que este

individuo de verdad se comprometa y lleve la vocería a todas las personas con discapacidad, es difícil”, aquí la reflexión es alrededor de todos los procesos participativos que tenemos, ¿Cuál es la participación que hemos promovido y la que se ha generado alrededor de procesos clientelistas y que hace que los comportamientos de quienes participan no representen realmente a quien elige democráticamente?

Los logros expresados por los usuarios variaron entre reconocer los cambios introducidos en la ciudad a nivel de accesibilidad como: “los parqueaderos para discapacitados”, las sillas azules del Transmilenio, el acceso preferencial (con bajo costo) a actividades culturales como museos; hasta la colaboración de la gente en acciones mínimas, pero importantes, como “ la gente me ayuda a subir una rampla, un andén, porque no puedo sola;” programas del nivel nacional como “Colombia Oye”, otros centros de apoyo como: IDEAL, Centro Nacional de Rehabilitación, Servicio Nacional de Aprendizaje (Sena), Centro de Rehabilitación para Adultos Ciegos, INCI, el programa de integración a escuelas regulares y el apoyo de los maestros. Otros programas de capacitación con entidades distritales: “foro cívico del DABS, los del Centro Lourdes”.

Los cuidadores refirieron el apoyo o existencia de otros programas como Batuta, destacaron también, la accesibilidad, las sillas de Trasmilenio, el respeto de los ciudadanos por estas ayudas “la gente les da la silla”. Participación de fundaciones privadas como Superar, “es de capacitación, les enseña la elaboración de velas, traperos, calzado, guarnición, la Alcaldía los ha dotado de todo, lo que es la maquinaria y todo lo que ellos necesitan”.

Los profesionales no expresaron este tipo de logros de carácter general en sus narraciones.

CONCLUSIONES

La RBC de acuerdo con sus principios y definición, se constituye en una estrategia que permite orientar la política pública y social de, hacia, para y con las personas en situación de discapacidad, pudiendo potenciar de esta manera, el trabajo inter y trassectorial y la responsabilidad de la sociedad y las instituciones en su conjunto, con esta población.

Las asesorías domiciliarias son una intervención valiosa dentro del componente de rehabilitación basada en comunidad, que brinda herramientas a usuarios y cuidadores, especialmente, para el mejor desempeño en actividades de la vida diaria, que debe avanzar en involucrar cada vez más a la familia, en su conjunto, con el fin de romper la dinámica que prevalece de un cuidador por cada persona con necesidades especiales; igualmente pasar del fortalecimiento de la autonomía funcional al ejercicio pleno de lo que expresamos como ciudadanía.

La concreción del logro de objetivos de las asesorías domiciliarias es difícil de “medir” en la mayoría de los casos, por el tiempo y la constancia que requiere avanzar en cada uno de los procesos, dependiendo de la situación de

cada usuario y familia particular, si se tiene en cuenta, que el seguimiento se realiza máximo, a los tres meses de iniciada la asesoría. Entre los objetivos de las asesorías domiciliarias, el desarrollo de autonomía en actividades de la vida diaria, fue sobre el que obtuvo mayores logros, expresados con mayor énfasis tanto por los cuidadores como por los usuarios, situación que se explica por la valoración que el cuidador hace de la “ayuda” que recibe al conocer pautas de manejo que, contribuyen al mejor desempeño de su labor.

La capacitación de los profesionales es parte importante dentro de la estructura de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad, permitiendo ampliar la perspectiva de trabajo profesional más allá de lo aprendido en la formación de pregrado y constituyéndose, en elemento primordial para la implementación de la estrategia y la cualificación profesional.

Pese a las dificultades expresadas por los usuarios y cuidadores para la vinculación a los consejos locales de discapacidad, como desconocimiento, falta de información o no sentirse representado entre otras, se encontraron experiencias positivas que indican que éste es un componente que es también necesario mantener y fortalecer.

Es necesario preguntarse por la funcionalidad de la participación social, expresada en la dificultad de integración y verdadera representación en los consejos locales de discapacidad, de las personas allí elegidas, en el desconocimiento e incumplimiento de funciones, incluso, en la espera de una retribución o en el manejo clientelista que se pueda hacer de estas instancias. Debe resaltarse la percepción sobre avances de la ciudad en términos de accesibilidad, tales como las sillas del transporte masivo, los parqueaderos señalizados, las rampas; aunque se reconoce que aún persisten barreras inmensas y existen sitios donde las adecuaciones se hacen por cumplir la norma.

RECOMENDACIONES

Se debe evitar hacer un uso instrumental de la intervención que puede, en la mayoría de casos, no dar respuesta a las necesidades de los usuarios, aunque se mueva dentro de los parámetros establecidos para la misma, pues los resultados serán los esperados en términos de cumplimiento de los lineamientos pero no de lo más importante, como es dar respuesta a las necesidades de las personas.

Esta intervención, puede decirse que apunta al fortalecimiento de la ciudadanía en tanto reconoce al usuario como una persona con capacidades y potencialidades, realiza un proceso de orientación a la familia y al usuario para avanzar en el ejercicio de derechos, más allá de una atención “caritativa”, se propone revisar los contenidos y orientaciones de la formación de los profesionales, con el fin de cualificarlos en un abordaje que permita ampliar el horizonte de la asesoría en el marco de los derechos humanos.

Debe revisarse, en la estructura, la posibilidad de realizar seguimientos en el mediano y largo plazo, a los usuarios y familias a quienes se

ha dado la asesoría domiciliaria, una vez que los logros, en la mayoría de los casos, toman tiempo para su realización y dependen, entre otros factores, de la constancia y entrenamiento para el desempeño de las pautas requeridas. Como parte de este proceso, vale la pena explorar la formación y vinculación de mayor cantidad de personal de perfil auxiliar y promotor, para ampliar la cobertura de la estrategia y potenciar el quehacer y capacidad de los profesionales que lideran y coordinan la estrategia.

Articulando lo propuesto por OMS, compartido por algunas ONG y por experiencias de algunos países, incluso de algunas regiones de Colombia, de trabajar con voluntarios de la comunidad como “Agentes de Cambio” (de acuerdo al lineamiento original), se recomienda diseñar una estrategia que permita explorar esta posibilidad identificando líderes comunitarios que estén dispuestos a realizar este tipo de trabajo, experiencias con agrupaciones de voluntarios, de larga trayectoria, incluso, de comunidades u organizaciones religiosas; como posibilidad que redunde en una mayor cobertura en términos de acciones, pero también, revierta en un mayor empoderamiento comunitario de la estrategia.

Así mismo, es urgente diseñar indicadores tanto cuantitativos como cualitativos, que ayuden a “medir” más precisamente los avances y logros obtenidos con las asesorías domiciliarias al nivel de proceso, resultado e impacto. Partiendo de la premisa de que se encuentra rehabilitado quien realmente este integrado. En el corto plazo, es necesario analizar la información obtenida, con el instrumento utilizado hasta ahora, pues seguramente existe información que nos de pistas sobre resultados obtenidos y a partir de ella, construir los indicadores que hagan falta.

Urge orientar el trabajo que se realiza en las asesorías domiciliarias hacia un enfoque que permita integrar a la familia, generando dinámicas en las cuales estas se ubiquen como potenciadores de las capacidades de cada uno de los individuos que la conforman, se desestigmatice a la persona en condición de discapacidad “con discapacidad”, se desvictimice al cuidador y se amplíe el capital familiar pudiendo generar procesos de reconocimiento y respeto mutuos y así avanzar hacia la construcción y ejercicio de ciudadanía para lograr la real integración de esta población.

Es también primordial evaluar la posibilidad de desarrollo de otros sectores que forman parte de la red distrital, para dar cada vez mas respuestas integrales a las necesidades de este grupo poblacional y, explorar la vinculación e iniciativas del sector privado y tercer sector, en este sentido; Ejemplo, proyectos productivos, empleo, o proyectos locales con participación de la academia.

Se recomienda incluir la evaluación de la estrategia, en su conjunto, como parte integral de la planeación y, para esto, la investigación como una forma de evaluar, puede permitir vincular la academia desde su participación en el Consejo Distrital, consolidando líneas de investigación del pregrado o de las especializaciones, que aporten a la estrategia de rehabilitación basada en comunidad, mediante las investigaciones aplicadas a realidades locales.

Aumentar las redes sociales naturales en torno a ideas propuestas por los cuidadores, como los encuentros de éstos para compartir experiencias, otras propuestas de los profesionales, como redes barriales de padres o familias

de personas en condición de discapacidad, que potencien el capital social no solamente alrededor de los procesos de organización formal.

Si reconocemos la salud como un proceso determinado socialmente por una serie de condiciones interdependientes, es necesario reconocer que cualquier acción para el restablecimiento de los mismos, es entonces, responsabilidad de la sociedad en su conjunto. Bajo esta premisa, es necesario ejercer la abogacía necesaria para reconocer el potencial de la RBC como orientador de política pública y social para la integración de las personas con discapacidad, e igualmente para reconocer las funciones que competen a cada sector y comunidad para su logro. Así, la RBC en Bogotá, debe dejar de ser una estrategia del sector salud, para pasar a ser una estrategia de desarrollo social compartida inicialmente, por todos los sectores representados por las instituciones y cada vez más por las comunidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bernal Torres, Janett; Garcia Ruiz Alix Solángel, *Lineamientos de Política Habilitación Rehabilitación Integral*. Bogotá. Ministerio de la Protección Social. Imprenta Nacional de Colombia, 2004.
2. Buzzaqui Echevarrieta, A; Uris Selles, J. El grupo de discusión. Una herramienta para la investigación en atención primaria. España. *Revista Avances*. Universidad de Alicante. Vol. 4, No. 7, 1997.
3. Cadena B, María Elena. Informe Taller preseminario *Rehabilitación Basada en la Comunidad*. La Habana Cuba, 1988.
4. Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, 1999.
5. Comisión Nacional de RBC. *Hacia un Modelo Nicaragüense de RBC*, 1998.
6. Declaración conjunta de la Organización Internacional de Trabajo (OIT), la Organización de Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura, (UNESCO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1994.
7. Delgado, Juan Manuel; Gutiérrez, Juan. *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. España. Editorial Síntesis S.A, 1995.
8. De Oliveira Duarte, Yeda Aparecida; D" Elboux Diogo, Maria José. *Atendimento Domiciliar Um Enfoque Geontológico*. Brasil. Editorial Atheneu, 2000.
9. García Calvente M.M, Mateo Rodríguez, I. El grupo Focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Revista Atención Primaria*, Escuela Andaluza de Salud Pública, Vol. 25 No. 3; 2000.
10. García Ruiz Alix Solángel. *Rehabilitación Comunitaria*. Secretaría Distrital de Salud; Dirección de Salud Pública, Bogotá, Colombia, 2003.
11. García Ruiz Alix Solángel. Construyendo RBC en grandes ciudades. GRAS, *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 2003.
12. Gil Nebot, María de los Angeles, et al. La investigación cualitativa y la promoción de la salud en la comunidad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, número 5, 2002.

13. Gonzalez Julio. Algunas reflexiones sobre la discapacidad. Revista *Alma Mater*, Universidad de Antioquia, Número 86, 2003.
14. Helander, E. *Prejudice and Dignity: An Introduction to Community Based Rehabilitation*. New York: United Nations Development Programme, Division for Global and Interregional Programmes, 1992.
15. Mc William P.J, Winton Pamela J, Crais Elizabeth R. *Practical Strategies for Family-Centred Interventions*. Singular Publishing Group, Inc. San Diego. London, 1993.
16. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Manual de Lineamientos para la implementación de la Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad*. San Salvador. El Salvador, 2002.
17. Momm Willi, Konig Andreas. *De la rehabilitación basada en comunidad a los programas de integración comunitaria*. OIT, 1990.
18. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia. *Rehabilitación Basada en la comunidad*. Taller Participativo. Manual para el facilitador, 1988.
19. Organización Mundial de la Salud. *Oportunidades iguales para todos: Un proyecto de Rehabilitación Basada en Comunidad Para Las Comunidades Urbanas Pobres*, 1996.
20. Oficina Internacional del Trabajo, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Ponencia conjunta. *RBC: Con y Para Personas con Discapacidad*, 1994.
21. Oficina Internacional del Trabajo, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la ciencia y la Cultura. Documento de posición conjunta. RBC: Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad, 2004.
22. Pérez de Velásquez, Alcida. Trabajo presentado en las XVIII Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de rehabilitación y Medicina Física. Santa Cruz Tenerife, 1997.
23. Secretaria Distrital de Salud, Lineamientos del Programa de prevención y manejo de la discapacidad. Dirección de Salud Pública. Bogotá, 2002.
24. Secretaria Distrital de Salud, Lineamientos de Rehabilitación Basada en Comunidad Plan de Atención Básica. Dirección de Salud Pública. Bogotá; 2004.
25. Secretaria Distrital de Salud Rehabilitación basada en comunidad en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. 1997. Documento de trabajo de sistematización de la experiencia, 2005.
26. Werner D. *Disabled Village Children*. Palo Alto, California: The Hesperian Foundation, p.14.
27. William Boyce. *Adaptación de la Rehabilitación Basada en la Comunidad para atender áreas de conflictos armadas*. School of Rehabilitation Therapy, Social Program Evaluation Group, Queen's University, Kingston, Canadá, 2001.

