**Conceptos básicos relacionados con la  rehabilitación
REHABILITACIÓN:**La Rehabilitación es un proceso global y continuo de duración limitada y con objetivos definidos, encaminados a promover y lograr niveles óptimos de independencia física y las habilidades funcionales de las personas con discapacidades, como así también su ajuste psicológico, social, vocacional y económico que le permitan llevar de forma libre e independiente su propia vida.
La rehabilitación es un proceso complejo que resulta de la aplicación integrada de muchos procedimientos para lograr que el individuo recupere su estado funcional óptimo, tanto en el hogar como en la comunidad en la medida que lo permitan la utilización apropiada de todas sus capacidades residuales.
**Modalidades de la atención en rehabilitación**:
1. Rehabilitación basada en las instituciones
2. Rehabilitación institucional con extensión a la comunidad.
3. Rehabilitación basada en la comunidad (RBC).
Objetivos de la rehabilitación:
 Rehabilitar a las personas con discapacidad en su propio entorno comunitario.
 Lograr la participación activa del discapacitado en actividades económicas, socioculturales y deportivas.
 Lograr la incorporación del discapacitado y de la familia a las asociaciones de discapacitados de la comunidad.
 Realizar actividades de promoción, prevención de deficiencias y discapacidades.
**Rehabilitación basada en la comunidad**:
Es una estrategia de la atención primaria de salud, para la rehabilitación e integración social del discapacitado.
Su objetivo primordial es disminuir el impacto de la limitación por medio de la ampliación de coberturas y la integración de personas con discapacidad.
Este enfoque abarca la situación en que los recursos de rehabilitación están disponibles dentro de la comunidad, para aprovechar y potenciar los recursos humanos y materiales de esta, entre los que se encuentran las personas discapacitadas, su familia y todos los miembros de la comunidad donde se incluyen los movimientos asociativos- asociación de ciegos, sordos e hipo-acústicos y limitados físico- motores.
Las acciones de rehabilitación alcanzan todas las áreas de intervención de salud desde las más simples hasta las más complejas, tales acciones contemplan la detección de la enfermedad, la limitación y el nivel de potencialidad funcional intelectual y laboral para la búsqueda de soluciones adecuadas que apoyen el desarrollo del individuo y el medio.
Es importante destacar que está comprobado que del 80 – 85 % de las personas que necesitan rehabilitación se logra en el contexto comunitario, pues esta modalidad puede beneficiarse con la aplicación de técnicas simplificadas, de ahí, la importancia de desarrollarlas en todas sus posibilidades, un pilar fundamental para el desarrollo de la RBC es la dispensación del médico de la familia, pues constituye una fuente de información y conocimiento sobre las limitaciones y actividades que pueden desarrollar las personas con discapacidad y demás factores que intervienen en este proceso- familia, ONG, medio ambiente físico y natural y asociaciones de discapacitados entre otras.
**Característica de la rehabilitación en el domicilio:**
Es una modalidad de la Rehabilitación en la Atención Primaria de Salud.
Aplica tecnologías sencillas pero apropiadas y de bajo costo.
Cubre el espacio que no alcanzan otras fórmulas asistenciales.

Debe ser objeto de una adecuada planificación y control del trabajo.
Tiene un importante componente educativo.
Este tipo de rehabilitación surge como una solución a los problemas de la rehabilitación en países subdesarrollados y de bajo ingreso per cápita, ya que da la posibilidad de dar cobertura a la gran mayoría de los discapacitados, logrando la equidad y eficiencia de los servicios de salud.
**Conformación del equipo de rehabilitación:**Responsable: Especialista en MFR.
Miembros: - Técnico en terapia física y rehabilitación.
- Técnico en terapia ocupacional.
Equipo ampliado:
-  Técnico en logopedia y pediatría.
- Técnico en ortesis, prótesis y vendajes.
-  Técnico en podología.
-  Tecnólogo de la salud.
-  Trabajadora social.
**Funciones del especialista en MFR en la Atención Primaria de Salud:**Organizar el proceso de rehabilitación integral.
Estudiar las discapacidades de los pacientes.
Establecer interrelación con otras especialidades para desarrollar la rehabilitación cuando la requiere la persona con determinada discapacidad.
Realizar el pronóstico rehabilitador.
Realizar las indicaciones de la especialidad.
Derivar o referir pacientes a otras especialidades o niveles de atención que así lo requieran.
Transferir tecnologías existentes apropiadas al médico o enfermera de la familia y otros miembros del equipo de RBC.
Apoyar al médico de familia en el perfeccionamiento de la dispensación de pacientes, aplicando el clasificador internacional de deficiencias, discapacidad y minusvalía aplicado por la OMS.
Retroalimentar al médico de la familia sobre el proceso de rehabilitación de los pacientes.
Realizar actividades de educación para la salud al paciente sobre sus discapacidades y la prevención de nuevas complicaciones.
Orientar a las familias sobre el manejo de los pacientes discapacitados.
Brindar información médico- rehabilitadora a los grupos de riesgo.
Brindar seguimiento a la persona discapacitada hasta su reinserción sociolaboral.
Realizar actividades de terreno en los consultorios y a los ingresos domiciliarios a pacientes que no pueden desplazarse o evolucionan insatisfactoriamente.
Desempeñar funciones docentes.
Realizar investigaciones relacionadas con la RBC y materias a fines.
Realizar evaluaciones periódicas de los resultados del programa.

**Funciones del técnico en rehabilitación física**:
Cumplir las medidas dictadas por el médico rehabilitador, MGI u otros.
Orientar sobre medidas de adaptación de las personas con discapacidad al medio y las modificaciones de éste último.
Capacitar a la persona con discapacidad y a la familia en el proceso de su rehabilitación.
Participar en actividades docentes investigativas.
Orientar e la familia y a la propia persona discapacitada sobre medidas de prevención de nuevas discapacidades y complicaciones.
**Funciones del técnico en terapia ocupacional:**
Mantener una actualización sobre los recursos humanos y materiales de la atención primaria de salud y la comunidad, para conformar una estrategia lógica de cómo utilizarlo para realizar su actividad.
Identificar fuentes de ocupación.
Considerar las necesidades, motivaciones, intereses potenciales y recursos individuales.
Realizar las acciones sobre el paciente, la familia, centro laboral y comunidad.
Realizar las actividades de ergoterapia.
Desarrollar actividades para que el paciente recupere o mejore las ejecuciones de las AVD con mayor independencia.
Desarrollar actividades de terapia recreativa y ludoterapia.
Desarrollar actividades pre-vocacionales.
Lograr que el paciente participe y colabore en actividades de rehabilitación.
Promover la eliminación de barreras arquitectónicas.
Participar en actividades docentes e investigativas.
Promover la participación en sociedades de discapacitados.
**La familia y las organizaciones en la RBC:**En nuestro país existen las condiciones necesarias para llevar a cabo el proceso de RBC, pues contamos con un Sistema Nacional de Salud único con tres niveles de atención con personal profesional y técnico altamente calificado y también con un sistema de seguridad y de asistencia social y laboral, que da cobertura a toda la población que lo necesita. pero todo esto es insuficiente si en la rehabilitación del discapacitado no se vinculan de manera directa la familia y las organizaciones de masa y de discapacitados de la comunidad.
**Funciones de la familia**:
Brindar ayuda a las personas discapacitadas su protección.
Participar en el proceso de rehabilitación.

Estimular la autoestima.
Fomentar la incorporación a actividades de carácter social y laboral.
Eliminar o modificar la existencia de barreras arquitectónicas, desniveles, obstáculos físicos, problemas de iluminación, falta de protectores en los baños y otras adaptaciones.
Instruir en la auto atención.
Evitar nuevas discapacidades y complicaciones.
Funciones de las organizaciones de discapacitados:
Apoyar en la detección de personal discapacitado.
Brindar información sobre necesidades no detectadas en el sector de salud.
Multiplicar entre sus miembros y otras personas discapacitadas aspectos de promoción, prevención de nuevas discapacidades y complicaciones.
Divulgar circulantes, decretos leyes sobre los discapacitados.
Informar al equipo RBC sobre dificultades existentes con la incorporación de personas con discapacidad a estudios técnicos y/o universitarios.
Informar sobre la existencia de barreras arquitectónicas.
Fomentar la incorporación del discapacitado a las actividades deportivas, culturales, sociales, laborales, etc.
Participar en las investigaciones y otros eventos sobre discapacidad y rehabilitación.
**FISIOTERAPIA**:
Concepto: del griego (physis, naturaleza). es el empleo de agentes físicos: luz, calor, aire, agua, ejercicios mecánicos, etc, en el tratamiento de enfermedades.
Funciones del departamento de fisioterapia:
Realizar los tratamientos de medicina física y rehabilitación con el equipamiento disponible, indicado por el especialista en MFR, MGI u otros.
Orientar sobre medidas de adaptación de la persona con discapacidad al medio y modificaciones de este último.
Orientar al familiar sobre medidas de prevención de nuevas discapacidades y de complicaciones.
Lograr que el paciente participe y colabore activamente en su proceso de rehabilitación.
Impartir docencia y participar en las investigaciones de la especialidad y otras afines.
termoterapia, electro- fototerapia, fangoterapia, hidroterapia y gimnasio (ambulación y colchones para tratamiento).
**Áreas terapéuticas:**
Estas instituciones fueron creadas en cuba en el año 1982 en interés de desarrollar la cultura física terapéutica (CFT). la cual no es más que el uso del ejercicio físico con fines terapéuticos y/o profilácticos para lograr un rápido y completo establecimiento de la salud y en otros casos realizar la prevención de algunas enfermedades.
Las áreas terapéuticas: son instituciones creadas a nivel de los municipios en interés de promover, prevenir a restablecer la salud mediante el uso de cultura física terapéutica.
**Leyes que amparan a las personas discapacitadas:**El estado cubano en la búsqueda incesante de formas encaminadas a satisfacer cada día en mayor medida las necesidades materiales y espirituales del pueblo, ofrece una amplia protección social en la que se destacan la preservación de la vida y salud, la educación y la seguridad social aspecto que constituye una prioridad y una responsabilidad del estado cubano.
Con el triunfo de la revolución se dictaron una serie de leyes (ley no. 1100, 1963) la cual incorporó a nuestra legislación múltiples beneficios con relación a los subsidios por enfermedad o accidentes.
Pero no es hasta julio de 1979 que aprueba la ley de seguridad social conocida como ley no. 24.
La cual en sus distintos artículos garantiza la protección adecuada al trabajador y su familia y a la población en general: en sus diferentes artículos plantea:
artículo 2. El régimen de seguridad social ofrece protección al trabajo en casos de enfermedad, accidente de origen común o profesional, invalidez, vejez y en caso de muerte.
artículo 4 y 5. Trata sobre las prestaciones de servicio, especies y monetarias.
artículo 6. Son prestaciones de servicio gratuito.
Asistencia médica estomatológica tanto preventivas como curativas. incluyendo la rehabilitación, psíquica, física y laboral.
La resolución 580 (1981) es parte de la ley 24, la cual plantea:
Que la entidad o administración dará una solución adecuada a la situación laboral que presente un trabajador acorde con las recomendaciones del dictamen médico que pueden ser:
- Ajustar las condiciones del puesto.
- Horario reducido.
- Reubicar en actividades distintas.
- Calificar al trabajador.
- Reubicar en otro centro.
En sus distintos capítulos IV y V aborda la temática del pago por invalidez (temporal, prestaciones por enfermedad o accidentes y la invalidez total o parcial). los cuales serán remunerados teniendo en cuenta las causa y condiciones del accidente  y el tiempo de trabajo.
Conforme a los principios que rige nuestra tradición revolucionaria esta ley fue sometida en su fase de anteproyecto al conocimiento y discusión de los trabajadores y aprobadas por el 99,5 % de los participantes en 46 998 asambleas, todo lo cual reafirma su esencia democrática al convertir en realidad la voluntad de nuestro pueblo.

2. **EPIDEMIOLOGÍA DE LA DISCAPACIDAD**:
La OMS estima que al menos el 10 % de la población iberoamericana está afectada por algún tipo de discapacidad y que a la vista de los índices de crecimiento poblacional en América latina y el caribe, se prevé un notable aumento en el número absoluto de personas discapacitadas.
En el mundo 600 millones de personas tienen algún tipo de discapacidad y el 70 % vive en países en desarrollo. cada año se agregan 10 millones de personas con discapacidad moderada o severa, o sea, 25000 cada día.
En Europa el 10 % de la población tiene algún tipo de discapacidad sin embargo, en Bélgica según Eurotast la tasa es de 12 %; en Italia y Alemania del 13 % y en España del 15 %, se considera que 1 de cada 5 personas al envejecer desarrolla algún tipo de discapacidad, y que 1 de cada 4 familia tiene un miembro discapacitado.
En Cuba un estudio de prevalencia de 1995 arrojó que el 7 % de la población tenía algún tipo de discapacidad, correspondiendo el 6,4 % al sexo masculino y el 7,14 % al sexo femenino. se determinó, además que las principales causas de discapacidad son enfermedades crónicas no transmisibles y los daños en el sistema nervioso central así como los trastornos mentales.
La discapacidad es un fenómeno de incidencia cada vez mayor y aún sin resolver de gran trascendencia social y económica que requiere atención a fondo para lograr su disminución.

**Deficiencia:**
Concepto: Hace referencia a la pérdida o anormalidades de la estructura corporal o de la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa, en principios las deficiencias representan trastornos a nivel de un órgano. pueden ser: temporales o parciales.
Las deficiencias deben ser parte de un estado de salud, pero no indican necesariamente que esté presente la enfermedad o que el individuo sea considerado enfermo.
Son deficiencias: la pérdida de la visión, la pérdida de un miembro, la pérdida de la fuerza.
**Discapacidad**:
Refleja las consecuencias de la deficiencia desde el punto de vista funcional y de la actividad del individuo; las discapacidades se presentan, por tanto la disminución de la función. representa la pérdida de la capacidad para realizar una actividad en el ser humano, ej. no caminar, no poder comunicarse.
**Minusvalía**:
Hace referencias a las desventajas sociales (laboral, familiar, educacional) que experimenta el individuo, consecuencia de sus deficiencias y discapacidades en su interacción y adaptación al entorno.
La severidad de la minusvalía va a estar condicionada por los factores contextuales (ambientales y personales) en la que vive la persona, ej. una sociedad con barreras (edificios inaccesibles) ó que no proporcione elementos facilitadores (baja disponibilidad de ayuda) restringirá la participación o integración del individuo con una deficiencia y discapacidad y su impacto será:
- No incorporación al empleo
- No recreación.
- Dependencia.
- Marginalidad.
- Pobreza.
- Morbilidad- mortalidad.
**Factores de riesgo de discapacidad:**Antes de abordar este tema creemos útil definir una serie de conceptos:
¿qué significa riesgo? según el diccionario de la lengua española significa < contingencia o proximidad de un daño >. el diccionario epidemiológico de last establece el riesgo como: la posibilidad de que un hecho ocurra. puede decirse que riesgo es la medida que refleja la posibilidad que se produzca un hecho o daño en la salud, enfermedad o muerte.
Que es “un factor de riesgo”: se ha definido como factor de riesgo, como una característica, condición o circunstancia detectable en un individuo o grupo de personas y el ambiente, que se asocia con una posibilidad incrementada de desarrollar o experimentar una enfermedad o desviación de la salud, teniendo en cuenta estos antecedentes y los problemas que implican para el individuo, familia y la sociedad, es que debemos tener en cuenta cuales son los factores de riesgo de discapacidad.
**Los factores de riesgo de discapacidad se dividen en:**Factores de riesgo predisponentes.
Factores de riesgo facilitadores.
Factores de riesgo protectores.
Factores de riesgo potenciales**.**Dentro de los factores de riesgo predisponentes  tenemos:
- alteraciones genéticas.
- biológicas.
- inmunológicas.
- nutricionales. psicológicas.
- edad- sexo.
- valores y estilo de vida
Dentro de los factores de riesgo facilitadores tenemos:
- grado de instrucción.
- ingresos reducidos.
- alimentación deficiente.
- asistencia médica insuficiente y no oportuna.
Dentro de los factores de riesgo protectores tenemos:
- comunidad adecuada y segura.
- redes sociales.
- grado de información sobre discapacidad y su prevención.
Factores de riesgo potenciales tenemos:
- autoestima pobre.
- apoyo filial deficiente.
- inestabilidad emocional.
- poca posibilidad laboral.
- barreras arquitectónicas y sociales.
- tiempo de discapacidad sin tratamiento.

**Estrategia de prevención de discapacidades**:
Nuestro sistema nacional de salud se encuentra dividido en tres niveles de atención, primario, secundario y terciaria en el cual se garantizan todos los problemas de salud de nuestra sociedad. en cada uno se definen distintas estrategias con el único fin de lograr, dar coberturas de salud a toda la población que lo necesita.
**Prevención primaria:**El propósito de este nivel es prevenir mediante el control de los factores causales o de riesgo: predisponentes y facilitadores, protectores o potenciadores. en el caso de los factores predisponentes tenemos las alteraciones genéticas, ej. mediante el control de las embarazadas se realizan los ultrasonidos para la detección precoz de anomalías congénitas.
En el caso de los riesgos facilitadores, ej. está en los relacionados con la asistencia médica deficiente o no oportuna; que en nuestra situación actual con el trabajo del médico y enfermera de la familia está garantizada la atención.
En el caso de los factores de riesgo protectores, ej. esta el desarrollo social de nuestro país, con el cual nuestras comunidades tienen la capacidad para recibir estos discapacitados y atender sus necesidades. en los factores de riesgo potenciadores, ej. la inestabilidad laboral que en nuestra ley de seguridad social se garantiza un empleo para este grupo de riesgo.
En este nivel actúa el equipo de rehabilitación que tiene entre sus funciones actuar en la prevención de discapacidades en su radio de acción.
**Prevención secundaria:**Persigue la curación de los pacientes y la reducción de las consecuencias más graves de la enfermedad, mediante diagnóstico y tratamientos precoces; en esencia, su finalidad es detener o retardar el progreso de una enfermedad y sus secuelas en cualquier punto desde su inicio. su blanco es el período entre el comienzo de la enfermedad y el momento en que se realiza el diagnóstico. en la atención secundaria actual, un equipo multidisciplinario de rehabilitación integrado por el especialista MFR, técnicos de fisioterapia, terapia ocupacional, licenciados en cultura física en función de la rehabilitación, enfermera de rehabilitación, trabajadora social, psicólogo, logopeda, licenciado en tecnología de la salud y pedagogos especialistas en hospitales pediátricos.

**atención terciaria:**Tiene como propósito retrasar la aparición o el progreso de complicaciones de una enfermedad ya establecida en su etapa clínica por lo que constituye un aspecto importante de la terapéutica y la medicina rehabilitadora. consiste en la aplicación de medidas encaminadas a reducir las secuelas y discapacidades, minimizar los sufrimientos causados por los daños a la salud y facilitar la adaptación de los pacientes a enfermedades incurables.
Grados de discapacidad según el grado de limitación en las actividades de la vida diaria (AVD):
Se define como actividades de la vida diaria al conjunto de actividades que realiza una persona para vestirse, comer, aseo e higiene personal) que también son conocidas como auto cuidado, existen otras actividades de la vida diaria como son las comunicación, actividades intrínsecas (levantarse, agacharse, reclinarse, etc.) y funciona (llevar, elevar, empujar, etc.) función sensorial, funciones manuales, función sexual, actividades sociales y de ocio.
Teniendo en cuenta estas funciones se han definido los grados de discapacidad:
**GRADO I:** discapacidad nula. la deficiencia no limita las AVD.
**GRADO II:** discapacidad leve. presenta alguna dificultad en AVD pero puede realizar en la práctica, la totalidad de las mismas.
**GRADO III**: discapacidad moderada. la deficiencia causa una imposibilidad o disminución importante de la capacidad de la persona para realizar algún AVD, siendo independientes en las actividades de auto cuidado.
**GRADO IV**: discapacidad severa. disminución importante a imposibilidad para la realización de la mayoría de las actividades de la vida diaria, pudiendo estar afectada alguna de las actividades de auto cuidado.
**GRADO V:** discapacidad grave. Imposibilita todas las actividades de la vida diaria.