



MÓDULO
10

**PROBLEMAS SOCIALES
DE SALUD PREVALENTES**

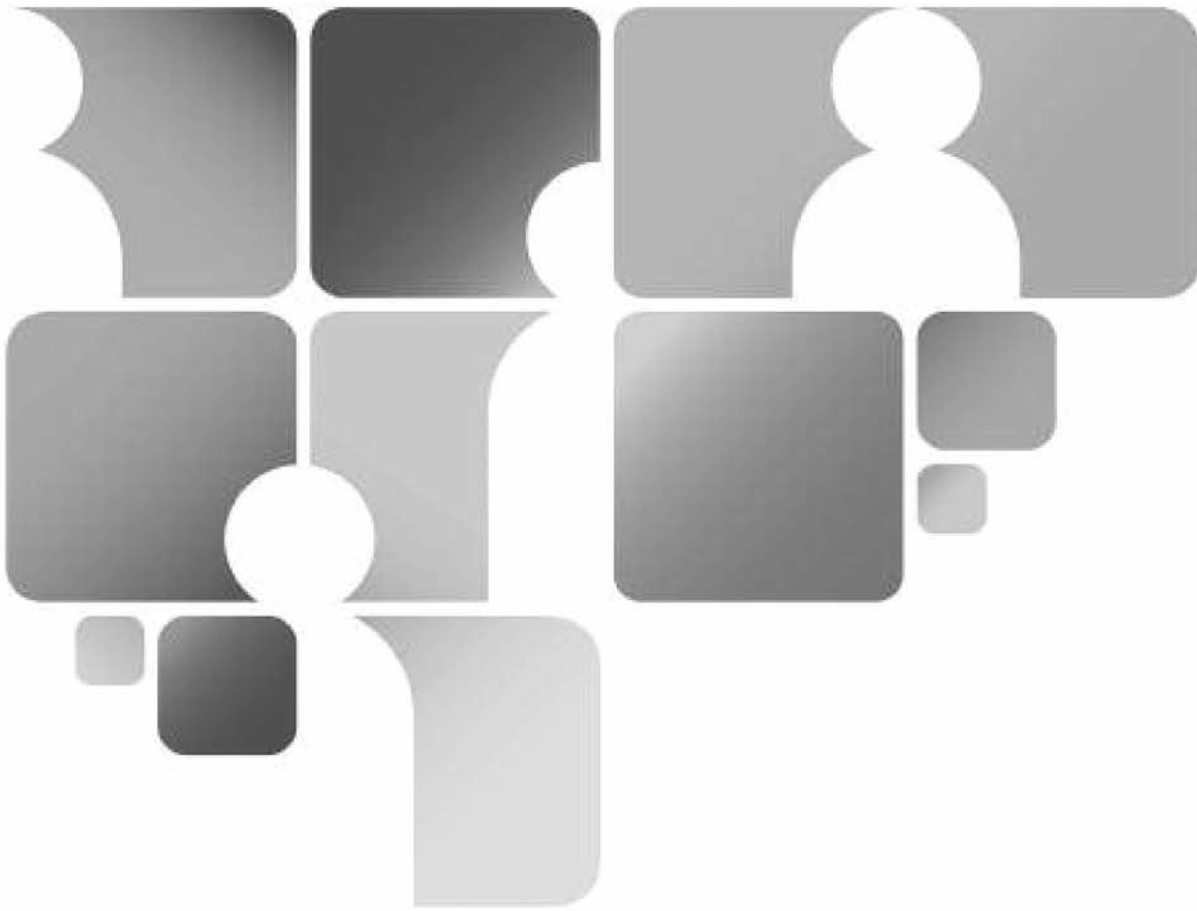
a



salud.gov.ar



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación



MÓDULO
10 **PROBLEMAS SOCIALES**
DE SALUD PREVALENTES
a



■ Prólogo	7
■ Consideraciones generales	9
■ Presentación del módulo	11
■ Unidad 1: La problemática de las Adicciones.....	17
■ Unidad 2: La problemática de la Violencia Intrafamiliar.....	59
■ Unidad 3: La problemática de la Discapacidad.....	115
■ Anexos.....	163
■ Bibliografía general del módulo.....	183



Consideraciones Generales



Presentación del módulo

Este es el último módulo del Posgrado en Salud Social y Comunitaria.

Según la definición inicial del programa de contenidos, le corresponde el título de **Problemas Sociales de Salud Prevalentes**.

Estos dos años transcurridos desde el inicio del Posgrado han generado en Uds., becarios, no solamente aprendizajes, sino que también -seguramente- les han permitido acumular una vasta experiencia en el terreno comunitario. Así también, el equipo central ha tenido oportunidad de recoger variadas experiencias y reflexionar sobre el valor de la propuesta de aprendizaje y formación en servicio, en el primer nivel de atención.

La experiencia recogida en los contactos con los profesionales comunitarios, así como con quienes han integrado los equipos docentes, nos han hecho reconducir la idea originaria de los contenidos de este módulo desde las patologías médicas que con más frecuencia se observan en los Centros de Salud a las grandes problemáticas que enfrentan todos los días los profesionales en el primer nivel de atención y las comunidades que ellos atienden: nos referimos a **problemáticas fuertemente atravesadas por las condiciones sociales actuales**.

Todas ellas tienen alcance sobre cuestiones de salud pero, en principio, no se las considera patologías, atraviesan a todos los estratos y niveles sociales y económicos y, más bien, se refieren a la complejidad social en que se desarrolla la vida en sociedad actualmente.

Es así que este último módulo abordará las siguientes temáticas:

- Adicciones
- Violencia
- Discapacidad
- Malnutrición
- Salud Sexual y Reproductiva
- Tercera Edad

La selección de temas también viene a cubrir un vacío en la formación de los profesionales de la salud y también, un vacío en la visibilidad de estas problemáticas. En el ajetreo del quehacer diario del Centro de Salud muchas veces no hay tiempo para atenderlas o para tomarlas como ejes de trabajo, a la hora de pensar acciones de promoción y prevención.

Por la extensión que este módulo adquiere a raíz de la selección de problemáticas presentadas, el Módulo 10 constará de dos partes **Módulo 10a** y **Módulo 10b**.

El **Módulo 10a** incluye los temas de Adicciones, Violencia y Discapacidad. Por otra parte, el **Módulo 10b** incluye los temas Malnutrición, Salud Sexual y Reproductiva, y Tercera Edad.

Como no quisimos dejar de acompañar este Módulo con un material actualizado en patologías prevalentes en la infancia y la adultez -patologías que efectivamente los profesionales comunitarios atienden todos los días en el primer nivel-, acompañará el módulo 10b un CD ROM con esta información.

En este módulo abordaremos los siguientes **núcleos problemáticos**:

- ¿Qué se entiende por adicciones?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo y los factores protectores que intervienen en la producción del fenómeno de las adicciones?
- ¿Qué estrategias de prevención de las adicciones puede promover el CS?
- ¿Qué abordajes puede construir y desarrollar el Centro de Salud para participar en las redes de detección y tratamiento de las adicciones?
- ¿Qué se entiende por violencia intrafamiliar?
- ¿Quiénes son las víctimas más habituales de la violencia intrafamiliar?
- ¿Cuáles son las condiciones que favorecen la presencia de la violencia intrafamiliar?
- ¿Qué estrategias de prevención de la violencia intrafamiliar puede promover el CS?
- ¿Qué abordajes puede construir y desarrollar el Centro de Salud para participar en las redes de detección y apoyo a las víctimas de la violencia intrafamiliar?
- ¿Qué se entiende actualmente por discapacidad?
- ¿Qué es y cómo funciona el sistema de protección de los derechos de las personas con discapacidad?
- ¿En qué consiste la prevención de la discapacidad en el primer nivel de atención?
- ¿Cuál es el papel del CS en la atención de los controles rutinarios de salud de las personas con discapacidad?

Este material está organizado en tres Unidades Didácticas, mediante las cuales se desarrollarán los contenidos de manera progresiva:

- **Unidad 1: La problemática de las Adicciones**
- **Unidad 2: La problemática de la Violencia Intrafamiliar**
- **Unidad 3: La problemática de la Discapacidad**

Objetivos generales del Módulo Problemas Sociales de Salud Prevalentes

Al completar el cursado de este Módulo, usted estará en condiciones de:

- Comprender el problema de las adicciones como fenómeno complejo y vinculado con las características actuales de la comunidad en que aparece.
- Reconocer la presencia de factores de riesgo y factores protectores en su área programática.
- Distinguir grupos vulnerables en la comunidad que atiende el CS.
- Valorar presencia de tareas de promoción de la salud y prevención de las adicciones entre los objetivos del CS
- Conocer las distintas configuraciones que puede adoptar la violencia intrafamiliar.
- Identificar diferentes factores de riesgo para el fenómeno de la violencia intrafamiliar.
- Reconocer la necesidad de un abordaje interdisciplinario sobre la problemática de la violencia intrafamiliar.
- Utilizar una conceptualización sobre discapacidad que le permitirá analizar la situación de salud de diferentes integrantes de la comunidad.
- Identificar en su área programática personas que presenten alguna discapacidad.
- Tomar conciencia de la importancia de realizar controles periódicos de salud a los integrantes de la comunidad que presentan alguna discapacidad.
- Derivar y asesorar adecuadamente desde el Centro de Salud acerca de la

utilización del Sistema Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad.

- Planificar y programar acciones de promoción, prevención y rehabilitación de la discapacidad en su área programática.

Al igual que en los Módulos anteriores, en este material de autoaprendizaje encontrará:

Textos seleccionados y contribuciones especializadas sobre cada uno de los problemas tratados.

Actividades que promueven la integración de los conocimientos aprendidos a través de la lectura y el análisis de sus propias prácticas. Estas actividades son de distinto tipo, a saber:

- **Actividades iniciales**, como apertura del tratamiento de cada unidad.
- **Actividades de campo**, en el contexto de la comunidad local.
- **Actividades de reflexión** en torno a artículos, lecturas y casos-problema.
- **Actividades de exploración**, en el contexto particular del servicio.
- **Actividades de integración** de cada unidad.

Recuerde que las respuestas a estas actividades serán motivo de intercambio y discusión en las reuniones con el equipo tutorial.

Además el Módulo 10a incluye:

- **Anexos**, en los que se adjuntan lecturas ampliatorias y/o información relevante de consulta.
- Una lista de **bibliografía** utilizada en el desarrollo de cada Unidad.

Por último, recuerde que para facilitar la localización y comprensión de los temas desarrollados se han incluido íconos, cuadros destacados con color y jerarquización de títulos.



Actividades



Recomendaciones



Definiciones



Más información complementaria en el anexo de este material



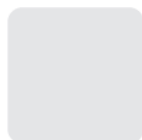
Importante



Más información en la web de Médicos Comunitarios



Unidad 1



La problemática
de las Adicciones

Introducción

Las drogas han existido siempre en la historia de la humanidad: algunas veces prohibidas, otras aceptadas y propiciando su consumo, en ocasiones delimitando el uso a diferentes grupos, en otras previniéndolo.

Si hiciéramos un recorrido del uso que diferentes sociedades a lo largo de la historia han hecho de ciertas sustancias, es decir, si historizáramos el uso de las llamadas sustancias psicoactivas y las diferentes relaciones que la comunidad y la sociedad han tenido con éstas en diferentes épocas, podríamos observar que las adicciones están fuertemente influidas por el ámbito social y comunitario y lo implican de diversos modos.

Por esa razón, sostenemos que **la problemática de las adicciones no reside estrictamente en la existencia de sustancias, sino en la particular vinculación que los individuos sostienen con ellas, en una sociedad y momento histórico determinado.**

Este material, por tanto, intenta presentar un marco para comprender las adicciones de hoy, las que se presentan en nuestra sociedad y en nuestro tiempo. Para ello recorre el camino de la revisión de aquellas dimensiones del problema que hoy nos son visibles, instando a reflexionar sobre el papel que las mismas tienen en la configuración del fenómeno.

Como toda problemática compleja, las adicciones de nuestro tiempo nos muestran diferentes aspectos, algunos más visibles, otros menos. Las nociones que se plantean a continuación no cierran el debate sobre este problema, intentan justamente abrirlo: ampliar la mirada, complejizar la escucha, dar un espacio para la reflexión y permitir el trabajo de creación de alternativas de abordaje para un problema social que habitualmente no llega a los Centros de Salud buscando cura, sino que más bien -en general- huye de la atención de los profesionales.

Las características antes descriptas hacen del problema de las adicciones un tema que necesita ser enfocado, analizado y trabajado junto con la comunidad, justamente porque deviene también del modo en que ésta lo estructura, lo piensa, lo promueve, lo previene o lo restringe.

Para ello, le proponemos trabajar la problemática de las adicciones a través de los siguientes núcleos problemáticos:

¿Qué se entiende por adicciones?

¿Cuáles son los diferentes factores intervinientes en la producción del fenómeno de las adicciones?

¿Cuáles son los factores de riesgo y los factores protectores que hoy conocemos?

¿Qué implica hacer prevención de adicciones en el primer nivel de atención?

¿Qué abordajes puede construir y desarrollar el Centro de Salud para participar en las redes de detección y tratamiento que trabajan con las diferentes adicciones?

Al finalizar esta unidad Ud. estará en condiciones de:

- Comprender el problema de las adicciones como fenómeno complejo y vinculado con las características actuales de la comunidad en que aparece.
- Discriminar diferentes tipos de vínculos entre los integrantes de su comunidad y las sustancias psicoactivas.
- Reconocer la presencia de factores de riesgo y factores protectores en su área programática.
- Distinguir grupos vulnerables en la comunidad que atiende el CS.
- Valorar presencia de tareas de promoción de la salud y prevención de las adicciones entre los objetivos del CS.
- Desarrollar estrategias que permitan al equipo de profesionales del CS establecer un vínculo con los adictos de su área programática para trabajar acerca de su salud.

Actividad Inicial



Antes de abordar la temática de las adicciones le proponemos relevar sus conceptos previos relacionados con dicha problemática: causas con la que la vincula y los modos en los que cree que debería resolverse.

Le sugerimos que liste tres ejemplos que conozca de aquello que Ud. llamaría **cuadro de adicción** o **adicto** o **drogadicto**. Luego, le solicitamos que intente explicar cómo la persona ha llegado a esa situación, cuáles han sido -a su juicio- los factores que intervinieron. Para finalizar, le pedimos que sugiera una línea de abordaje para ese ejemplo, incluyendo no sólo los aspectos terapéuticos que encararía un equipo de salud, sino todo lo que habría que hacer para facilitar al adicto *salir de la adicción*.

Cuadro de adicción, adicto o drogadicto	
Ejemplo 1	
Causas	
Líneas de abordaje	
Ejemplo 2	
Causas	
Líneas de abordaje	
Ejemplo 3	
Causas	
Líneas de abordaje	

Una vez armados los ejemplos con sus causas y sus líneas de abordaje le sugerimos que los comparta, los compare y los discuta con los demás compañeros del Posgrado.

Los ejemplos que han formulado:

- ¿permiten incluir diferentes formas o cuadros de adicción?
- ¿hay semejanzas entre las causas a las que se atribuyen de los ejemplos planteados?, ¿hay diferencias?, ¿en qué consisten?, ¿a qué pueden deberse?

En cuanto a las líneas de abordaje propuestas:

- ¿son uniformes?
- ¿abarcán diferentes aspectos y/o dimensiones de la vida de la persona o se reducen a la recuperación de su salud física?
- ¿incluyen a otros miembros de su familia y/o de la comunidad?

Le recomendamos conservar estos primeros ejemplos y propuestas junto a las reflexiones realizadas a su alrededor. Serán útiles como material para analizar a partir de los conceptos que se desarrollan a continuación y construir miradas enriquecidas.

1. El enfoque de prevención integral de las adicciones

La sociedad globalizada y fuertemente marcada por el consumo en que vivimos atraviesa todos los niveles y ámbitos de nuestra vida. Este medio social se caracteriza por promover un tipo de consumo que nos envuelve en la ilusión de poder acceder a todos los objetos y a la vez ser propietarios de algo. De esta manera, el *tener* y el *ser* aparecen como equivalentes.

"El fin del siglo XX y el inicio del nuevo siglo, muestran el final de una época donde las certezas parecen cada vez más lejanas y donde sobresale entre otras cuestiones, una sensación de ausencia de pertenecer a un todo social" (A Carballeda,).

La situación de crisis que esto representa, genera un fuerte impacto en la trama social, que se traduce en una mayor inquietud e incertidumbre.

Muchas veces las adicciones son analizadas solamente desde una visión *causal*, de esta forma la simple existencia de drogas o el contacto con éstas generaría en forma mecánica la drogadicción. Esta es una visión determinista del tema.

En este material se plantea que el fenómeno de las adicciones debe ser entendido como *complejo*, analizando sus componentes personales, vinculares, sociales, culturales, económicos y políticos, etc., que dan cuenta de la necesidad de aproximarse al mismo desde una **perspectiva integral**, utilizando explicaciones menos ligadas a los esquemas de las ciencias naturales.

Los fenómenos sociales se enuncian y acontecen en forma diferente que los de la naturaleza, de ahí que las relaciones causa - efecto se expresen en el terreno de las probabilidades. Es decir que la sola presencia o existencia de drogas no implica que el fenómeno drogadicción ocurra, sino que existe la *probabilidad* que este se exprese. De este modo nos aproximarnos a un marco explicativo de las adicciones más cercano a la probabilidad y más alejado de la determinación causa-efecto.

Estas cuestiones atraviesan fuertemente las formas de explicación del problema de las adicciones, su abordaje terapéutico y las perspectivas de prevención.

No es posible establecer causas específicas en el consumo de drogas, en tanto es resultado de una combinación de aspectos personales y la situación del contexto.

Frente a este escenario, es importante analizar el **fenómeno de las adicciones** reflexionando sobre los diferentes *factores intervinientes*:

- Las **sustancias** en sí mismas
- Las **personas**, sus características particulares y el vínculo que establecen con las sustancias
- El **entramado sociocultural y comunitario**

El enfoque de Prevención Integral considera a las adicciones como un fenómeno multifactorial.

Los factores intervinientes descriptos son dinámicos, así como la interacción entre ellos. Si bien no se considera que alguno tenga carácter decisivo sobre los demás, unos son más susceptibles de ser trabajados que otros. Es más fácil encarar ciertas acciones preventivas e incidir sobre algunos de ellos, que sobre otros.

El **tipo de sustancias** y sus **usos** varían según la época, los lugares geográficos, los grupos étnicos, los grupos socio económicos, etc. No obstante, sin sustancia no hay consumo, pero sin consumo no hay sustancia. **La sustancia es un objeto del mercado** incluido en un **sistema de oferta y demanda**.

En este sentido, para comprender el fenómeno es imprescindible tomar en cuenta el sistema de oferta vigente: si existen recursos para acceder a la sustancia y, eventualmente, a los instrumentos necesarios para utilizarla.

Además, cada **individuo** desarrolla un tipo particular de **vínculo** con las **sustancias psicoactivas** (uso, abuso y dependencia). Un aspecto clave en este sentido es el desarrollo de la persona; pero también, la tolerancia a la frustración, la autoestima y otras cuestiones que nos permiten posicionarnos de diferentes maneras frente a los mismos acontecimientos, crisis vitales y conflictos.

Sobre el eje del vínculo establecido con las sustancias psicoactivas, es posible analizar para cada individuo o grupo, cuáles son los **factores de riesgo** vinculados al uso y abuso de ciertas sustancias. Asimismo, es posible reconocer **factores protectores**.

1.2. Las sustancias psicoactivas

El enfoque de **prevención integral de las adicciones**¹ centra su interés en las personas sin poner en primer lugar el tipo de sustancia que consumen. El planteo de este enfoque es trabajar en prevención desde una perspectiva que focalice en **el vínculo que la persona establece con una sustancia** y que promueva y desarrolle las fortalezas subjetivas de los individuos y los grupos; interviniendo además, frente a aquellos factores de riesgo que potencian el uso y abuso de sustancias.

No obstante, comenzar el análisis de las adicciones entendiendo a qué nos referimos

1. Esta visión, se corresponde con la concepción integral de salud, ver Módulo 1: Salud y Sociedad.

cuando hablamos de **sustancias psicoactivas** resulta importante para comprender su lugar en la producción del fenómeno. Según la OMS:

"Sustancia psicoactiva es cualquier sustancia natural o sintética que al ser introducida en el organismo y por sus efectos en el sistema nervioso central, es capaz de alterar el estado anímico, las facultades cognitivas o el comportamiento de la persona."

El uso prolongado y frecuente de estas sustancias puede provocar dependencia física y/o psíquica.

Según el Diccionario de la Real Academia Española² **droga** es sinónimo de *medicamento*. Habitualmente, se entiende por **droga** cualquier "*sustancia o preparado medicamento de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno*".

Existen diferentes criterios de clasificación de las sustancias psicoactivas o drogas. Cada clasificación permite entrever una manera de pensar, concebir y actuar sobre el fenómeno de las adicciones. La clasificación más generalizada y conocida es:

- **Drogas legales:** que son admitidas por la sociedad y forman parte de nuestras costumbres. Por ejemplo; el alcohol, el tabaco y los medicamentos.
- **Drogas ilegales:** que son las sustancias que están social y legalmente prohibidas y ésto implica una actitud severa hacia su consumo. Por ejemplo; marihuana, cocaína, opiáceos, paco (pasta base) y otras sustancias que los contienen en proporciones variables.

Otra forma de clasificación enfatiza el *carácter de la acción y la naturaleza de la sustancia*, distinguiendo:

- **Drogas blandas:** causan problemas de salud menores y consisten en derivados del cáñamo, marihuana, hachís, etc.
- **Drogas duras:** presentan un riesgo alto y causan graves daños a la salud de quienes las consumen. Por ejemplo; las anfetaminas, cocaína, heroína, LSD, XTC, etc.

1.3. El vínculo con las sustancias psicoactivas

Decíamos entonces, que desde la mirada integral las **sustancias psicoactivas** no están en primer plano. La comprensión del fenómeno se centra en poner en primer plano **los vínculos particulares que las personas establecen con dichas sustancias**, más allá de sus características y efectos. Es decir, **aquello que cada sujeto proyecta**

2. Diccionario de la Real Academia Española. 22ª Edición, 2001.

o espera que una sustancia en particular le brinde.

Estos vínculos son diferentes según la *intensidad*, calidad, frecuencia y expectativa puesta en cada sustancia. A su vez, la intensidad de ese vínculo se define según el **nivel de compromiso** que establece la persona con la sustancia. Los diferentes niveles de compromiso en el consumo pueden establecerse a partir de:

- **el tipo de sustancia consumida:** qué consume
- **la frecuencia de consumo:** cuánto y cuántas veces consume
- **las características particulares de la persona que consume:** sus rasgos particulares
- **las circunstancias en que consume:** dónde, con quién o quiénes, cómo consume

De acuerdo a la forma en que estas variables se presentan y su interrelación, se distinguen tres niveles de compromiso que están articulados y son continuos: **uso, abuso y dependencia.**

- **Uso:** implica que el consumo de la sustancia es aleatorio (sin razones particulares) y la vida de esa persona así como sus relaciones no se han dañado.
- **Abuso:** es el caso en que el consumo tiene una frecuencia sistemática. La persona busca la sustancia y aparecen perturbaciones en su vida, en la relación con los otros, con las obligaciones, etc.
- **Dependencia:** es un estado psicofísico que se caracteriza por modificaciones de conducta y otras reacciones, que implican un deseo invencible de tomar la droga continuamente para experimentar sus efectos y evitar el malestar de la privación.

El fenómeno de las adicciones es un problema de todos y no se limita a las drogas *ilegales*, convivimos cotidianamente con diferentes sustancias psicoactivas (sociales y legales): alcohol, tabaco, sedantes, inhalantes. Por esta razón, es importante estar atento a la relación o vínculo que nosotros y los que nos rodean, establecen/mos con estas sustancias.

Existe un grado de **tolerancia** y de **aceptación social** que hacen más fácil el acceso a determinadas drogas y más difícil para el consumidor aceptar que estas sustancias producen daños. Hablamos de las denominadas drogas legales, es decir aquellas socialmente aceptadas: el tabaco, el alcohol y los medicamentos, por ejemplo.

"(...) el problema central de las adicciones en todo el país se llama alcoholismo.

En nuestra Provincia el 64% de los menores de edad consume alcohol regularmente. La mitad de ellos abusa del alcohol. Esto significa un uso farmacológico de las bebidas alcohólicas, es decir, tomar por los efectos que va a producir, como si fuera una medicación. Este es el estadio inicial de la drogadependencia y nunca se lo atacó."³

La **tolerancia** o **aceptación social** es un factor de riesgo que puede originar el consumo de drogas. En cada comunidad, en cada cultura, hay conductas que son *aceptables*, aunque no *deseables*. En tanto que vivimos y compartimos los códigos de nuestra comunidad, incorporamos sin darnos cuenta muchos valores, formas de pensar y de actuar, que no necesariamente son saludables, pero, como están aceptados, no los cuestionamos, ni pensamos que pueden cambiar.



Le proponemos que analice el consumo de sustancias *socialmente aceptadas* por parte suya, de su familia, del equipo de salud de su centro y de la comunidad de su área programática:

- ¿Las sustancias consumidas son similares?
- ¿Los diferentes grados de compromiso con el consumo de cada sustancia se parecen?
- ¿En algunos casos el vínculo establecido con las sustancias *socialmente aceptadas* alcanza el grado de *dependencia*?

Le proponemos que analice el daño que estas sustancias pueden causar.

El siguiente gráfico esquematiza los factores que intervienen en la creación de los vínculos que los sujetos establecen con las sustancias psicoactivas:



3. Plan Provincial de Atención a las Adicciones. Avances y planificación de Gestión 2003-2007. Subsecretaría de Atención a las Adicciones. Ministerio de Salud - Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.

Cuando se deja de consumir abruptamente una sustancia con la que se ha creado un vínculo de dependencia, se desarrolla el llamado **síndrome de abstinencia**, que consiste en la aparición de un conjunto de signos y síntomas debidos a la disminución o supresión de una sustancia que se ha usado bastante y por tiempo prolongado.

1.3.1. Efectos del uso indebido de sustancias psicoactivas

De la **interacción entre la vulnerabilidad o propensión individual, la tolerancia social y la disponibilidad de sustancias** surgen diferentes niveles de consecuencias dentro del continuo del uso indebido de sustancias psicoactivas.

A nivel del *individuo dependiente* de las drogas las consecuencias se relacionan con los costos del deterioro y la invalidez que la dependencia significa para él, la familia y la comunidad. A nivel de la *organización familiar* y el desarrollo de los hijos, el efecto que el consumo tiene en las lesiones y trastornos del individuo. Y a nivel de la *comunidad*, los efectos de imágenes y representaciones que afectan al desarrollo de la población aún no comprometida en el consumo perjudicial.

En cada caso, la expresión de sus consecuencias es diferente en cada segmento, tanto en lo que hace a su naturaleza como a su alcance.

A continuación, se presenta una breve síntesis de los efectos que produce el uso de cada una de las sustancias psicoactivas más utilizadas.

1.3.1.1. Consumo de tabaco

Argentina tiene una de las mayores tasas de consumo de tabaco del continente. Sin embargo, en los últimos 5 años se ha logrado disminuir la prevalencia.

En 1999, 39.8% de los adultos eran fumadores. A fines del 2004, sólo el 33.7% era fumador.

Si bien la tendencia a fumar está en baja entre los adultos, es preocupante el aumento del consumo entre los adolescentes.

Ud. puede consultar datos de prevalencia de tabaquismo en el país discriminados por edad y sexo a través de www.medicoscomunitarios.gov.ar o www.msal.gov.ar



El tabaco es la principal causa de muertes prevenibles, enfermedades y discapacidades en el mundo. En Argentina, cada año mueren más 40.000 personas por enfermedades relacionadas con el tabaco. Esto representa el 16 % del total de las

muerres de personas mayores de 35 años.

El cigarrillo ha sido asociado a un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, arteriosclerosis, hipertensión arterial, enfermedad cerebro vascular, cáncer, bronquitis crónica y enfisema.

El síndrome de abstinencia de la nicotina se presenta como una serie de signos característicos de malestar: alteración del humor o depresión, insomnio, irritabilidad o enojo, ansiedad, dificultades en la concentración, cansancio, disminución de la frecuencia cardíaca, aumento del apetito y ganancia de peso.

1.3.1.2. Consumo de alcohol

El alcoholismo es la primera drogadependencia en Argentina. Afecta a los adultos, pero también, cada vez más, a los jóvenes adolescentes.

El alcohol afecta al organismo de diversas formas. Es una droga depresora del sistema nervioso central, no es estimulante. La sensación inicial de euforia se debe a la liberación del control central inhibitorio, mientras que lentifica la actividad cerebral, alterando el estado de alerta, el juicio, la coordinación física y el tiempo de reacción.

Las complicaciones médicas más frecuentes de la dependencia al alcohol son la cirrosis hepática, la neuropatía periférica, el daño cerebral y la cardiomiopatía. También se observa con frecuencia gastritis y pancreatitis. Entre las complicaciones más temidas están aquellas de tipo neuropsicológico. Además, el alcoholismo puede enmascarar o exacerbar múltiples trastornos médicos y psicológicos. Asimismo, el alcoholismo se asocia a violencia -homicidios, accidentes y suicidios-, problemas laborales y pérdida de productividad por ausentismo, accidentes de trabajo, incapacidades, años de vida perdidos y otros efectos negativos sobre el individuo y el núcleo familiar.

El consumo continuado provoca irritabilidad, agresividad, insomnio, confusión, delirios y alucinaciones, con ideas de persecución que pueden derivar en demencia.

El síndrome de abstinencia asociado a alcoholismo incluye temblor, debilidad, sudación, hiperreflexia osteotendinosa, trastornos gastrointestinales e intenso dolor de cabeza. La forma más severa de este síndrome es el delirium trémens que comienza como un ataque de ansiedad seguido de confusión, falta de sueño, sudoración, taquicardia, fiebre, alucinaciones vívidas de todo tipo y desorientación y, que si progresa, puede llevar a profunda depresión.

1.3.1.3. Consumo de marihuana

Actualmente, la marihuana (cannabis) es la sustancia ilícita de mayor uso en todo el

mundo.

Los efectos conseguidos con ella dependen de la dosis consumida, frecuencia y ruta de administración. La manera más común de consumir marihuana es fumándola en cigarrillos armados (*porro*) con picadura de la planta.

Su consumo produce aletargamiento de los reflejos y disminución de la coordinación fina-inmunodepresión y disminución de la capacidad sexual. Los usuarios habituales pierden iniciativa y productividad y se arriesgan al deterioro de su capacidad reproductiva.

En la intoxicación por marihuana se presenta una conducta desadaptada o cambios psicológicos, acompañados por dos o más de los siguientes signos: inyección conjuntival, aumento del apetito, boca seca, taquicardia. El delirio se presenta cuando además, hay marcados cambios cognoscitivos que satisfacen los criterios generales para un delirium, tales como: alteraciones en la memoria, desorientación, trastornos del lenguaje y alteraciones en la sensopercepción (Kaplan y Sadock, 1995).

El síndrome de abstinencia se presenta con insomnio, hiperactividad y disminución del apetito.

1.3.1.4. Consumo de cocaína y pasta base de cocaína (PBC)

El consumo de cocaína produce intoxicación, trastornos psicóticos con alucinaciones y/o delirio, trastornos afectivos y de ansiedad, disfunción sexual, trastorno del sueño, etc.

Los usuarios de cocaína suelen tener con mayor frecuencia otros trastornos psiquiátricos en comparación con la población general. Además, la cocaína induce con frecuencia complicaciones médicas, por las cuales los estados relacionados con uso de cocaína se han hecho uno de los motivos de consulta más frecuentes relacionados con sustancias psicoactivas en los servicios de urgencias.

El síndrome de abstinencia se presenta con cambios del humor y fatiga, pesadillas vívidas, insomnio o hipersomnio, aumento del apetito, retardo o agitación psicomotora.

En los últimos tiempos, se viene presentando una nueva situación clínica producida por el consumo -en constante aumento- de pasta base de cocaína (PBC).

La pasta base de cocaína (PBC) que fue llamada el *crack del subdesarrollo* o la *cocaína de los pobres*, tiene como una de sus características principales su bajo costo y la producción de un efecto comparable al de las drogas endovenosas, siendo por esto adoptada por las clases socioeconómicas más desfavorecidas y marginadas del entramado social.

El consumo de esta sustancia, presenta una singularidad en cuanto al deterioro crónico, tanto en la dimensión física como psíquica (en un corto período de tiempo) y, representa un desafío para los equipos de salud a la hora de dar una respuesta a un fenómeno tan complejo.

La pasta base de cocaína (PBC) además del alcaloide de las hojas de coca tiene como agregado diferentes solventes (kerosén, gasolina, ácido sulfúrico). Se la denomina *paco*, *pasta*, *bazuca* o *mono* cuando está mezclada con tabaco; en cambio si está mezclada con marihuana se la llama *mixto* o *marciano*. Su presentación es un polvo apelmazado que puede variar en su color en función de las proporciones que la mezcla contenga, puede presentarse amarillento, marrón o blanco.

La forma de consumirla es fumándola en latas agujereadas con el agregado de cenizas de tabaco, en pipas construidas con cañitos metálicos o antenas y el agregado de virulana, o directamente se la fuma en formato de cigarrillo o *porro*.

Los efectos de la pasta base de cocaína aparecen alrededor de los 30 segundos de consumirla, con una duración de 5 a 8 minutos. En el efecto que produce el consumo de pasta base de cocaína (PBC) influyen varios factores: preparación, dosis, combinaciones y sujetos que la consumen; pero, en líneas generales se manifiesta como aumento de energía y del estado de alerta, disminución del sueño y del apetito, verborrea, aumento de la presión arterial, del ritmo cardíaco y respiratorio.

La interacción que produce a nivel cerebral (liberación de dopamina) determina un rápido pasaje de una situación euforizante (similar a las drogas endovenosas), a una sensación muy desagradable (bajón o *crash*) incrementada en los sujetos que se encuentran en el estadio de una adicción instalada.

Las consecuencias del excesivo consumo produce una alteración a nivel de la neurotransmisión cerebral con posibilidades de presentar convulsiones, disfunciones cardíacas y pulmonares, síntomas psicóticos (alucinaciones), excitación psicomotriz, ideas paranoides, distorsión de la realidad, acciones compulsivas. También se presentan trastornos en el sueño y disfunciones sexuales graves (falta de deseo y dificultades en la erección).

Los períodos de abstinencia se presentan con cambios de humor, irritabilidad, depresión (en algunos casos ideación suicida), ansiedad y un deseo muy intenso de volver a consumir, sin importar los medios para conseguirla. Es por esto, que los consumidores se encuentran habitualmente relacionados a conductas delictivas. Los consumidores de pasta base de cocaína (PBC) presentan un síndrome de abstinencia muy marcado y la intervención medicamentosa a tiempo posibilita la continuidad de un tratamiento.

El criterio comunitario (su estructura de funcionamiento) es un estímulo constante

para la rehabilitación, como parte de un sistema mayor. El interjuego de las diferentes miradas que se aportan desde un equipo de salud y la sincronización de nuestras estrategias de intervención nos darán la posibilidad de dar respuesta a una problemática tan compleja como la que presentan los consumidores de esta sustancia y será en este abordaje interdisciplinario donde se encuentren las respuestas a las problemáticas que involucren las variables orgánicas, psicopatológicas, familiares y sociales de cada paciente.

1.3.1.5. Consumo de inhalantes

La inhalación de vapores se realiza utilizando 4 clases de sustancias comerciales:

- solventes para gomas y adhesivos
- propelentes para aerosoles de pintura, lacas y cremas de afeitar
- thinner (por ejemplo, el utilizado en pintura o en fluidos para la corrección de errores tipográficos)
- aceites y combustibles

Quienes inhalan -generalmente pequeños de corta edad- presentan cambios bruscos de conducta en el colegio, irritabilidad, dificultad atencional, irritación de mucosas nasales y oculares -que no obedecen a procesos infecciosos ni alérgicos- y tendencia hacia aislarse. A corto plazo, se verifica disminución del cociente intelectual y progresivo fallo de las funciones respiratoria, hepática, cardíaca y renal.

Por lo general, los chicos comienzan el hábito entre los 6 y 14 años. Presentan problemas de conducta y trastornos intelectuales que los lleva a abandonar la escuela, permaneciendo en la calle, donde se dedican a abrir puertas de taxis, ventas ambulantes o mendicidad, hasta llegar al hurto, generalmente en grupo. La práctica de la inhalación habitualmente se realiza en grupo, consiste en colocar el pegamento dentro de una bolsa de plástico e inhalar profundamente dentro de ella, pasándola luego a sus compañeros. Las sustancias que se inhalan, son generalmente solventes orgánicos, como el tolueno, benceno y hexano.

La inhalación de pegamentos produce efectos inmediatamente. Los mismos consisten en mareos, somnolencia, a los que se agrega euforia y alucinaciones con sensación de estar volando, modificaciones de la percepción visual en cuanto a forma y colores tamaño y movimiento de los objetos. La palabra es confusa y hay agitación motriz, que muchas veces genera actos violentos y agresiones hacia otros.

En el período agudo, las manifestaciones físicas son irritación de las conjuntivas nasal labial y taquicardia. Luego de algunas horas, el sujeto queda con cansancio, cefaleas y estado depresivos.

Las complicaciones que suele acarrear este tipo de hábito, son la asfixia por no retirar

la cabeza de la bolsa antes del periodo de confusión mental; y la arritmia y paro cardíaco cuando realizan actividades físicas, debido a que los principios activos de los pegamentos ejercen una acción directa sobre el corazón.

1.3.1.6. Consumo de sedantes, ansiolíticos e hipnóticos

Los sedantes son todas aquellas sustancias con potencial de producir sedación, ansiolisis e inducción del sueño. Se prescriben habitualmente para controlar la ansiedad y regularizar el sueño, siendo las benzodiacepinas las más empleadas del grupo. La seguridad de las benzodiacepinas en la situación de sobredosis es una ventaja importante de la benzodiacepina sobre otros sedantes/hipnóticos clásicos.

Las benzodiacepinas son las drogas secundarias de abuso más frecuentes en pacientes con trastornos por alcohol y opioides.

Estas sustancias producen intoxicación, trastornos psicóticos, delirium por intoxicación o abstinencia, demencia persistente, trastorno del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, disfunción sexual, trastorno del sueño, etc.

1.3.1.7. Consumo de alucinógenos

Los alucinógenos que pueden ser objeto de abuso son: el alucinógeno ergótico dietilamida del ácido lisérgico (LSD), que es el prototipo de estas sustancias; otros alcaloides del indol, como la psilocibina (Hongos Mágicos) y la dimetiltriptamina (DMT) y las fenilalquilaminas como la mescalina, la dimetoximetilanfetamina (DOM o STO), la metilendioxianfetamina (MDA) y la metilendioximetanfetamina (MDMA, éxtasis o X).

Estos alucinógenos -denominados psicomiméticos o psicodélicos (*expansores mentales*)- conforman un grupo de sustancias que provocan trastornos del pensamiento, el estado de ánimo y la percepción. Dependiendo de la dosis, las expectativas (la situación) y el ambiente (contexto), también pueden inducir euforia y un estado similar a una experiencia *trascendental*.

El término *alucinógenos* significa productor de alucinaciones. Son muchas las sustancias que provocan alucinaciones auditivas y/o visuales. Estas alucinaciones pueden presentarse como parte de un delirium, acompañadas por alteraciones del juicio, la orientación, el intelecto, la memoria y la emoción. Este delirium también puede ser el resultado de la supresión de la sustancia. Sin embargo, cuando se hace referencia al abuso de sustancias, el término alucinógenos generalmente se refiere a un grupo de componentes que alteran la conciencia sin delirium, sedación, estimulación excesiva o alteraciones del intelecto o la memoria.



En la comunidad donde se encuentra su Centro de Salud:

- ¿Cuáles son las sustancias que se consumen?
- ¿Existe mayor incidencia de las llamadas drogas legales o ilegales?
- ¿Algunos grupos consumen más habitualmente unas que otras?

Le proponemos que identifique junto con sus compañeros del Posgrado los efectos que producen las diferentes sustancias que Uds. reconocen como más habitualmente consumidas por la comunidad de su área programática, así como las consecuencias de su uso a largo plazo.

1.4. El entramado social y comunitario

El fenómeno de las adicciones y su prevención siempre se enmarca en un determinado **contexto sociocultural** y en cierto **discurso social**. Tenerlo en cuenta, significa visualizar cómo el discurso social se estructura y toma forma con la participación de todos los miembros de la sociedad, a la vez que va delimitando y definiendo realidades.

El texto que presentamos a continuación, se refiere a los modos en que el medio sociocultural influye sobre los sujetos⁴:

EL IMAGINARIO SOCIAL

Las personas con diversos intereses y actividades se constituyen cotidianamente como sociedad a partir de sus creencias y significaciones colectivas que otorgan un sentido compartido de lo social. Esa dimensión proveedora de sentido se denomina **imaginario social**.

El imaginario social se estructura a partir del conjunto de relatos y discursos que emanan de las instituciones que integran una sociedad. A su vez, estos relatos se conforman a partir de lo significado por esa sociedad. En este sentido, **el imaginario social es el universo de representaciones que instituyen una sociedad**.

Estas representaciones imaginarias no son estáticas sino que se modifican y transforman continuamente en función del contexto histórico social y económico político. Por esta razón los cambios y transformaciones históricas

4. Prevención de las Adicciones. Conceptos teóricos. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones.

son paralelos a la construcción de nuevas representaciones acerca de nuestra sociedad y de nuestras relaciones, lo cual implica la transformación del imaginario social.

A veces percibimos a los cambios, a lo nuevo y lo diferente como algo que contradice nuestro sistema de interpretación establecido y generalmente lo vivenciamos como peligroso o como ataques a nuestra identidad social y cultural.

Cuando percibimos y establecemos a lo diferente como un peligro, tendemos a aferrarnos a aquellos significados sociales ya establecidos que, al ser considerados como la única verdad posible, representan un obstáculo para la creación, circulación e integración de nuevos significados, algo esencial a la hora de pensar y reflexionar acerca del fenómeno de las adicciones. Por lo tanto, lo importante es no perder de vista que lo histórico social no crea de una vez y para siempre significaciones imaginarias. Poner atención a estos nuevos organizadores de sentido significa tener presente una postura crítica acerca de nuestras actitudes y prácticas.

A nivel macrosocial, ciertas características de las comunidades pueden generar situaciones de riesgo. Por ejemplo, comunidades donde prevalece el escepticismo, el individualismo y/o la ausencia de futuro promueven condiciones de riesgo. De la misma manera, comunidades que presentan hacinamiento, deficiencia sanitaria, abuso de la comunicación publicitaria y que no abren espacios lugar para la reflexión ni para el análisis crítico de sus creencias y vínculos, generan situaciones que favorecen ciertos tipos de consumo.

Nuestra sociedad incita todo el tiempo a consumir de manera creciente y repetitiva: siempre hay algo nuevo, algo distinto, algo que no tenemos y que "deberíamos tener" para ser felices. Esta cultura consumista en la que estamos insertos tiene fuertes componentes del tipo adictivo, por ejemplo: es inmediatista, glorifica el placer y la satisfacción inmediata. Si tenemos en cuenta el contexto socio-cultural en el cual estamos insertos, podremos comprender y aproximarnos de manera reflexiva y crítica al fenómeno de las adicciones y todo lo que este constituye.

Aquello que se nombra y se transmite también es importante. Cuando hablamos pueden generarse y transmitirse estereotipos que se traducen en conductas individuales o colectivas, e incluso en políticas públicas que no sólo simplifican el fenómeno adictivo, sino que construyen imaginarios estereotipados sobre una idea de prevención. Por ejemplo, la asociación común de jóvenes - droga - violencia - represión es una forma de ver plasmado un estereotipo en un discurso social que lo alimenta. De esta manera, quienes mantienen alguna

relación adictiva con sustancias psicoactivas pasan a formar parte de un grupo definido por ese rasgo, adjudicándoles una identidad a partir del producto que consumen.

(...) Los estereotipos son juicios e ideas preconcebidas de manera estática e inmodificable sobre un concepto o tema. Existen muchos estereotipos sobre las adicciones. Por ejemplo:

- Uno muy común considera drogas a sustancias como la cocaína, marihuana u opiáceos, excluyendo a otras socialmente reconocidas como el alcohol, el tabaco y los psicofármacos. Esta forma de pensar **no considera el daño social de la sustancia**, ni el vínculo de dependencia que se genera, sea ésta prohibida o permitida socialmente.
- Otro estereotipo es el "**fetichismo de la sustancia**", que considera a la droga como un ente mágico con poderes y capacidades contaminantes, externo a la sociedad y que "amenaza a la población sana". En este caso la sustancia es un mal extraño que justifica la "caza" de los posibles portadores de la enfermedad para evitar el peligro de contagio.
- Un tercer estereotipo identifica a las **drogas como la expresión de rebeldía** -individual y/o colectiva- frente a la sociedad y sus normas. Aquí se asocia el fenómeno con la juventud. Este análisis -correcto quizás para los años sesenta- ha perdido vigencia. Actualmente el uso de drogas se asocia cada vez más con los sectores vinculados al poder y al prestigio social, en tanto que en las poblaciones excluidas del sistema productivo, las drogas constituyen una estrategia de supervivencia. Es decir, lejos de ser un acto contestatario, el consumo de sustancias se trata de un intento fallido y desesperado por ser incluido en la sociedad.
- Finalmente, otro estereotipo frecuente es aquel que remite a la imagen del consumidor de drogas. En este caso, el imaginario social no hace diferencias entre los consumidores de diferentes sustancias ilegales. De esta manera, el consumidor será visualizado como un **adicto y con una personalidad destructiva**, cualquiera sea la sustancia, dosis, frecuencia y circunstancia de uso; sin tener en cuenta que los individuos establecen vínculos particulares con las diversas sustancias.

Desde el Enfoque de Prevención Integral, el fenómeno de las adicciones es **transversal**, en tanto considera a todos los individuos -cualquiera sea la edad, sexo, sector social y cultura a la que pertenecen- que tienen una relación con una o más sustancias psicoactivas para obtener algún tipo de efecto. Y en lugar

de centrarse en la sustancia (dura blanda, legal o ilegal), se centra en el vínculo que cada persona establece con esa sustancia.

Es necesario tener presente en cualquier iniciativa de prevención la influencia del medio socio-cultural en el fenómeno de las adicciones. Por ejemplo, ciertos patrones que la sociedad y los grupos adoptan de manera similar para enfrentar una situación implican la indulgencia hacia hábitos de abuso de sustancias psicoactivas, tomándolo como una forma general de ser y promoviendo a la vez la existencia de factores de riesgo para la misma comunidad. (...)



Le sugerimos ahora que retome junto a sus compañeros del Posgrado los ejemplos planteados en la actividad inicial y los analicen teniendo en cuenta el marco de los estereotipos sobre las adicciones que se presentan en el fragmento de texto precedente.

- ¿Los ejemplos, causas y formas de abordaje que Uds. construyeron pueden inscribirse en algunos de ellos?

Tomando situaciones de adicciones conocidas en su área programática:

- ¿Puede visualizar con su equipo algunas características de su comunidad que puedan generar situaciones de riesgo (por ejemplo: escepticismo, hacinamiento, competitividad, consumismo, etc.)?

Le proponemos que lleven sus reflexiones a la próxima reunión con el tutor.

2. Factores de riesgo y protección

En la tarea de prevención integral de adicciones se reconoce que, aun cuando existen sustancias psicoactivas *no todas las personas las consumen, ni todas las personas que consumen son adictas*.

En el fenómeno de las adicciones hoy se reconocen una variedad de factores que actúan sobre las personas, algunos se asocian con su capacidad de promover el consumo y se los denomina **factores de riesgo** y otros se asocian con el cuidado y la no promoción del consumo y se los denomina **factores de protección**.

Para que se produzca un vínculo de adicción, hay distintos **factores de riesgo** que juegan **articulados** en conjunto.

El concepto de **riesgo**, es definido en el diccionario como "*contingencia, imponderable, trance y/o peligro*". En el campo de la prevención se habla de riesgos en referencia a la *probabilidad que una persona o grupos de personas sufra/n una situación determinada*.

Los factores de riesgo son aquellos que explican las condiciones en que se hace probable el consumo de alguna sustancia psicoactiva, pero no son necesariamente causa de consumo.

Algunos ejemplos de factores de riesgo son: la existencia del mercado negro de drogas, la marginalidad, la exclusión social, la falta de oportunidades para el desarrollo personal, el aislamiento, la falta de comunicación o la poca tolerancia a la frustración.

Es importante tener presente que no hay relaciones causa-efecto lineales ni factores determinantes. **El enfoque de prevención integral pone atención a la relación e interdependencia entre diferentes factores de riesgo.**

Uno de los factores asociado al riesgo está relacionado con las percepciones que el individuo y la comunidad poseen sobre *riesgo*. Las personas no siempre responden de manera racional a los mensajes acerca del riesgo, mientras algunos no evalúan de manera realista su propia probabilidad de riesgo, otros niegan su presencia con la sensación de invulnerabilidad ("*a mí no me va a pasar*"); en otros casos, se desarrolla una actitud fatalista, que vive al riesgo con terror lo acepta pasivamente como un destino.

Por otro lado, también es posible describir **factores de protección**: son aquellos que se delinear a partir del estudio previo de los factores de riesgo de la comunidad.



Le recomendamos retomar el concepto de enfoque de riesgo tratado en el Módulo 2: Epidemiología, Unidad 6.

Los factores de protección apuntan a transformar las limitaciones de las personas y de la comunidad en potencialidades. Son los atributos o características individuales, sociales, contextuales y situacionales que inhiben, reducen o atenúan la probabilidad del uso o abuso de sustancias psicoactivas. Deben entenderse vinculados, en relación dinámica entre sí.

Algunos factores de protección son: la normatización en la oferta de sustancias, la generación y/o afianzamiento de los lazos sociales, el fortalecimiento de la autoestima, el autocuidado, el desarrollo de tolerancia a la frustración y de capacidad de análisis crítico, la motivación para la toma de decisiones, la presencia de adecuada comunicación con otros y el buen uso del tiempo libre.



¿Se le ocurren otros factores de protección que puedan actuar desde lo social y comunitario?

Como equipo de salud ¿podrían promover la presencia de factores de protección en su comunidad (por ejemplo: actividades que den perspectivas de futuro, redes de contención, etc.)?

2.1. Tolerancia social como factor de riesgo

En cada cultura y comunidad existen conductas que son aceptables, aunque no sean deseables. Por esta razón, la aceptación o **tolerancia social** se considera como un **factor de riesgo** que puede originar el consumo de drogas.

A lo largo de la historia distintas culturas y sociedades han utilizado sustancias psicoactivas con fines religiosos, medicinales, de relación social, etc., configurando un sistema de representaciones que implica creencias, valores, normas y actitudes sobre el uso y abuso de éstas sustancias. Esto es lo que se denomina imaginario social.

Como ya se dijo, cuando alguien consume una droga lo que está en juego es lo que espera de ella y lo que su grupo social le ha dicho que puede esperar. Actualmente, existen sustancias psicoactivas aceptadas socialmente -el **alcohol**, el **tabaco** y los **fármacos**- que no son consideradas como drogas y cuyo consumo implica grandes riesgos.

La aceptación o rechazo de una sustancia por parte de una sociedad, no tiene relación con el daño que puede ocasionar. De esta manera, **la aceptación o tolerancia social hace más fácil el acceso a determinadas drogas y más difícil para las personas aceptar los daños que estas sustancias producen.** El consumo de las drogas

aceptadas socialmente se vive como algo común y no atemoriza. Además, al ser drogas aceptadas, hay mayor disponibilidad y se consiguen más fácilmente, por eso, muchas veces se abusa de estas sustancias.

Dicen las conclusiones de un estudio⁵:

(...) Medir la prevalencia de uso y abuso de sustancias psicoactivas permitió formular acciones más específicas sobre prevención y asistencia de la drogadependencia.

Las cifras obtenidas permitieron verificar que el abuso semanal de bebidas alcohólicas en los menores varones de entre 15 y 18 años, se ha transformado en la cuestión central, especialmente para las intervenciones de prevención específica sobre los hábitos de riesgo. El abuso puede ser definido por la ingesta de una cantidad determinada de alcohol puro -establecida en 100 centímetros cúbicos- pero, fundamentalmente, implica el uso farmacológico de la sustancia, significa tomar alcohol buscando los efectos que produce. Este es el patrón de comportamiento de la drogadependencia, más allá del carácter jurídico de la droga. El cuadro se agrava cuando la práctica se expande sobre una población que está definiendo sus modelos conductuales, de alta exposición y vulnerabilidad, como los adolescentes.

Está claro que el uso de bebidas alcohólicas, ampliamente extendido, no constituye necesariamente un problema de salud. Pero sí, en cambio, lo es el abuso, fundamentalmente, en los menores. (...)

(...) El alcohol es en todo el mundo una droga regulada porque, una vez rotos los patrones de contención social o cultural, se convierte en epidemia, con la secuela de intoxicaciones, accidentes y violencia social. El abuso alcohólico puede ser el preámbulo de la dependencia a otras drogas. No es la sustancia la que produce el inicio en la drogadependencia sino la actitud del consumidor/abusador que ha perdido la confianza de actuar sin complementos químicos. (...)

Hay además formas de relacionarse con las sustancias que se consideran *aceptables* según la circunstancia, y quien consume no recibe sanción social al hacerlo. Por ejemplo: una fiesta, una celebración o ciertas condiciones climáticas.

Retomando el concepto de imaginario social, hay algunas representaciones que según el **enfoque de prevención** integral son consideradas factores de riesgo y objeto de prevención del vínculo entre las personas y las sustancias psicoactivas.

5. Citado en el Plan Provincial de Atención a las Adicciones. Avances y planificación de Gestión 2003-2007. Subsecretaría de Atención a las Adicciones. Ministerio de Salud - Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.

Como consecuencia de las representaciones sociales, el alcohol es la droga que más consumo tiene en nuestro país, y prevenir su abuso es muy difícil. En la mayoría de los casos, el inicio en el consumo de drogas ilegales se realiza con sustancias legales, como bebidas alcohólicas de baja graduación, consumidas en un marco de compañerismo y solidaridad.

El anverso de la **tolerancia social** es la **conciencia social**.

2.2. Conciencia social y desarrollo personal y comunitario como factores de protección

La **conciencia social** implica conocimiento de la situación, el reconocimiento por parte de la comunidad de lo que está pasando y voluntad de la comunidad de actuar en función de los problemas que está atravesando. Conciencia social implica **hacer visible lo invisible**, decir lo no dicho, hacerse responsable del desarrollo y mejora de la propia comunidad, aumentando la percepción de riesgo y daño.

En este sentido, **la conciencia social es el resultado de una intervención preventiva sobre la tolerancia social**. El **enfoque de prevención integral** se basa en la convicción de que existen factores de protección ante el fenómeno de las adicciones y que tales factores contribuyen al desarrollo de la conciencia social.

Se consideran factores de protección: el **desarrollo personal** y el **desarrollo comunitario y/o social**.

Se entiende por **desarrollo personal** la construcción de estrategias por parte del sujeto que le permitan integrarse en su familia y grupo de pares de diferentes formas a lo largo del tiempo, armar y desarmar vínculos afectivos sin riesgo para su integridad personal, para su identidad o para su autoestima. Y la conservación de un buen equilibrio entre su impulso a indagar nuevas experiencias y el cuidado de su salud, específicamente en lo que se refiere a las sustancias psicoactivas.

Se entiende por **desarrollo comunitario y/o social** la presencia de vínculos con su comunidad, su imaginario y sus representaciones sociales. El adecuado uso de los espacios de comunicación, participación y representación de los intereses del grupo al que pertenece y la posibilidad de participar junto a su comunidad en el abordaje de las problemáticas que la aquejan.

Ambos son considerados **procesos dinámicos**, en movimiento constante que sufren permanentes revisiones, modificaciones y en cuyo juego de construcción / reconstrucción crecemos y nos enriquecemos como personas.

2.2.1. Factores de protección ligados al desarrollo personal

Los **factores de protección** ligados al **desarrollo personal** se vinculan con el desarrollo de la identidad, la autoestima, el autocuidado, la tolerancia a la frustración, la toma de decisiones, el uso del tiempo libre y la comunicación.

Entendemos la **identidad** como *"un proceso constante de construcción de nuestra forma de ser"* que se reafirma y reestructura a lo largo de toda la vida, a partir de experiencias de la niñez, los afectos, las relaciones cercanas, las dificultades y oportunidades, las dudas y las inquietudes. **Es un factor de protección en tanto su desarrollo permite concebir la salud y el bienestar como un derecho, como un valor para vivir mejor, según las propias necesidades y deseos.**

La **autoestima** es *un sentimiento que los sujetos desarrollan hacia sí mismos en tanto existe una adecuada satisfacción de necesidades emocionales*. Se vincula con la posibilidad del sujeto de plantearse y proponerse metas realistas, de enfrentar y reconocer sus propios errores en forma positiva, reconociendo sus deseos y diferenciándolos de las demandas de su red de relaciones personales, teniendo la fortaleza necesaria para atravesar los conflictos y las frustraciones, para valorar los propios logros y encontrar satisfacción en la propia vida.

El desarrollo de un adecuado sentimiento de autoestima hacia uno mismo ayuda a distinguir los deseos y las decisiones propias frente a las de los demás y, en ese sentido actúa como factor de protección frente a las adicciones.

El **autocuidado** se refiere a *"las decisiones que una persona toma y las prácticas que adopta con la intención de conservar o mejorar su salud"*. El autocuidado está directamente relacionado con la valoración que cada uno tiene de sí mismo y el conocimiento de los propios límites. **La promoción de pautas de autocuidado es un factor de protección muy importante frente a las adicciones, ya que estimula a los sujetos a poner en funcionamiento su juicio crítico ante la tolerancia a la frustración**

La capacidad de **tolerar la frustración** es necesaria para afrontar los errores, las equivocaciones, los proyectos que se interrumpen, etc. y enfrentar creativamente los problemas. Por cierto, las personas tendrán más posibilidades de enfrentar adversidades si se sienten valoradas, respetadas, queridas y con confianza, capaces de pedir ayuda, consejos y opiniones de los otros.

Los factores de protección se apoyan unos a otros y se encuentran en una interacción dinámica.

Llegar a ser concientes de las decisiones implica reconocer opciones y evaluarlas críticamente, a sabiendas que cada vez que se elige una alternativa se abandona otra. Todos tenemos derecho a **tomar decisiones** propias y definir cómo podemos y

queremos vivir, pero el peso de las decisiones puede provocar angustia. Todas las decisiones que tomamos están atravesadas por el pensar, el sentir y el hacer.

Disfrutar e incorporar en nuestras vidas espacios para el **tiempo libre** y el esparcimiento es fundamental para todos los sujetos, no importa la edad, el sexo o condición económica. **En tanto el ocio y el tiempo libre pueden considerarse como espacios de libertad, crecimiento y creatividad. El descanso y la recreación resultan factores de protección frente a las adicciones.**

La **comunicación** -no solamente verbal- caracteriza a los seres humanos y hace posible la vida en comunidad y resulta indispensable para crecer. Por todo ello, **sostener comunicación con los pares y encontrar canales para expresar lo que se siente y se piensa resulta un factor de protección de la salud y una estrategia imprescindible en la prevención de las adicciones.**

En este punto merece un comentario en el desarrollo personal el papel de los *medios masivos de comunicación*, ya que funcionan como instrumentos para brindar información, comunicar ideas y relatar historias. La influencia que los medios ejercen sobre los sujetos es un aspecto importante en el desarrollo personal, en tanto permite: identificar modelos y estereotipos y conocer acerca del uso de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco, medicamentos, sustancias ilegales, etc.).

2.2.1.1 La familia como factor de protección

"La familia es una institución social, creada y transformada por hombres y mujeres en su accionar cotidiano, individual y colectivo" (E. Jelin, 1998). A lo largo de la historia y en todas las culturas, la familia ha sido una forma de organización básica para la sociedad. Sin embargo, su concepto ha ido cambiando con el tiempo, acompañando a los procesos de cambio social, económico, tecnológico y político. Por ello, hoy se habla de **vínculos familiares**, que consideran a la relación que se establece entre los diferentes miembros que la componen y por lo tanto la definen como familia. De esta manera, *las formas que puede tomar son múltiples y variadas*: madres solteras con hijos, padres que se hacen cargo de sus hijos después del divorcio, grupos compuestos por tres generaciones como abuelos, madre e hijo viviendo juntos; segundos matrimonios con hijos de sus relaciones anteriores e hijos propios; personas que viven solas pero que están inmersas en redes familiares, etc.

Dentro del **vínculo familiar** hay muchos modos de fortalecer los factores protectores frente a las adicciones. Entre ellas:

- Compartir tiempo, pensamientos y emociones, promoviendo la expresión de los diferentes integrantes del grupo familiar sin evaluación ni censura.
- Demostrar interés por las ideas, inquietudes y preocupaciones de los otros.

- Valorar lo que los diferentes integrantes hacen y son, demostrando aprobación y afecto.
- Respetar a los demás, tomando en cuenta sus opiniones y considerando sus silencios.

Según la experiencia de profesionales que trabajan con adictos:

(...)Entre los pacientes bajo tratamiento, la mayoría no reconoce como sustancia de inicio el alcohol, pero en la casi totalidad de los casos se rastrea un abuso sistemático en las primeras etapas de la escalada adictiva.

(...) Reconoce como motivo del consumo conflictos familiares y, en efecto, si bien convive con su familia de origen en una vivienda estable, lo cierto la estructura familiar es, generalmente, abandonada. Tiene conciencia parcial de su enfermedad y, por eso, llega al servicio en forma voluntaria y aconsejado por alguna persona de su entorno. (...)

Como integrante del equipo de profesionales de su CS ¿de qué manera se le ocurre que podría trabajar con adolescentes de su comunidad sobre aquellos factores de protección ligados al desarrollo personal como la identidad, la autoestima, el autocuidado, la comunicación y la recreación?



2.2.2. Factores de protección ligados al desarrollo comunitario y/o social

Los **factores de protección** ligados al **desarrollo comunitario y/o social** se vinculan con la participación en grupos, organizaciones y redes sociales en su entorno comunitario, la apropiación crítica de la información, creencias, mitos y prejuicios del medio socio-cultural, incluida toda aquella información acerca del uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas.

Entendemos la **participación** como *"la capacidad de actuar en el mundo en el que se vive"*. Participar es ejercer el derecho y el poder de tomar decisiones, actuar y transformar la realidad. **En tanto que factor de protección, la participación es importante para que los sujetos sean actores responsables y desplieguen su potencial en organizaciones e instituciones de su comunidad, defendiendo sus intereses y cosmovisiones.**



Para consultar conceptualizaciones acerca de la participación comunitaria y la ciudadanía puede consultar el Módulo 7: Salud y Participación Comunitaria. Unidad 1: El desafío de la participación comunitaria.



Para consultar conceptualizaciones acerca de las redes sociales puede consultar el Módulo 9: Salud y Redes.

La voluntad de participar es muy importante, pero también es necesaria la presencia de un espacio donde poder desplegarla.

Toda persona tiene el poder o la capacidad de actuar en el mundo en que vive. No hay una única manera de participar. Están los que convocan y los que prefieren ser convocados. Están las acciones más visibles y las más silenciosas, las masivas y las del pequeño grupo.

Ejercer el rol del ciudadano o ciudadana es la oportunidad de desarrollar las propias capacidades para acceder a la producción de recursos sociales, económicos y culturales. La participación en organizaciones locales permite participar en el intercambio de opiniones, generar proyectos, realizar acciones, en fin, **es a través de la participación ciudadana que los miembros de la comunidad toman en sus manos la construcción de su propia realidad.**

Al **participar de organizaciones e instituciones de la comunidad** se accede a formar parte de **redes sociales**. Una red social es un sistema que interconecta organizaciones de distinto tipo, más allá de sus objetivos específicos, estableciendo lazos y acuerdos para actuar en forma conjunta sobre temas que les son comunes. Algunas redes sociales trabajan en la prevención de adicciones. **La red se convierte en un espacio donde los distintos participantes de la comunidad se vinculan y pueden -desde sus miradas particulares- desarrollar acciones preventivas.**

Otras organizaciones de las que participamos como la escuela, el hospital, los centros religiosos, los clubes, etc., **son espacios de socialización y de aprendizaje para sus integrantes** y por lo tanto espacios de apropiación de significados compartidos y lugar de pertenencia. En ese sentido, funcionan también como factores de protección.

Los grupos también son ámbitos más propicios para desarrollar iniciativas preventivas en relación al fenómeno de las adicciones. La tarea preventiva debe contribuir a reforzar la autonomía y la singularidad y las diferencias de cada integrante del grupo.

En el grupo, el individuo encuentra una situación de igualdad con pares que tienen sus mismas preocupaciones, deseos y gustos, además de aprender a establecer relaciones sociales, encontrar apoyo para resolver sus conflictos y construir su identidad. El grupo es, en ese sentido, una referencia, un espejo en el cual una persona puede mirarse y comparar. Allí se encuentran personas que se nos parecen o diferencian, personas a quienes seguir u oponerse.

En estos espacios aprendemos a postergar los intereses individuales a través de conductas que implican participación, solidaridad y colaboración, conductas que

responden a valores que son básicos para nuestra inserción en la comunidad.

Los jóvenes se nuclean en grupos de pertenencia, dentro y fuera de las organizaciones. El espacio joven también está construido sobre una red y su elemento común es la presencia de los otros, que dan identidad o sentido de pertenencia al grupo de iguales.

El desarrollo personal se complementa con el desarrollo comunitario en la medida en que somos parte de la sociedad, la construimos día a día con nuestros actos y nuestros silencios, es decir, con la manera que elegimos de participar activamente o delegar. El enfoque de prevención integral privilegia la participación de los distintos actores sociales, desarrollando y dinamizando redes sociales que fortalezcan y multipliquen las acciones preventivas.

En síntesis ...

La creación de vínculos entre las personas, entre grupos y organizaciones, posibilita la generación de espacios comunitarios creativos y de crecimiento social y personal, contribuyendo así a prevenir las adicciones.

Le proponemos que basándose en la conceptualización recientemente presentada de **factores de riesgo** y **factores de protección** frente al consumo de sustancias psicoactivas identifique la presencia y/o ausencia de los mismos en su comunidad.

Puede hacerlo del siguiente modo:

- Liste los factores de riesgo mencionados que identifica en su comunidad. Agregue a la lista otros factores que no hayan sido mencionados pero que, a su juicio inciden aumentando la vulnerabilidad de algún/nos grupos de su área programática frente al consumo de sustancias psicoactivas.
- Luego, identifique al menos dos grupos vulnerables al consumo de sustancias psicoactivas en su área programática e intente discriminar si hay algunos de los factores de riesgo de la lista que Ud. armó que tiene especial incidencia en ellos.

A continuación, realice una tarea similar para los factores de protección:

- Liste los factores de protección mencionados que identifica en su comunidad. Agregue a la lista otros factores que no hayan sido mencionados pero que, a su juicio pueden disminuir la vulnerabilidad de algún/nos grupos de su área programática frente al consumo de sustancias psicoactivas.
- Luego, analice si los factores de protección efectivamente *llegan, cubren o incluyen* a los grupos vulnerables de su área programática.



- Si resulta que los grupos vulnerables no están siendo alcanzados por los factores de protección, analice si hay alguna acción que el CS sólo, o funcionando en red con otras organizaciones de la comunidad, podría poner en marcha para incluirlos.

Finalmente, en su opinión, ¿cómo puede el equipo de profesionales del Centro de Salud contribuir a disminuir el peso de los factores de riesgo y fortalecer la presencia de los factores protectores en relación a las adicciones?

Le sugerimos que comparta sus análisis y reflexiones con el resto de los compañeros del Posgrado.

3. Estrategias de Prevención Integral de las Adicciones

Prevenir es conocer con anticipación un daño o perjuicio y actuar para evitar que ocurra algo que no queremos que pase. En esta línea:

La prevención de adicciones es el conjunto de acciones encaminadas a promover la salud de las personas para reducir la probabilidad de aparición de problemas relacionados con el consumo de drogas.

Para organizar y desarrollar actividades, acciones o proyectos preventivos de las adicciones desde su abordaje comunitario y de manera intersectorial, es necesario acordar el marco teórico que sustente dicha iniciativa. Esencialmente, esto significa que se debe estar de acuerdo en la lectura que se hace de la **multicausalidad del fenómeno, la presencia de factores favorecedores y el peso determinante del vínculo que sujetos y grupos entablan con la/las sustancias psicoactivas** y el enmarcamiento de ese vínculo en las **representaciones sociales pregnantes y compartidas de su tiempo.**

De ello se sigue, que la tarea de prevención debe ser coherente con las ideas previas, con las necesidades diagnosticadas y los objetivos planteados.

No se debe perder de vista que el **problema de las adicciones** es un problema **multidimensional** y **multicausal** y que las consecuencias del consumo de sustancias

psicoactivas se manifiestan en distintos niveles: individuos de diferentes edades, sexos, sectores sociales, culturas y zonas geográficas.

Por todo ello, **no existe una única estrategia de prevención que se pueda aplicar a todos los casos**, no hay recetas ni moldes. La base para determinar cuál es la estrategia más adecuada es **la participación con la comunidad y el compromiso activo de la misma**.

Así se describe la creación de los Centros de Prevención de Adicciones (CPA) en la Pcia. de Buenos Aires⁶:

Una sociopatía compleja como la drogadependencia requiere respuestas complejas. (...)

Un rasgo típico de esta enfermedad es que la mayor parte de la población que necesita asistencia, no la pide. Fundamentalmente porque, si consume drogas ilegales, esa población se clandestiniza por el carácter jurídico de la sustancia y, en el caso del alcohol u otras sustancias legales, la extendida tolerancia social frente al abuso o al uso indebido hace que se tenga una baja percepción de enfermedad por parte del paciente y su entorno. En cualquier caso el resultado es el mismo: la población enferma no pide ayuda.

Por esa razón se crearon y desarrollaron dispositivos de atención con esquemas terapéuticos absolutamente innovadores. La red puede operar en un consultorio de una sala de primeros auxilios o en una parroquia de barrio, donde lo que se busca es captar precozmente la demanda local mediante actores comunitarios creíbles como los grupos de autoayuda o los operadores de calle; también puede prestar servicios en un CPA o un centro de internación de alta complejidad, donde la rutina es mucho más estricta, incluye cuidados intensivos y farmacológicos, procesos bien delineados y hasta un período de reinserción social. (...)

La estrategia aplicada (...) en la actualidad se orienta, en primer lugar, a desarrollar formas creativas de captación de pacientes, a través de una mayor visibilidad y presencia del servicio en el resto de las redes sociales de una comunidad. En segundo lugar, se exigen actitudes de revisión y análisis continuos sobre la calidad de las prestaciones.

Cada paciente que ingresa a un tratamiento no sólo aumenta sus posibilidades de recuperación, sino que además reduce notoriamente su exposición a riesgos asociados. La aplicación de una política pública, (...) se orienta a multiplicar el

6. Plan Provincial de Atención a las Adicciones. Avances y planificación de Gestión 2003-2007. Subsecretaría de Atención a las Adicciones. Ministerio de Salud - Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.

número de pacientes contenidos en la red de servicios mediante mecanismos de acción extramuros que trasladen la oferta hacia necesidades reales y favorezcan la condiciones de acceso a cada vez más gente.

Las diferentes formas de prevención determinan las prácticas que se llevan adelante. De esta manera es posible hablar de **prevención de la oferta de sustancias** y **prevención de la demanda**.

La **prevención de la oferta de las sustancias** se vincula a la prohibición y control de la producción, distribución y comercialización de sustancias psicoactivas ilegales. En este caso, la acción preventiva se centra en el establecimiento e implementación de mecanismos que interrumpan y eviten el circuito mercantil de las sustancias (cultivo, producción, comercialización) y la publicidad acerca de las prácticas (conocimientos y recursos para la adquisición de la sustancia y obtención de lugares para su consumo).

Es el Estado el responsable de implementar este tipo de acciones y de poner en marcha políticas y aplicaciones concretas sobre el consumo legal e ilegal.

"La disponibilidad y accesibilidad a las bebidas alcohólicas ha sido un factor sustantivo de la expansión del alcoholismo entre los jóvenes"

La prevención de la demanda se centra en la persona que demanda y en el vínculo particular que establece con las sustancias (uso, abuso y dependencia). En este caso la intervención puede tomar diferentes formas: desde programas y proyectos de asistencia, tratamiento a personas en situación de dependencia, acciones de promoción de la salud sobre personas o grupos que pueden llegar a consumir o utilizar distintos tipos de sustancias psicoactivas, etc.

Algunas ideas acerca del trabajo preventivo planteadas por expertos son:

(...) El trabajo sobre prevención de adicciones con jóvenes adolescentes demuestra que la efectividad de las medidas preventivas radica, en primer lugar, en orientarse a las causas de la adicción, ofreciendo y promoviendo alternativas saludables de vida donde los adolescentes puedan satisfacer o cumplir con sus sueños, deseos, necesidades y anhelos. En segundo lugar, en un buen trabajo de redes integrado, ya que la tarea preventiva necesita de muchos ámbitos y sectores comprometidos que colaboren en el ámbito social, cultural, familiar,

escolar y del deporte. En tercer lugar, no ser contradictorios sino ser coherentes en lo que decimos y hacemos para poder ser creíbles a la hora de elaborar, poner en práctica comunicar los mensajes o medida preventivas. Por último, es importante ofrecer orientación y acompañamiento durante el desarrollo personal y social de los jóvenes.

También es preventivo intervenir en la formación de las creencias que las personas y comunidades construyen sobre las sustancias psicoactivas y sobre las actitudes públicas formadoras de imágenes sobre las formas sociales de resolver los conflictos y el estrés

La prevención integral de las adicciones, se define como un proceso de cambios centrados en las personas, que promueve el desarrollo de miradas, actitudes y acciones preventivas en el ámbito social desde una perspectiva transversal e intersectorial.

Este enfoque de prevención, parte de la idea que el problema es el **vínculo** que las personas desarrollan respecto a la sustancia psicoactiva. Por esta razón, trabaja identificando **fortalezas** y **debilidades** de las personas y de la comunidad. Además, utiliza una *perspectiva trasversal e intersectorial*, porque la adicción es un problema que afecta y atraviesa a todas las personas, no importa la edad, el sexo, el sector social, el lugar donde viven y ni su cultura. Esto implica trabajar sobre un proceso de **transformación** y **construcción**, en el cual habrá que repensar certezas, reflexionar sobre los propios prejuicios, analizar los valores a los que cada uno adhiere, pensar sobre la coherencia entre lo que se dice y lo que se hace, apreciar lo inesperado como una alternativa de aprendizaje, etc.

Otra forma de clasificar la acción preventiva es según el área de impacto de la intervención. En este caso se distingue entre:

- **Prevención Primaria:** cuyo objetivo es reducir la incidencia del fenómeno en la población, detectando y neutralizando las condiciones que implican riesgo de inicio en el uso de sustancias psicoactivas.
- **Prevención Secundaria:** su objetivo es reducir la incidencia a través de un diagnóstico precoz y un tratamiento efectivo.
- **Prevención Terciaria:** en este caso, el objetivo es reducir la incidencia de secuelas, apuntando principalmente a la rehabilitación y reinserción de los individuos usuarios de sustancias psicoactivas.



- En su área programática ¿se realiza prevención primaria, secundario y/o terciaria frente al problema de las adicciones?, ¿Quién o qué organismos o redes la organiza?, ¿En qué consiste?
- El equipo de profesionales del CS ¿participa en alguno de los tres niveles de prevención?, ¿Cómo?
- En su opinión ¿existen otras acciones de prevención primaria en que podría participar el equipo de profesionales del CS?, ¿Cuáles?

La prevención integral de las adicciones se entiende como un proceso que promueve el cambio y mejora la situación actual en su complejidad, a través de una **mirada, actitud y práctica** concreta, junto con una propuesta para el desarrollo de actividades, acciones y proyectos preventivos basados en la **participación comunitaria** y la coordinación interinstitucional e intersectorial.

La prevención desde este punto de vista se entiende como un trabajo y una intervención que potencia el desarrollo de actitudes y hábitos de vida saludable y crea condiciones de desarrollo alternativo de las potencialidades personales y de los grupos sociales.

3.1. La estrategia de prevención en el primer nivel de atención

El énfasis en el logro de mejores condiciones de calidad de vida para las personas que integran la comunidad, implica la creación de **redes interpersonales y sociales de prevención**, la participación de la comunidad desde el diagnóstico hasta la evaluación de las actividades, acciones y proyectos de prevención y la promoción del desarrollo personal.

La prevención no es tarea exclusiva de especialistas sino de cada uno de los integrantes de la sociedad.

Los comentarios siguientes ilustran aspectos a tener en cuenta al trabajar con la problemática de las adicciones:

“(…) Un precepto instrumental, básico para entender la drogadependencia en salud pública es que no hay que trabajar sólo con la demanda espontánea, como se observa en cualquier otra enfermedad. La drogadependencia es una enfermedad que transcurre bastante lejos de los servicios de salud y, a veces, nuestras respuestas no han sido lo suficientemente amigables como para evitar esto.”

“Es esencial en nuestra política asistencial lograr mayor visibilidad y aceptabilidad de nuestros servicios. También se debe tomar conciencia de que existen, por un lado, factores de clandestinización de la enfermedad que recaen sobre esta patología y no sobre otras y, por otro, factores de amplísima tolerancia para no reconocer que se padece la enfermedad cuando la droga que se consume goza de aceptación legal y social como sucede con el alcohol o el tabaco”.

“(…) Nuestra enfermedad está en la calle, es una sociopatía, un síntoma social, un subproducto del consumismo como valor social, no un problema individual o un síntoma psicológico de una persona. Todos nuestros programas deben ser de calle y esos dispositivos de trabajo necesitan del municipio. Al trabajar en los barrios y en los sitios con poca atención de la salud, nos metemos en donde esta patología transcurre. (...)”

Por ello, el enfoque integral de la prevención implica:

- Participar activamente en los distintos niveles de la comunidad promoviendo su desarrollo, a través de la sensibilización y la toma de conciencia.
- Involucrar activamente a la comunidad en el conocimiento de los factores que contribuyen al inicio y desarrollo del consumo indebido de sustancias psicoactivas, sus consecuencias y los mecanismos relevantes para su solución.
- Promover y fortalecer a la comunidad en la generación de los medios para preservación y crecimiento de sus miembros.
- Considerar las pautas culturales particulares que predominan en cada grupo social y en cada localidad.

Según como concebimos y pensamos a las personas, las comunidades y la salud, se deriva una determinada actitud frente al fenómeno de las adicciones. Al centrarnos en las personas, en su desarrollo y autonomía, nuestro enfoque de prevención integral de las adicciones hace foco en los vínculos que las personas desarrollan con respecto a las sustancias psicoactivas.

En síntesis, la prevención integral:

- **Privilegia la solidaridad sobre el individualismo: invitando a las personas a formar redes, a participar en todos los espacios comunitarios, a trabajar y fortalecerse en la cooperación.**
- **Promueve una actitud de autocuidado, de compromiso con la vida y con el otro, porque propone pensar, reflexionar y evaluar consecuencias que**

traen nuestras decisiones para nosotros y los demás.

- **Esta centrada en las personas: porque hace foco en el vínculo y la relación que se establece con las sustancias psicoactivas (temor, respeto, indiferencia, valoración, etc.).**
- **Respeta las necesidades particulares de cada población, de cada grupo, de cada familia y de cada persona en un espacio y tiempo determinado.**
- **Promueve el desarrollo de la persona, ampliando el conocimiento sobre su salud, mejorando la calidad de vida a través de un *saber hacer* práctico.**
- **Genera la participación de la comunidad. Para prevenir integralmente es imprescindible trabajar en conjunto integrando a todos los miembros de la comunidad (organizaciones comunitarias, asociaciones barriales, profesionales de la salud, instituciones, familia, etc.).**

A continuación se presentan algunas de las estrategias de trabajo alternativas para esta problemática⁷:

Como se ha dicho, la población de adictos a drogas y alcohol es altamente resistente a demandar asistencia especializada. Por lo tanto, los servicios deben ser activos y dinámicos en el acercamiento a las necesidades y padecimientos sociales en esta sociopatía y salir del encierro físico y programático de los recursos. Estos deben estar dispuestos a funcionar en cualquier ámbito, dentro o fuera de los Centros Provinciales de Atención de las Adicciones (CPA), o cualquier otra unidad prestacional de la red.

Un mecanismo efectivo para incrementar la accesibilidad del paciente a un tratamiento es lograr estar cerca de su necesidad y procurar que la convierta en demanda. (...)

Diversificación de alternativas terapéuticas

Los dispositivos terapéuticos son una variada caja de herramientas que amplían las posibilidades de acceso para la población. (...)

a) Atención de Alcoholismo y Tabaquismo

(...) Con el objetivo de aumentar los factores de protección, se promueve el reconocimiento social del problema, la toma de conciencia de una enfermedad

7. Aumentar cobertura asistencial y garantizar acceso equitativo a los servicios. Plan Provincial de Atención a las Adicciones. Avances y planificación de Gestión 2003-2007. Subsecretaría de Atención a las Adicciones. Ministerio de Salud - Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.

social y de compromiso para la instrumentación de acciones consecuentes con tal actitud. (...)

b) Grupos de Proximidad

Es un dispositivo de acercamiento indirecto al paciente consumidor. Se realiza a partir de la contención de su entorno social y familiar. Es decir, aquellas personas involucradas con la adicción sin ser adictos (en carácter de co-dependientes) quienes, por otra parte, constituyen los consultantes más habituales en esta patología (...). Es una alternativa que opera transversalmente sobre un paciente ausente y en apoyo a ese entorno preocupado por la recuperación del ser querido, ya sea en las primeras consultas (trabajando en la contención socio-familiar y la motivación) y posterior derivación, como en el seguimiento y acompañamiento de los pacientes y de su familia en la última etapa del tratamiento.

c) Grupos de Autoayuda

(...) funciona como un recurso terapéutico alternativo a los servicios de atención a las adicciones (...) basado en la participación, interacción y cooperación de sus integrantes siendo su característica principal que los grupos son coordinados por personas que superaron sus propios problemas de adicción y que posteriormente se formaron y capacitaron para estar al frente de los mismos. La filosofía sustentadora de esta modalidad de tratamiento gira en torno a los conceptos de ayuda mutua, apoyo social y redes de apoyo informales. Todo grupo de autoayuda es un grupo de ayuda mutua. (...)

d) Operadores Socioterapéuticos y de Calle

El Operador Socioterapéutico y de Calle es referente social con condiciones de trabajar en una conceptualización dinámica y articulada en el terreno mismo de la práctica social e institucional. Su función se realiza en los espacios de frontera entre los diversos subsistemas familiar, social e institucional, comunitarios y sanitarios. El operador es referente barrial, generando acciones de orientación, contención y derivación a la red asistencial. Tiene en cuenta los diversos estratos socio-económicos, los niveles educativos y las culturas locales con sus referentes sociales, para implementar acciones focales.

4. Un ejemplo de intervención

Por todo lo dicho, cabe preguntarse qué vinculación existe entre la denominada *nueva cuestión social*, la problemática de las adicciones y en función de ellos, la intervención que esta requiere. Teniendo en cuenta -como ya se dijo- que no hay recetas ni moldes, sino que toda estrategia tiene que valorar el marco en que se inserta. Dado que los escenarios sociales se presentan habitualmente como complejos y difíciles de descifrar, resulta inevitable repensar la intervención casi constantemente.

En este marco, se presenta a continuación un relato que contiene una intervención realizada en la localidad de Avellaneda.

Si bien el relato refiere a la tarea de un centro especializado en el tratamiento de adicciones lo presentamos aquí por el valor de propuesta de encuadre de trabajo y, fuertemente, porque la propuesta de trabajo de este tipo de instituciones siempre se articula (o al menos sería deseable que así fuera) con otras instituciones de la comunidad a través de redes intersectoriales, entre ellas los Centros de Salud del primer nivel de atención.

LA DEMANDA EN LOS BORDES DE LA EXCLUSIÓN: Relato de un Caso⁸

Expondremos un caso que ejemplifica un modo de construir la demanda desde la intervención comunitaria.

Mas allá de las particularidades de dicho material clínico, que hacen a su singularidad, cualitativamente podríamos considerarlo representativo quizás de otros tantos discursos que escuchamos.

Llega María con varios chicos solicitando atención para uno de ellos, para dos, para todos, para ella...no sabemos, es tiempo de sostener la incertidumbre.

Habla de Leandro. Leandro escondido bajo una gorra en silencio. María es quien dice algo de lo que ella supone le pasa a Leandro. Nombra droga ... eso ... porro seguido de "no hace caso, no estudia" ... Raquel tampoco pero peor, la vieron con la bolsita, no duerme en casa. Con Gastón, "no se que hacer".

Leandro no habla, pasan varias entrevistas casi desparramado en la silla. Vamos conociendo a algunos de sus hermanos, por el nombre o porque lo acompañan o porque María los trae. De a poco empieza a mirar a la terapeuta

8. Autores: Lic. Karina Castro, Lic. Mariela Staffolani, Lic. Claudia Cazabat, Lic. Mónica Lubercio, Lic. David De Piero. Centro Provincial de Atención a las Adicciones (C.P.A) de Avellaneda.

y a hablar, aparece el "estoy aburrido", "me aburro", "fumo porro porque así no me aburro", "todo es aburrido". Leandro le da al tóxico el sentido de sacarlo de ese aburrimiento que lo agobia, que lo aplasta.

Preguntamos sobre esto y van apareciendo otras cosas aburridas y otras no tanto. El fin de semana aburrido deja de serlo al patear botellas vacías entre las mesas en Recoleta, como pedir monedas, fumar a la tarde, mirar películas. Insiste el "estoy aburrido, me aburro" insistimos con esto. Aparece el tema de la escuela, del estudiar, del no hacer, del no saber. Introducimos el tema de un taller, del aprender, del hacer y Leandro dice "mecánica de autos" y relata como en su barrio hay una organización delictiva en torno al robo de autos ... lo conocido.

Casi sin darnos cuenta el taller que le ofrecemos es de Herrería. La propuesta le resonó interesante ... algo cambió. Nos llevo un tiempo contactarnos con el referente del Centro de Formación Profesional Don Bosco que dicta dichos talleres y efectivizar su inserción allí.

Vino traído por su madre y ahora empezó a demandar: "cuándo empiezo, dónde, a qué hora, cómo vuelvo a mi casa".

De mecánica a herrería, de lo conocido a lo nuevo, de salir de su casa, de armar nuevos lazos, es lo que empezó a surgir. Dos escenas irreductibles: la de lo social y la del Sujeto. Así se trasluce el problema de la subjetividad: entre lo singular del Sujeto y las redes sociales, entre el Sujeto, el Otro y los otros semejantes.

Comienza a asistir al taller y en las entrevistas posteriores dice "voy a poder entrar a trabajar en la metalúrgica donde trabaja mi papá, ahora sé soldar ... ahí también trabaja mi hermano desde los 18 años". Leandro tiene 17.

Muy pocas veces había hablado de su padre, lo que sabíamos de él a través de María es que trabaja mucho, llega a casa, toma algo de alcohol y se va a dormir y que siempre sanciona a María como culpable de todo lo que ocurre en la familia, con Gastón y la escuela, con Raquel entre la calle y el Hogar de San Justo Ella se siente así.

Va sola a la escuela donde Gastón cursa el EGB, desde allí nos llaman, nosotros le ofrecemos a la escuela los datos de la Dirección de Salud Mental Municipal para que Gastón sea asistido para evitar en lo posible la exclusión de la escuela.

Diciembre, terminó el taller y luego de dos semanas sin asistir al centro nos comunicamos telefónicamente y su madre nos dice "Leandro esta trabajando va

a ir a la entrevista el día de franco".

En la actualidad, basados en la experiencia que acabamos de contar donde se realizaron derivaciones de pacientes al centro de Capacitación Profesional Don Bosco, nos vinculamos con Villa Itati, donde Salesianos, Franciscanas, y Asociación de Cartoneros, entre otros actores, han conformado una red que permite abordar la cuestión social de la gente, ya que han diseñado estrategias y proyectos que tienden en todos los casos a la calidad de vida de la comunidad.

Dado que contamos con escasos recursos en Villa Azul decidimos continuar la intervención abriendo el mapa y sumando los recursos que aporta Villa Itati, Desde allí, le ofrecemos a la gente de Villa Azul otros recursos y a la vez intentamos que los actores comprometidos de la zona vayan tejiendo la red que los afirme como comunidad.

Si bien teóricamente hablamos de estructuras clínicas, de posiciones subjetivas que insisten a través del tiempo no podemos desoír las variantes que las transformaciones sociales provocan en los sujetos-efectos de esta cultura. Esto es poder pensar los padecimientos en continuidad con la realidad social y la clínica no sólo dentro del centro.

La experiencia del trabajo en la comunidad y en la clínica nos muestra que demandar tratamiento es un acto muchas veces a construir. Que la demanda siempre está atravesada por factores culturales y sociales, que la distancia entre alguien que demanda tratamiento y el efector de salud puede a veces ser muy extensa.

Se supone que no todo el que demanda tratamiento solicita una entrevista, como así también no todo el que solicita una entrevista demanda tratamiento.

Proponernos ampliar los mecanismos de inclusión social, es traspasar los dispositivos asistenciales, para ello prevención y asistencia pueden dar conjuntamente una respuesta integradora trabajando desde el otro como actor social, corriendo el velo a las clasificaciones estigmatizantes que caracterizan a los sujetos desde la carencia y la negatividad, donde se generan asociaciones como "drogas juventud" o "drogas delincuencia" que terminan erigiendo verdades, sobre las que muchas veces se construyen acciones de prevención y asistencia en este campo.

Entendiendo la adicción de muchos sectores de la población en estrecha vinculación con la problemática de exclusión que atraviesa nuestra sociedad, creemos que la finalidad del trabajo comunitario apunta hoy a la problemática de la integración, es decir, a la construcción de la identidad mirando efectivamente hacia los lazos sociales.

Hoy la comunidad hace síntomas por todos lados. Allí el CPA podrá intervenir construyendo espacios para que uno o varios puedan cuestionarse y cuestionar. Ser un espacio donde se pueda hablar y ser escuchado, propiciar el decir, dando lugar a la aparición de lo singular, de lo subjetivo, permitiéndose intentar restituir lazos sociales y construir con los otros propuestas creativas que sirvan para atemperar el sufrimiento.

Actividad de integración

Le proponemos que a partir de la caracterización de la problemática de las adicciones elabore junto con sus compañeros del Posgrado algunas líneas de trabajo que atiendan a este fenómeno y que consideren la posibilidad de sumarse a una red intersectorial que atienda este problema, con una oferta específica respecto al rol o la tarea que puede desempeñar el Centro de Salud.

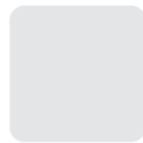
Para ello le proponemos que:

- Identifique al menos dos grupos vulnerables en su área programática.
- Diseñe una estrategia para entrar en contacto con ellos y armar un vínculo de confianza.
- Plantee estrategias de trabajo con ellos en las que puedan intervenir otros integrantes de la comunidad y el equipo de profesionales del Centro de Salud (talleres de reflexión, grupos de autoayuda, actividades artísticas, de capacitación no formal, etc.).
- Identifique dentro del ámbito de actuación del CS las instituciones u organizaciones que trabajan en la prevención de adicciones y en la rehabilitación y tratamiento de adictos.

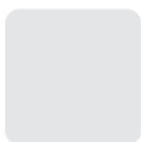
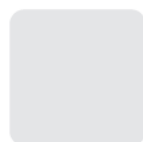




Unidad 2



La problemática
de la Violencia
Intrafamiliar



Introducción

La **violencia** en cualquiera de sus formas de expresión, afecta el desarrollo saludable de toda persona o grupo social.

Las actitudes o acciones violentas son un comportamiento aprendido que se trasmite de una generación a otra a través de los canales habituales: la familia, el juego, el deporte, las instituciones educativas y los medios masivos de comunicación.

Algunas de sus manifestaciones más frecuentes son la violencia conyugal, el maltrato infantil y adolescente, el abuso sexual intrafamiliar, el maltrato a personas ancianas y discapacitados. Estas formas se dan en el marco de la familia, entre personas que guardan cierto grado de parentesco.

Debido a la frecuencia y al peso que las situaciones de violencia tienen sobre el desarrollo de los sujetos, es imprescindible identificar a la **violencia intrafamiliar** como problema de salud pública y reconocer la necesidad de darle un abordaje interdisciplinario.

En este material nos limitaremos a conceptualizar la **violencia en la familia** en general (violencia intrafamiliar). Especialmente, la violencia conyugal, el maltrato infantil y el maltrato al anciano, aportando distintos planteos para su abordaje.

El tema tiene una amplitud que no termina en los espacios de salud (detección, diagnóstico médico, registro, tratamiento y abordaje), se hace necesario el conocimiento de aspectos culturales, legales y sociales.

Los aportes de este material intentan brindar elementos conceptuales y prácticos para favorecer la construcción de un modelo de atención integral de la violencia intrafamiliar, así como criterios de selección de acciones dirigidas hacia la detección y prevención.

El estigma que rodea a la violencia familiar hace que muchas de las personas afectadas no se atrevan a buscar ayuda o no sepan cómo hacerlo.

Creemos que el Equipo de Salud tiene un rol entre los demás actores comunitarios a la hora de generar cambios y promover valores. El reto para el equipo de salud es trabajar con la comunidad con el objetivo de disminuir la incidencia de la violencia intrafamiliar y contar con un modelo de apoyo y ayuda a las víctimas que, no sólo trate las consecuencias de la violencia, sino les permita elegir caminos más saludables de relación familiar.

En esta Unidad abordaremos los siguientes **núcleos problemáticos**:

- **¿Cómo puede entenderse la problemática de la violencia?**
- **¿Quiénes son las víctimas más habituales de la violencia intrafamiliar?**
- **¿Cuáles son las condiciones que favorecen la presencia de la violencia intrafamiliar?**
- **¿Cuáles son las representaciones sociales del equipo profesional comunitario acerca de la violencia intrafamiliar?**
- **¿Qué relación se establece entre las concepciones de género o las representaciones individuales acerca de las relaciones intrafamiliares y las situaciones de violencia?**
- **¿Qué estrategias de prevención pueden desarrollarse desde el CS?**
- **¿Cómo puede el equipo de profesionales apoyar, contener y proteger a las víctimas de la violencia intrafamiliar?**

Objetivos específicos

Al finalizar esta Unidad Ud. estará en condiciones de:

- Comprender cómo la violencia intrafamiliar afecta las condiciones de vida de las personas.
- Identificar diferentes factores de riesgo para el fenómeno de la violencia intrafamiliar.
- Reconocer las distintas configuraciones que puede adoptar la violencia intrafamiliar.
- Considerar la necesidad de un abordaje interdisciplinario sobre la problemática de la violencia intrafamiliar.
- Valorar el trabajo en equipo y el enfoque de prevención integral para abordar el tema de la violencia intrafamiliar.
- Proponer desde el equipo de salud pautas de acción que permitan incidir sobre los mecanismos sociales que facilitan los hechos de violencia en las relaciones familiares.
- Poner en cuestión en el equipo de salud las propias representaciones, imágenes y sentimientos que despierta el fenómeno de la violencia.
- Desarrollar estrategias para la prevención, detección y asistencia de las víctimas de violencia intrafamiliar.

Actividad Inicial

Antes de abordar la problemática de la violencia intrafamiliar le proponemos relevar los significados que este concepto adopta para Ud. y para algún otro miembro del equipo de profesionales del CS.

Le proponemos que revise los sentidos a los que remite para Ud. el término **violencia intrafamiliar** e identifique algunas de las situaciones donde considera que está presente. Asimismo, le sugerimos que pregunte a otro integrante del equipo de salud acerca del significado del concepto y le solicite ejemplos de aquello que identifica como violencia intrafamiliar.

Violencia Intrafamiliar	
Definición	
Situaciones de violencia intrafamiliar	
Definición	
Situaciones de violencia intrafamiliar	

Una vez armadas las definiciones e identificadas las situaciones que Ud. y otro integrante consideran de **violencia intrafamiliar** le sugerimos que comparta la información con los demás compañeros del Posgrado.

- Las definiciones que han formulado, ¿son similares?, ¿se refieren a los mismos hechos?, ¿se diferencian?, ¿en qué?
- Las situaciones que identificaron como ejemplos de violencia intrafamiliar ¿se parecen?, ¿involucran a los mismos actores?, ¿se trata siempre del mismo tipo de violencia?, ¿las formas en que se presenta son similares?
- ¿El análisis de las diferentes definiciones y ejemplos les permitió arribar a alguna conclusión respecto al alcance de lo que entiende o identifica como **violencia intrafamiliar**?

Le recomendamos conservar estas primeras definiciones y ejemplos junto a las reflexiones realizadas alrededor de ellos. Serán útiles para ser analizadas desde el material que se desarrolla a continuación y construir miradas enriquecidas.



1. Algunas reflexiones acerca del concepto de violencia

Según S. Franco¹ **violencia** es:

"(...) toda forma de interacción humana en la cual, mediante la fuerza, se produce daño a otro para la consecución de un fin"

La definición indica que la **violencia** es **una manera de actuar**, una conducta aprendida y ejercida en las relaciones entre los seres humanos y en las organizaciones e instituciones que ellos han ido construyendo. En ese sentido, la violencia es **una forma de relacionarse** que se aprende.

Reconocer las características humanas en la violencia, permite comprender como las formas violentas de respuesta se van generando en el intercambio de las relaciones humanas, en el día a día de las relaciones entre los individuos y los colectivos (familia, grupo, etnia, nación, etc.).

De este modo la violencia se presenta como una actividad racional e inteligente. Tiene las complejidades de las conductas humanas, donde se entrecruzan razones y afectos, intereses y poderes. Se ejerce en los diferentes contextos donde se desenvuelve la vida de los seres humanos y en los que se van desarrollando diferentes motivaciones, ideas, pasiones y formas de respuesta. En este sentido, es una opción de los humanos para realizar su ser y sus proyectos.

La violencia es una conducta aprendida que se trasmite de generación en generación, a través de la familia, las instituciones educativas, etc.

De lo antedicho se sigue que no hay una predisposición genética hacia la violencia.

En su desarrollo en el marco de la familia los niños aprenden que la violencia es una **forma de relacionarse, de resolver conflictos**. De este modo para quienes la han padecido dentro del hogar -sea como víctimas o como testigos- la violencia se transforma lentamente en **un modo habitual de expresar distintos estados emocionales** como el enojo, la frustración o el miedo.

Debido a su carácter aprendido y social es que son diferentes las formas e intensidades de la violencia de unos países a otros, de unos grupos sociales a otros y de unos momentos a otros, dentro de un mismo colectivo.

El fenómeno de la violencia afecta a todas las clases sociales y a todos los niveles socioculturales.

1. S. FRANCO: El Quinto no Matar, contextos explicativos de la Violencia en Colombia. Editores Tercer Mundo. Santa fe de Bogotá. Febrero de 1989

Las relaciones violentas presentan tres características básicas:

- se trata de una **relación de fuerza**
- produce **daño** y
- tiene **direccionalidad**

En algunas relaciones, la única forma de interacción que se presenta es la **fuerza**. Se entiende por fuerza la aplicación de poder físico o psicológico que da capacidad de obligar a alguien a hacer algo que no quiere. La violencia se ejerce desde una posición de mayor fuerza hacia otra que tiene menor fuerza, por ese motivo la violencia se considera como una lucha de fuerzas desiguales, es decir, como **una relación asimétrica**.

La conducta violenta, entendida como el uso de la fuerza para la resolución de conflictos interpersonales, es posible en un contexto de desequilibrio de poder, momentáneo o permanente.

La conducta violenta, entonces, es sinónimo de abuso de poder, cuando ese poder es utilizado para ocasionar **daño** a otra persona.

Daño es cualquier tipo y grado de detrimento para la integridad del otro.

Existen diferentes tipos de daño ocasionados en el contexto de una relación de abuso: daño físico, psíquico, etc.

Retome las definiciones y los ejemplos de la actividad inicial e identifique la presencia de elementos nuevos que aporta esta definición de violencia.

- ¿Permite incluir los ejemplos que Ud. ha trabajado?
- ¿Muestran algún aspecto del problema que Ud. no hubiera tomado en cuenta y/o considerado?



2. Consideraciones acerca de la Violencia intrafamiliar

2.1. El papel de la familia en el desarrollo del sujeto

La organización familiar es una matriz de relaciones a partir de la cual el sujeto adquiere identidad. En el seno de la familia se aprenden modalidades para relacionarse, para vincularse, para comunicarse, que luego se reproducirán socialmente. Es en la familia donde se constituye la capacidad de aprender.

El origen de la familia, el proceso de socialización y los vínculos establecidos en ella, condicionan la estructura global de la misma y esa relación da lugar a la emergencia de un sujeto, con ciertas características.

Es decir, la familia constituye una red, en cuyo seno cada miembro ocupa un rol. La conducta de las personas al ser esencialmente relacional, sólo puede ser entendida en la red de relaciones, de vínculos en los que emerge.

Los seres humanos necesitan de la familia para cubrir sus necesidades de alimento, abrigo y afecto. Es en su interior que se desarrollan las habilidades comunicativas como instrumento de relación. De la familia se espera que sea continente de los diferentes momentos y crisis vitales de la persona, desde su nacimiento hasta su vejez.

Cuando el sistema familiar no funciona adecuadamente, la totalidad del funcionamiento del grupo se ve afectado.

Para lograr el pleno desarrollo de las potencialidades de la persona se debe partir del afianzamiento y protección del núcleo familiar, porque las primeras funciones vitales del ser humano se desarrollan en ella. La vivencia de los primeros años de vida influye en la personalidad futura del adulto.

2.2. Violencia intrafamiliar

Desde la perspectiva de L. Guido² **violencia intrafamiliar** es:

"cualquier acción u omisión que resulte en un daño a la integridad física, sexual, emocional, social, patrimonial de un ser humano, donde medie un vínculo familiar o íntimo entre la víctima y su agresor(a). Puede manifestarse en forma de abuso directo, por descuido o como cualquier conducta que tenga por propósito la amenaza, la degradación, la privación arbitraria de libertad, el control del comportamiento o coacción."

2. Serie Género y Salud Pública. Modelo Integral para Abordar la VIF. Programa Mujer, Salud y Desarrollo - PAHO/WHO, 2001.

Según esta definición hay violencia intrafamiliar por acción o por omisión.

Cuando hablamos de **violencia familiar** o **violencia intrafamiliar** nos referimos a todas las formas de **abuso de poder que se desarrollan en el contexto de las relaciones familiares** y que ocasionan diversos niveles de daño a las víctimas de esos abusos. Las víctimas son en general *mujeres, niños, adolescentes y personas mayores o ancianos de ambos sexos*, independientemente de la clase social, nivel educativo o el papel que tengan dentro de la estructura familiar.

En las situaciones de **violencia intrafamiliar la víctima y el victimario o agresor tienen parentesco entre sí o pertenecen a la misma familia inmediata**. Es el **ambiente relacional** que existe entre la víctima y el agresor el que marca fundamentalmente la diferencia.

En el contexto de la violencia la **víctima** es *"toda persona que individual o colectivamente ha sufrido daño físico, mental, emocional, pérdida económica o sustancial desmejora de sus derechos fundamentales, a través de actos u omisiones que son violatorios de las leyes que operan en ese Estado"*³.

El conocimiento sobre los **grupos más vulnerables** nos plantea que la violencia intrafamiliar no se distribuye al azar, sino que tiene cierta direccionalidad: sexo femenino, edad temprana o avanzada, discapacidad o dependencia, entre otras. Ello no excluye que muchas veces sea ejercida hacia otros miembros de la familia que no pertenecen, en principio, a estos grupos vulnerables (por ejemplo, los hombres).

La literatura existente señala que el grupo de agresores así como el de víctimas es **heterogéneo**, es decir, que no existe un perfil de agresor o de víctima.

Con relación a **quiénes son los agresores(as)**, muchos estudios indican que tanto hombres como mujeres pueden ser y son abusadores físicos, sexuales, psicológicos, patrimoniales, negligentes, etc.; no obstante, es el sexo masculino el que incurre con mayor frecuencia en ese rol (Batres, 1997; Claramunt, 1996; Correccional Service Canadá, 1994)⁴. El **victimario o agresor** puede ser un individuo o un conjunto de individuos (familia, grupo o colectividad).

La violencia intrafamiliar **no es específica de una clase social**. Todos los grupos sociales, económicos y culturales, etarios, urbanos y rurales, están involucrados independientemente del nivel educativo, religión o grupo étnico de pertenencia. (Comisión Violence à l'encontre des femmes, 1995)⁵.

Desde otro punto de vista, hay coincidencia en señalar que la violencia intrafamiliar es tanto un serio problema de salud pública como **una violación flagrante y severa de los derechos humanos**, cuyas consecuencias negativas se extienden no solamente

3. CLARAMUNT, C., GUIDO, L.: Algunos elementos filosóficos, políticos y acciones de intervención para la prevención, detección y atención del problema de la violencia intrafamiliar. San José: OPS/OMS. Programa Mujer, Salud y Desarrollo, 1996.

4. MASSOLO, A.: Las condiciones del habitat para la mujer. Managua: Seminario Latinoamericano "Estudios e Investigación sobre mujer y género en América Latina y el Caribe", 1997.

5. Serie Género y Salud Pública. Modelo Integral para Abordar la VIF. Programa Mujer, Salud y Desarrollo - PAHO/WHO, 2001.

a las víctimas sino también hacia las posibilidades de desarrollo social y económico de la comunidad toda.

El autor chileno J. Barudy⁶ considera que se requieren por lo menos tres grupos de actores para que el fenómeno de la violencia se produzca:

- los **abusadores y maltratadores**
- las **víctimas**
- los **terceros, los otros**

Los **abusadores y maltratadores** son habitualmente los adultos del sistema familiar (en el caso maltrato infantil, la violencia conyugal -dirigida hacia la mujer mayoritariamente o hacia el hombre en ocasiones-, el maltrato o abandono de los ancianos). Estos adultos cambian las responsabilidades que deberían tener hacia sus hijos, su pares o los mayores y los utilizan a su antojo para conseguir lo que pretenden. Generalmente, estos adultos provienen de familias violentas. Las experiencias traumáticas de la niñez han quedado ancladas en su psiquismo, aumentando la probabilidad de convertirse en adultos violentos, reproduciéndolas.

Las **víctimas** son -como ya se dijo- aquellos que sufren el daño, sea éste físico, mental, emocional, etc.

En el caso de la violencia intrafamiliar, los **terceros u otros** son personas del entorno familiar o social. Pueden ser instigadores, cómplices, pasivos, indiferentes, los que no quieren saber o los que sabiendo, no hacen nada para oponerse y/o tratar de contribuir condiciones para un cambio.

2.3. Violencia de género

Una mención aparte merece el caso de la **violencia de género**, entendida como **todas las formas mediante las cuáles se intenta perpetuar el sistema de jerarquías impuesto por la cultura patriarcal**. Se trata de una violencia estructural que se dirige hacia las mujeres con el objeto de mantener o incrementar su subordinación al género masculino hegemónico.

Algunos autores consideran que los dos factores más importantes para la aparición de violencia hacia la mujer son: la **desigualdad con respecto al hombre** -tanto en las relaciones personales como sociales- y la **existencia de una cultura de la violencia que la acepta como un modo de resolver los problemas**.

Ejemplos de ella son -entre otras- todas las formas de discriminación hacia la mujer

6. J. BARUDY. : El dolor Invisible de la Infancia. Ed. Paidós. Barcelona, 1998.

en distintos niveles: político, institucional y laboral. El acoso sexual, la violación, el tráfico de mujeres para prostitución, la utilización del cuerpo femenino como objeto de consumo, la segregación basada en ideas religiosas y, por supuesto, todas las formas de maltrato físico, psicológico, social y sexual que sufren las mujeres en cualquier contexto, tanto público como privado y, que ocasionan una escala de daños que pueden culminar en la muerte.

La *Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer* incluye la siguiente definición - hoy ampliamente aceptada- de este tipo de violencia:

" todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada"

Las **consecuencias** son siempre un **daño en la salud física, psicológica y social** de la mujer, un menoscabo de sus derechos humanos y un riesgo para su vida.

M. Ellsberg⁷ define la **violencia conyugal o doméstica** como *"todo acto u omisión que tiene la intención de controlar y/o someter, y que resulte en daño a la integridad física, emocional, sexual o económica, utilizada contra las mujeres adolescentes o adultas por su pareja actual o anterior"*.

La violencia de género se expresa muy habitualmente en el ámbito familiar. Es el resultado del establecimiento del maltrato bajo una apariencia amorosa, tras la que se esconden conductas agresivas que van disminuyendo la autoestima y la libertad de la mujer. La educación recibida ocupa un lugar muy importante en la instauración de valores como la obediencia y sumisión a la pareja.

Es muy común que la mujer maltratada no se reconozca a si misma como víctima y por ello no exteriorice su situación de violencia. Otros impedimentos también operan para no dejar que se reconozca el problema como tal:

- el miedo de la mujer a que la violencia continúe o aumente,
- la vergüenza por no haber sido capaz de frenar la violencia o de cambiar el comportamiento de su pareja,
- el sentimiento de fracaso por no haber cumplido con los roles considerados tradicionales como esposa y madre.

7. Serie Género y Salud Pública. Modelo Integral para Abordar la VIF. Programa Mujer, Salud y Desarrollo - PAHO/WHO, 2001.



En este tipo de violencia, los mismos efectos del maltrato -la falta de apoyo, la pérdida de autoestima, el aislamiento-, contribuyen a quitar a las mujeres la capacidad para tomar decisiones.

Lo invitamos a reflexionar en conjunto con sus compañeros del Posgrado acerca de las siguientes creencias o mitos:

"Los casos de violencia son escasos, no representan un problema tan grave"

"La violencia familiar es un fenómeno que ocurre sólo en condiciones de pobreza"

"El consumo de alcohol es la principal causa de las conductas violentas"

"Las víctimas de maltrato a veces se lo buscan, algo hacen para provocar. Por otra parte, por algo se quedan, les gusta"

"El maltrato emocional no es tan grave como la violencia física"

"A veces, para disciplinar a los niños es necesario recurrir al castigo físico"

¿Algunas de estas creencias están presentes en su comunidad? y ¿en el equipo de profesionales de su CS?

Conserven sus conclusiones para retomarmas más adelante y llévenlas al siguiente encuentro con el tutor.

2.4. Masculinidad y violencia

Muchas veces se identifica a los victimarios con el sexo masculino. Esto constituye un prejuicio, pues existen mujeres maltratadoras -tanto como abusadoras- de hombres, niños, ancianos y, aún de otras mujeres. Sin embargo, muchas más veces trasciende públicamente el maltrato ejercido por hombres que por mujeres.

En cualquier caso, el prejuicio que asocia violencia a masculinidad es también un estereotipo social. En este sentido existe mayor conceptualización sobre el caso del hombre como victimario.

Al respecto Jorge Corsi⁸ considera que **todo acto de violencia masculina** aparentemente individual **se inscribe dentro de una sociedad patriarcal que favorece el desarrollo de una personalidad de agresividad excedente**, y cuya vía privilegiada de expresión es la violencia contra las mujeres.

A continuación, presentamos algunas de sus conceptualizaciones, aclarando que aquello que se dice en relación a los hombres como victimarios es una vía para

8. Ideas extraídas de J. CORSI: Fundación Mujeres, documentación de apoyo. La violencia hacia la mujer en el contexto domestico.

pensar en cualquier victimario, sea hombre o mujer, adolescente, adulto o anciano.

Según J.Corsi⁹:

La violencia en la pareja no es permanente, sino que se da por ciclos; la interacción varía desde períodos de calma y afecto hasta situaciones de violencia que pueden llegar a poner en peligro la vida. El vínculo que se va construyendo es dependiente y posesivo, con una fuerte asimetría.

Los primeros síntomas se pueden percibir durante el noviazgo, cuando la interacción comienza a caracterizarse por los intentos del hombre por controlar la relación, es decir, controlar la información, las decisiones, la conducta de ella, e incluso sus ideas o formas de pensar.

Cuando el control de la relación se ha establecido, debe mantenerse a través de métodos que pueden incluir la violencia. Se produce entonces un juego de roles complementarios, según el cual una mujer socializada para la sumisión y la obediencia es la pieza complementaria del engranaje que conforma junto con un hombre socializado para ser ganador, controlar las situaciones y asumir el liderazgo.

Un hombre violento puede haber internalizado pautas de resolución de conflictos a partir de su más temprana infancia. Cuando la demanda externa se le vuelve insoportable, necesita terminar rápidamente con la situación que la genera y él ha aprendido que la vía violenta es la más rápida y efectiva para aliviar la tensión.

La identidad masculina tradicional se construye sobre la base de dos procesos psicológicos simultáneos y complementarios: un hiperdesarrollo del "Yo exterior" (hacer, lograr, actuar) y una represión de la esfera emocional.

Para poder mantener el equilibrio de ambos procesos, el hombre necesita ejercer un permanente autocontrol que regule la exteriorización de sentimientos tales como el dolor, la tristeza, el placer, el temor, etc., como una forma de preservar su identidad masculina.

El hombre violento se caracteriza, pues, por la inexpresividad emocional, la baja autoestima, la escasa habilidad para la comunicación verbal de sus sentimientos, la resistencia al autoconocimiento y la proyección de la responsabilidad y de la culpa.

9. CORSI, J.
Comp.:Violencia familiar: Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Paidós. Buenos Aires, 2004.

Una mujer maltratada suele haber incorporado modelos de dependencia y de sumisión. Ella experimenta un verdadero conflicto entre su necesidad de expresar sus sentimientos y el temor que le provoca la posible reacción de su marido (...)

(...) El hombre violento suele adoptar modalidades conductuales disociadas: en el ámbito público se muestra como una persona equilibrada y, en la mayoría de los casos, no trasunta en su conducta nada que haga pensar en actitudes violentas. En el ámbito privado, en cambio, se comporta de modo amenazante, utiliza agresiones verbales, actitudinales y físicas, como si se transformara en otra persona. Su conducta se caracteriza por estar siempre "a la defensiva" y por la posesividad respecto de su pareja.

Tiene una percepción rígida y estructurada de la realidad. Sus ideas son cerradas, con pocas posibilidades reales de ser revisadas. Percibe a su mujer como "provocadora": tiene una especie de lente de aumento para observar cada pequeño detalle de la conducta de ella; en cambio, le resulta extraordinariamente difícil observarse a sí mismo, a sus sensaciones y sentimientos y, por lo tanto, suele confundir miedo con rabia, o inseguridad con bronca.

También suelen tener una fuerte tendencia a confundir sus suposiciones imaginarias acerca de su mujer, con la realidad y, por lo tanto, actuar en función de su construcción imaginaria (por ejemplo, en las reacciones celotípicas).

Si no consideramos todos estos elementos del contexto bipersonal en el que transcurre la violencia doméstica, no podremos comprender las consecuencias que la experiencia de victimización tiene sobre la mujer.

Es necesario conocer los patrones de agresión y destacar que *la búsqueda de explicaciones sobre el origen de la conducta violenta no implica su justificación*. El hombre violento es responsable de su propia conducta y de la forma que emplea para expresarla. Pero es importante tener en cuenta que, de acuerdo con la manera en que se defina el maltrato hacia la mujer, variarán las estrategias de cambio que se empleen para abordarlo.

En los casos de violencia intrafamiliar es necesario considerar la implementación de acciones orientadas a la asistencia de aquella figura que se presenta como violenta. De lo contrario, cualquier acción de prevención estaría ignorando la raíz del

fenómeno, ya que las personas violentas pueden pasar de una relación violenta a otra. Desde esta perspectiva, el cambio en las creencias y actitudes violentas contribuye a reducir el maltrato.

3. Diferentes tipos de violencia

Existen varias maneras de clasificar la violencia. A continuación se presenta una de las formas posibles de ordenar esta problemática:

- Abandono físico y/o emocional
- Maltrato físico
- Maltrato emocional
- Abuso sexual
- Síndrome de Munchausen
- Violencia conyugal

3.1. Abandono físico y/o emocional

Se configura un cuadro de abandono físico y/o emocional cuando las personas adultas encargadas de cuidar y proteger a los niños y/o a los ancianos y/o a otros adultos miembros de la familia no hacen nada para evitar el sufrimiento del otro, o no hacen lo necesario y suficiente aún pudiendo proporcionarles el mínimo bienestar que el sujeto necesita. Se trata de un **maltrato pasivo**, por omisión.

El abandono físico y/o emocional es una de las formas en que se ejerce la violencia hacia los niños. Dice J. Corsi¹⁰ al respecto:

"(...) El factor común que subyace en todas las formas de maltrato, es el abuso de poder o autoridad. El abuso ocurre cuando una persona más fuerte o poderosa (padres - adultos) aprovecha la ventaja que tiene sobre otro menos fuerte o poderoso (niño).

El maltrato infantil, es un problema muy complejo, ya que algunas formas de abuso son más difíciles de detectar que otras. Por ejemplo, el descuido o negligencia (ya sea físico o psicológico) o las diversas formas de abuso

10. CORSI, J
Comp.: Violencia familiar: Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Paídos. Buenos Aires, 2004

emocional, muchas veces no resultan fáciles de tipificar y detectar.

Los investigadores del tema aceptan una definición amplia de maltrato hacia los niños, que incluye conductas tales como dañarlos físicamente, no brindarles los cuidados apropiados o privarlos de afecto. El grado puede variar desde humillarlos con frecuencia hasta negarles el alimento; desde el zamarreo hasta la violación (...)"

La *Primera Conferencia de Consenso sobre el anciano maltratado*, celebrada en España en 1995, se acuerda definir maltrato al anciano como¹¹:

" Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y mas años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente"

Los especialistas coinciden en que los ancianos son reacios a informar de su victimización por los miembros de su familia como maltratadores, por temor a represalias, o al confinamiento en instituciones, o simplemente, porque prefieren negar una realidad que les resulta insoportable.

Entre las formas más frecuentes de maltrato al anciano se encuentran:

- *negligencia física*: no satisfacer las necesidades básicas, negar el alimento, los cuidados higiénicos, la vivienda, la seguridad o el tratamiento médico; y,
- *negligencia emocional*: la negación de afecto, el desprecio, el aislamiento o la incomunicación.

3.2. Maltrato físico

Según la OPS¹² **violencia física**:

"(...) ocurre cuando una persona le inflige daño no accidental a otra, usando la fuerza física o algún tipo de arma que puede provocar o no lesiones, ya sean éstas internas, externas o ambas. El castigo repetido no severo también se considera violencia física"

El **maltrato físico** consiste en el uso de la fuerza de una persona contra el cuerpo de otra, incluye cualquier conducta que implique agresión física, desde empujones y golpes con el cuerpo (patadas, puñetazos), mordeduras y quemaduras hasta agresión

11. KESSEL SARDINAS H. y col. Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado. 1996.

12. OPS. Modelo de leyes y políticas sobre violencia intrafamiliar contra las mujeres. Capítulo 3. Abril de 2004

utilizando objetos o armas.

Dice H. Zimrin¹³ respecto al maltrato en la infancia:

MALTRATO, ABUSO Y NEGLIGENCIA EN LA INFANCIA

Suele decirse que la violencia contra los niños no existe porque es una idea que resulta intolerable. En consecuencia, se la niega directamente o se la relega a otros grupos, a otras culturas, a otras familias, al ámbito de las minorías. (...)

Sólo luego de cumplida la ardua tarea de reconocer el problema, comienza la tarea no menos difícil de buscar a las víctimas. Sin duda, resulta difícil.

Ante las enfermedades comunes, ante un verdadero accidente, los padres de los niños afectados piden ayuda. (...) Esto no ocurre en el caso del abuso infantil, que combina una grave enfermedad con la violación de la ley. En estos casos muy raramente la gente pide ayuda.

Por un lado porque, como se dijo, para pedir ayuda hay que admitir primero el problema. Por otra parte, porque en estos casos la víctima no pide ayuda. ¿Por qué?

En primer lugar, porque las víctimas son niños. Más aún: el 50% de los niños víctimas de abuso y violencia tienen menos de 6 meses de edad. Están "guardados" en casa o en las guarderías; están ocultos; no hablan. El porcentaje, por pequeño que sea, de niños que no son llevados a control, representa a muchísimos niños de los que ni siquiera se sabe que existen y cómo están...

En segundo lugar, los niños que sí son "visibles" y están en edad de hacerlo, no hablan. Tienen un buen motivo: están amenazados. En algunos casos, están amenazados de muerte o de más violencia. En otros los amenaza la "culpa" de ser los causantes, en caso de que el padre denunciado vaya a la cárcel. El niño víctima será capaz de justificar cualquier cosa, de mentir todo lo que sea necesario, con tal de "proteger" a sus padres.

En la consulta de emergencia, los nervios que manifiesta el padre dan una falsa imagen de preocupación por la salud del niño. La alteración deriva, sin embargo, de la posibilidad de ser descubierto y transmite certeramente al niño el "peligro" que representa la situación también para él.

13. H. ZIMRIN:
Maltrato, abuso y
negligencia en la
infancia. Reseña de la
conferencia pronunciada
el 16 de marzo de 2001,
en el Ministerio de
Salud, Buenos Aires.

En tercer lugar, paradójicamente, los niños se sienten culpables de lo que sucede. Toda la escuela, todos los materiales dirigidos a ellos, todos los programas de televisión y mensajes orientados a los niños, les dicen que "deben amar a sus padres". El niño abusado, por su parte, siente que no quiere a su progenitor que abusa de él. Pasa horas y horas rogando en su interior que muera o que suceda algo que lo borre de la faz de la tierra... y en seguida se culpa por ello y pasa otras tantas deseando que su ruego anterior no haya sido escuchado. Luego la culpa le hace sentir que "es un mal niño". Y el hecho de haber sido un "mal niño" viene a "justificar" el mismo abuso de que está siendo objeto. Se siente, entonces, "responsable de su propio sufrimiento", hundiéndose así en un siniestro círculo vicioso que rebaja su autoestima cada vez más y le hace "permitir" cada vez más abuso impidiéndole cualquier tipo de reacción.

Adicionalmente, los niños abusados, al sufrir repetidamente actos de violencia de los que no pueden defenderse, construyen una imagen omnipotente del padre abusador. Desarrollan entonces una personalidad fatalista, incapaz de reaccionar ante los abusos. Pierden la capacidad de proteger sus propios derechos y de asumir conductas asertivas o de autoprotección.

Esto explica, también, la situación de adultos que inexplicablemente "se quedan", aun cuando sufren o presencian situaciones de abuso o agresión por parte de sus propias parejas. La respuesta es que este adulto no se va porque está convencido de que no puede hacer nada. Y así se va trasladando la violencia de generación en generación.

(...) Por otra parte, deseo insistir en el fuerte impacto del abuso sobre la autoestima del niño. Los chicos víctimas se sienten "malos" porque odian a sus padres.

Los padres, por su parte, en muchos casos no parecen entender siquiera de qué se les habla cuando se les plantea su situación como un caso de abuso y violencia. Muchos de ellos creen simplemente estar haciendo "lo correcto", lo que les corresponde hacer como padres y a lo que tienen una especie de "derecho natural" habilitante. No pueden comprender siquiera que necesitan ayuda, ya que califican su propio comportamiento como "perfecto".

ENCONTRAR A LAS VÍCTIMAS

Uno de los problemas clave, como he dicho, consiste en cómo encontrar a las víctimas. En esto juegan un papel irremplazable los profesionales de la salud, en particular los del primer nivel de atención y los que trabajan en los servicios de emergencia de los hospitales. Hay determinados indicadores físicos a los que hay que estar alerta. Entre ellos:

- Muchas magulladuras en todo el cuerpo, de diferentes "colores". El niño que se golpea por una caída de la bicicleta, por ejemplo, u otro accidente "aparatoso" de ese tipo no suele magullarse en todo el cuerpo en forma repartida y pareja. Además, sus golpes se producen todos al mismo tiempo. Moretones de diferentes colores pueden estar denunciando una cronicidad de las lesiones.
- Marcas de lesiones simétricas. Ambas manos, cachetes, etc. Los accidentes no ocurren así.
- Marcas producto de elementos, objetos, instrumentos. Los niños, por ejemplo, muy raramente "se caen encima de una plancha".
- Tipos de fracturas o lesiones que no concuerdan con el "relato del accidente" que hace la familia. Por ejemplo, una fractura en que el cartílago se desgarró tomando la forma de un "asa" o "manija" ("buckle fracture").
- Síndrome de sacudida. Como los bebés no tienen fuerza suficiente en el cuello como para sostener la cabeza firmemente, si son sacudidos con fuerza ésta va y viene produciéndose pequeños derrames característicos dentro de la parte blanca de los ojos.
- Fracturas de cráneo a edades muy tempranas. En los primeros meses el hueso del cráneo es sumamente elástico y sólo golpes de gran intensidad pueden fracturarlo. Atención a los relatos según los cuales "el niño rodó de una cama o de una mesa".
- Lastimaduras en la zona del cuello. Es una zona naturalmente "muy protegida" por la postura normal de los niños pequeños. Marcas en ese lugar suelen ser huella de una agresión intencional de un adulto.
- Marcas de quemaduras de cigarrillos, mordeduras de adulto, cortaduras con cuchillo u otro objeto cortante.

Sin duda, hay que aprender y entrenarse. No sólo los médicos; también enfermeras, maestras, asistentes sociales (...).

Lo que se puede y se debiera difundir en la comunidad es la existencia de esta realidad, y una actitud de atención respecto de lo que ocurre (en casa, en las casas vecinas, en el barrio), sumada a la sensibilidad para detectar a niños tristes, que lloran, o que manifiestan un deterioro escolar.

También resulta útil difundir los números de teléfono para denuncia o solicitud de ayuda.

Hay que tener presente, además, que los niños abusados suelen llegar al examen "preparados" por sus propios padres y amenazados, a veces de muerte. Es necesario encontrar el modo de desarrollar en ellos la confianza básica.

Este sentimiento de confianza básica, esencial en el desarrollo de la psicología del niño, aparece vulnerado o inexistente en los niños víctimas de violencia o abuso. Normalmente, un niño cuando es agredido por otros, por el "afuera", recibe en casa ayuda, consuelo, contención. ¿Qué pasa cuando la agresión proviene, precisamente de casa, del lugar o de la persona que debería ayudarlo, consolarlo, contenerlo? Se desarrolla entonces una "desconfianza básica" y generalizada que le impide al niño solicitar o recibir cualquier otra clase de ayuda.

Como ya se dijo, algunos *indicadores de la presencia de maltrato físico* en niños, adolescentes, adultos o personas mayores es la presencia de hematomas en cualquier zona del cuerpo (preferentemente zonas laterales de la cara, brazos y piernas). Habitualmente, se observan moretones de diferentes colores, que dan cuenta de diferentes episodios de violencia sufridos.

La siguiente tabla muestra la correlación entre el color de los hematomas (moretones) y el tiempo que ha pasado desde el episodio que los produjo:

Color del hematoma		
Negruzco, azul oscuro	Inmediato	1 día
Rojo Violáceo	Reciente	1 a 5 días
Rojo Púrpura	No reciente	5 a 7 días
Verdoso	Antigua	7 a 10 días
Amarillento	Muy Antigua	2 a 4 semanas

Otros indicadores de la presencia de maltrato físico son:

- Cicatrices diversas
- Marcas de quemaduras
- Fracturas inexplicables
- Fracturas antiguas ya curadas, múltiples en distintos estadios evolutivos
- Marcas de mordeduras

3.3. Maltrato emocional

Este tipo de maltrato equivale a todas aquellas conductas orientadas a la desvalorización de la otra persona, y presentan diferentes grados de gravedad según el nivel en que fortalezcan la pérdida de autoestima de la víctima que lo sufre y el control sobre ella.¹⁴

Según la OPS¹⁵ se entiende por **violencia psicológica** hacia la mujer:

"(...) toda conducta que ocasione daño emocional, disminuya la autoestima, perjudique o perturbe el sano desarrollo de la mujer u otro integrante de la familia, como por ejemplo: conductas ejercidas en deshonra, descrédito o menosprecio al valor personal o dignidad, tratos humillantes y vejatorios, vigilancia constante, aislamiento, constantes insultos, el chantaje, degradación, ridiculizar, manipular, explotar, amenazar el alejamiento de los(as) hijos(as) o la privación de medios económicos indispensables, entre otras. En algunas legislaciones, también incluye la libertad de tránsito de la víctima, así como entrar y salir del hogar (...)"

El **maltrato emocional** puede manifestarse de diferentes modos: violencia verbal, miradas, gestos, gritos, insultos, humillaciones, burlas, coerción, descalificaciones, críticas, desprecios, abandono, aislamiento emocional, incomunicación, etc. Pueden ser víctimas de este tipo de maltrato en el marco familiar niños, adolescentes, otros adultos y ancianos.

Para caracterizar algunos aspectos del maltrato emocional dirigido a los niños recurriremos nuevamente a J. Corsi¹⁶:

El abuso emocional

El abuso emocional, es el más difícil de identificar y de probar. Insultos, amenazas, descalificaciones, castigos desproporcionados, cuando son la regla y

14. VEGA MARTÍNEZ ESCUDERO M., FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ O.: Malos tratos: detección precoz y asistencia en atención primaria. Editorial: Ars Médica. 2005.

15. OPS. Modelo de leyes y políticas sobre violencia intrafamiliar contra las mujeres. Capítulo 3. Abril de 2004.

16. JORGE CORSI: Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar. Violencia familiar. Buenos Aires- Paídos 2004.

no la excepción dentro de la relación padres - hijos, pueden provocar graves daños psicológicos en el niño. (...)

Un niño puede estar gravemente dañado desde el punto de vista emocional y sin embargo no mostrar cicatrices exteriores. Puede estar sufriendo el efecto paralizante de sentirse despreciable, sin comprender ni poder explicar el por qué.

Los padres pueden abusar emocionalmente de sus hijos basados en buenas intenciones, como querer que sobresalgan en el colegio, en el deporte o en la vida social. A partir de esas buenas intenciones, puede presionarlos o avergonzarlos al punto de infringirles sufrimiento emocional crónico.

También pueden ejercer el abuso emocional de un modo pasivo, no brindando el afecto, el apoyo y la valoración que todo niño necesita para crecer psicológicamente sano. Cuanto más temprana sea la conducta de abuso emocional activo o pasivo, mayores serán las consecuencias psíquicas en el niño (...)

3.3.1. Indicadores de maltrato emocional

El maltratador en su objetivo de conseguir el control sobre la mujer puede utilizar estrategias de abuso psicológico difíciles de percibir como maltrato. Se trata de conductas restrictivas y controladoras que disminuyen la capacidad de decisión y autonomía de las mujeres y que producen dependencia y aislamiento.

La mujer las interpreta como manifestaciones de interés y de amor, sin caer en la cuenta que se trata de agresiones, poniéndose de esta forma en una situación de indefensión y vulnerabilidad.

Para el caso del maltrato emocional hacia las mujeres, existen indicadores que permiten al profesional sospechar que una mujer está pasando por una situación de violencia emocional: se trata de *síntomas de angustia, agotamiento, temor*, etc.

En el caso del maltrato emocional hacia los niños se pueden observar:

- Extrema falta de confianza en sí mismo
- Exagerada necesidad de sobresalir o ganar

- Demandas excesivas de atención.
- Agresividad o pasividad exagerada frente a otros niños.
- Retraso del lenguaje.
- Disminución de la capacidad de atención.
- Problemas de aprendizaje.
- Problemas graves de control de esfínteres.

3.4. Abuso sexual

Según la OPS¹⁷ se entiende como violencia sexual:

"(...) todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, las relaciones sexuales no deseadas, las insinuaciones sexuales no deseadas, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante la coerción de otra, independientemente de la relación de ésta con la víctima. Todo lo anterior, en cualquier ámbito, incluido el hogar, el lugar de trabajo, la violación por desconocidos, durante conflictos armados, acoso sexual, de personas con una discapacidad, de menores de edad, matrimonio forzado, negación a anticoncepción y protección, aborto forzado y prostitución forzada, entre otras (...)"

El abuso sexual puede iniciarse en la infancia (incluso siendo bebés) y llevarse a cabo no sólo dentro de la familia sino en guarderías, escuelas, etc. También existe abuso sexual o violación en la pareja cuando el hombre obliga a la mujer a tener relaciones sexuales.

Generalmente, el abusador es un familiar o conocido de la familia.

Nuevamente recurriremos a J. Corsi:¹⁸

El abuso sexual

De todas las formas de abuso, tal vez la más difícil de aceptar y reconocer sea el abuso sexual hacia los niños.

Este tipo de abuso puede definirse como: "*contactos o interacciones entre un*

17 y 18. OPS. Modelo de leyes y políticas sobre violencia intrafamiliar contra las mujeres. Capítulo 3. Abril de 2004.

menor y un adulto, en los que el menor está siendo usado para la gratificación sexual del adulto".

Puede incluir una serie de actividades: desde la exposición de los genitales por parte del adulto, hasta la violación del menor.

El abuso sexual intrafamiliar, ocurre cuando el abusador es parte de la familia (padre, padrastro, hermano mayor, tío, abuelo u otro familiar).

El abuso sexual extra-familiar por lo común es perpetrado por alguien que el niño conoce: un vecino, un profesor, un profesional, etc.

Una forma particular del abuso sexual es el incesto. El incesto está definido por la ley como el acto sexual entre familiares de sangre tales como padre - hija, hermano - hermana, madre - hijo.

Un alto porcentaje de niñas son víctimas de abuso sexual intrafamiliar a través del incesto padre - hija. La edad en que más frecuente se produce, es alrededor de la pubertad y un padre puede continuar manteniendo relaciones sexuales con una o más hijas a lo largo de varios años. Muchas veces, el incesto no se revela hasta que la hija se va del hogar. Cuanto más cercana sea la relación entre el adulto y el niño, mayor será el daño potencial, ya que el abuso sexual intrafamiliar ocasiona a la víctima, importantes daños psicológicos.

(...) Con respecto al abuso sexual (...) es preciso tener en cuenta:

- La fuerza física está presente sólo en un pequeño porcentaje de los incidentes de abuso sexual a niños.
- La percepción del adulto como autoridad, vuelve al niño más vulnerable a ser amenazado, sobornado o inducido a obedecer órdenes.
- Los niños rara vez informan a alguien de lo que está ocurriendo por miedo y porque el abusador los induce a no contar nada.
- Muchas veces, los niños desean contarlo, pero no lo hacen por temor a que no se les crea o a ser castigados.
- Los niños no inventan historias acerca de su propio abuso sexual. Si se animan a decirlo, es preciso creerles.
- La edad promedio en que los niños son abusados sexualmente se ubica alrededor de los once años, pero es frecuente que niños de menos de tres años sean abusados.
- El típico abuso sexual hacia un niño, ocurre dentro de un largo período, ya que el ofensor abusa de su posición de poder.

3.4.1. Indicadores de abuso sexual

Las víctimas habituales del abuso sexual son las mujeres, las/los adolescentes y los niños. Los signos o indicadores de abuso sexual en niños o adolescentes pueden ser:

- Dificultades para andar y sentarse
- Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada
- Dolor o escozor en la zona genital
- Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal
- Vulva hinchada o roja
- Semen en boca, genitales o ropa
- Presencia de cuerpos extraños en uretra vejiga o ano
- Infecciones urinarias a repetición
- Llanto fácil por poco o ningún motivo aparente
- Cambios bruscos en la conducta escolar
- Llegar temprano a la escuela y retirarse tarde
- Ausentismo escolar
- Conducta agresiva y destructiva
- Conducta y conocimiento sexual no coherente con la edad
- Conducta excesivamente sumisa
- Temor al contacto físico

Aún cuando no sean indicadores excluyentes de abuso sexual, la presencia de varios de ellos, es signo de que el niño necesita ayuda.

3.5. Síndrome de Munchausen

Se trata de una forma de violencia con características muy especiales, ya que es la propia madre del niño la que infringe lesiones repetidas o provoca enfermedades inyectándole tóxicos u obligándolo a tomar sustancias que le provocan diarreas, deshidratación u otras causas de internación. El objetivo de la madre es la internación del niño.

Estos niños tiene muchas veces ingresos múltiples en distintos hospitales, hermanos con enfermedades raras, accidentes frecuentes o muertes súbitas.

Los síntomas de las enfermedades son bien conocidos por la madre, que suele mostrarse muy sobreprotectora con el niño y colaboradora con el profesional que atiende al hijo y muy preocupada por su situación de salud.

Para el profesional es muy difícil arribar a un diagnóstico, discriminar los síntomas inventados e inexplicables, que desaparecen al separar al niño/a de su familia y vuelven cuando el niño se encuentra con la madre o padre en el domicilio u hospital. Los estudios complementarios que el médico solicita no le aclaran el diagnóstico de la falsa enfermedad.

Por lo tanto, los profesionales deben estar atentos cuando la historia familiar no concuerda con las manifestaciones clínicas.

3.6. Violencia conyugal

Como ya se dijo previamente, cuando la víctima del maltrato en la pareja es la mujer, la violencia conyugal se enmarca en el fenómeno de la **violencia de género**. Aunque también existen situaciones en que es la mujer la que maltrata al hombre dentro de la pareja.

La violencia conyugal, es una problemática tan extendida como oculta. Existen muchas razones por las cuales tanto la víctima como el victimario/a intentan disimular y ocultar la situación de maltrato. Es por eso, que sólo cuando la violencia provoca graves daños físicos o psíquicos, el fenómeno se vuelve visible para los demás.

Algunas de las características que a menudo acompañan la violencia en las relaciones de pareja¹⁹ son:

- La gran mayoría de los autores de la violencia son hombres. Las mujeres corren el mayor riesgo con hombres que ya conocen.
- La violencia física casi siempre va acompañada de maltrato psicológico y, en muchos casos, de abuso sexual.
- La violencia conyugal traspasa los límites de la clase socioeconómica, la religión y el origen étnico.
- Los hombres/mujeres que golpean a sus parejas exhiben un marcado comportamiento de control sobre ellas.

Para poder comprender la dinámica de la violencia conyugal es necesario considerar dos factores: su *intensidad creciente* y su *carácter cíclico*. En este caso, la descripción se realiza en la perspectiva de la violencia ejercida por el hombre hacia la mujer.

19. CORSI, J.: Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar. En Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grado de problema social. Buenos Aires, Paídos, 2004.

La **intensidad** de la violencia sigue habitualmente estas etapas:

1. La primera etapa de la violencia es sutil, toma la forma de agresión psicológica. Consiste en atentados contra la autoestima de la mujer. El agresor la ridiculiza, ignora su presencia, no presta atención a lo que ella dice, se ríe de sus opiniones o de sus iniciativas, la compara con otras personas, la corrige en público. Estas conductas ejercen un efecto devastador sobre la víctima, provocando un progresivo debilitamiento de sus defensas psicológicas. Comienza a tener miedo de hablar o de hacer algo por temor a las críticas.
2. En una segunda etapa, aparece la violencia verbal, que refuerza la agresión psicológica. El agresor insulta y denigra a la víctima. La ofende criticándole su cuerpo, le pone sobrenombres descalificantes, etc., comienza a amenazarla con agresión física. De este modo, va creando un clima de miedo constante. En muchos casos, la mujer llega a tal estado de debilitamiento, desequilibrio emocional y depresión que la lleva a realizar una consulta psiquiátrica.
3. En la tercera etapa, comienza la violencia física. A veces disfrazada o fingida como forma de juego, el agresor toma a la víctima del brazo, la lastima, la golpea, le tira de los cabellos, la zamarrea. En algún momento, le da una cachetada con la mano abierta, después siguen las trompadas y las patadas.

Con las variaciones culturales obvias, este ciclo y esta escalada de violencia conyugal, se dan en todas las latitudes, en todas las clases sociales, en personas de distintos niveles educativos. La única forma de cortar el ciclo y la escalada de violencia es a través de la **intervención externa**. Según los casos, esta intervención externa está dada por familiares, amigos, médicos, educadores, psicólogos, asistentes sociales, abogados o policías y mediatizada por instituciones tales como el hospital, la escuela, los tribunales o la iglesia.

Con respecto al *carácter cíclico*, la dinámica de la **violencia conyugal** descrita por L. Walker (1979) se puede sintetizar en el llamado **ciclo de violencia** que se plantea en tres fases:

- *Primera fase*: denominada *fase de la acumulación de tensión*, en la cual se produce una sucesión de pequeños episodios que lleva a roces permanentes entre los miembros de la pareja, con un incremento constante de la ansiedad y la hostilidad.
- *Segunda fase*: denominada *episodio agudo*, en la cual la tensión que se había acumulado da lugar a una explosión de violencia, que puede variar en gravedad, desde un empujón hasta el homicidio.

- *Tercera fase:* denominada *luna de miel*, en la que se produce el arrepentimiento, a veces instantáneo, por parte del hombre, sobreviniendo un pedido de disculpas y la promesa de que nunca más volverá a ocurrir. Al tiempo, vuelven a recomenzar los episodios de acumulación de tensión, y a cumplirse el ciclo.

La mujer maltratada se percibe a sí misma como no teniendo posibilidades de salir de la situación en la que se encuentra. Tiene una idea deformada acerca del poder de su marido o pareja. El mundo se le presenta como hostil y cree que nunca podrá valerse por sí misma.

El abuso emocional del que es objeto tiene como consecuencia que comience a verse a sí misma como inútil, tonta o loca, tal como el hombre le repite constantemente. Muchas veces puede llegar a dudar de sus propias ideas o percepciones. Cuando el maltrato es muy grave y prolongado, puede tener ideas de suicidio u homicidio.



Le sugerimos que consulte con los otros profesionales o sus diferentes registros (historias clínicas, registros de trabajadores sociales y psicólogos u otros informantes claves) situaciones de violencia intrafamiliar. De los casos de violencia que llegaron a su CS:

- ¿Cuáles de los *tipos de violencia* recientemente definidos se presentan con más frecuencia?
- ¿Cómo y por qué se detectan en el CS? ¿Cuáles son los miembros del equipo de salud que habitualmente se involucran en esta problemática?
- En su opinión: ¿Quiénes más podrían involucrarse?

4. Factores de riesgo

Los factores de riesgo que pueden identificarse no son causa de la violencia intrafamiliar ni predictivos de la aparición de la misma, pero su presencia puede contribuir a ella.

Los riesgos pueden ser socioculturales e interpersonales, la pobreza, la existencia de adicciones (al alcohol o a las drogas), los antecedentes de abuso, el haber presenciado o sufrido violencia intrafamiliar contribuyen a la incidencia y a la severidad de la misma.

La **forma de inserción económica y acceso a recursos** -tiempo, bienes y servicios- repercute en las condiciones de vida y en la calidad de vida de hombres y mujeres. El acceso a bienes y al dinero no es neutral en términos de género, sino que está determinado y determina por las relaciones de género en la familia y en la sociedad.

Un estudio transcultural de Levisson (1989) señala que la autoridad del varón en el aspecto económico y en la relación de poder en la toma de decisiones en el seno de la familia, es un factor que propicia la violencia hacia la mujer.

Los efectos del desempleo y las adversidades económicas agregan presión a las relaciones familiares, lo que predice severidad del abuso contra los niños y las mujeres. Las mujeres que reportan hechos de violencia establecen en varias oportunidades una relación entre la situación económica e ingreso de sus compañeros y la violencia en la familia.

El **habitat** es un factor importante a tomar en cuenta en la prevención primaria de la violencia intrafamiliar. El tema de la vivienda es inseparable del tema de la familia. *Ni teórica ni empíricamente la situación habitacional son genéricamente neutros o inocuos: implican efectos y experiencias diferentes entre hombres y mujeres* (Massolo, 1997).

La identificación de los factores de riesgo asociados con las distintas formas que adopta la violencia doméstica resulta decisiva a la hora de elaborar propuestas de intervención, tanto en lo que respecta a la atención del problema, como para el diseño de políticas de prevención.

Entre los **factores de riesgo** para la problemática de la violencia intrafamiliar asociados a la familia se encuentran:

- Estructura familiar autoritaria y verticalista
- Aprendizaje de roles de género estereotipados
- Modelos de resolución violenta de conflictos en la familia de origen
- Ausencia de modelos sociales que actúen como alternativos a las resoluciones violentas
- Pautas culturales legitimadoras de la violencia
- Respuestas institucionales y comunitarias inadecuadas para los casos identificados

Una mirada crítica a la familia nos ayudaría a dilucidar con más claridad por qué ciertas características de la interacción familiar la convierten en un entorno posible para la violencia, esto supone aceptar que en ella podemos encontrar elementos de *amor, solidaridad y afecto* así como *dinámicas de poder, competencia, oposición y jerarquías* que cuando se desbordan se convierten en violencia.

Según propone J Corsi²⁰, la **violencia** puede entenderse también como **un emergente de las relaciones de poder dentro de una familia**, es por esto que es necesario comprender las representaciones sociales que cada comunidad tiene alrededor de la familia, de las interacciones dentro de ella, la jerarquía, la disciplina, el parentesco. Conocer estas representaciones es fundamental, en tanto que determinan acciones y respuestas al problema e inhiben o estimulan a las víctimas en la búsqueda de ayuda.

A continuación se presentan algunos de los factores de riesgo en la familia citados por el autor:

(...) factores que pueden incrementar el riesgo potencial dentro de una familia:

1. La duración del período de riesgo; es decir, la cantidad de tiempo que los miembros de una familia están juntos.
2. La gama de actividades y temas de interés; la interacción entre los miembros de una familia se produce en una multiplicidad de contextos.
3. La intensidad de los vínculos interpersonales.
4. Los conflictos de actividades, es decir, las diferencia de opinión, que afectan a todos los miembros.
5. El derecho culturalmente adquirido a influir en los valores, los comportamientos, las actitudes de los otros miembros de la familia.
6. Las diferencias de edad y de sexo.
7. Los roles atribuidos, en función de la edad y el sexo.
8. El carácter privado del medio familiar.
9. La pertenencia involuntaria, es decir, el hecho de no haber elegido esa familia.
10. El estrés atribuible al ciclo vital, los cambios socio económico y otros.
11. El conocimiento íntimo de la vida de cada uno de los miembros, de sus puntos débiles, de sus temores y preferencias.

Todos estos factores incrementan la vulnerabilidad de la familia y transforman al conflicto, inherente a toda interacción en un factor de riesgo para la violencia.

Pero podemos dar un paso más en la conceptualización de la familia como entorno propicio para las interacciones violentas, analizando dos variables en torno a las cuales se organiza el funcionamiento familiar: el poder y el género.

Ambas categorías aluden a una particular organización jerárquica de la familia. En ella la estructura de poder tiende a ser vertical, según criterios de género y edad. Así, el concepto de "jefe de familia", que a menudo esta jurídicamente

20. CORSI, J. Comp.:
Violencia familiar: Una
mirada interdisciplinaria
sobre un grave problema
social. Paídos. Buenos
Aires, 2004.

definido, se corresponde con la categoría "adulto varón". (...)

Cuando la verticalidad, la disciplina, el respeto, la jerarquía y la obediencia, sirven de base para regular las relaciones intrafamiliares, encontramos algunas de las siguientes "leyes":

- "Los hijos le deben respeto a los mayores"
- "La mujer debe seguir al marido"
- "Los hijos deben obedecer a los padres"
- "El padre debe mantener el hogar"
- "El padre es el que impone la ley"
- "Las faltas a la obediencia y al respeto deben ser castigadas"

La naturalidad con que estas premisas son aceptadas, e incluso, prescritas desde ciertos sectores profesionales, nos dicen de la coherencia de este modelo autoritario de familia con respecto al macrocontexto en el que está inserto, definido globalmente como "cultura patriarcal". Una de las características de esta legalidad es la unidireccionalidad: el concepto de respeto no es entendido como una categoría que requiere reciprocidad (...)

En una estructura vertical, se suele poner el acento en las obligaciones, más que en los derechos de los miembros. Por lo tanto, los más débiles tienen una oscura conciencia de sus opciones y facultades. De ahí que su dependencia con respecto a los más fuertes se acentúa y su autonomía personal se ve recortada.

En las formas sociales de violencia intrafamiliar es altamente necesario -a la hora de tipificar situaciones de esta índole- distinguir las condiciones sociales que afectan a la familia, la comunidad o el país, donde esas personas viven y se desarrollan, de aquellas otras en las que su *condición de niño* o su *condición de mujer* o su *condición de anciano* los presenta o somete a tratos desiguales, discriminatorios o lesivos de su dignidad individual dentro de la sociedad.



Le proponemos que elija 2 casos de violencia detectados en su CS y analice las familias, sus costumbres y dinámica e identifique factores de riesgo:

- ¿Estos factores eran conocidos por el equipo de salud? ¿Cómo puede intervenir conociendo previamente los mismos?

Desde su punto de vista:

- ¿Hay familias más vulnerables que otras? ¿Cuáles serían los factores de riesgo que hacen a las familias más vulnerables a la violencia intrafamiliar en su comunidad?
- ¿El CS puede implementar acciones que le permitirían conocer más las representaciones y los estereotipos acerca de la familia, las jerarquías, el uso del poder dentro de ésta, etc.?

4.1. Factores de riesgo asociados a la violencia intrafamiliar dirigida a los adultos mayores

En estos casos se ha observado una asociación estadística entre maltrato y algunos factores de riesgo que hacen más vulnerables a los ancianos y se han clasificado en tres categorías: los que se refieren al anciano como víctima, los que afectan al agresor (familiar o cuidador) y los factores situacionales o del entorno. Es importante identificarlos para poder pensar en acciones de prevención primaria y secundaria.

El cuadro siguiente muestra algunos de los factores de riesgo y vulnerabilidad de esta forma de maltrato:

Para el anciano:

- Edad avanzada
- Deficiente estado de salud
- Incontinencia
- Deterioro cognitivo y alteraciones de conducta
- Dependencia física y emocional de cuidador
- Aislamiento social
- Antecedentes de malos tratos

Para el agresor (cuando es el cuidador):

- Sobrecarga física o emocional (situaciones de estrés, crisis vitales)
- Padecer trastornos psicopatológicos
- Abuso de alcohol u otra toxicomanía
- Experiencia familiar de maltrato a ancianos o violencia familiar previa

- Incapacidad del cuidador para soportar emocionalmente los cuidados

Situaciones de especial vulnerabilidad:

- Vivienda compartida
- Malas relaciones entre la víctima y el agresor
- Falta de apoyo familiar, social y financiero
- Dependencia económica o de vivienda del anciano

Fuente: Malos Tratos a los ancianos. Fernández Alonso - Grupo de salud mental del PAPPS

Le proponemos que releve información respecto a las condiciones de vida de los ancianos en su área programática:

- ¿Cómo está organizado el cuidado de los ancianos en su comunidad?
- ¿Están a cargo de familiares? ¿Viven solos?

Considerando que los factores de riesgo indican la probabilidad de que el problema de la violencia hacia los ancianos aparezca.

¿Puede identificar los factores de riesgo presentes en su comunidad para la aparición de maltrato en los ancianos?

Comparta sus reflexiones con el resto de los compañeros del Posgrado.



5. Consecuencias de la violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar tiene múltiples consecuencias para la salud física, psicológica y social de las personas. Además, existe un problema derivado al cual no se le presta suficiente atención: la gravedad del problema de la violencia en los contextos privados se ve acentuada por el **elemento reproductor de violencia** que

contiene. Es decir, es alta la probabilidad de que los menores maltratados o testigos de violencia hacia sus madres, sean a su vez adultos maltratadores en el hogar y/o violentos en el medio social, ya que es el comportamiento que han interiorizado como natural en su proceso de socialización primaria.

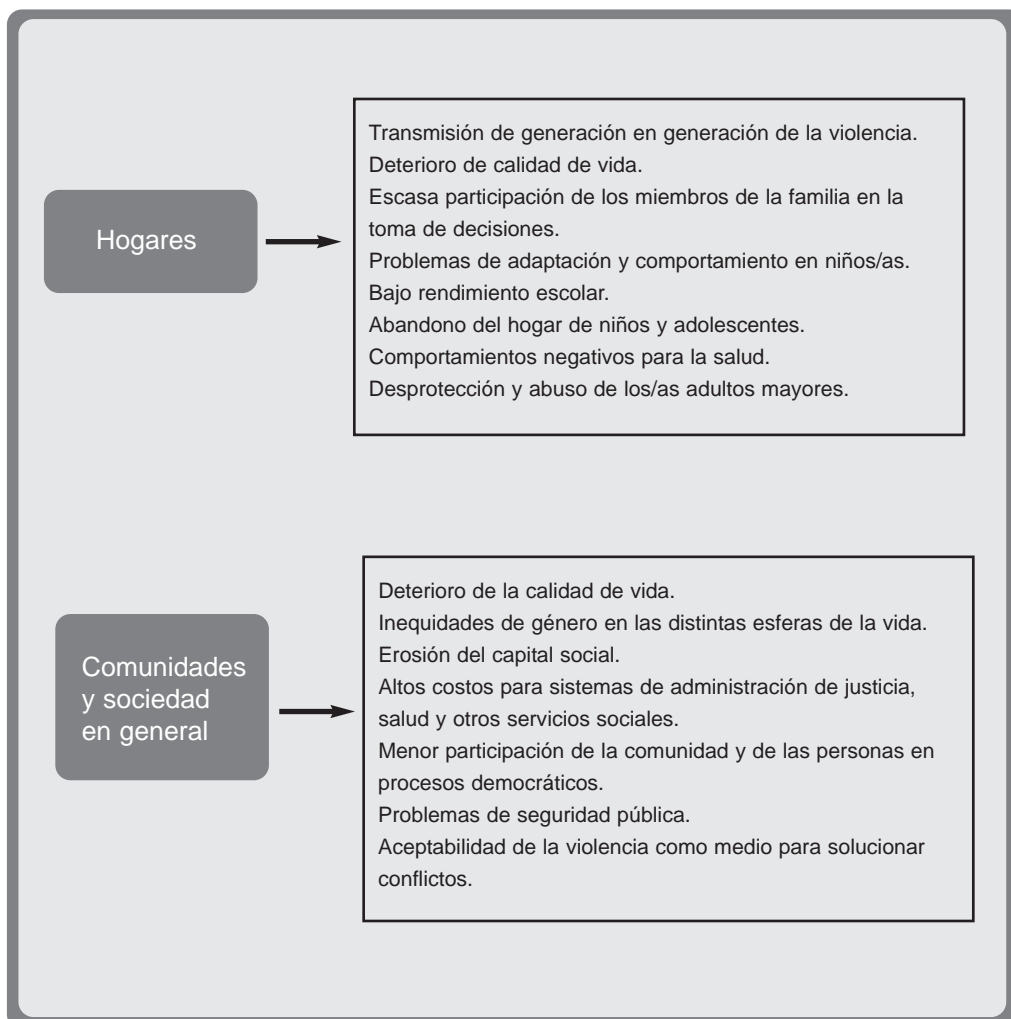
Algunas de estas consecuencias se ven resumidas en el siguiente cuadro:

ÁMBITO	CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA
Salud	<p>Consecuencias para la salud física (lesiones, embarazos no deseados, cefaleas, problemas ginecológicos, discapacidad, abortos, fracturas, adicciones, etc.)</p> <p>Consecuencias para la salud mental (depresión, ansiedad, disfunciones sexuales, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos pseudopsicos, etc.)</p> <p>Consecuencias letales (suicidio, homicidio)</p> <p>Trastornos del desarrollo físico y psicológico</p>
Educación	<p>Aumento del ausentismo escolar</p> <p>Aumento de la deserción escolar</p> <p>Trastornos de conducta y de aprendizaje</p> <p>Violencia en el ámbito escolar</p>
Trabajo	<p>Incremento del ausentismo laboral</p> <p>Disminución del rendimiento laboral</p>
Social	<p>Fugas del hogar</p> <p>Embarazo adolescente</p> <p>Niños en situación de riesgo social (niños en la calle)</p> <p>Conductas de riesgo para terceros</p> <p>Prostitución</p>
Seguridad	<p>Violencia social</p> <p>Violencia Juvenil</p> <p>Conductas antisociales</p> <p>Homicidios y lesiones dentro de la familia</p> <p>Delitos Sexuales</p>
Economía	<p>Incremento del gasto en los sectores Salud, Educación, Seguridad, Justicia</p> <p>Disminución de la producción</p>

Sin importar cuán severas sean las consecuencias físicas de la violencia, la mayoría de las mujeres encuentran que los *efectos psicológicos* son aún más prolongados y devastadores (Sagot, 2000). El Informe sobre la Salud en el Mundo titulado *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas* señala las tasas desproporcionadamente altas de depresión en las mujeres y reconoce que la violencia basada en el género puede contribuir a ese aumento (OMS, 2001). El maltrato recurrente puede erosionar la resistencia de las mujeres y exponerlas al riesgo de sufrir otros problemas psicológicos, como el trastorno de estrés postraumático, el suicidio y el consumo de alcohol y de drogas.

Las intervenciones de los profesionales de la salud pueden mitigar los efectos -tanto a corto como a largo plazo- de la violencia basada en el género, en las mujeres y en sus familias.

Las consecuencias de la violencia intrafamiliar no tienen sólo consecuencias sobre las personas y su entorno inmediato, sino también sobre las comunidades y la sociedad en general. En el cuadro siguiente se presentan las mismas:



La víctima, que ha pasado por situaciones extremas y a veces muy prolongadas de miedo, indefensión, angustia, depresión, etc., se encuentra en inferioridad de condiciones y el resultado suele ser que, a partir de esta diferencia de imagen, se confíe menos en su testimonio.

Cuando esto ocurre, están dadas las condiciones para que se produzca el fenómeno de **re- victimización**: cuando **la persona ya dañada vuelve a ser victimizada mediante la incomprensión o la incredulidad de las personas o instituciones a las que acude para ser ayudada.**

Cuando las mujeres víctimas de violencia o sus familiares solicitan ayuda, se les debe brindar apoyo o seguimiento y poner en marcha acciones sociales y judiciales dirigidas a establecer medidas de protección a las víctimas y sanciones al agresor.

Se debe tener en cuenta el efecto, impacto o valor agregado que representa la intervención. Puede ocurrir, que se generen procesos más bien contraproducentes que impliquen el debilitamiento o la anulación de las estrategias de supervivencia de las mujeres víctimas y de sus familias.

6. El abordaje interdisciplinario de la violencia

El primer nivel de atención y los equipos interdisciplinarios de profesionales de la salud son estratégicos a la hora de ofrecer acceso al servicio a mujeres que necesitan ayuda. Muchas veces el CS es un espacio que resulta familiar, amigable y ofrece la oportunidad de buscar ayuda a aquellos que están sufriendo las consecuencias de vivir en condiciones de violencia.



En su CS, cuando se detecta un caso de violencia intrafamiliar:

- ¿Qué acciones se ponen en marcha?
- ¿Quién interviene? ¿Quién toma el caso?

Plantée las mismas preguntas para cada uno de los tipos de violencia familiar antes descriptos; abandono físico y/o emocional, maltrato físico, maltrato

emocional, abuso sexual, síndrome de Munchausen y violencia conyugal.

- ¿El CS trabaja con otros actores o instituciones de la comunidad en el tema de violencia intrafamiliar? ¿Con cuáles?

La necesidad de utilizar una mirada interdisciplinaria implica reconocer la complejidad de la realidad y la dificultad en la construcción de un abordaje que permita ayudar a la víctima, el agresor, la familia y la comunidad.

La comprensión de las situaciones de violencia familiar implica:

- Reconocer las diferentes partes/actores que intervienen en los procesos que construyen las relaciones violentas en el seno de la familia.
- Reconocer la interacción que existe entre esas partes/actores y los efectos recursivos que generan. El efecto de la violencia se vuelve causa y viceversa originando una red de causas y efectos.

La **intervención preventiva** sobre contextos de riesgo implica el trabajo reflexivo del equipo de profesionales del Centro de Salud con los factores de riesgo, promoviendo **modelos alternativos de ejercicio del poder intrafamiliar**.

La **promoción de formas no violentas** en el seno de la familia constituye una parte importante del abordaje de la violencia intrafamiliar.

La **detección temprana** de las víctimas de violencia es un requisito indispensable para brindarles seguridad, asistencia, protección y constituye el primer paso para detener el maltrato físico y el abuso sexual. El modelo de atención debe desplegar, a través de los diferentes actores sociales, mecanismos que permitan identificar a las víctimas de violencia a través de **normas de detección** y **sensibilización** de la comunidad.

6.1. Marco legal

Existe un marco legal que protege a las víctimas de la violencia intrafamiliar.

La Ley 24.417 de *Protección contra la Violencia Familiar* promulgada el 28 de diciembre de 1994 y su reglamentación por Decreto 235/96 del 7 de Marzo de 1996, tiene por finalidad hacer cesar el riesgo que pesa sobre víctimas, evitándoles el agravamiento de los perjuicios concretos derivados del maltrato que se cierne sobre ellas, mediante la adopción de medidas eficaces, urgentes y transitorias.

Contempla el funcionamiento de Centros de Información y asesoramiento sobre violencia física y psíquica integradas por personal idóneo y por profesionales con

formación específica en violencia familiar.



La legislación prevé que las denuncias por violencia familiar pueden formularse de forma escrita o verbal sin patrocinio letrado.

A pesar del avance legislativo, la Ley de *Protección contra la Violencia Familiar* debe ser entendida como una herramienta más, dentro del conjunto acciones de atención integral a las víctimas y prevención de esta problemática.

Respecto de las acciones dirigidas a los agresores físicos y sexuales, éstas deben estar siempre coordinadas con los servicios de atención a las víctimas, pero funcionando en lugares diferentes. Su propósito es asegurar la protección de las víctimas por medio del control de la reincidencia del comportamiento agresor (Claramunt, 1996).

Resulta importante conocer y difundir los mecanismos accesibles de escucha y denuncia para mujeres, niñas, niños y adultos (as) mayores como así también poseer información sobre centros de orientación y líneas telefónicas de denuncia que faciliten la demanda de ayuda.

Por lo tanto, las acciones deben emprenderse simultáneamente en varios niveles y hallarse coordinadas. Ello implica un compromiso no sólo institucional, sino multidisciplinario.

Una de las dificultades habitualmente señaladas en las comunidades en las que se desarrollan programas de prevención de la violencia doméstica, es la desconexión o desarticulación entre los distintos recursos comunitarios, tanto por razones conceptuales, operativas, ideológicas como personales. Esta falta de articulación y coordinación de los recursos redundan siempre en perjuicio de las víctimas, generándose el mencionado fenómeno de la **victimización secundaria**.

En la atención de las mujeres adultas en los espacios de salud, debe respetarse su decisión respecto a la denuncia del agresor. Sin embargo, en los casos en que la víctima está en alto riesgo el personal de salud debe valorar medidas protectoras en coordinación con otras instancias de la red de protección.



En su área programática:

- ¿Existe algún centro u organización de Atención a la Víctima y/o al Agresor para los casos de violencia intrafamiliar?
- ¿Qué tipo de vínculo o articulación tiene el CS con estas organizaciones?
- ¿Existen redes que trabajen con la problemática de la violencia intrafamiliar?, ¿participa el CS de las mismas?, ¿como?.

6.2. La prevención de la violencia intrafamiliar en el primer nivel de atención

La **prevención** es la intervención oportuna dirigida a evitar la escalada del daño, a la protección de las personas afectadas y al control de la reincidencia en la población agresora. Las medidas de protección legal son importantes para la prevención y para la seguridad de las víctimas. El profesional comunitario debe conocer los procedimientos legales y las obligaciones correspondientes al primer nivel de atención.

Un programa de **prevención primaria** de la violencia intrafamiliar podría ser definido como²¹:

"Un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener formas no violentas de resolución de conflictos familiares, proporciona modelos de funcionamiento familiar más democráticos y propugna los cambios en los contextos de riesgo necesarios para facilitar esos objetivos (...)"

En el ámbito del maltrato infantil como en la violencia de género, las estrategias de prevención primaria están orientadas a cambiar y alterar amplias estructuras y situaciones sociales que están vinculadas al origen y mantenimiento de este problema. Es recomendable que el primer nivel dirija sus acciones preventivas al conjunto de la comunidad y no a un grupo de población determinado.

Identificados los factores de riesgo del problema de la violencia doméstica, tanto en los contextos como en los individuos, un programa de **prevención secundaria** debe tender a **elaborar estrategias de intervención** que -dirigidas a la **población más vulnerable**- proporcione **recursos para la identificación temprana del problema y un apoyo social eficiente y accesible**.

Incluye la reconversión de los recursos profesionales y los agentes comunitarios (educadores, profesionales de la salud, religiosos, policía, agentes judiciales) para

21. CORSI J.: ¿Cómo se puede prevenir la violencia en la pareja? Documentación de apoyo, Fundación Mujeres.

que comprendan adecuadamente el problema e instrumenten respuestas no victimizadoras.

Finalmente, la **prevención terciaria** consiste en **asegurar los recursos asistenciales para una adecuada respuesta médica, psicológica, social y legal a la población afectada por el problema**. Incluye medidas de protección a las víctimas y programas especializados en la atención de víctimas y agresores.



- En su CS ¿se realizan acciones de prevención de la violencia intrafamiliar? ¿en qué consisten?, ¿qué resultados producen?
- Si no se realizan ¿podría diseñar alguna acción tendiente a prevenir el fenómeno de la violencia intrafamiliar en su área programática considerando las particulares características con las que este fenómeno se presenta allí?
- Las acciones diseñadas ¿pueden articularse con otras instituciones u organizaciones que también trabajen con esta problemática?, ¿pueden incorporarse a un trabajo en red?

Los objetivos de los programas de prevención deben apuntar a la reducción de las condiciones de riesgo que potencialmente pueden provocar la aparición del mismo. La enseñanza de métodos positivos, no físicos de disciplina, así como las habilidades de enfrentamiento del stress, son formas adecuadas de abordar la prevención del maltrato físico.

Desde hace algunos años las acciones de prevención se orientan hacia la potencial víctima, con esto se pretende incrementar en ella habilidades que le permitan defenderse o escapar de las situaciones peligrosas.

Una de las razones por las que un número significativo de padres que maltratan físicamente a sus hijos, radica en su incapacidad para controlar de forma adecuada el comportamiento infantil, y en consecuencia se sabe que el enseñar a los padres alternativas apropiadas de manejo de la conducta de los niños reduce el maltrato físico

6.2. La promoción de formas no violentas de relación desde el primer nivel de atención

El tema de la violencia intrafamiliar debe ser abordado a partir de las **condiciones de vida de las mujeres y hombres, víctimas y victimarios**, esto implica abordar al

sujeto en sus especificidades y contexto, género, etnia, clase, etc. Entendemos por condiciones de vida, la interacción de cuatro grandes dimensiones:

- las **potencialidades individuales**: desarrollo funcional y crecimiento orgánico del sistema biológico con todos sus elementos;
- el **habitat** entendido como la **articulación de un conjunto de equipamientos y actividades comunales** que eleven la calidad de vida (Massolo, 1997);
- las **representaciones culturales** tanto a nivel individual como colectivo;
- la **interacción en las relaciones económicas y sociales**: inserción económica, adquisición y consumo de bienes y servicios.

El CS junto con el resto de las organizaciones de la comunidad tiene la capacidad y la posibilidad de promover cambios en las representaciones sociales y actitudes que favorezcan la no-violencia. Tanto desde los espacios de consulta como desde su participación en otras actividades comunitarias en terreno, el equipo de profesionales puede promover mejores pautas de crianza, de cuidado de los enfermos y personas mayores, brindar información sobre sus derechos a adolescentes, adultos y ancianos.

Una acción precisa es fomentar concepciones no discriminatorias basadas en el sexo, la edad o la vulnerabilidad.

Es necesario que las personas que integran la comunidad tengan conocimiento de los servicios que brinda el centro de salud.



El aumento de la información y el acceso a una variedad de servicios de apoyo son caminos apropiados para reducir el aislamiento y la falta de recursos materiales que, generalmente, se encuentran asociados a las conductas negligentes.

- En su CS ¿se realizan acciones de promoción de formas no violentas de resolver conflictos en el marco de la familia?, ¿en qué consisten?, ¿qué resultados producen?
- Si no se realizan ¿podría diseñar alguna acción tendiente a promover en su área programática modelos no violentos en la vida familiar?, ¿a qué destinatarios dirigiría las acciones de promoción?, ¿cómo puede acceder a ellos?



- Las acciones diseñadas ¿pueden articularse con otras instituciones u organizaciones que también trabajen con esta problemática?, ¿pueden incorporarse a un trabajo en red?

6.3. La detección de situaciones de violencia intrafamiliar en el primer nivel de atención

Las consultas rutinarias de los servicios de salud son un espacio privilegiado para la detección de los problemas de violencia; así como también, los espacios educativos.

Los profesionales del primer nivel de atención constituyen el primer eslabón de contacto de los individuos y -por tanto- de la sociedad con el sistema sanitario. Las víctimas de la violencia pueden llegar a los servicios de salud sea por emergencias, consultas o referidas por la comunidad. En esas oportunidades, el equipo de salud tiene la posibilidad de visualizar los signos de violencia -cualquiera sea su expresión- evaluar el riesgo y actuar para disminuir el impacto.

Es importante que los profesionales que conforman el equipo de salud tomen conciencia de que sus contactos cotidianos con los integrantes de la comunidad son oportunidades que pueden permitir visibilizar situaciones de violencia -o por el contrario- convertirse en oportunidad perdida para la detección. La **consulta** es el lugar/tiempo específico donde pueden aflorar los indicadores de riesgo de la violencia y abuso, cuando éstos se han producido.

Una muestra de la **poca visibilización** desde las consultas de salud es la concentración de la práctica sanitaria en el tratamiento de la lesión, sin percibir que ésta es consecuencia de situaciones de violencia. Asimismo, las estadísticas de morbimortalidad recolectadas por los servicios no manifiestan la verdadera magnitud epidemiológica de la violencia, entre otras razones, por el **subregistro** en las salas de emergencia y consulta externa, o porque las víctimas no asisten a las instituciones de salud para solicitar asistencia.

Todos los integrantes de un Centro de Salud o Centro Integrador Comunitario tienen la oportunidad de percibir, diagnosticar, evaluar y atender los casos de violencia que se presenten.

La consulta es un espacio de intercambio que tiene mucha importancia en la detección de situaciones de violencia intrafamiliar. Por lo tanto, el desafío para los profesionales es lograr vincularse con las personas utilizando estructuras comunicativas más simétricas, que favorezcan la confianza hacia el profesional.

Tanto el abuso sexual como las diferentes formas de violencia suceden en espacios de intimidad por donde niños, niñas, adolescentes, adultos y adultos mayores transitan y donde los/las integrantes del equipo de salud no alcanzan a ser testigos. En este sentido, es importante no minimizar las primeras consultas o los primeros indicios de conductas abusivas y/o violentas hacia cualquier miembro de la familia.

El espacio de la consulta debe ser valorado para entablar vínculos de confianza que permitan realizar un seguimiento de la sospecha o detección de una situación de violencia. Siempre hay que evaluar cuál es el momento oportuno para introducir una pregunta, ya que se necesita de la confianza que da un vínculo afianzado para poder hablar. En algún caso, pueden incorporarse rutinariamente -por un determinado tiempo- preguntas en todas las consultas.

Cuando algún integrante del equipo de salud detecta algún caso de violencia hacia la mujer o recibe una consulta al respecto, si la mujer tiene hijos pequeños, es conveniente comunicárselo al pediatra para que éste realice un seguimiento de los mismos.

En las consultas por lesiones físicas, se debe recordar que muchas veces los padres -si se trata de un niño- o el marido -si se trata de una mujer-, presentan el daño como accidental o alegan haber estado alejados en el momento en que ocurrió.

Los profesionales y todo el personal del CS en general, se convierten en escuchas de hechos importantes relatados por niños, adolescentes o adultos o por los familiares, en el transcurso de una revisión, una curación o simplemente en la solicitud de un turno, o trámite administrativo, es decir, fuera del marco regulado de una entrevista. En estas situaciones es vital una escucha atenta y comprensiva que permita una búsqueda activa por parte del equipo de salud de situaciones de violencia a partir de los indicios vislumbrados, para posteriormente, plantear abordajes de intervención.

En general, para todos los **PROFESIONALES DE LA SALUD** es importante estar atentos en este tema:

- Cuando realizan alguna tarea comunitaria.
- Cuando realizan una visita domiciliaria.
- Cuando realizan una salida a terreno.
- Cuando realizan actividades de promoción y prevención.



En cualquiera de estas circunstancias se pueden detectar factores de violencia.

En su opinión:

- ¿En qué tipo de contactos de la comunidad con el CS (consulta, actividades de promoción y prevención, salidas a terreno, visita domiciliaria, etc) se pueden detectar situaciones de violencia intrafamiliar o factores de riesgo?
- Construya una lista y confróntela con las acciones de detección que efectivamente se realizan en esos contactos.
- El equipo de profesionales de su CS ¿está lo suficientemente sensibilizado hacia el tema de la violencia intrafamiliar como para realizar detección temprana?

Algunas sugerencias ...

En ocasiones el equipo de profesionales del CS detecta la existencia de episodios de violencia intrafamiliar, pero no puede confirmarlo porque la víctima se niega a reconocerlo, o bien, lo reconoce, pero está en un estado de indefensión tal que no puede pedir ayuda o no quiere hacer la denuncia. A continuación se presentan recomendaciones para tener en cuenta en estas situaciones.

Cuando existe sospecha de maltrato pero no hay confirmación, se sugiere:

- Expresar a la mujer la relación entre los síntomas y signos que presenta y un posible maltrato. Si continúa negando la violencia, **respetar siempre su decisión**, instaurar un clima de confianza y confiabilidad para que regrese en algún momento, si cambia de opinión. Es importante seguir siendo confiables para que la mujer pueda regresar a pedir ayuda.
- Indagar en la historia clínica la sospecha y describir el cuadro que presente la paciente. En caso de que existan lesiones, aunque ella las justifique por otro motivo, detallarlas. Trabajar con los integrantes del equipo de salud interesados en esta problemática.

Cuando existe maltrato demostrado pero la mujer maltratada no quiere presentar la denuncia, se sugiere:

- **Respetar la decisión** de la mujer. Pero también, se debe informar de los beneficios que supondría para ella la exposición de la denuncia y el alejamiento del maltratador. Se debe entender que para ella es un paso difícil y que da miedo.
- Estimar el riesgo que corre la mujer y trazar junto a ella un **plan de seguridad** que pueda salvarle la vida, llegado el momento.
- Informar los recursos disponibles, así como los teléfonos de emergencia a los que puede acudir.
- Registrar el relato de la mujer en la historia clínica, así como el motivo de consulta, signos, síntomas y lesiones que encontremos durante la exploración, etc.
- Explicar la obligatoriedad legal que tenemos de hacerlo y el beneficio potencial que ello puede suponer, si en algún momento decide iniciar un proceso legal.

6.4. La problemática de la violencia intrafamiliar y sus efectos sobre el equipo de salud

Un aspecto que se debe tener en cuenta es el relacionado con los efectos de la atención de casos de violencia intrafamiliar en el personal de equipo de salud que trabaja directamente con víctimas y agresores.

El trabajo con problemáticas tan complejas y movilizadoras despierta en los profesionales diferentes tipos de sentimientos y sensaciones, que necesitan ser elaborados, para poder seguir realizando una tarea de apoyo y ayuda a víctimas y agresores. En el CS debe existir un espacio / tiempo para esta tarea de elaboración, que puede acompañar o devenir de la discusión interdisciplinaria de los casos.

La exposición a tareas de apoyo dirigidas a personas que atraviesan experiencias de gran sufrimiento e impotencia, producen desgaste que puede traducirse en consecuencias graves para la salud física y mental de las personas que desempeñan esta función. Muchas veces, las situaciones con las que los profesionales se enfrentan producen sentimientos de enojo, rabia, impotencia y vulnerabilidad.

Para poder cumplir un rol profesional se deben poder dominar y elaborar estos sentimientos, de lo contrario, no es posible volcar la atención en las necesidades de las personas afectadas y dejar de lado lo que se moviliza a nivel personal. Pero, para que ello pueda suceder a lo largo del tiempo, estos sentimientos deben ser reconocidos y trabajados por el equipo de profesionales.

Fomentar el trabajo en equipo y dejar espacios de tiempo a la/las persona/s o equipo/s que trabajan en la intervención directa (la escucha de los hechos de la violencia), promover su inclusión en actividades diferentes, supervisar técnicamente

las intervenciones y casos por otros equipos e intercambiar experiencias, son diversas formas de **autocuidado** que el equipo de salud puede poner en funcionamiento.

El **autocuidado** es una estrategia dirigida a prevenir y combatir los efectos adversos en la salud integral de los trabajadores de la salud, producidos por la exposición sistemática a tareas que generan mucha ansiedad y angustia, que confrontan a las personas con sus creencias y prejuicios más arraigados.

La OPS ha desarrollado un modelo de autocuidado que contempla diferentes dispositivos que permiten romper con la acumulación de stress que conduce al estado de extenuación emocional. Estos dispositivos están comprendidos en cuatro componentes básicos:

- la educación continua
- el análisis de situaciones de violencia intrafamiliar
- el cuidado personal
- los espacios grupales de análisis y fortalecimiento

Dice H. Zimrin²² en un extracto de su conferencia:

"Nosotros", los profesionales que tratamos con estos casos

Hay que reconocer que no siempre "estamos ahí" para escuchar, no siempre estamos alerta para reconocer los signos de este problema.

También para nosotros es difícil. Cuando nos enfrentamos a enfermedades físicas, o neurológicas, tenemos en claro cuál es, dónde está, el límite entre esa patología y la salud, entre esa realidad y la propia realidad personal y familiar. Cuando estamos ante un caso de violencia o abuso, ese límite siempre es borroso. Sentimos que también hablamos de nosotros mismos porque todos hemos tenido, en mayor o menor medida, algún momento en que no hemos sido los padres perfectos que nos proponemos ser.

(...) Por otra parte, todos los que ejercemos profesiones relacionadas con estos casos hemos recibido una formación humanista fuertemente basada en valores como "no juzgar", "respetar", "ponerse en el lugar del otro", "saber guardar secretos", etc. Entonces, al enfrentarnos a un hecho que debe ser urgentemente denunciado (a pesar de que, como veremos, casi nunca hay "certezas" sino siempre apenas "sospechas"), al tener que revelar secretos que implican gravemente a otras personas, a otras familias, frecuentemente nos paralizamos.

22. H. ZIMRIN:
Maltrato, abuso y
negligencia en la
infancia. Reseña de la
conferencia pronunciada
el 16 de marzo de 2001,
en el Ministerio de
Salud, Buenos Aires.

Además, debemos saber que en los juzgados siempre hay un "tal vez". Siempre hay incertidumbre. Aun cuando los niños hacen dibujos (...) que para un terapeuta son un indicio clarísimo y elocuente de situaciones de abuso sexual, cuando van acompañadas de testimonios indirectos de los niños y otras situaciones o conductas que permiten inferir el caso, aun así la Justicia se muestra renuente, en muchos casos, en todos los países, a admitir la posibilidad de que algo así esté ocurriendo.

Por último, está el miedo. Hay gente que es extraordinariamente agresiva. Luego de una experiencia profesional de más de 30 años en este campo he aprendido que, no obstante, son muy pocos los casos en que cabe temer que la agresividad del padre abusador se dirija concretamente contra quienes advierten o denuncian un caso. Pero no es ésta la situación de una enfermera o una maestra de 25 años, que pueden temer o imaginar cualquier cosa y callan.

7. Plan de trabajo para el abordaje de la violencia intrafamiliar en el primer nivel de atención

Un modelo de **atención integral en violencia familiar** tiene que:

- Proteger a la víctima de violencia intrafamiliar
- Contribuir en la resolución de los efectos que produce la violencia
- Prevenir nuevas situaciones de violencia

Si como ya dijimos el trabajo en equipo entre los(as) diferentes profesionales de la salud es necesario para originar una concepción interdisciplinaria de la violencia intrafamiliar y para la adecuada atención integral de las víctimas, una estrategia de utilidad es constituir un **grupo de profesionales** que trabajen el tema.

Este grupo ha de ser **necesariamente interdisciplinario**. Una vez definidos los integrantes del grupo, éste puede organizar su tarea de coordinar y dar seguimiento a las acciones de la institución en relación a la violencia intrafamiliar, así como también funcionar como espacio de contención para los integrantes del grupo y el resto de los profesionales del CS.

Es importante que el grupo de personas que trabajan en la atención integral de la violencia intrafamiliar elija esta tarea, ya que la calidad de la atención depende en gran medida de la capacidad de los profesionales de la de salud de establecer empatía con las personas afectadas. Eso implica establecer una conexión emocional con las personas y la propia sensibilidad frente a lo que se escucha y se observa.

En los diferentes centros de salud deben diseñarse los pasos a seguir para atender a una víctima de violencia intrafamiliar: una vez realizada la detección y entrevistada la víctima el equipo debe tener acuerdos respecto a:

- Definir la atención biomédica en función de las lesiones y de las necesidades emocionales y psicológicas de la víctima.
- Evaluar el peligro de que el incidente vuelva a repetirse e insertar a la víctima en una red de atención y contención.
- Definir un plan de seguridad.
- Registrar y/o documentar el incidente.

Se debe explorar la existencia de redes familiares y comunitarias con las que puedan contar las mujeres maltratadas. Es muy importante para brindar información y apoyar la búsqueda de ayuda.

No se trata sólo de resolver el aspecto legal, ya que la denuncia no es el primer paso que una mujer realiza cuando quiere huir de una situación de violencia, sino más bien busca protección y apoyo.

Habitualmente, antes de atenderse en el CS por alguna lesión, las mujeres recurren a pedir ayuda a amigos, familiares, sacerdotes o líderes religiosos, vecinos, organizaciones barriales, etc. Es importante para los profesionales indagar y estar informados acerca de estos caminos de apoyo que se organizan en las comunidades y que funcionan como redes de contención informales.

Asimismo, la intervención directa debe tener claramente definidos sus objetivos y las intervenciones a realizar, sea de atención individual o grupal.

A continuación, se proponen una serie de metas que el centro de salud puede plantearse a corto, mediano o a largo plazo para abordar el tema de la violencia intrafamiliar.

A corto plazo

- Conocer las representaciones sociales de la comunidad en relación a la violencia intrafamiliar.
- Identificar informantes claves, para complementar y apoyar las acciones para el abordaje de la violencia y como insumo para convocarlos a la construcción de una red local.
- Documentar y desarrollar registros adecuados por sexo y edad sobre hechos de violencia.
- Desarrollar propuestas de acción intersectoriales coordinadas entre entidades involucradas en el problema y los recursos a nivel de la cooperación internacional.
- Desarrollar un proceso de sensibilización y capacitación en torno al problema mediante un plan estructurado que pueda ser dirigido a diferentes actores: líderes comunitarios, prestatarios(as) de servicios, etc.
- Conocer la Ruta Crítica que siguen las personas afectadas a nivel local en la búsqueda de ayuda y cuáles son las respuestas sociales encontradas.
- Desarrollar protocolos modelos por tipo de violencia y población afectada, a implementarse según los distintos tipos de servicios. Estos protocolos deben trabajarse en forma interdisciplinaria.
- Explorar y tomar en cuenta experiencias que ya existen en la comunidad sobre la problemática.
- Realizar experiencias de referencia a nivel local que aseguren la atención integral y eficaz de las víctimas y que puedan ser sistematizadas.

A mediano plazo

- Evaluar las experiencias en curso observando particularidades, vacíos y aportes.
- Desarrollar indicadores que permitan la evaluación de las intervenciones.
- Desarrollar acciones que permitan la intervención temprana y eficaz con las personas afectadas.
- Identificar los factores que favorecen el desarrollo de agresores sexuales juveniles.
- Desarrollar campañas de promoción de formas de convivencia no violentas y de concepciones no discriminatorias.
- Desarrollar normas y procedimientos estandarizados para la detección, registro y atención.
- Estimular la creación de una red local para coordinar las acciones entre los

diferentes actores sociales interesados en construir un modelo de atención integral.

A largo plazo

- Lograr estrategias estables para la atención integral de la violencia.
- Participar en la conformación de redes locales y regionales que permitan fomentar la movilización social en contra de la violencia.
- Intervenir en forma oportuna y eficaz para la disminución de los efectos de la violencia intrafamiliar.

Sintetizando:

Un abordaje integral permite no centrarse en la lesión o síntoma y la desaparición de éste sino en la indagación acerca de la problemática de la violencia intrafamiliar, su visibilización y las intervenciones oportunas, estimulando la creación de redes locales que permitan la contención de la comunidad.



Si en su CS ya está trabajando con algunas de las metas a corto plazo planteadas analice los resultados que están obteniendo. Si no lo están haciendo ¿cuáles de estas metas le parece más viable proponer para su realización en el corto plazo?

Una vez escogida una meta, utilizando elementos del Modulo 4: Herramientas para la Planificación y Programación Local, programe acciones, defina actores y destinatarios, delimite objetivos e identifique informantes claves.

7.1. Los Grupos de Autoayuda como estrategia terapéutica

Desde el CS una estrategia posible para colaborar en la prevención secundaria (atender las consecuencias de la violencia intrafamiliar y prevenir futuros episodios) es la creación de grupos de autoayuda.

Los grupos de autoayuda son encuentros grupales para personas afectadas por la violencia intrafamiliar donde, con la coordinación de un profesional del CS puede trabajarse desde la elaboración de las consecuencias traumáticas de la violencia intrafamiliar hasta estrategias de *salida* de la situación de maltrato, de protección de los hijos u otros miembros de la familia, de elusión de los episodios violentos, etc.

La coordinación de este tipo de grupos debe estar en manos de un coordinador/a entrenado/a en el manejo de grupos y, en especial, en el despliegue de sentimientos que se despiertan en un grupo de víctimas, así como en su contención.

Algunas de las ventajas de participar en este tipo de grupos para las mujeres es que brindan oportunidad de ayudarse entre sí, de darse cuenta de que no son las únicas que sufren violencia, de desarrollar lazos de solidaridad y ayuda y, además, construir conjuntamente estrategias que le sirven a los integrantes de ese grupo inserto en su particular comunidad.

8. Trayectorias de búsqueda de ayuda

La búsqueda de ayuda para resolver el problema de la violencia puede comenzar después de años de maltrato. Es frecuente que durante ese lapso la mujer intente algunas acciones para modificar la conducta de su pareja, pero la **trayectoria de búsqueda de ayuda** se pone en marcha verdaderamente cuando hay un incremento en la intensidad o un cambio en el tipo de violencia, junto con la posibilidad de apoyo por parte de algún conocido o pariente, que alienta a la mujer a denunciarla.

Se llama **ruta crítica** a la secuencia de decisiones tomadas -y acciones ejecutadas- por una mujer afectada para enfrentar la situación de violencia y las respuestas encontradas en su búsqueda de ayuda. La ruta crítica es un proceso interactivo donde confluyen los factores que la impulsan a buscar ayuda y las acciones emprendidas para este fin, así como por las respuestas de los prestatarios de servicios que -a su vez- vuelven a afectar los factores que impulsan a las mujeres a buscar ayuda.

Iniciar la ruta crítica es comenzar a *romper el silencio* asociado con la situación de violencia. Las mujeres inician su ruta crítica cuando deciden comunicar la situación de violencia en que están envueltas a una persona -o personas- fuera de su ámbito familiar o cotidiano inmediato y, puede considerarse siempre, un primer intento de mejorar su situación.

La ruta crítica rara vez es un proceso lineal, más bien describe la secuencia de los posibles múltiples itinerarios de búsqueda de ayuda seguidos a lo largo de una o varias relaciones violentas. Por lo tanto, una ruta crítica exitosa no es ni la aplicación de un plan preestablecido, ni una trayectoria óptima, ni un itinerario institucional compulsivo.

Se trata, más bien, de un **proceso de fortalecimiento de las mujeres y de apropiación de sus condiciones de vida**, en el que las instituciones debieran funcionar como instrumentos de apoyo, facilitación y garantía de sus derechos.

Como en los demás temas que involucran a la comunidad y sus situaciones de salud, la clave para la comprensión de los procesos de las mujeres está en permitirles **desenvolver su protagonismo y apoyarlas en su proceso de toma de decisiones**.

Muchas mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar desconocen tanto sus derechos como la existencia de servicios para ayudarles a salir de esas situaciones. A pesar de eso, la mayoría inicia procesos de búsqueda de ayuda, lo que demuestra que su capacidad para protegerse y para no aceptar la violencia como un destino ineludible no ha podido ser eliminada, ni siquiera ante la ausencia de respuestas sociales positivas.

Cuando se deciden a buscar ayuda, las mujeres combinan dos tipos de búsqueda:

- *informal* con las personas de su entorno social inmediato, que suelen acompañarlas a solicitar apoyo, y
- *formal* en diversas instancias de atención (servicios de salud, policía, juzgados, centros de atención a la víctima, etc.)

En el terreno de las ayudas *informales* existen las redes de mujeres (amigas, madres, hermanas, vecinas, etc.), que brindan apoyo espontáneo o más o menos sistematizado a otras mujeres.

Las mujeres maltratadas con frecuencia evitan acudir a los servicios de salud, ya sea porque no confían en los profesionales, o bien, porque no quieren ser señaladas por la comunidad. En otras ocasiones, no acuden porque sus parejas *no se lo permiten*, o bien, les exigen ser acompañadas por ellos u otros familiares.

Cuando no tienen otra opción, las mujeres ocultan las verdaderas causas de las lesiones que presentan. Pero es posible detectar casos de maltrato de manera indirecta, cuando las mujeres consultan por otros padecimientos (propios o de sus hijos), que pueden interpretarse como secuelas de la violencia vivida en el hogar.

La violencia psicológica, menos visible en lo inmediato que las lesiones -pero no menos dañina-, suele manifestarse con signos como ansiedad, dificultad para respirar o para dormir, depresión o descuido de sí mismas y de los hijos.

En el terreno de las ayudas *formales* las mujeres pueden acudir al Centro de Salud o a los Centros de Atención a la Víctima, conectarse con Redes de Ayuda que funcionen en la comunidad o hacer la denuncia.

A continuación abordaremos la posibilidad de desarrollar un Plan de Seguridad con

la colaboración del CS y de ampararse en la Ley 24.417 (Ley Nacional de Protección contra la Violencia Familiar)

8.1. Plan de Seguridad

Cuando la mujer le cuenta a algún integrante del equipo de salud que está siendo agredida por su compañero o que sus niños son maltratados, hay que tener en cuenta que es probable que no regrese nuevamente a la consulta, por miedo o por vergüenza, de modo que hay que aprovechar la oportunidad para construir con ella un vínculo de confianza y planear alternativas para aminorar los efectos de posibles nuevos episodios de maltrato, o aún, caminos de *huída*.

El **plan de seguridad** es una manera de preparar a la mujer y disminuir el riesgo que existe dentro de una relación violenta. Además le sirve para conocer alternativas para solucionar su problema y para saber qué hacer en caso de emergencia.

Tener armado un plan, también ayuda a evitar o disminuir los efectos de la violencia, aunque decida seguir en la casa.

Corresponde ayudarla a elaborar estas alternativas por si el momento llega y si hay oportunidad hay que revisar con ella este plan en cada una de las consultas de seguimiento establecidas.

Es recomendable proponer a la mujer que elija un momento de *relativa tranquilidad*, que no dé lugar a sospechas y *establecer lugares a los que puede acudir*. Es importante que *no divulgue donde se va a alojar*, así como que -una vez que se fue- *no frecuente los lugares donde pueda encontrarse con el agresor*.

Hasta que decida cuando va a marcharse y ante la posibilidad de tener que hacerlo de manera precipitada (por riesgo para su vida o la de sus hijos), es bueno ayudar a la mujer a preparar una lista de personas amigas con teléfonos y direcciones a los que pueda recurrir, que también contenga el teléfono del CS y/o de su médico.

A continuación citamos a modo de ejemplo un extracto del folleto *Un Plan de Seguridad para la mujer maltratada*:²³

Algunas medidas que debe tomar son las siguientes:

Memorice o haga una lista con los números de teléfono de sus amigas, familiares, compañeros de trabajo o de alguna organización o servicio local donde le puedan ayudar.

23. Creado por la Alianza Latina Nacional para erradicar la Violencia Doméstica. Se puede consultar en www.dalianza.org para mayor información.

Prepare una maleta con ropa, documentos importantes y cosas que usted y sus niños/as puedan necesitar. Déjelos con alguien de confianza, como una vecina, un familiar o una amiga. Si los niños/as todavía son pequeños no se olvide de incluir juguetes.

Hable sobre su plan de seguridad con sus niños/as. Deben tener una señal que solamente ustedes conozcan y que al dar la señal, ellos entiendan que significa que tienen que salir de la casa **RÁPIDAMENTE**, que llamen a la policía o que le pidan a algún vecino que llame a la policía.

Puede pedir a un vecino de confianza que cuando ellos vean o escuchen la señal que llamen a la policía. Por ejemplo: prender y apagar una luz varias veces o cuando usted diga una palabra específica en voz alta, etc.

Guarde copias de documentos importantes que pueda necesitar. Estos se deberán guardar en otro lugar seguro que no sea su casa (...)

Otros objetos que debe guardar:

- Dinero para hacer llamadas telefónicas, para moverse con facilidad y para satisfacer otras necesidades propias y de sus hijos
- Medicinas y recetas médicas
- Llaves
- Una lista de números de teléfono importantes (...)

8.2. Amparo en la Ley Nacional de Protección contra la Violencia Familiar

Como ya se dijo la Ley 24.417 (Ley Nacional de Protección contra la Violencia Familiar) y su decreto reglamentario permiten:

- Considerar como grupo familiar a las uniones de hecho.
- **Admiten la denuncia en forma escrita u oral y no requiere patrocinio letrado para la radicación de la misma.**
- Brindan la posibilidad de solicitar conjuntamente con la denuncia la adopción de medidas preventivas en relación de la cuota alimentaria y régimen de visitas, exclusión del golpeador del hogar o prohibición de acceso al domicilio de la víctima o su lugar de trabajo.

- Plantean la obligación de los profesionales de la salud y de los servicios asistenciales, sociales y educativos, de denunciar los hechos de violencia que conocieran en relación de su labor, en los casos de menores, incapaces, ancianos y discapacitados.
- Cuentan con un registro de denuncias centralizado.

Actividad de integración

Con lo trabajado hasta aquí, le proponemos que reflexione sobre algunas opiniones expresadas por profesionales de la salud:

"La demanda es muy alta, no hay tiempo para hablar con las pacientes, en el diagnóstico sólo se mira el problema médico."

"Nuestro objetivo es descartar el trauma físico; una vez que está descartado, le damos de alta."

"Con un familiar se verifica la violación, no nos interesa quién fue, cómo fue, dónde fue, porque eso no nos incumbe a nosotros... Eso ya es un problema legal."

"No se realiza ningún tipo de indagatoria. No hay tiempo para detectar o practicar exámenes especiales a las que reportan maltrato. No es ni parecido el seguimiento que se le da a una mujer con cáncer, con el que se le da a una víctima de violencia."

"La mayoría nos dedicamos solamente a lo curativo... Pero, sí algunos profesionales preguntamos por qué, cómo le pasó, desde cuándo le ocurre, qué ha hecho para solucionarlo y le damos consejos."

"El personal no pregunta y no tiene el entrenamiento para detectar, tampoco considera que sea parte de su trabajo, evitan implicarse en casos de violencia intrafamiliar por temor a ser llamados a procesos judiciales".

"Cuando el caso no es grave y no es referido a un juzgado, ni siquiera se registra".

A partir de su experiencia:

- ¿Cree usted que estas opiniones del equipo de salud pueden funcionar como obstáculos para la consulta cuando un integrante de la comunidad vive en una situación de riesgo?



- ¿Qué acciones es posible encarar para que estas situaciones no funcionen como barreras a la hora de la detección y abordaje de los casos de violencia?

Comente sus conclusiones con sus compañeros del Posgrado y llévelas a la siguiente reunión con el tutor.



Unidad 3



La problemática
de la Discapacidad

Introducción

A lo largo del tiempo han surgido diferentes modelos explicativos del concepto de **discapacidad**. Estos ejercieron una notable influencia en las acciones de la política sanitaria y social desarrolladas. Ha sido de especial interés el condicionamiento que ejercieron estos *modelos explicativos* en los modos de comprender y clasificar a la discapacidad y en las respuestas que las instituciones y, en última instancia, las sociedades han brindado a la temática.

La discapacidad ha sido abordada desde diferentes modelos de atención: el *Modelo Médico-Biológico*, el *Modelo Social*, el *Modelo Político Activista* o *Modelo de las Minorías Colonizadas*, etc. Todos ellos han pretendido explicar el **fenómeno de la discapacidad** desde ópticas diferentes.

La revisión de modelos conceptuales diferentes -y en gran medida contrapuestos y enfrentados-, ha posibilitado la consecución de diversos logros en el desarrollo de políticas y acciones en esta área. Aún así, ninguno de los modelos descritos resuelve por sí solo toda la problemática inherente a una realidad compleja, como lo es la discapacidad.

Por ello, este material no intenta presentar en forma concluyente una visión o conceptualización acerca de la discapacidad y el modo en que la misma debe ser abordada por el sistema sanitario y la sociedad toda, sino que pretende sensibilizar y comunicar conocimientos básicos sobre la discapacidad y promover la reflexión en torno a los diferentes modos en que el equipo de salud del primer nivel de atención puede abordar esta problemática en su contexto inmediato.

Para ello, le proponemos trabajar la problemática de la discapacidad a través de los siguientes núcleos problemáticos:

¿Qué se entiende actualmente por discapacidad?

¿Es la discapacidad un concepto uniforme?

¿Qué es y cómo funciona el sistema de protección de los derechos de las personas con discapacidad?

¿En qué consiste la promoción y prevención de la discapacidad en el primer nivel de atención?

¿Cuál es el papel del equipo de profesionales del Centro de Salud en la rehabilitación de la persona con discapacidad?

Al finalizar esta unidad Ud. estará en condiciones de:

- Utilizar una conceptualización sobre discapacidad que le permita analizar la situación de salud de diferentes integrantes de la comunidad.
- Identificar en su área programática personas que presenten alguna discapacidad.
- Valorar la utilidad del análisis de datos para analizar la prevalencia de diferentes tipos de discapacidad en su área programática.
- Tomar conciencia de la importancia de realizar controles periódicos de salud a los integrantes de la comunidad que presentan alguna discapacidad.
- Asesorar adecuadamente desde el Centro de Salud acerca de la utilización del Sistema Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad.
- Planificar y programar acciones de promoción, prevención y rehabilitación de la discapacidad en su área programática.
- Promover acciones de Rehabilitación Basada en la Comunidad en el área programática de su Centro de Salud.
- Valorar estos conocimientos como herramientas para la contención de y desde el equipo de salud en el primer nivel de atención.

Actividad Inicial



Antes de abordar la problemática de la discapacidad le proponemos relevar los significados que el término adopta para Ud. hasta ahora.

Le sugerimos que revise los sentidos a los que remite para Ud. el término **discapacidad** y cite algunos ejemplos. Además, le solicitamos que identifique entre los integrantes del área programática de su Centro de Salud, personas con diferentes discapacidades, explicando cuáles son -a su juicio- las mismas.

	Discapacidad
Definición	
Ejemplos	
Casos identificados en su área programática	

Una vez armadas las definiciones y los ejemplos compártalos y compárelos con los de los demás compañeros del Posgrado.

Las definiciones y ejemplos que han formulado, ¿se parecen?, ¿las personas con discapacidad identificadas en el área programática del CS presentan discapacidades similares o diferentes?, ¿en qué se parecen o en qué se diferencian?

Le recomendamos conservar estas primeras definiciones y ejemplos junto a las reflexiones realizadas a su alrededor. Serán útiles como material para analizar a partir de los conceptos que se desarrollan a continuación y construir miradas enriquecidas.

1. La problemática de la discapacidad¹

El conjunto de los modelos explicativos que se desarrollaron a lo largo del tiempo permite utilizar hoy una visión integrada, como la propuesta por el **modelo biopsicosocial**, que intenta explicar la discapacidad como un fenómeno **multidimensional** y establecer un lazo entre los distintos niveles que la sustentan (biológico, personal y social).

El modelo biopsicosocial fue aplicado a la nueva *Clasificación Internacional de Discapacidades de la Organización Mundial de la Salud (OMS)*, basada en un arduo trabajo de revisión de modelos y clasificaciones anteriores.

La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) elaborada en los años `70, antecedente de la nueva clasificación, fue publicada en el año 1980 por la OMS como instrumento para la clasificación de las consecuencias de las enfermedades, los traumatismos y otros trastornos y sus repercusiones en la vida del individuo. La versión en español fue publicada en 1983.

Posteriormente, se advirtió con preocupación el hecho de que la CIDDM no definía con suficiente claridad el papel desempeñado por *el entorno social y ambiental* en el proceso discapacitante, realizando un análisis lineal y demasiado simplista de la discapacidad.

1. Texto basado en el "Programa Docente". Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Rehabilitación, España, 2002.

Luego de varias revisiones, que comenzaron en 1993, se presentó la versión final en la 54ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2001, aprobándose la nueva clasificación bajo la denominación de *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*, en la resolución WHA 54.21 de mayo del 2001, que reemplaza a la CIDDM e integra los dos modelos contrapuestos (modelo médico y social) para poder describir **el proceso de funcionamiento / discapacidad**.



La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) tiene como principal objetivo brindar un lenguaje internacionalmente unificado y estandarizado y un marco conceptual para la descripción de la discapacidad. Define tanto componentes de la *salud* como *relacionados con la salud* y el *bienestar* (tales como educación y trabajo).

Dentro de la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)* se encuentra el concepto de **funcionamiento-discapacidad**, que hace referencia a las **funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación** del individuo.

El **funcionamiento** indica los **aspectos positivos** de la interacción del individuo con la **condición de salud** y los **factores contextuales** (factores ambientales y personales).

La **discapacidad** incluye deficiencias en las funciones corporales y en las estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, indicando los **aspectos negativos** de la interacción entre la **condición de salud** y los **factores contextuales**.

La *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)* nos habla del funcionamiento-discapacidad de un individuo, utilizando un lenguaje estandarizado y unificado, que posibilita la comunicación sobre la salud y la atención sanitaria entre diferentes disciplinas y ciencias en todo el mundo. Para conocer la etiología de la enfermedad utiliza, complementariamente, otro clasificador de la OMS como la CIE-10.

De este modo, la CIE-10 proporciona un *diagnóstico* de enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud (etiología de la enfermedad), cuya información es enriquecida por la que brinda la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)* sobre el funcionamiento-discapacidad.

1.1. Estructura de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)

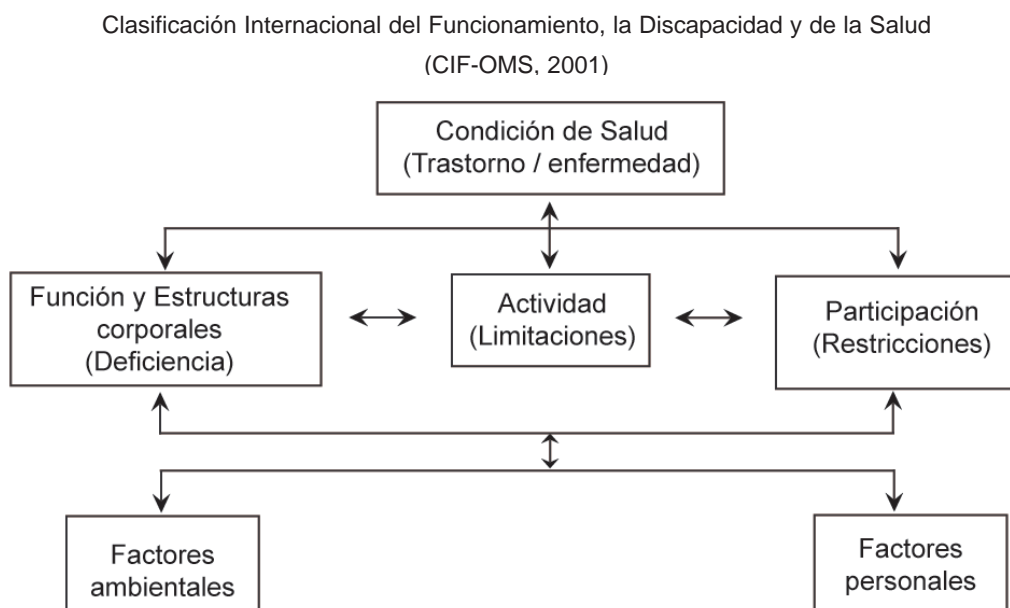
La *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF) abarca todos los aspectos de la *salud*, y algunos componentes del *bienestar* relevantes y los describe en términos de **dominios de salud** y **dominios relacionados con la salud**. Por ejemplo:

- **dominios/campos de la salud:** incluyen visión, audición, movilidad, etc.;
- **dominios/campos relacionados con la salud:** incluyen aspectos relacionados con el transporte, la educación y las interacciones sociales, etc.

De esta manera, la clasificación mantiene un concepto amplio de la salud, pero no abarca circunstancias originadas por factores socioeconómicos, para no desviarse de su objetivo de aplicabilidad universal y transcultural.

La *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF) entiende la interrelación entre los distintos elementos que dan por resultado determinado estado o condición de salud. De este modo, la discapacidad surge de la interacción entre las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones para la realización de ciertas actividades y las restricciones para la participación, siempre atravesadas por factores personales y factores ambientales.

El gráfico siguiente representa esta conceptualización ² :



2. Fuente: CIF.

Esto significa, que **no hay dos estados de salud iguales**, ya que el peso relativo de los factores personales y ambientales necesariamente varía de una persona a otra.

Existe un prejuicio respecto a que la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF) versa únicamente sobre personas con discapacidad. Sin embargo, abre una posibilidad de análisis que es válida para todos los miembros de una sociedad. De esta manera, la *salud* y los *estados relacionados con la salud*, asociados con cualquier condición de la misma, se pueden describir utilizando esta clasificación. Si bien ésta utiliza como unidad de estudio a las personas, no clasifica a las mismas, sino que permite describir los **estados de salud** en que se encuentran las mismas.

En la mirada de la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF) las limitaciones y restricciones no parten sólo del individuo sino también de su interrelación con el entorno. Esta clasificación intenta un modelo conceptual dinámico y no lineal de la persona con discapacidad, a través de la interacción entre los componentes contemplados, utilizando como unidad de análisis los estados de salud y no a la persona.

Así, construye conceptos flexibles que permiten captar un fenómeno multifacético de acuerdo a su desarrollo en la realidad.



Los siguientes son algunos ejemplos de **estados de salud** que podemos describir a partir de la CIF:

- *Tener deficiencias sin tener limitaciones en la capacidad.*

Por ejemplo: una desfiguración, como consecuencia de la lepra puede no tener efecto en la capacidad de la persona.

- *Tener limitaciones en la capacidad y problemas de desempeño/realización sin deficiencias evidentes.*

Por ejemplo: reducción en el desempeño/realización de las actividades diarias que se puede asociar a patología o a otras situaciones problemáticas.

- *Tener problemas de desempeño/realización sin deficiencias o limitaciones en la capacidad.*

Por ejemplo: una persona VIH positiva o un antiguo paciente recuperado de una enfermedad mental que se enfrentan a la estigmatización o la discriminación en las relaciones interpersonales o el trabajo.

Utilizando este modelo de caracterización que promueve la CIF, mencione tres ejemplos de estados de salud o estados relacionados con la salud que haya

identificado en la comunidad de su área programática:

Ejemplo 1	
Ejemplo 2	
Ejemplo 3	

Una vez planteados los ejemplos compártalos con los de los demás compañeros del Posgrado y analicen:

- ¿Cómo es la caracterización que propone la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF) acerca de la discapacidad respecto de la definición que cada uno de Uds. construyó en la actividad inicial?
- ¿Esta clasificación les permite identificar como discapacidad casos que no hubieran estado comprendidos en la definición de discapacidad que construyeron Ud. y sus compañeros del Posgrado?, ¿por ejemplo?, ¿los casos que incluyó en la actividad inicial quedan comprendidos en esta clasificación?
- ¿Qué beneficios y consecuencias tiene para Ud. la mayor amplitud o restricción de la definición de discapacidad para la tarea del equipo de profesionales del Centro de Salud?

Les sugerimos llevar estas reflexiones a la siguiente reunión con el tutor.

1.2. Representaciones acerca de la discapacidad

La discapacidad pone a los profesionales -y a los seres humanos en general- frente a aspectos que muchas veces no se quieren o no se pueden *mirar* o *ver*. Y ello, porque lo que se hace difícil es comprender, a primera vista, que la discapacidad es sólo **un atributo más del ser humano**.

Al respecto dice S. Coriat³ aludiendo al modo en que la *discapacidad* se construye por comparación con la *normalidad*:

(...) La normalidad se relaciona con cierta lógica previsible, pero en tanto son las normas las que le confieren sus contenidos, la normalidad (y lo que de ella

3. Extracto de la ponencia de S. Coriat "La construcción social de la normalidad: debates y perspectivas". III Jornadas Nacionales de Universidad y Discapacidad. Paraná, Entre Ríos 15, 16 y 17 de Julio de 2004.

se aparta) se vincula también con juicios de valor, con valores éticos. La normalidad y la ética desde la cual ésta es construida, están determinadas por el punto de vista con el que se identifica el observador.

Procuraremos desmontar una construcción social, poniendo al descubierto los límites de ciertos contenidos y sistemas de pensamiento asumidos y naturalizados en nuestra formación.

El principio que rige nuestro abordaje de los derechos de las personas con discapacidad es aceptar a dichas personas tal cual son. Y para ello, escucharlas, interiorizarnos de su lógica, tanto aquella lógica compartida en la problemática de su integración social, como aquellas lógicas determinadas por las diferentes maneras en que cada persona con discapacidad interactúa, desde sus propios atributos, con su medio físico y social.

Escucharlas es, también, aceptar y alentar su protagonismo en las cuestiones que las involucran, admitir que hay un gran vacío respecto de esta problemática en el mundo profesional, y reconocer que las mismas personas con discapacidad han sido pioneras en el surgimiento de esta disciplina. (...)

Específicamente desde niveles académicos, respecto de la etiología de actitudes marginatorias o discriminatorias en el campo de la salud y del diseño del hábitat (ciudades, edificios, instalaciones, utensilios) planteamos el siguiente interrogante:

¿Para qué noción de ser humano diseñamos, enseñamos, curamos? ¿A qué noción de ser humano respondemos nosotros mismos? ¿A la del individuo standard, considerado "normal"? ¿O a esa categoría de ser humano que nace bebé, crece, le pasan cosas, envejece y muere, y tiene períodos de menor y mayor vulnerabilidad?

Nos asumimos como pertenecientes a esta segunda categoría. Sin embargo reconocemos (...) factores que actúan como obstáculos para asumirla:

Un primer obstáculo: La importancia asignada a los *parámetros de normalidad* y a la medición de los grados de aproximación a ella que tienen los individuos: la construcción de parámetros de normalidad, paradójicamente, a la vez que procura profundizar en el conocimiento humano, refuerza la exclusión e *impide acceder en profundidad a cada individuo real. Es una exclusión estructural, con consecuencias no sólo en la vida de las personas, sino también en los grupos a los que éstas pertenecen y en las instituciones y organismos que determinan las condiciones del entorno físico y social.*

El obstáculo se manifiesta en una lógica subyacente por la cual *aquello que escapa a los parámetros de normalidad, el rasgo diferencial -objeto de interés*

en el trabajo analítico- predomina por sobre lo que identificaría a la totalidad, a la persona misma, o de manera más abarcante, lo que identificaría al individuo en su red social: el estigma de lo atípico impide abordar la secuela discapacitante como un atributo más, en el comportamiento de la persona. El estigma de lo atípico hace obstáculo en el trabajo del profesional (...).

Las personas con discapacidad, desde sus particulares maneras de manifestarse son, de hecho, transgresoras de los comportamientos establecidos, evidenciando, desde su presencia y vida ciudadana, los graves desajustes entre sus necesidades y la ciudad y sociedad que se les oferta.

Otro autor, D. Casado⁴ cita diferentes fuentes que alimentan las representaciones sociales a la hora de construir una imagen de la discapacidad y los discapacitados. Algunas de sus ideas son:

(...) nuestra percepción de los fenómenos relativos a la discapacidad viene mediatizada por representaciones de la misma. Incluso cuando observamos directamente los hechos materiales y objetivos a los que denominamos discapacidades, nuestra mente los recibe configurados por ideas previas, apropiadas o no. La gente común, por ejemplo, suele estar muy impregnada de la imagen de las personas discapacitadas en circunstancias de menesterosidad económica y social (...). Los profesionales tienden a verlas como sujetos pasivos: enfermos -pacientes-, educandos y rehabilitandos heteroconducidos. La mediatización de los preconceptos y prejuicios ocurre en cualquier parcela de lo dado y/o creado, desde luego; pero en el caso de la discapacidad el fenómeno cobra una especial significación (...). Por otra parte, la discapacidad produce inquietud en el espíritu del hombre, lo que, como es sabido, turba el conocimiento.

La complejidad y las interferencias emocionales hacen particularmente ilusorio pretender abordar directamente el área de la discapacidad; es camino más prudente el que comienza por una reflexión crítica sobre las ideas que mediatizan nuestra relación mental con ella. (...) Sería faena casi infinita rastrear todas y cada una de las líneas por las que afluyen a nuestro espíritu representaciones relativas a las discapacidades, incluyendo -no debo demorar más la aclaración- las reacciones ante las mismas (...).

4. CASADO, D.: Ante la discapacidad. Ed. Lumen. Buenos Aires, 1995.

EL COLOR DEL CRISTAL DE LA CULTURA POPULAR

(...) agrupo en esta primera gran vía de entrada al conocimiento del área que nos ocupa las líneas de la socialización básica y las de la expresión escrita de gran consumo. (...)

(...) debo comenzar señalando la muy general propensión a sustituir la identidad de las personas afectadas de discapacidades por sus propias deficiencias. La circunstancia adjetiva de la ceguera se sustantiva, y construimos ciegos. Lo mismo cabe decir de la sordera, la deficiencia mental o cualquier clase de limitación física. Esto ocurre incluso cuando los interesados no se han ligado ni expresado corporativamente, de modo que debe de tratarse de una tendencia cultural autónoma. (...)

El estereotipo sustituye a la personas. No somos capaces de verlas porque se interpone una imagen preconstruida. En cuanto a los interesados, el camuflaje de las identidades personales por los estereotipos colectivos, incluso en el caso de que sean positivos, es un hecho obviamente problemático. La identidad es el bien más íntimo y radical de cualquier persona, de modo que su disolución en una construcción colectiva amenaza a su propia esencia (...).

EL CUERPO EXTRAÑO

Un segundo gran bloque de medios para el conocimiento social del área de la discapacidad está formado por las actuaciones científico-técnicas de carácter informativo: diagnósticos, clasificaciones, evaluaciones. Mediante ellas se procura y se consigue iluminar el objeto de nuestro interés, pero ya se sabe que en el mundo material no hay luz sin sombras (...). A mi parecer, el más grave achaque de la comunicación social del conocimiento científico-técnico es la despersonalización (...).

Se ha dicho que el etiquetaje, la asignación de calificaciones diagnósticas impacta negativamente en el autoconcepto del individuo. Es cierto que tales calificaciones no suelen pasar de ser indicaciones de circunstancias adjetivas, pero fácilmente pasan a ser asumidas por el afectado como condiciones sustantivas. Los usos sociales y profesionales, por lo demás, lo propician: muy frecuentemente hablamos de los discapacitados sustituyendo su identidad personal por su común afección. No será necesario ponderar la gravedad de tal hecho, en cuanto que atañe a la conciencia de identidad. Pero, además, la asunción de un estigma puede propiciar una conducta autolesiva y/o asocial (...)

Las etiquetas influyen también en el concepto ajeno, solidificándolo. Ello constituye una obvia barrera, tanto para el desarrollo del diagnosticado como para su aprovechamiento social, si se me permite la expresión. Existe una larga tradición de calificaciones orientadas a legitimar el control y la exclusión de

disidentes o diferentes, pero no sólo en estos casos se produce el efecto de obstaculización apuntado. También cuando se asignan categorías diagnósticas con fines de tratamiento rehabilitador, educación o asistencia, se suele generar un efecto bloqueante. Ocurre que, asociadamente a tal acto, se favorece y, a veces, determina la asignación de relaciones, derechos, deberes y expectativas limitadas. De ello se sigue una mengua de estímulos y de apoyos al desarrollo personal, con lo que la acción diagnóstica, en lugar de ser un medio de superación de la circunstancia diagnosticada, se convierte en un lastre de la misma. Ello ocurre, tanto por la vía de las prácticas restrictivas de profesionales, familiares, etc., como por la del condicionamiento de expectativas del etiquetado. (...)

Este modo social de asignar significados a la discapacidad se plasma muchas veces en situaciones que pueden ser consideradas desde la óptica de la discriminación y/o la desigualdad de derechos.

El siguiente extracto de una ponencia de E. Joly⁵ aborda algunos de estos aspectos:

DISCAPACIDAD, SALUD Y EXPLOTACIÓN: UNA CONSTRUCCIÓN SOCIAL

La discapacidad es una construcción social. Quiero decir, **es algo que se construye a diario en las relaciones sociales entre las personas, entre los grupos sociales, en el tejido social.** Se construye en las decisiones que tomamos, en las actitudes que asumimos, en la manera que construimos y estructuramos el entorno físico, social, cultural e ideológico en el que nos desenvolvemos.

Suelo decir que - como atributo "personal" - tengo una seria limitación para deambular como el común de los mortales. Para trasladarme preciso de una silla de ruedas, pero además, preciso veredas en buen estado, rampas con pendiente suave, y ascensores u otros medios para desniveles importantes. Caso contrario, no puedo trasladarme con seguridad, es decir, con la seguridad de llegar a destino y de llegar sin lesionarme aún más de lo que estoy.

Por una parte, está mi limitación física, la observable en mi cuerpo o en mi

5. JOLY, E.: "Discapacidad, salud y explotación: una construcción social". Intervención presentada en el Encuentro Nacional de Discapacidad y Enfermos Crónicos - II Foro Social de Salud. Buenos Aires, 8 de Noviembre de 2003. Facultad de Medicina. UBA. E. Joly es integrante de REDI - Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad. Si se desea consultar la ponencia completa se debe solicitar a ejoly@rumbos.org.ar

andar, y por otra, los obstáculos que me impone el entorno físico construido según convenciones sociales. Y es justamente ahí donde se me hace presente a mí y a ustedes la discapacidad: en aquello a lo que no puedo acceder, de lo que quedo excluido, y no por decisión propia ni por acción conciente de nadie en particular, sino por el peso de lo ideológicamente establecido y plasmado en la manera de diseñar y construir el espacio.

La discapacidad, que aparece como atributo personal, se materializa -en mi caso- en la vereda, en la escalera, en la ausencia o el mal diseño de pasamanos, rampas y ascensores, y en la ausencia de transporte público accesible, y se expresa socialmente en mi ausencia de múltiples ámbitos que no podemos compartir. Si fuera sordo o ciego, o tuviera una discapacidad mental, se materializaría de otras maneras.

Agregaría, que como construcción social, **la discapacidad va más allá de la presencia o ausencia de un condicionamiento biológico o de lo que suele denominarse una deficiencia. La discapacidad tiene mucho más que ver con la clase social a la cual se pertenece.** De hecho, hay determinadas discapacidades que son más frecuentes en clases sociales más bajas, con evolución e implicancias aún más serias.

Me refiero a las discapacidades mentales que comprometen la capacidad cognitiva de la persona y que en gran medida son producto de la desnutrición fetal y la malnutrición infantil, asociadas a los crecientes niveles de pobreza en nuestra sociedad, y que se potencian con los cada vez más bajos niveles de escolaridad.

También me refiero a las discapacidades motrices y viscerales, producto de enfermedades o de accidentes ocupacionales o de tránsito o de la contaminación del medio ambiente -tan notables en esta época de flexibilización laboral- (...).

Estos factores políticos, sociales y económicos van configurando una realidad discapacitante más allá de que se hagan o no presentes condicionamientos netamente biológicos. En este sentido, la discapacidad también se hereda. No como herencia biológica, sino como herencia social.

Ahora, ésta construcción social, que he ejemplificado en el campo del quehacer urbano y arquitectónico así como en el de las políticas sociales, se manifiesta en todos los quehaceres.

Quisiera explicitar algunos.

Por ejemplo, es muy frecuente escuchar a **profesionales de la salud** expresar su resistencia a tratar a personas con discapacidad o a considerar que los esfuerzos

en este campo suelen ser estériles o frustrantes, ya que los casos son de "mal pronóstico".

Quienes se resisten a tratarlos, aducen que "no saben qué hacer" ante estos casos. Por dar un ejemplo, llega un paciente con estado febril al médico clínico o al pediatra que lo deriva a un neurólogo, para investigar si la fiebre tiene algún origen vinculado a la discapacidad, sin siquiera preguntarse si este estado febril no es sino uno más del montón de estados gripales que viene atendiendo. **La discapacidad se le presenta al profesional como atributo determinante de todo lo que pueda acontecerle a la persona** y por ende requiere de un profesional especializado, y si se especializa en pacientes con discapacidad, mejor. Aquí, el médico clínico o pediatra revela un prejuicio social y culturalmente generalizado -y por cierto inconsciente- de que la discapacidad constituye una entidad absolutamente diferenciada de lo habitual, de lo normal.

Además, prevalece la noción de que la persona con discapacidad tiene limitadas perspectivas y que su existencia seguramente será vegetativa, improductiva, marcada por una letanía de secuelas que configuran una existencia de dependencia médica, psicológica, familiar y social. Un pronóstico poco alentador, sino demoledor. Aquí, el criterio médico -plasmado en un diagnóstico y pronóstico presuntivo- delimita lo posible, predispone al paciente y a sus familiares, y orienta el accionar terapéutico. **A los médicos, formados para curar, la discapacidad los frustra y desarma.**

Hay también jurados que otorgan títulos o habilitaciones y que siguen negándose a diplomar a profesionales con discapacidad. Incluso, en muchas casas de estudio, hay autoridades y docentes que desalientan que personas con discapacidad cursen en sus facultades o en sus cátedras. **Es como si la discapacidad fuera incompatible con el ejercicio profesional, con poder formarse y convertirse en un ser humano capaz, potente, productivo. Y esta actitud se generaliza hacia todo intento de persona con discapacidad de desarrollar cualquier tipo de actividad productiva.**

Pareciera que las personas con discapacidad no reunieran las condiciones esperables para insertarse en el proceso de producción y distribución de bienes y servicios, en el proceso de producción de valor (económico fundamentalmente) y de realización de valor (en el intercambio). (...)



Puede consultar otros textos acerca de las miradas que la comunidad dirige a la discapacidad en el Anexo 1 de esta Unidad.

- ¿Qué reflexiones acerca de la discapacidad como construcción social le suscita el texto de E. Joly?
- Le sugerimos que revise las condiciones del espacio, el transporte y el trabajo en su área programática que representan barreras para el desarrollo de las potencialidades de personas con alguna discapacidad. ¿Existen -en ese sentido- situaciones de discriminación?
- ¿Qué características tiene en su área programática la discapacidad como construcción social?

Le recomendamos que comparta sus reflexiones con los demás compañeros del Posgrado y lleven sus reflexiones a la siguiente reunión con el tutor.

2. Caracterización de la población con discapacidad

La caracterización de la población con discapacidad, como de cualquier otro grupo poblacional, es el punto de partida para conocer el escenario de las posibles acciones de promoción de la salud y rehabilitación de las personas con discapacidad, a desarrollar desde el Centro de Salud y otras organizaciones de la comunidad. Dicha caracterización debe contemplar al menos:

- Tipos de discapacidad.
- Edad de las personas con discapacidad.
- Causas de la discapacidad.
- Edad en la que se adquirió la primera discapacidad.
- Composición de los hogares con al menos una persona con discapacidad.

De la relación entre dichos indicadores se podrá identificar a los **grupos vulnerables**, y a partir de allí comenzar con la planificación de las acciones de promoción y rehabilitación correspondientes.

El único instrumento de medición válido con el que cuenta el país para realizar la

caracterización de la población con discapacidad a nivel nacional, es la *Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDI)* complementaria al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2001⁶.

La ENDI arrojó una prevalencia de la población con discapacidad sobre población total del 7.1 % (2.176.123 personas con discapacidad).

La población con discapacidad de la Argentina posee una mayoría de adultos mayores (40% del total tiene 65 años y más), teniendo dicha población una participación preponderante de las mujeres (62%). Este dato no es menor, ya que si evaluamos la participación de las mujeres en el total de la población con discapacidad según la edad podemos encontrar que:

- en el grupo de 0 a 4 años representan el 44.6 %
- en el grupo de 80 años y más representan el 70.2 %

El proceso de envejecimiento demográfico que ha vivido Argentina desde la última mitad del siglo pasado, que impacta sobre la composición de la pirámide poblacional con un desvío de género, pone de manifiesto la especial atención que se debe tener respecto a la prevención en las mujeres, especialmente las que viven en hogares unipersonales. Los datos estadísticos muestran una realidad particular dentro del total de la población con discapacidad: la *feminización de la población con discapacidad adulta mayor*.

Este análisis podrá profundizarse a partir de la inclusión de nuevas variables. Si bien toda la población con discapacidad es un grupo vulnerable, ejemplificaremos realizando un **análisis sobre este grupo**, para obtener un **modelo para estudiar** la totalidad del colectivo.

Avanzaremos, entonces, con la identificación de los tipos de discapacidad, a fin de poder discernir el tipo de acciones que se deben poner en marcha desde el centro comunitario de salud.

Los tipos de discapacidades prevalentes en el *total de la población con discapacidad* son: motora (39.5%), visual (22%), auditiva (18%), mental (15.1%), del habla (3.8%) y otras discapacidades (1.65%).



La prevalencia es igual a la Población con Discapacidad / Población Total x 100.

6. La Población con Discapacidad en la Argentina. Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Buenos Aires. (2005). La ENDI, relevada entre noviembre de 2002 y abril de 2003, es una muestra de alrededor de 67.000 hogares urbanos de todo el país. El universo de la misma es la población residente en localidades de al menos 5.000 habitantes, que representa el 96% de la población urbana del país y el 84% de la población total. Esta encuesta representa la voluntad del país, de reconocer la importancia de relevar información sobre un grupo poblacional, al que se debe conocer con la finalidad de satisfacer sus necesidades.

En el gráfico siguiente se puede observar la distribución según tipos de discapacidad para la *población de 65 años y más*:

Total del país: Porcentaje de Población con discapacidad de 65 años y más.

Según tipo de discapacidad

Año 2002-2003

De acuerdo a la tipificación que presenta la ENDI en la encuesta, se encuentra en este grupo etáreo una discriminación más específica dentro de la discapacidad. Las prevalencias son: motora inferior (30.7%), dificultad para ver (21.4%) y dificultad para oír (20.4%). Sin embargo, si sumamos todas las subcategorías de la discapacidad motora, ésta alcanza el 46.3% en este grupo etáreo (65 años y más) a diferencia del 39.5% que suma en la población total con discapacidad.

La identificación de las principales causas de adquisición de la discapacidad permite analizar el fenómeno complejo de la misma, facilitando encontrar los lineamientos básicos necesarios para construir acciones coordinadas en prevención de acuerdo a grupos vulnerables. En el análisis detallado de todos los grupos de edades se podrá observar cómo *las prevalencias de determinados tipos de discapacidad están relacionadas directamente con las causas de la misma*.

Además, sabemos que el 64% de la población con discapacidad de 65 años y más la ha adquirido por una enfermedad, el 19.6% por causas no registradas, el 8.6% por accidentes (deportivos, laborales, domésticos o tránsito) y el 7.7% por más de una causa.

Siguiendo con el análisis y relacionando los tipos de discapacidad con la causa y la edad, en nuestro país se conoce que del total de las personas con discapacidad, una cuarta parte la ha adquirido antes de los 4 años (24,7%) y a medida que aumenta la edad de las personas, aumenta la edad de origen de la primera discapacidad. Según la

OMS⁷ estos índices se producen especialmente cuando la atención materno-infantil y de los adultos mayores ha presentado históricamente resultados deficientes, configurándose de este modo los dos extremos de la pirámide poblacional como grupos vulnerables.

Si se concentra el análisis en los adultos mayores, se evidencia lo antes señalado, resaltando *que en las personas con 65 años y más, el 54.8 % ha adquirido la discapacidad después de ingresar a dicho grupo, lo cual pone de manifiesto su carácter de vulnerable en relación a la adquisición de la discapacidad.*

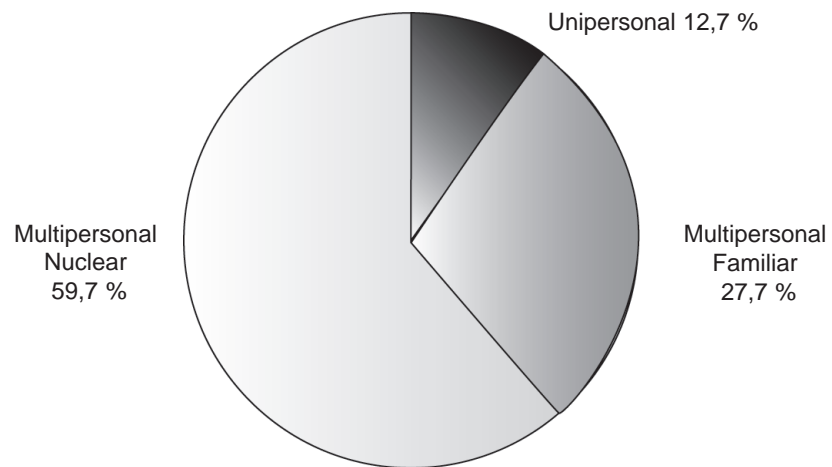
De este modo, podemos observar como las discapacidades prevalentes en el grupo ejemplo de 65 años y más (motoras: 46.30; visuales: 23.8%; auditivas: 22.6%) están causadas mayoritariamente por enfermedades (64%) crónicas, no transmisibles, con secuelas discapacitantes que se manifiestan con mayor énfasis luego de los 65 años (54.8%), por ejemplo: diabetes e hipertensión no controladas adecuadamente a edades más tempranas.

Si bien existen discapacidades relacionadas con el envejecimiento en sí mismo, la mayor parte de las secuelas relacionadas con la edad son prevenibles y postergables en el tiempo dentro de un buen sistema de atención y prevención.

Por último, es importante relevar la caracterización de los hogares de este grupo poblacional, para verificar *las condiciones ambientales básicas que influyen en el estado de salud de las personas con discapacidad.* Según la ENDI el 20.6 % (1.802.051 hogares) de los hogares insertos en poblaciones de más de 5.000 habitantes, albergan al menos una persona con discapacidad.

Dichos datos motivan la reflexión respecto que *la discapacidad no sólo afecta a la persona que la padece, sino también al menos a 4 personas más, entre familiares y amigos.* Esto presenta una relevancia particular al realizar un análisis de género, en donde el grupo que se ve más afectado es el femenino.

7. Organización Mundial de la Salud. 138° Sesión del Comité Ejecutivo. CE 138/15. La Discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos relacionados. Washington. Junio 2006.

Tipo de Hogares con al menos una persona con discapacidad.

Fuente: Elaboración propia en base a datos ENDI

Se debe analizar que las jefes/as de hogar con discapacidad representan un número de 655.631 personas, es decir el 43.9% de la población con discapacidad relevada por la ENDI. Por lo tanto, si la gran mayoría de las personas con discapacidad viven en hogares multipersonales (87,4 %) y el 43.9% de los jefes/as de esos hogares poseen una discapacidad, se verifica una fragilidad aún mayor de este grupo poblacional.

También surge del gráfico anterior que el 12.7% de las personas con discapacidad viven en hogares unipersonales. Si se lo compara con el mismo grupo (hogares unipersonales) de la población total (4.3%), se puede observar una diferencia significativa. Una explicación posible de este fenómeno es que el grupo de 65 años y más representa el 40 %, y la situación conyugal preponderante de ese grupo es la de viudez (42,16 %).

De este modo, es posible identificar a partir del análisis de los datos estadísticos la presencia importante de una población sanitaria y socialmente vulnerable (65 años y más). Esto debe dar lugar a comenzar a reconocer la necesidad de una inclusión particular dentro de las políticas de promoción y rehabilitación de la salud.



¿Le proponemos que elabore una caracterización de la población con discapacidad de su área programática. Puede utilizar la información proveniente de la Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDI) y, además, construir un instrumento que le permita contemplar al menos:

- Cantidad de personas con discapacidad
- Distribución por edad y sexo
- Tipos de discapacidad

- Causas de la discapacidad
- Edad en la que se adquirió la primera discapacidad según la edad actual y la causa
- Composición de los hogares con al menos una persona con discapacidad

La recolección también puede completarse con la revisión de las historias clínicas de un período de tiempo acotado y reciente.

Luego de procesar los datos, le proponemos que intente extraer alguna conclusión sobre los grupos vulnerables identificados en su área programática y las posibles acciones de prevención, promoción y rehabilitación a implementar.

Ud. puede consultar el perfil epidemiológico de la población con discapacidad y los resultados de la Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDI) a través de www.medicoscomunitarios.gov.ar, o bien, en www.indec.mecon.gov.ar y seleccionando las opciones Población. Discapacidad.



Para la construcción y uso de instrumentos de recolección de datos le recomendamos consultar el Módulo 4: Herramientas para la planificación y la programación local, Unidad 2 y/o el Módulo 6: Sistemas de Información de Salud, Unidad 2.

3. Sistema de protección de los derechos de las personas con discapacidad

El **marco normativo de la discapacidad** es una **herramienta** fundamental para conocer **el funcionamiento de la protección de los derechos de las personas con discapacidad**, a fin de poder realizar desde el consultorio comunitario, el asesoramiento o derivación en forma correcta y acertada.

Las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad⁸ se refieren específicamente a este tema, declarando que es deber de los trabajadores comunitarios locales presentar la información en forma accesible, para lograr la derivación y atención de las personas con discapacidad a los servicios apropiados, cuando resulte necesario.

8. Organización Mundial de la Salud. Las Normas Uniformes sobre Igualdad para las Personas con Discapacidad, A.G. res 48/96. 1993.



Puede consultar las normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades en www.medicoscomunitarios.gov.ar



Logro de la igualdad de oportunidades:

"... el proceso mediante el cual los diversos sistemas de la sociedad, el entorno físico, los servicios, las actividades, la información y la documentación se ponen a disposición de todos, especialmente de las personas con discapacidad"

3.1. Marco Normativo Internacional

La actual política respecto de las personas con discapacidad es el resultado de la evolución en dicha materia registrada a lo largo de los años. Por otro lado, la discapacidad no es un fenómeno aislado, o de presencia exclusiva en un determinado grupo de naciones, sino que es una realidad mundial presente en todos los niveles de cada sociedad que afecta a 600 millones de personas, de las cuales unos 400 millones residen en los países en vías de desarrollo⁹.

Cada sociedad presenta particularidades en cuanto a las causas y consecuencias de la discapacidad. Dichas variaciones son el resultado de diferentes estadios de desarrollo socioeconómico y diferentes acciones de los Estados a favor del bienestar de sus ciudadanos con discapacidad.

Sin embargo, gracias al esfuerzo realizado a lo largo de los años, la Organización de las Naciones Unidas ha logrado alcanzar consensos en relación a conceptos fundamentales de la política relativa a la discapacidad. Dichos conceptos son: **funcionamiento/discapacidad** (ver punto 1), **prevención** (ver punto 4), **rehabilitación** (ver punto 4) y **logro de la igualdad de oportunidades**¹⁰.

La normativa internacional, vinculada con las personas con discapacidad se refiere a:

- Derechos Humanos y Discapacidad.
- Igualdad de Oportunidades.
- Planes de Acción.

3.1.1. Derechos Humanos y Discapacidad

Respecto de los **derechos humanos** y discapacidad podemos afirmar que en los últimos decenios se ha producido un cambio fundamental en el abordaje de la problemática de las personas con discapacidad, desde un concepto caritativo hacia un concepto de derechos humanos: *"En lo esencial, la perspectiva de la discapacidad basada en los derechos humanos equivale a considerar sujetos y no objetos a las personas con discapacidad"*¹¹.

Este cambio implica situar los problemas relacionados con la discapacidad fuera del individuo y analizar cómo los procesos sociales y económicos abordan la problemática implícita en la temática. Es decir, analizar y estudiar cómo la sociedad,

9 y 10. Organización Mundial de la Salud. CE 138/15. Op. Cit.

11. QUINN G. y DEGENER T.: Derechos humanos y discapacidad. Organización de las Naciones Unidas. Nueva York y Ginebra, 2002.

en la asignación de los recursos sociales, considera las necesidades propias de las personas con discapacidad como igualmente importantes.

Este enfoque busca garantizar a las personas con discapacidad el disfrute de los derechos específicos y, al mismo tiempo, el disfrute efectivo y en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos sin discriminación.

Este enfoque se basa en la utilización de los tratados internacionales sobre derechos humanos como instrumentos adicionales para evidenciar frente a los Estados -principales responsables de las políticas de discapacidad- las necesidades de reformar los mecanismos sociales que impidan garantizar el goce de los derechos humanos de las personas con discapacidad y, de esta manera, sus derechos específicos¹².

La discriminación, la falta de oportunidades laborales reales, el dificultoso acceso a la educación y la imposibilidad de participación en actividades culturales debido a diferentes barreras, representan en principio, una violación a los derechos económicos, sociales y culturales garantizados a las personas con discapacidad y a la sociedad en su conjunto.

En el caso de la República Argentina, la Constitución Nacional en su Artículo 75° inciso 22 otorga una jerarquía superior a las leyes a numerosos tratados internacionales de derechos humanos. Por lo tanto, el marco normativo nacional se relaciona con el internacional para la protección de los derechos humanos de la población en general y, de las personas con discapacidad, en particular.

3.1.2. Igualdad de Oportunidades

La igualdad de oportunidades está sustancialmente relacionada con el pleno ejercicio de los derechos humanos de las personas con discapacidad. La afirmación de dicha situación de igualdad representa la negación de una situación discriminatoria.

Las *Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad*¹³ son el marco normativo internacional que se aplica, en forma complementaria, a la *Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad*¹⁴. Se desarrollan individualmente, ya que representan un documento de una naturaleza distinta a la de los documentos sobre derechos humanos, permitiendo entender la relación de los conceptos generales de éstos con la población con discapacidad. Para ello, establecen estándares sobre los ámbitos de aplicación y requisitos fundamentales para el logro de los objetivos establecidos.

La elaboración de las mencionadas normas uniformes atravesó diferentes etapas y obstáculos debido a que a "*juicio de muchos representantes, los documentos sobre derechos humanos ya existentes parecían garantizar a las personas con discapacidad los mismos derechos que a las demás*"¹⁵.

12. QUINN G. y DEGENER T.: Op. cit

13. Organización Mundial de la Salud. A.G. Res 48/96. Op. cit.

14. Organización de Estados Americanos.. A.G./Res. 1608 (XXIX-0/99). Op. cit.

15. Organización Mundial de la Salud. A.G. res 48/96.Op. cit.

Sin embargo, finalmente las *Normas Uniformes* fueron aprobadas el 20 de febrero de 1991, mediante la resolución 32/2. Según, el texto de las *Normas Uniformes* la igualdad de oportunidades se relaciona con:

- la posibilidad de acceso al medio físico, a la información y a la comunicación,
- la educación en los diferentes niveles de las personas con discapacidad en entornos integrados,
- la igualdad de oportunidades para obtener un empleo productivo y remunerado en el mercado del trabajo,
- el mantenimiento de los ingresos y seguridad social de las personas con discapacidad y sus familias,
- una vida en familia que ayude a alcanzar la integridad personal,
- la integración y participación en las actividades culturales, y
- la participación en actividades recreativas y deportivas.

En todos estos aspectos las personas con discapacidad deben poder tener los mismos derechos y obligaciones que el resto de la población, debiendo los estados trabajar en la implementación de medidas que ayuden a eliminar los obstáculos sociales para la igualdad de oportunidades.

La **igualdad de oportunidades** es el resultado esperado cuando una sociedad fortalece el trabajo en relación a cuatro requisitos que permiten convertir a la igualdad en una realidad: toma de conciencia, atención médica, rehabilitación y servicios de apoyo.

Toma de conciencia

"Los Estados deben velar por que las autoridades competentes distribuyan información actualizada acerca de los programas y servicios disponibles para las personas con discapacidad, sus familias, los profesionales que trabajen en esta esfera y el público en general. La información para las personas con discapacidad debe presentarse en forma accesible" (Artículo 1º. Inc. 1).

Es fundamental advertir la importancia que los equipos de salud y los trabajadores comunitarios poseen como nexos entre el Estado y la sociedad para brindar en forma accesible a la persona con discapacidad y su familia toda la información necesaria.



En la actividad anterior le solicitamos que caracterice a la población con discapacidad de su área programática. Ahora le pedimos que analice al menos dos casos de cada una de las discapacidades prevalentes en nuestro país, es decir, dos casos de discapacidad motora, dos casos de discapacidad visual y dos casos de discapacidad auditiva.

Le proponemos que en cada uno de estos casos vaya hasta la vivienda del discapacitado y **recorra el camino que él tiene que hacer para llegar al CS**, sea caminando, sea en un medio de transporte, utilizando sus ayudas / apoyos: silla de ruedas, muletas, bastones de ciego, audífonos, etc. (si es posible figure su discapacidad, es decir, utilice Ud. la silla de ruedas, cierre los ojos e intente caminar utilizando el bastón del ciego, etc.).

Al llegar al centro relate su experiencia:

- ¿Ha sido fácil o difícil llegar?, ¿cuánto tiempo le ha demandado?
- ¿Encontró obstáculos o barreras en su camino?, ¿cuáles?
- ¿Se imagina ese recorrido en un día de lluvia?
- ¿Qué sintió cuando llegó al CS?

A partir de esta experiencia, ¿cree Ud. que su CS es igualmente accesible para personas con alguna discapacidad que para el resto de la comunidad?, ¿por qué? Si su conclusión es que no lo es, junto a sus compañeros del Posgrado, imaginen qué estrategias pueden implementar para mejorar las oportunidades de acceso de las personas con alguna discapacidad al CS.

Comparta sus reflexiones con el resto del equipo de profesionales del Centro y llévelas a la siguiente reunión con el tutor.

Atención Médica

"Los Estados deben esforzarse por proporcionar programas dirigidos por equipos multidisciplinarios de profesionales para la detección precoz, la evaluación y el tratamiento de las deficiencias. En esa forma se podría prevenir, reducir o eliminar sus efectos perjudiciales" (Artículo 2°. Inc. 1)

Siendo que, en nuestro país los índices de discapacidad indican la concentración de adultos mayores que han adquirido la discapacidad en una edad avanzada, y que, **"Según la OMS¹⁶ estos índices se producen especialmente cuando la atención materno- infantil y a los adultos mayores ha presentado históricamente resultados deficientes, configurando de este modo los dos extremos de la pirámide poblacional como grupos vulnerables"**

- ¿Realiza el equipo de salud acciones de promoción de la salud y prevención de la discapacidad dirigida a estos grupos vulnerables?

Le proponemos que revise junto a su equipo de salud la calidad y cobertura del control del embarazo, las actividades que realizan con la comunidad para



16. Organización Mundial de la Salud. 138° Sesión del Comité Ejecutivo. CE 138/15. La Discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos relacionados. Washington. Junio de 2006.

prevenir accidentes, el seguimiento y cobertura de atención de los diabéticos e hipertensos, etc.

- Analice con el equipo de profesionales del CS posibles intervenciones que puedan disminuir la posibilidad de que la población a su cargo desarrolle alguna discapacidad.

Rehabilitación

Desde el punto de vista de los equipos de salud comunitarios, existe la necesidad de conocer el perfil epidemiológico de la población beneficiaria, a fin de identificar los recursos en rehabilitación más aptos para la realidad local. La capacitación, la investigación y el conocimiento de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales con inserción en la realidad local, son una tarea imprescindible para garantizar la plena participación e igualdad de las personas con discapacidad.



Como parte de un programa de Rehabilitación el poblador de un barrio perteneciente al segundo cordón del Gran Buenos Aires, que se moviliza en silla de ruedas y sufre una insuficiencia renal está recibiendo diálisis cada 48 hs. en su casa. El equipo de diálisis llega hasta su domicilio en una ambulancia.

El tratamiento resulta muy exitoso ... salvo cuando llueve. Ya que la ambulancia no puede acceder hasta el domicilio a través de las 20 cuadras de tierra que se convierten en barro.

- ¿Qué reflexión le merece el caso desde el punto de vista de la igualdad de oportunidades de los integrantes de esa comunidad que sufren una discapacidad?
- Discuta con sus compañeros del Posgrado qué acciones del equipo de profesionales del CS ayudarían a *igualar* las oportunidades de los integrantes de esa comunidad afectados por alguna discapacidad, involucrando los conocimientos que tiene acerca de la participación comunitaria y en redes.

Comparta sus reflexiones con el resto del equipo de profesionales del Centro y llévelas a la siguiente reunión con el tutor.

Servicios de Apoyo

"Los Estados deben reconocer que todas las personas con discapacidad que necesiten equipo o recursos auxiliares deben tener acceso a ellos según proceda, incluida la capacidad financiera de procurárselos. Puede ser necesario que el equipo y los recursos auxiliares se faciliten gratuitamente o a un precio lo suficientemente bajo para que dichas personas o sus familias puedan adquirirlos" (Artículo 4°. Inc. 4).

En un barrio periférico a una gran ciudad del interior del país, un hombre de 35 años que necesita una silla de ruedas para movilizarse ha recibido de uno de los Organismos Prestadores de Servicios para personas con discapacidad -a raíz de una derivación realizada por el equipo de profesionales del CS- una moderna silla de ruedas. La silla es muy liviana, se pliega con mucha facilidad para transportarse y tiene ruedas neumáticas. Ahora bien, el barrio en que vive el hombre está recorrido en su mayor parte por calles de ripio sin apisonar con muchas piedras sueltas. Ello hace que todas las semanas las ruedas se *pinchen* y necesiten ser reparadas.

- En su opinión, ¿hay alguna acción del equipo de profesionales del CS que podría haber *ayudado* a elegir mejor el tipo de silla de ruedas que necesitaba este integrante de la comunidad?

Discuta con sus compañeros de Posgrado las reflexiones que les suscita este relato y los anteriores respecto de la complejidad que adquiere la efectivización de la **igualdad de oportunidades** para las personas con discapacidad y el /los mejores modos de trabajar en ese sentido.



3.1.3. Pautas para las intervenciones

Los planes de acción internacionales referidos a la temática presentan lineamientos generales, recomendaciones, declaraciones o informes tendientes al logro de la igualdad de oportunidades, prevención y rehabilitación de las personas con discapacidad.

Podemos encontrar numerosos antecedentes, pero es importante destacar los más recientes que desembocaron en la Resolución CE 138.R11 del Comité Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, que se puede resumir del siguiente modo:

La discapacidad es considerada una problemática transversal a la sociedad que puede surgir de riesgos perinatales y del parto, las enfermedades crónicas, la malnutrición, los accidentes de todo tipo, la violencia, los

conflictos armados, los riesgos laborales, la pobreza, el abuso de drogas y sustancias y el envejecimiento de la población¹⁷.

Los Estados han sido instados principalmente a:

- Adoptar políticas que respeten los estándares internacionales sobre discapacidad tales como las *Normas Uniformes de las Naciones Unidas* sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad
- Adoptar modelos de rehabilitación integral
- Adoptar medidas para facilitar el uso y accesibilidad de todas las personas a las infraestructuras y espacios compartidos
- Promover estrategias comunitarias de rehabilitación con la participación de las organizaciones de personas con discapacidades
- Promover el desarrollo de políticas y programas de salud que contemplen la prevención y detección de las discapacidades
- Resguardar los derechos humanos de las personas con discapacidad
- Revisar sus legislaciones sobre discapacidad y adecuarlas de conformidad con la normativa y estándares internacionales aplicables

A pesar de que dichos lineamientos de acción no poseen un carácter vinculante es importante conocerlos a fin de enmarcar correctamente la legislación y acciones locales hacia la discapacidad.

3.2. Identificación del Marco Normativo Nacional

El marco normativo nacional de la discapacidad está conformado por la *Constitución Nacional*, los *tratados generales sobre derechos humanos* y las *normativas sectoriales que establecen y reglamentan los derechos de las personas con discapacidad* a nivel nacional.

La Constitución Nacional en su Capítulo Primero *Declaraciones, Derechos y Garantías* reconoce, entre otros, los derechos a la educación, al trabajo y a la salud de todas las personas, y en consecuencia, a las personas con discapacidad.

A su vez, en concordancia con los lineamientos internacionales el **Plan Federal de Salud 2004-2007**, incorpora dentro de los instrumentos de políticas diversas acciones orientadas a las personas con discapacidad. De esta manera se pretende "*dar respuesta a los desafíos planteados, mediante acciones orientadas a:*

- *Implementar la rehabilitación médica como un componente de atención primaria de la salud.*

17. Organización Mundial de la Salud. 138° Sesión del Comité Ejecutivo. CE 138.R11. La Discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos relacionados. Washington. Junio de 2006.

- *Implementar y difundir la estrategia de la rehabilitación con base comunitaria.*
- *Desarrollar una red de servicios (...).*
- *Transferir a las familias los conocimientos asistenciales que promuevan la atención y el apoyo familiar.*
- *Propiciar la coordinación entre los niveles asistenciales y la articulación de éstos con los servicios sociales y el sector educativo"¹⁸.*

En cuanto a la normativa sectorial, aquella que *"tiene por objeto la regulación de sólo un aspecto de los tantos que componen la existencia y la dinámica de una comunidad determinada"*¹⁹, la ley madre sobre la temática de la discapacidad es la Ley N° 22.431 **Sistema de Protección Integral de los Discapacitados**, la cual enuncia la definición legal del concepto de la **discapacidad**, para establecer por ley la **acreditación** de la población incluida dentro de dicho concepto. El sistema considera discapacitado a:

"Toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral" (Artículo 2°)

El objetivo general de la norma fue instituir un sistema de *"protección integral de las personas discapacitadas, tendiente a asegurar a éstas su atención médica, su educación y su seguridad social, así como a concederles las franquicias y estímulos que permitan en lo posible neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca y les den oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las personas normales"* (Artículo 1°).

En la República Argentina el Estado Nacional, como órgano rector, a través de los organismos que lo componen, es el responsable de brindar a las personas con discapacidad no incluidas dentro del sistema de las obras sociales, los siguientes servicios:

- Rehabilitación integral, entendida como el desarrollo de las capacidades de la persona discapacitada. Formación laboral o profesional.
- Préstamos y subsidios destinados a facilitar su actividad laboral o intelectual.
- Regímenes diferenciales de seguridad social.
- Escolarización en establecimientos comunes con los apoyos necesarios previstos gratuitamente, o en establecimientos especiales cuando en razón del grado de discapacidad no puedan cursar la escuela común.
- Orientación o promoción individual, familiar y social.

La normativa sobre discapacidad no es privativa del sector de la salud, sino que

18. Ministerio de Salud de la Nación. Consejo Federal de Salud. Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007.

19. Fundación PAR. La Discapacidad en Argentina. Un diagnóstico de situación y políticas públicas vigentes al 2005. Buenos Aires. Octubre de 2005.

incorpora normas especiales en: asistencia social, trabajo, educación, seguridad social y accesibilidad al medio físico.

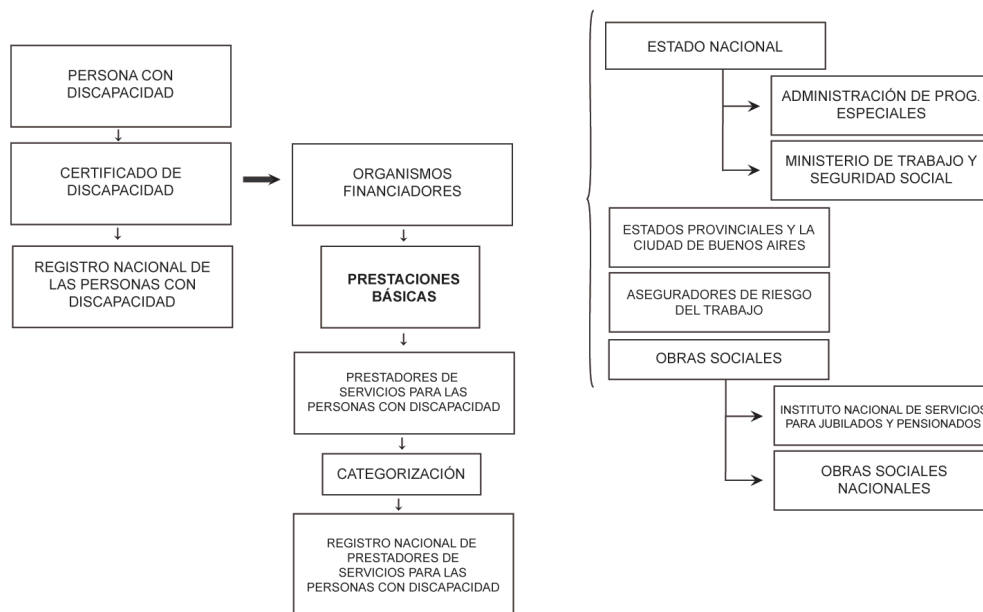
Por otro lado, y dentro del marco normativo específico de la salud, el **Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad** está normado por la Ley N° 24.901 y Decreto N° 1193/98. Su principal objetivo es **garantizar la universalidad de la atención de las personas con discapacidad mediante la integración de políticas, recursos institucionales y económicos afectados a dicha temática**. Como tal, dicha atención debe brindar una cobertura integral de necesidades y requerimientos, mediante acciones de prevención, asistencia, promoción y protección.

Con el objetivo de identificar el **funcionamiento básico** del mencionado sistema es preciso realizar una distinción entre los diferentes **actores** involucrados, teniendo en cuenta su naturaleza y tipo de participación. En este sentido, se pueden identificar claramente los siguientes actores:

- Población Beneficiaria
- Organismos normatizadores del sistema
- Prestadores de servicios para las personas con discapacidad
- Organismos financiadores

En el gráfico siguiente se presentan los diferentes actores y sus relaciones:

Esquema de funcionamiento básico del “Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación integral a favor de las Personas con Discapacidad” Ley N° 24.901.



Fuente: Elaboración propia en base a Ley N° 24.901.

Explicamos a continuación los actores reflejados en el cuadro que antecede.

Se entiende por **Población Beneficiaria** a toda aquella que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, motora, sensorial o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral (Artículo 9º, Ley N° 24.901).

El mecanismo para efectivizar la inclusión dentro de la mencionada Población es la Certificación de la Discapacidad mediante la celebración de una junta de certificación de acuerdo a los criterios y normativas de evaluación elaboradas por el Ministerio de Salud de la Nación.



Las formas de obtener la **certificación de la discapacidad de validez nacional**, emitida por una junta de certificación, tiene que ser alguna de los siguientes:

- O bien la provincia de residencia del beneficiario **firmó un convenio de adhesión al Sistema de Prestaciones Básicas** en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad, en el cual el Gobierno Provincial se compromete a crear los recursos institucionales necesarios para certificar y registrar las situaciones de discapacidad y entonces **puede obtener la certificación** siendo evaluado por una **junta provincial**.
- O bien, la provincia de residencia del beneficiario **firmó un convenio de asistencia técnica con el Ministerio de Salud de la Nación** para la certificación de la discapacidad, no adhiriendo al Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad y entonces **puede obtener la certificación** siendo evaluado por una **junta provincial**.
- O bien, la provincia de residencia del beneficiario **no firmó ningún tipo de convenio**, por lo cual **debe recurrir a la junta de certificación nacional del Servicio Nacional de Rehabilitación**.

En el Anexo II de este material puede consultar el listado de Juntas de Acreditación de la Discapacidad provinciales.



También puede consultar el listado de Juntas de Acreditación de la Discapacidad provincial en www.snr.gov.ar, o bien escribiendo a snr@snr.gov.ar



Se entiende por **Organismos Normatizadores del Sistema** a aquellos actores que cumplen con la función de establecer normas de diferente índole, a efectos de regular el funcionamiento del sistema en sus diferentes aspectos (exceptuándose de la inclusión en este grupo al Poder Legislativo Nacional y a los Poderes Legislativos Provinciales). Se trata de organismos como el *Directorio del Sistema Único*, integrado por distintos actores involucrados en el funcionamiento del sistema, 8 de los 14 miembros pertenecen al Ministerio de Salud de la Nación.

Otros organismos que participan del Directorio del Sistema Único, pero que cumplen otras funciones normatizadores del Sistema son:

- Ministerio de Salud de la Nación
- Superintendencia de Servicios de Salud
- Servicio Nacional de Rehabilitación
- Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
- Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas
- Sindicatura General de la Nación
- Gobiernos Provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Los **Prestadores de servicios para las personas con discapacidad** incluyen a los establecimientos prestacionales que han sido categorizados por las Junta Provinciales autorizadas o la Junta Evaluadora Nacional del Servicio Nacional de Rehabilitación.

Los **Organismos financiadores** incluyen a los actores responsables del financiamiento de las prestaciones brindadas por los prestadores categorizados, para aquellas personas con discapacidad que poseen una acreditación de la misma. En la actualidad, se hallan constituidos por las Obras Sociales Nacionales comprendidas en las Leyes N° 23.660 y N° 23.661, el INSSJP y el Programa Federal de Salud.



La normativa sectorial que reglamenta los derechos de las personas con discapacidad a nivel nacional establece el funcionamiento articulado de los diferentes actores. En este sentido, el conocimiento de su funcionamiento básico es fundamental para brindar información desde el centro comunitario de salud. Desde este punto de vista, cada miembro del equipo debe conocer los actores locales y de esta manera contar con la información para lograr la derivación y atención de las personas con discapacidad a los servicios apropiados de cada red.

Le proponemos que identifique la normativa local y provincial relacionada con la discapacidad, detallando:

- Definición adoptada de la discapacidad.
- Instrumentos de acreditación de la discapacidad aceptados.
- Instituciones involucradas en la atención de las personas con discapacidad:
 - Juntas Evaluadoras
 - Prestadores de servicios de atención
 - Organismos Normatizadores del Sistema
 - Organismos financiadores



Puede consultar el listado de Organismos Prestadores de Servicios para las personas con Discapacidad en www.snr.gov.ar, o bien escribiendo a snr@snr.gov.ar



Si el equipo de profesionales de su Centro de salud debe derivar a un integrante de la comunidad para que realice su **Certificación de Discapacidad**, ¿a qué junta de certificación deben derivarlo?

Le sugerimos que junto con sus compañeros del Posgrado piensen en alguna estrategia para asegurar que todos los profesionales del equipo de salud del CS conozcan en qué situaciones se debe sugerir la tramitación del certificado de discapacidad y dónde deben derivar a las personas con discapacidad para tramitarlo.

4. Estrategia de Atención Primaria de la Salud

Como fuera descrito en el Módulo I (Unidad 4: Hacia la estrategia Atención Primaria de la Salud), la APS es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad-atención de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación.

De este modo, la **rehabilitación** debe ser incluida dentro de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, debido a que la misma **es un acto de atención de la salud**, y por lo tanto un componente imprescindible de la promoción, prevención y asistencia de las personas en el mantenimiento de la salud y el bienestar, el de su familia y su comunidad.

La presencia de la rehabilitación dentro de APS:

- contribuye al logro de la equidad y eficiencia de los Servicios de Salud,
- se incorpora fácilmente en las actividades que se desarrollan con criterio intersectorial,
- aumenta la cobertura del sistema sanitario, y
- facilita la detección del riesgo, la prevención y la integración.

Su ausencia, implica una deficiencia del modelo de atención y **los sistemas locales de salud no se pueden concebir sin que la rehabilitación forme parte de los mismos.**

La estrategia de APS se apoya en tres pilares fundamentales:

- Mejorar el acceso y la comunicación.
- Sostener con los recursos adecuados la oferta de servicios.
- Adaptarse a las necesidades y aspiraciones de la población.

Los objetivos generales de los programas en la estrategia de Atención Primaria relacionados con la población en general y con la discapacidad en particular, son:

- Garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud esenciales (universalidad y equidad).
- Acentuar las actividades de promoción y prevención, combinándose en forma adecuada con las de tratamiento y rehabilitación.
- Organizar los componentes para satisfacer necesidades prioritarias.

Sin embargo, y más allá de la definición clásica y sus características, es fundamental la identificación, por parte del profesional de la salud, de las características del contexto sociocultural en el que se desenvuelve para posibilitar una oferta adecuada y posible de rehabilitación.



Una joven madre que recién se ha mudado al área programática de un CS trae a su chiquito de dos años con parálisis cerebral a consultar porque está con tos y un fuerte resfrío. De la consulta surge para el pediatra que no posee cobertura en salud y que el niño no recibe ningún tratamiento de rehabilitación especial. El pediatra la deriva para que tramite el Certificado de Discapacidad para su hijo y

para que haga una consulta en el Hospital Zonal para evaluar la severidad del cuadro del chico.

Al despedirse la madre lo saluda diciendo: *-Bueno, entonces ahora cada vez que necesito algo con el nene voy allá ¿no?-* (refiriéndose al Hospital Zonal)

- ¿Cómo cree que debe responder el pediatra a la pregunta?
- ¿Los niños con discapacidad deben *atenderse* en el Hospital?
- ¿El *control del niño sano* debe / puede seguir realizándose en el Centro de Salud? ¿Por qué?

Comparta sus respuestas con sus compañeros del Posgrado y lleven sus reflexiones al siguiente encuentro con el tutor.

4.1. Promoción de la Salud

Según la Carta de Ottawa la **promoción de la Salud** consiste *"en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma"*²⁰. Desde este punto de vista, la salud es percibida como la fuente de riqueza de la vida cotidiana, eliminando el concepto de salud como objetivo y trascendiendo el ámbito del sector sanitario. Así, el objetivo de las políticas de promoción de la salud será crear un ambiente favorable para el logro del goce del grado máximo de salud.

El resultado esperado es, entonces, reducir *"las diferencias en el estado actual de la salud, (...) asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial"*²¹.

Pero el logro de un estado de salud encuentra su basamento en requisitos previos y condicionantes, a saber: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.

Desde una concepción dinámica de la discapacidad y utilizando como unidad de análisis los estados de salud, es fundamental concebir la promoción de ésta como las acciones que permiten a las personas con discapacidad alcanzar su plena salud potencial mediante el control de los factores que la determinan.

Por lo tanto, la *"política de promoción de la salud ha de combinar enfoques diversos, si bien complementarios, entre los que figuren la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos. (...) Requiere que se identifiquen y eliminen los obstáculos que impidan la adopción de medidas políticas que favorezcan la salud en aquellos sectores no directamente implicados en la misma. El*

20. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primer Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa, 1986

21. IBIDEM.

*objetivo debe ser conseguir que la opción más saludable sea también la más fácil de hacer para los responsables de la elaboración de los programas"*²².

4.2. Prevención de la Discapacidad

La prevención es la "*adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales, o a impedir que cuando se han producido tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas*"²³.

Los **destinatarios** de las acciones de prevención de la discapacidad usualmente son:

- **Mujeres embarazadas**, en particular aquéllas cuyos embarazos presentan signos de riesgo.
- **Menores con problemas en el desarrollo o con dificultades de adaptación.**
- **Jóvenes con comportamientos de riesgo** (accidentes evitables, hábitos nocivos, comportamiento sexual de riesgo).
- **Trabajadores de los sectores laborales con mayores índices de siniestrabilidad.**
- **Mayores de 45 años con signos de riesgo o con hábitos nocivos para la salud.**

En lo concerniente a la temática de la discapacidad, existen varias **estrategias de prevención**:

- **Prevención de discapacidades producidas por enfermedades transmisibles:** la vacunación puede erradicar o atenuar muchas de estas enfermedades además de tener efectos secundarios. El oportuno tratamiento y seguimiento de los pacientes afectados podría curar y evitar secuelas en forma de deficiencia o discapacidad.
- **Prevención de discapacidades debidas a enfermedades no transmisibles:** en la mayor parte de los casos, existe una importante incidencia de factores ambientales y de hábitos de vida sobre el desarrollo y evolución de estas enfermedades predictoras de discapacidad. Muchas veces, éstas son producto de condiciones y modos de vida poco saludables, teniendo especial incidencia en los **adultos mayores** (por ejemplo: tabaquismo, sedentarismo, obesidad, diabetes, hipertensión, etc.).
- **Prevención de las discapacidades congénitas:** a este hecho pueden contribuir tanto factores ambientales como genéticos. La tecnología diagnóstica puede facilitar la identificación de la existencia de sustancias nocivas en el aire, el agua y los alimentos. El **control materno** durante el embarazo, y los **controles adecuados con screening del recién nacido** son resortes preponderantes en la prevención.

22. IBIDEM.

23. REDI - Red por los Derechos de las personas con Discapacidad: Informe sobre salud en discapacidad. Buenos Aires, 2004.

- **Prevención de accidentes de tránsito** en población adulta y **domésticos** en adultos mayores y niños.
- **Prevención de riesgos y accidentes laborales.**
- **Prevención de discapacidades secundarias:** las personas con discapacidad causada por enfermedad o lesión suelen reintegrarse a una vida autónoma y se independizan por medio del trabajo. En muchos casos, estas personas con discapacidad previa, pueden desarrollar discapacidades secundarias, si no se les ofrece adecuada información y oportunidad de acceso a intervenciones o tratamientos de rehabilitación continua.

María (23 años) es una de las mujeres embarazadas que actualmente se controlan en el CS. Ha padecido rubeola durante el primer trimestre de gestación. En el CS la conocen, pues a veces trae a controlar a sus otros tres hijos. Ni sus controles ni los de los chicos son muy sistemáticos porque vive lejos, su marido trabaja todo el día y no le resulta sencillo moverse con todos los niños.

- ¿Puede el equipo de profesionales del CS detectar y prevenir posibles secuelas para disminuir el impacto de las mismas en la vida del bebé y la familia?
- ¿Qué estrategia seguiría?, ¿a qué profesionales del CS involucraría en la estrategia?
- ¿Qué aspectos o cuestiones cree Ud. que potencialmente pueden prevenirse cuando se sospecha o confirma el Síndrome de la Rubéola Congénita?
- ¿Habrán otras acciones de prevención y promoción que puedan pensarse a partir de este caso?

A continuación, se presentan ejemplos de estrategias de prevención que, en ningún caso, excluyen otro tipo de acciones.

Programas de Salud Materno-Infantil y de Prevención de Deficiencias Perinatales

Estos programas tienen como objetivos:

- Potenciar las actividades de educación para la salud dirigidas a escolares y a grupos de alto riesgo (adolescentes, grupos sociales marginados, etc.).
- Coordinar, a nivel de área de salud, las actividades de planificación familiar, atención al embarazo, educación maternal y atención al parto.
- Singularizar, dentro del Programa de salud materno-infantil, un subprograma de detección precoz y atención protocolizada a grupos de alto riesgo.





Texto del Plan

Federal:

(...) Acciones orientadas a las personas con discapacidad: Implementar la rehabilitación médica como un componente de atención primaria de la salud. Implementar y difundir la estrategia de la rehabilitación con base comunitaria. Transferir a las familias los conocimientos asistenciales que promuevan la atención y el apoyo familiar. (...) Pag. 27

Programas de Salud Escolar y de Prevención de Deficiencias Infanto-Juveniles

Estos programas tienen como objetivos:

- Incorporar en los proyectos educativos de los colegios, actividades de promoción de la salud escolar: educación para la salud, control del crecimiento y desarrollo y actividad física.
- Implementar en cada Centro Educativo un programa específico de Salud Escolar acorde a la población a cargo, con la colaboración de los Centros de Salud del Área.
- Incluir en el programa de Salud Escolar del Centro la participación de profesores, profesionales y especialistas de apoyo, y profesores de educación física.
- Desarrollar programas integrales y adaptados para alumnos con patologías, especialmente de larga duración, que permitan compatibilizar su atención educativa y sanitaria.

Programas de Seguridad Vial y de Prevención de Accidentes de Tránsito

Estos programas tienen como objetivos:

- Elevar el nivel de información y de educación sobre los principales factores de riesgo que provocan accidentes, con especial énfasis en niños y jóvenes.
- Mejorar los medios y procedimientos de asistencia sanitaria y de traslado urgente de los heridos en accidente de tránsito.
- Impulsar la participación de la iniciativa privada y de las organizaciones no gubernamentales en acciones de prevención.
- Ampliar a otros Organismos las responsabilidades sobre prevención de accidentes de tránsito.

Programas de Salud Laboral y Prevención de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales

Estos programas tienen como objetivos:

- Incorporar a la formación continua de los trabajadores, la promoción de la salud, el conocimiento sobre los principales factores de riesgo en sus ocupaciones y sobre los medios de control.
- Impulsar y posibilitar la participación de los trabajadores y de las organizaciones sindicales en la prevención de riesgos laborales y en el control

epidemiológico de los accidentes.

- Actuar prioritariamente en la detección precoz de riesgos profesionales, en la vigilancia sistemática de las condiciones de trabajo que conllevan riesgo, y en las modificaciones ergonómicas y de organización susceptibles de mejorar la salud de los trabajadores.
- Coordinar todas las actuaciones de salud laboral que se llevan a cabo por los diferentes organismos y servicios en una misma Área de Salud.

Programas de Salud del Adulto y del Adulto Mayor y Prevención de Enfermedades no Transmisibles Predictoras de Discapacidad

Estos programas tienen como objetivos:

- Proponer el trabajo por Programas en la prevención de las principales enfermedades no transmisibles que, desde enfoques intersectoriales, integren los distintos servicios del Área.
- Anticiparse a la demanda mediante estrategias selectivas de vigilancia epidemiológica y de detección precoz de los principales grupos vulnerables.
- Reforzar la participación de los grupos organizados de la comunidad en la evaluación de los problemas de salud y en las propuestas de solución.
- Promover los hábitos saludables y el envejecimiento activo.
- Implicar en estos últimos a otras Áreas de Gobierno y muy especialmente a los medios de comunicación social.

4.3. Rehabilitación

La rehabilitación es un término complejo, trasciende a la mejora funcional y a la capacidad laboral, ya que sus técnicas se extienden a todas las áreas del comportamiento social y del desarrollo personal. Según Moragas *"la rehabilitación no constituye solamente una serie de técnicas médicas, psicológicas, profesionales o educativas, sino sobre todo una ideología y unos medios que permiten el desarrollo máximo de toda persona afligida por cualquier tipo de limitación. Esta ideología se traduce en una serie de acciones, mecanismos de influencia individual y social, tecnología e instrumentos materiales, que fundamentan que podamos considerar a la rehabilitación como uno de los más importantes procesos sociales (...)"*²⁴

La **rehabilitación**, como *proceso*, busca el máximo **desarrollo de todas las aptitudes de la persona**, por lo que no se la puede reducir a una restauración física, psicológica o profesional, sino a la búsqueda del bien global de la misma, la **integralidad**. Ya que todas las personas poseen limitaciones, tanto física como

24. MORAGAS, R. Rehabilitación: un enfoque integral. Ed. Vicens-Vives, España., 1972.

funcionalmente, sería más razonable referirse al potencial físico, psíquico y funcional de cada persona, que puede mejorarse a través de la rehabilitación.

Ésta, como componente de la atención de la salud, contribuye al logro de la equidad y eficiencia de los servicios sanitarios, siendo su ausencia una deficiencia del modelo de atención. Es preciso recordar que, como tal, es incluida como requisito en las *Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad*. A su vez, puede incorporarse fácilmente en las actividades que se desarrollan con criterio intersectorial, aumentando la cobertura y facilitando la detección del riesgo, la prevención y la integración.

En este sentido, es erróneo considerarla como última etapa de la atención de la salud, ya que esto la excluye del proceso.

La OPS/OMS ha propuesto tres estrategias para encarar el proceso de rehabilitación:

- prevención
- rehabilitación basada en la comunidad
- rehabilitación institucional

Cada una de ellas, es un eslabón, y no se debe planificar sin tener en cuenta las tres estrategias de la cadena asistencial²⁵.

A continuación citamos un extracto del "Informe sobre salud en discapacidad" de la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad - REDI²⁶:

"La rehabilitación debe ser considerada el primer derecho específico de las personas con discapacidad y debe entenderse como un proceso multidisciplinario continuo y permanente tendiente, a superar las desventajas que la deficiencia sufrida les impone.

A los efectos de una efectiva rehabilitación de una persona con discapacidad, es imprescindible que además de los servicios específicos, según tipo y grado de discapacidad, se tengan en cuenta los elementos, insumos y/o ayudas técnicas de los que cada individuo con discapacidad se vale para su desenvolvimiento en la vida diaria.

De modo que, si sólo se prioriza la preservación de la vida, muy lejos se estará de garantizar la salud de las personas con discapacidad, más aún, de asegurar su derecho a la integración social."

25. OPS. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Op. cit. Enfoque integral. Ed. Vicens-Vives, España, 1972.

26. REDI - Red por los Derechos de las personas con Discapacidad: Informe sobre salud en discapacidad. Buenos Aires, 2004.

4.3.1. Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad²⁷

La **rehabilitación basada en la comunidad** (RBC) surge a fines de la década del 70' como una alternativa que intenta cambiar la situación imperante en el sector salud en el área de Rehabilitación. La falta de equidad, el desequilibrio entre la oferta y la demanda y la escasa capacidad resolutive del sistema, condujeron al diseño de esta modalidad considerada por algunos como tecnología y por otros una **estrategia**.

Aunque esta estrategia se ha iniciado hace veinticinco años, pese a los avances logrados desde entonces, muchas personas con discapacidad siguen sin recibir servicios básicos de rehabilitación y no tienen acceso a condiciones de igualdad en la educación, la formación, el trabajo, el ocio y otras actividades de su comunidad.

En la *Reunión Consultiva Internacional para la Revisión del Modelo de Rehabilitación Basada en la Comunidad*, llevada a cabo en Helsinki en el año 2003, se puso de relieve la necesidad de renovar esfuerzos para hacer frente a estos problemas, incluyendo la temática de la pobreza, exclusión y derechos humanos.

Conceptualmente se define como *"una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidad"*²⁸.

Los principales objetivos en la implementación de una estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC) son:

- **"Asegurar que las personas con discapacidad puedan desarrollar al máximo sus capacidades físicas y mentales, tener acceso a los servicios y a las oportunidades ordinarios y ser colaboradores activos dentro de la comunidad y de la sociedad en general.**
- **Impulsar a las comunidades a promover y proteger los derechos de las personas con discapacidad mediante transformaciones en la comunidad, como por ejemplo, la eliminación de barreras para la participación"**²⁹.

Frecuentemente, la acción de **rehabilitación basada en la comunidad** (RBC) se pone en marcha por un estímulo comunitario detectado por Organizaciones, pero **exige la participación de la comunidad y las organizaciones de personas con discapacidad**, porque ningún actor puede trabajar solo; son necesarias políticas nacionales, estructuras de gestión y apoyo gubernamental, ONGs y otros interesados directos.

Los métodos para la aplicación de la rehabilitación basada en la comunidad (RBC) son muy diversos, ya que existen tantas estrategias de RBC como realidades comunitarias, pero comparten algunos elementos que contribuyen a la sustentabilidad

27 y 28. Oficina Internacional del Trabajo. Organización de la Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Organización Mundial de la Salud. RBC: Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad. Documento de posición conjunta, 2004. OMS (2005).

29. MORAGAS, R. Op. cit.

de estos programas ³⁰ :

- La voluntad de la comunidad de responder a las necesidades de sus miembros con discapacidad.
- La presencia de agentes comunitarios motivados.
- El reconocimiento de la necesidad de que los programas de RBC tengan como referente los derechos humanos.
- El apoyo gubernamental mediante políticas, coordinación y asignación de recursos.



Para poner en marcha un programa que incluya la estrategia de RBC es fundamental que la comunidad tome conciencia de sus necesidades y fomentar reuniones comunitarias que brinden oportunidades de discusión para que la comunidad decida la forma de atenderlas de manera coordinada.

Para hacer efectiva la implementación de la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC) serán necesarias acciones desde diferentes niveles:

En el **nivel comunitario**, dado que los programas de rehabilitación basada en la comunidad (RBC) pertenecen a la comunidad, **será necesario que sus representantes estén involucrados en su planificación, ejecución y evaluación.**

Por ejemplo, por medio de un comité de desarrollo comunitario pueden colaborar con el sector educativo para promover la educación inclusiva, con el sector de transportes para desarrollar un sistema de transporte accesible a las personas con discapacidad y con organizaciones de voluntariado para constituir un grupo de voluntarios para atender a niños con discapacidad.

Es importante destacar la tarea de los **agentes comunitarios**, ya que son el **núcleo de los programas de rehabilitación basada en la comunidad (RBC)**. Suelen ser voluntarios y pueden realizar contribuciones importantes como participantes activos del programa. Generalmente son profesores, profesionales de la salud, asistentes sociales y otros, pero se puede motivar a otros miembros de la comunidad interesados a tomar este rol.

Los **trabajadores de rehabilitación basada en la comunidad (RBC)** ofrecen información a las personas con discapacidad y sus familias, las aconsejan acerca de cómo realizar tareas sencillas de la vida diaria o a confeccionar ayudas técnicas sencillas para mejorar la autonomía (como la lengua de señas o el uso de un bastón blanco). Actúan también como defensores de las personas con discapacidad, ya que se ponen en contacto con escuelas, centros de formación, lugares de trabajo y organizaciones para promover la accesibilidad y la inclusión.

30. IBIDEM



Entre los adultos mayores que concurren al CS hay varias mujeres de más de 65 años, viudas, con cierta disminución auditiva y visual que se ven a sí mismas como *aburridas e inútiles*. Ver la tele les aburre y les cuesta porque no escuchan o no ven lo suficiente, sus nietos ya no son tan niños como para ocuparse de ellos más bien son adolescentes con los que ya no mantienen la relación de antes y dicen estar *cansadas de vivir* y de *no servir para mucho*.

- ¿Puede el equipo de profesionales del CS trabajar para una mejor inserción de estas mujeres mayores en la comunidad?, ¿Cómo?

Muchas de estas mujeres concurren desde hace un tiempo al centro de salud, pero en muchos casos la discapacidad que hoy sufren pudo haberse disminuido, identificado o evitado con un diagnóstico temprano adecuado.

- ¿Cree que hay acciones de promoción o prevención que el equipo de profesionales del CS puede encarar para prevenir estas situaciones a futuro?, ¿Cuáles?

El **nivel intermedio o de distrito** es clave para coordinar el apoyo a las comunidades. Por esto, es importante contar con gestores del programa y quizás también comités intermedios o de distrito responsables del mismo. En este nivel se trabaja con la comunidad para reconocer la necesidad de rehabilitación basada en la comunidad (RBC), conocer los beneficios que el programa aporta y asegurar que sean las propias personas con discapacidad y sus familias las que definan sus necesidades.

A **nivel nacional**, se requiere la formulación de políticas y normas legales para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social y económica de las personas con discapacidad. Por ejemplo, la Ley N° 22.431.

En resumen, la rehabilitación basada en la comunidad (RBC) se genera en la misma comunidad, se basa en las necesidades de las personas y busca la resolución de problemas y no la aplicación de una técnica o el ejercicio de una profesión. Utiliza los recursos locales y la tecnología autóctona. Busca la intersectorialidad y se integra en programas de desarrollo de la comunidad.

Es por ello que promueve la colaboración entre los dirigentes comunitarios, las personas con discapacidad, sus familias y otros ciudadanos involucrados, para ofrecerles igualdad de oportunidades a las personas con discapacidad.



El pediatra de un CS ha detectado 3 niños con severas dificultades auditivas que viven en el área programática y que han abandonado la escolaridad primaria luego de repetir varias veces un grado. El CS no cuenta con Asistente Social. El equipo de profesionales del CS se reúne para pensar si tiene alguna forma de ayudar a estos niños a socializarse y escolarizarse.

Si se tratara de su CS:

- ¿Qué estrategias podría implementar su equipo?
- ¿Con qué otras instituciones podrían trabajar?
- ¿Con qué otras organizaciones barriales podría contactarse para trabajar en la detección de otros casos similares?

4.3.2. Rehabilitación institucional

La rehabilitación institucional puede ser definida como *"la encargada del diagnóstico que requiere otra tecnología o terapéuticas de mayor complejidad instrumental o de especialización"*³¹.

El papel de las instituciones de salud es fundamental puesto que de ellas surgen y se vehiculizan las acciones orientadoras ya sea de atención o conducción. Los modelos institucionales, son la respuesta emergente a políticas sociales, estilos de vida de una comunidad o la estrategia de proyecto político determinado.

Red de servicios de rehabilitación

Para satisfacer la demanda de atención adecuada de las personas con discapacidad, con criterio de equidad e igualdad de oportunidades, se debe constituir una **red de servicios de rehabilitación descentralizada** según criterios de riesgo, articulada en base a un sistema de referencia y contrarreferencia y con niveles de supervisión que garanticen la prestación de los servicios.

El respaldo normativo, en nuestro país, para la organización de los servicios de rehabilitación, se encuentra en la Resolución 47/01³², a través de la cual se establecen los requisitos de planta física, equipamiento, recursos humanos y funcionamiento, según niveles de riesgo.

A continuación, se presenta la descripción de los niveles de riesgo aplicados a los prestadores de servicios de rehabilitación:

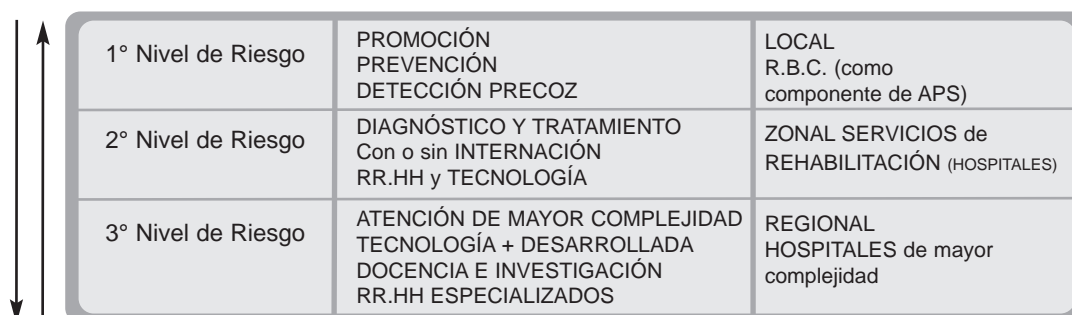


Criterio de riesgo es:

La capacidad de un establecimiento para la resolución de determinados problemas, en función de los recursos que dispone.

31. OPS. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Op. cit.

32. La resolución 47/01 contiene las "Normas de categorización de establecimientos de servicios de rehabilitación"



1° Nivel de Riesgo	PROMOCIÓN PREVENCIÓN DETECCIÓN PRECOZ	LOCAL R.B.C. (como componente de APS)
2° Nivel de Riesgo	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO Con o sin INTERNACIÓN RR.HH y TECNOLOGÍA	ZONAL SERVICIOS de REHABILITACIÓN (HOSPITALES)
3° Nivel de Riesgo	ATENCIÓN DE MAYOR COMPLEJIDAD TECNOLOGÍA + DESARROLLADA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN RR.HH ESPECIALIZADOS	REGIONAL HOSPITALES de mayor complejidad

Nota: Las flechas indican el funcionamiento del mecanismo de referencia y contrarreferencia.

En el **Nivel I o Bajo Riesgo** se encuentran establecimientos, especialmente Centros de Salud dedicados a la rehabilitación ambulatoria de las personas con discapacidad. Se puede encontrar en Centros, Clínicas, Sanatorios y Hospitales.

Entre sus principales acciones se pueden destacar:

- Promoción y protección de salud.
- Diagnóstico temprano de daño, atención de la demanda espontánea de morbilidad percibida.
- Provisión de tratamiento específico acorde a sus recursos.
- Prevención de complicaciones secundarias a la discapacidad de origen.
- Detección de demanda.
- Articulación de mecanismos de referencia y contrarreferencia.
- Puede ser nivel de referencia de Consultorios y Gabinetes.

En el **Nivel de Riesgo II o Mediano Riesgo** se encuentran establecimientos que pueden dedicarse en forma exclusiva a la rehabilitación de personas con discapacidad, o integrar los recursos de un establecimiento polivalente. Se encuentra en Centros, Clínicas, Sanatorios y Hospitales e Institutos.

Entre sus principales acciones se pueden destacar todas las acciones del Nivel I y además:

- Provisión de tratamientos específicos acorde a sus recursos a pacientes ambulatorios e internados.
- Atención inicial a pacientes que luego deben ser derivados a otros Niveles, según riesgo.
- Control y seguimiento de pacientes al egreso de internación o tratamiento.
- Mecanismos de referencia y contrarreferencia con niveles de mayor y menor complejidad.
- Posibilidad de trabajo en equipos multidisciplinares.

En el **Nivel de Riesgo III o Alto Riesgo** se encuentran establecimientos que asisten pacientes ambulatorios e internados y se encuentran en condiciones de resolver todas las situaciones posibles, tanto por el recurso humano capacitado como por los recursos tecnológicos de los que dispone. Es un establecimiento de referencia, que también puede realizar acciones de bajo y mediano riesgo. Se encuentra en Centros, Clínicas, Sanatorios, Institutos y Hospitales.

Entre sus principales acciones se pueden destacar:

- Es centro de referencia de establecimientos de menor nivel.
- Realiza habitualmente docencia e investigación.

Puede haber diversas combinaciones posibles: así por ejemplo, las clínicas, sanatorios y hospitales generales pueden tener Nivel I, II o III según sus recursos, mientras que es posible que un hospital Nivel III, tenga un nivel menor en rehabilitación.

En líneas generales la orientación de pacientes según niveles puede seguir el siguiente modelo:

- **Nivel I:** Pacientes ambulatorios con discapacidad en etapa de mantenimiento, que requieren apoyo de servicio social, control periódico de la evolución de la discapacidad y/o de la comorbilidad relacionada y mayor frecuencia o intensidad del tratamiento que la que podría brindarse en un Consultorio o Gabinete unipersonal.

Por ejemplo: hemiplejías con secuelas motoras y sensitivas, enfermedades neurológicas que requieren kinesiología, terapia ocupacional, apoyo psicológico, parálisis cerebrales en etapa de tratamiento médico y kinésico, etc.

- **Nivel II:** La misma tipología de casos que para el nivel anterior, para pacientes en etapa aguda o subaguda, con gran problemática social, alta frecuencia e intensidad terapéutica y que requiere de atención coordinada en forma permanente en equipos multidisciplinarios.

Por ejemplo: síndromes medulares, miopatías con compromiso respiratorio, etc.

- **Nivel III:** Igual tipología de casos que en los restantes niveles con cualquier grado de complejidad y características requeridas para la rehabilitación.

La programación del sistema de atención de salud según niveles de riesgo adquiere su real significado a partir del funcionamiento de la referencia y contrarreferencia, teniendo en cuenta que "las personas con discapacidad tienen el derecho de acceso a los servicios de Rehabilitación ofrecidos en

cualquier nivel de atención de la red de servicios...". De este modo, se evidencia el hecho de que todos los niveles "tienen la obligación de hacer una evaluación inicial para determinar el nivel de atención de Rehabilitación que le corresponde a la persona con discapacidad, darle orientación y hacer la derivación adecuada."³³

Actividad de integración

Le proponemos que a partir de la caracterización de la población con discapacidad elaborada para su área programática:

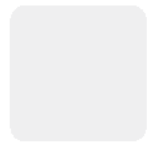
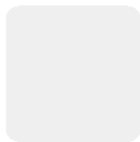
- Planifique actividades de prevención de la discapacidad para alguno de los tipos de discapacidad que identificó como prevalentes en algún grupo etéreo determinado.
- Diseñe actividades que comprometan a la comunidad y a sus organizaciones con el objetivo de elaborar una estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC) para su comunidad.
- Identifique dentro del ámbito de actuación del centro comunitario de salud las instituciones relacionadas con la rehabilitación, organizándolas según los niveles de riesgo descritos.



33. OPS. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Op. cit.



Anexo



Anexo 1

Extracto de la ponencia "Hacer visible lo invisible para poder pensarlo. Algunas consideraciones sobre la pobreza, discapacidad y comunidad."¹

(...) en general la persona con discapacidad en situación de pobreza sufre múltiples exclusiones y una notable falta de participación en los ámbitos comunitarios.

Pensar la pobreza como situación contingente para muchas personas ya es difícil, pero pensar en relación a la discapacidad, confronta no sólo miradas de mayor profundidad y complejidad sino que refuerza revisar las implicancias del orden de lo comunitario (...).

(...) la pobreza ha dado paso a una forma de representación denominada exclusión. La exclusión nos habla de un estado en el cual se encuentra un sujeto y mientras se entiende a la exclusión como una producción, como el resultado de la falta de integración se abre paso un término más duro que lo constituye "la idea de expulsión social" (...)

En nuestro país sabemos cómo se ha construido una concepción en torno a lo que implica ser un desaparecido, es así que esta nueva construcción u ordenamiento social opera generando una nueva clase de desaparecidos que la constituyen estos sujetos sin lazo en lo social, que pierden visibilidad y que al no poder acceder al mercado no organizan códigos de pertenencia del orden de lo social mente solicitado y legitimado.

Pensemos ahora en estas situaciones que atraviesan múltiples familias con uno o más miembros con discapacidad y cómo se precarizan aún más las relaciones, la vinculación de la persona con discapacidad con su entorno y la calidad de vida de esa persona.

Es fundamental (...) tener presente la concepción que se mantiene sobre lo que es la discapacidad en su papel discursivo, por lo cual la concepción que subyace en este trabajo y que sostiene la búsqueda de algunos puntos de análisis es la que propicia pensar a la discapacidad no como una cuestión biológica sino como una "retórica social, histórica y cultural". Es entonces que la discapacidad no es un problema de la persona que la porta sino que está relacionada con la propia idea de normalidad (en su historicidad) y la forma en que se organizan los vínculos sociales a distintos niveles (familiares, escolares, sociales, laborales, comunitarios).

Ser discapacitado y ser pobre no tiene la misma forma interpretativa que aquel que tiene otras posibilidades económicas y sociales y por consiguiente el mismo correlato en cuanto a las respuestas que se dan en función al imaginario que hay en relación a

1. FESTA, M. E.: Hacer visible lo invisible para poder pensarlo. Algunas consideraciones sobre la pobreza, discapacidad y comunidad. Ponencia presentada en el Simposio Familia, Pobreza y Discapacidad en el marco del 1º Congreso Iberoamericano sobre Discapacidad, Familia y Comunidad. Buenos Aires, 8, 9 y 10 de octubre de 2005.

cómo se definen esas variables por separado puro que de manera conjunta adquieren y potencian otras representaciones que organizan respuestas.

(...) si esto lo trasladarnos a nuestro contexto veremos cómo una gran proporción de estudiantes pobres se considera que presentan problemas de aprendizaje por lo cual son derivados a una escuela especial.

Son las formas que toman las significaciones tanto de la pobreza como de la discapacidad que irán constituyendo una dinámica en la cual se otorgan determinados significados.

La discapacidad constituye, en muchos casos, un doble estado de exclusión, por un lado el que puede generar la propia discapacidad para la persona y por otro lado la precarización de oportunidades y habilitaciones que tanto la familia se siente impedida de dar o que la sociedad no otorga, es así que se puede hablar de destitución social, en la que el sujeto queda por fuera de todo y a merced de lo que el otro (estado, escuela, comunidad) puedan darle quedando con pocas oportunidades para ejercer sus derechos.

La destitución opera en lo institucional y en lo personal dando u otorgando a la persona con discapacidad un lugar u otro según sea la producción simbólica que se hace de la posibilidad de habilitar ciertas situaciones.

La destitución es una operación mental del otro para con la persona con discapacidad, que lo deshabilita de sus derechos que como toda persona tiene y que lo piensa más desde los términos de la asistencia o la beneficencia y desde ahí se organizan determinadas respuestas.

La destitución define así también situaciones de degradación, que a nuestra vista aparecen en las figuras de los lugares que habitan estas personas, generalmente en casas muy precarias, en condiciones de aislamiento social, en algunos casos la mendicidad opera como una forma de obtener un beneficio secundario de la discapacidad, etc. (...)

Cuando la trayectoria de vida está "signada" por la pobreza

En general uno tiende a ver a una persona en un recorte situacional, ya sea porque la observa desde el marco escolar, o como niño, o adulto, como trabajador, etc., de todos modos el presente de cada uno corresponde a una trayectoria, que no sólo es historia sino acontecimiento, que es un ir y volver pero que siempre traza un camino.

En su libro *Estigma..La identidad deteriorada*, el sociólogo Goffman observa cómo a lo largo de la historia las sociedades establecen distintos mecanismos a través de los cuales se categoriza a las personas, estableciendo aquellos atributos que se perciben como normales y naturales para cada una de ellas, y cómo esos atributos se transforman en categorías normativas. Es así que cuando esos atributos se consolidan y nos encontramos con una persona que no encuadra con los mismos se produce un

descrédito que puede transformarse en un estigma.

La estigmatización toma fuerza y eficacia ya que ocurren dos procesos: por un lado se presenta recubierta bajo un manto de naturalidad, un el caso que nos ocupa estaría dado por esperar poco de la familia en condiciones de pobreza para con el desarrollo de la persona con discapacidad ("qué se puede esperar de este chico si su madre es analfabeta") y por otro lado se presenta como un enunciado descriptivo que es también un enunciado prescriptivo.

Es así que la persona que está estigmatizada asume sus atributos en parte explicando su destino como parte de su naturaleza.

Poder poner en consideración algunos juicios que se mantienen ocultos con respecto a las posibilidades de las personas permite realizar prácticas e interacciones más democráticas y brindar marcos de oportunidades que tienen relación con el cumplimiento de derechos no relegados por su situación de pobreza.

La peor forma de no dar posibilidades es cuando el que escucha al otro ya ha puesto en un lugar de desvalorizar la palabra. Esto puede observarse en distintos ámbitos:

- En el escolar, cuando se predicen destinos y se observa cómo la palabra de los padres pierde sentido cuando la familia tiene determinada procedencia social.
- En lo común icario, cuando se duda sobre los modelos de crianza y el potencial para ser madre o padre.
- En el ámbito de la salud, donde no se valorizan conocimientos y saberes propios de las familias, donde se observa sólo lo dañado y no se trabaja en situación de contexto. (...)
- En lo formativo cuando se categorizan situaciones describiendo continuidades del ser "pobres" o "discapacitados" sin reconocer que cada una de ellas tiene muchos matices y formas de representación.

(...) Estas operaciones mentales lo que impiden es romper con la cadena de una trayectoria de vida que en algunos momentos puede ser mejorada, optimizada en algunos de sus aspectos a partir de otorgar oportunidades. No podemos cambiar la vida de las personas por el solo hecho de ser docentes, profesionales, médicos, pero sí podemos en cada ámbito buscar otros caminos, acompañar de otra manera, escuchar sin hacer juicios previos, orientar, enseñar y por sobre todo aprender para poder entender.

La comunidad desde su "para todos"

En trabajos anteriores he dejado plasmada la idea de que la discapacidad no es sólo una situación que afecta a una persona o a una familia sino que la responsabilidad trasciende todos esos espacios para hacerse una cuestión comunitaria en donde todos

formamos parte de la respuesta, desde distintos niveles de responsabilidad y participación.

Lo mismo puede pensarse cuando de personas en condición de pobreza hablamos, ya que esa situación no corresponde sólo a las personas que la padecen sino que nos implica a todos, sabiendo que la ruptura del tejido social nos afecta como comunidad, tal vez tomando diferentes formas o matices.

Las respuestas van en distintos sentidos pero lo comunitario debe estar implicado desde una conciencia colectiva que implica que somos parte del problema y también de la solución.

Ubicar lo comunitario como un espacio de intersección de muchos actores, brinda algún sentido de concreción y puede ayudar mejor a entender los lugares asignados a las personas con discapacidad.

Podemos decir que la familia es la primera que coloca en el imaginario social en un lugar a la persona con discapacidad y se posiciona frente al hecho de tener a una persona con discapacidad organizando distintas respuestas. Por supuesto que no es lo mismo una persona con discapacidad más autónoma que aquella que necesita permanentemente la asistencia del otro para cubrir sus necesidades vitales.

Se observa en muchos casos cómo algunas situaciones tienen implicancias directas para la persona con discapacidad pero sostienen otro tipo de implicancias que la trascienden, por ejemplo desde chicos que quedan solos mucho tiempo ya que los padres deben salir a trabajar y no tienen a nadie que los cuide, hasta la imposibilidad de asistir a lugares de educación o de salud por la ausencia de miembros de la familia con posibilidades de llevar a la persona.

Vemos entonces cómo estas formas sociales de pobreza no sólo brindan desposesión material sino que le asignan lugares en donde queda alterado no sólo su situación sino la de todo el grupo familiar.

También ese es el territorio de la caridad, que por supuesto aparece ante la ausencia de otras alternativas de mayor profundidad, como sería el logro de un empleo para los miembros de la familia. La caridad tiene como singularidad que mantiene latente una asimetría entre los habilitados a dar y los que sólo pueden recibir.

Se instalan así visiones en lo comunitario en la cual se victimiza más a una familia pobre con una persona con discapacidad que a otra que no la tiene.

(...)La escuela o el centro de día deben constituirse en instituciones mediadoras, con gran capacidad de lectura comunitaria y con profesionales que no sólo puedan trabajar con las personas con discapacidad sino que además sirvan de puentes entre lo que la comunidad ofrece y lo que la persona necesita.

En el caso de personas con discapacidad en situación de pobreza digamos que las instituciones toman mayor relevancia ya que en general son el único eslabón de una cadena social que se ha roto, simbólica y materialmente las instituciones son en general el único referente concreto que puede officiar de posibilitador.

Pero hay algo que no deben olvidar las instituciones que es su poder educador en el ámbito comunitario por medio de la presencia de determinada manera de las personas con discapacidad, ellas estarán posicionadas de una u otra manera según lo que en parte las instituciones aporten a ese posicionamiento. Será la lástima, la caridad, la pena o las posibilidades, la participación y la inclusión, todo depende no de cuestiones que tengan que ver con el azar sino con una estrategia pensada por la institución que las promueve.

Algunas consideraciones que pretenden dejar abierto el debate

Para el final me interesaría remarcar algunos puntos que desearía se interpreten como argumentaciones abiertas de manera que permitan seguir pensando, profundizando y analizando las implicancias que tenemos todos en la construcción social de la discapacidad.

Algunas consideraciones (que no son generalizaciones) son:

- La persona con discapacidad en situación de pobreza está doblemente afectada pero puede pensarse que la situación de pobreza en general puede tener más efectos negativos sobre su situación inclusive por encima de la propia discapacidad ya que afecta cuestiones muy sensibles para la dignidad de la persona.
- Las familias no sienten a la discapacidad de uno de sus miembros como una situación compleja de por sí ya que ellos viven otras situaciones que consideran de mayor complejidad como son la falta de empleo, las dificultades de acceso a la educación, la salud, etc.
- La discapacidad de uno de sus miembros en familias pobres en algunos casos le permite la posibilidad de acceso más rápido a algunos programas, por ejemplo cuando se deben asignar viviendas se prioriza a las familias con un miembro con discapacidad.
- La privacidad y la intimidad de la persona con discapacidad está coartada por la convivencia en viviendas de un cuarto único, o compartido por muchas personas, con baños fuera de la casa sin los elementos básicos.
- En todos los casos las personas son atendidas en el sistema público de salud que en muchos casos no cumple con las necesidades de la complejidad necesaria para dar respuesta por lo que deben ir a otros hospitales de ciudades lejanas por

lo que a veces los tratamientos y controles no se realizan.

- La medicación es otro tema de mucha complejidad por el costo de los mismos y la necesidad de priorizar otras situaciones. Esto trae entre sus consecuencias el desmejoramiento de la persona y la presencia de otras patologías asociadas.
- En general se priorizan muchas cosas para la persona con discapacidad, entre ellas alimentación, salud, vestimenta, en relación con el resto de la familia, en algunos casos privando a algunos miembros de esa misma familia de cuestiones esenciales, provocando efectos llamados de rebote en el resto de los miembros menores, por ejemplo mala alimentación, problemas de salud, etc.
- En muchos casos la persona con discapacidad debe quedarse sola en su vivienda cuando todos salen a trabajar y en algunos casos un hermano queda como responsable del cuidado inclusive con el abandono de su escolaridad.
- En general se fortalecen algunas redes sociales de ayuda entre familias pobres que conviven en un mismo barrio.
- La escuela, el taller, el centro de día, etc., se vuelven el lugar de referencia para la familia, y consideran a las instituciones como el único lugar en donde se puede promover otra forma de vida para estas personas.
- Tienen muy poca información sobre sus derechos, la forma de reclamarlos y el lugar en donde efectuar esos reclamos. En general las municipalidades y las instituciones son vistas como los lugares de concurrencia cuando algo problemático sucede.
- En general la información es dada por otros antes que reclamada por las familias, sienten que la situación de pobreza los ha puesto fuera de un estado de derecho.
- El costo de algunos elementos como sillas de ruedas, prótesis o medicamentos lleva a que la familia deba recurrir al apoyo de distintas instancias (estado, organizaciones de la sociedad civil, otros) para poder acceder a los mismos, volviendo mucho más compleja la situación de acceso al bien que se requiere.
- En general las familias realizan algunas adecuaciones de elementos sencillos para poder dar oportunidades a las personas con discapacidad. Por ejemplo utilizan las sillas de bebés las que acondicionan para poder trasladar a la escuela a sus hijos.

Muchas cosas quedan por decir y sobre todo por indagar, de todas maneras es bueno que podamos turnar conciencia de las implicancias que tiene el tema de la pobreza en la discapacidad, asumiendo que sin la participación de todos los actores ya sea estado, instituciones, comunidad en general los cambios no serán posibles.

Reconocer que el cambio debe empezar por mejorar las condiciones de esas familias implicará una calidad de vida mejor para la persona con discapacidad evitando así los efectos adversos de su situación contextual. (...)

Anexo 2

Listado de Juntas de Acreditación de la discapacidad.

SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

Dirección	Ramsay 2250
Ciudad	Ciudad de Buenos Aires
Teléfono	

PROVINCIA DE CATAMARCA

Dirección	Avda. Perón N° 11 (Esq. Avda. A. Illía) (4700)
Ciudad	San Fernando del Valle de Catamarca
Teléfono	(03833) 437921

PROVINCIA DE TUCUMÁN

Dirección	San Lorenzo 1142 (4000)
Ciudad	San Miguel de Tucumán
Teléfono	(0381) 421 1257

PROVINCIA DE SALTA

Dirección	Lerma 800 (4400)
Ciudad	Salta
Teléfono	(0387) 4375146/5

PROVINCIA DE FORMOSA

Dirección	Junín 1285 Esq. Fortín Yunká
Ciudad	Formosa
Teléfono	(03717) 436446

PROVINCIA DE SAN JUAN

Dirección	Av. Córdoba 150 Este.
Ciudad	San Juan
Teléfono	(0264) 421 6606

PROVINCIA DE CHACO

Dirección	Hospital Julio C. Perrando
Ciudad	Av. 9 de Julio 1101 - Resistencia
Teléfono	(03722) 42 5050 44 2399

PROVINCIA DE RIO NEGRO

Dirección	Area Central C.P.P.D. Viedma Laprida 226
Ciudad	Viedma
Teléfono	(02920) 42 1833

Dirección	General Roca - Chacabuco 2175
Ciudad	General Roca (8332)
Teléfono	(02941) 42 9401

Dirección	San Carlos de Bariloche - Moreno 1435
Ciudad	San Carlos de Bariloche (8400)
Teléfono	(02944) 42 2849

Dirección	Cipolletti - Fernández de Oro 770
Ciudad	Cipolletti (8324)
Teléfono	(0299) 477 0030/ 6601

Dirección	Villa Regina - Fray Luis Beltrán 476
Ciudad	Villa Regina (8336)
Teléfono	(02941) 46 1262/77

PROVINCIA DE CORRIENTES

Dirección	Santa Fe 762
Ciudad	Corrientes
Teléfono	(03783) 424842

Dirección	Av. T. Mazzanti 550
Ciudad	Goya
Teléfono	(03777) 422283

PROVINCIA DE LA RIOJA

Dirección	CPS. "San Vicente" Oyola y Pamplona B° San Vicente
Ciudad	La Rioja
Teléfono	(03822) 424210

Dirección	CPS "Libertador" - Los Patos s/n B° Libertador
Ciudad	La Rioja
Teléfono	(03822) 421478

Dirección	Hospital Enrique V Barros - Olta s/n
Ciudad	La Rioja
Teléfono	

Dirección	Hospital San Nicolás (Zona Sanitaria II) - Casimiro Godoy s/n
Ciudad	Aimogasta
Teléfono	(03827) 429004

Dirección	Hospital Eleazar H. Mota (zona Sanitaria III) - Cabero 500
Ciudad	Chilecito
Teléfono	

Dirección	Hospital Luis Agote (Zona Sanitaria V) - Constantino Carver esq. El Chacho
Ciudad	Chamical
Teléfono	(03826) 429020-2021-2023

Dirección	Hospital Luis Pasteur - san Juan s/n
Ciudad	Chepes
Teléfono	(03821) 429105

PROVINCIA DE JUJUY

Dirección	Independencia 41
Ciudad	San Salvador de Jujuy
Teléfono	(0388) 4234243

PROVINCIA DE ENTRE RÍOS

Dirección	Gregoria Amatorra de San Martín y Azcuénaga
Ciudad	Paraná
Teléfono	(0343) 4208281

PROVINCIA DE LA PAMPA

Dirección	Dirección de Discapacidad Av. Roca 851
Ciudad	Santa Rosa
Teléfono	(02954) 453953

Dirección	Centro de Salud Abudara - Calle 23 esquina 8
Ciudad	General Pico
Teléfono	(02302) 435891

PROVINCIA DE CHUBUT

Dirección	Hospital Subzonal Santa Teresita J.A. Roca 555
Ciudad	Rawson
Teléfono	(02965) 481260

Dirección	R. Gomez 383
Ciudad	Puerto Madryn
Teléfono	(02965) 453030

PROVINCIA DE MENDOZA

Dirección	Peltier 531 1° S.S. Casa de Gobierno
Ciudad	Ciudad de Mendoza
Teléfono	(0261) 4493045/3048

Dirección	P.R.O.F.E San Juan 255
Ciudad	Ciudad de Mendoza
Teléfono	(0261) 4245369

PROVINCIA DE SANTA FE

Dirección	Bulevard Galvez 1563
Ciudad	Santa Fe (3000)
Teléfono	(0342) 4574785

Dirección	Hospital Carlos Vera Candiotti - Monseñor Zaspé 3738
Ciudad	Santa Fe (3000)
Teléfono	(0342) 457 3500

Dirección	Hospital Sayago - Blas Parera 8900
Ciudad	Santa Fe (3000)
Teléfono	(0342) 4579237 int 141

Dirección	Dirección Provincial de Personas con Discapacidad 2da. Circunscripción - Buenos Aires 2155
Ciudad	Rosario (2000)
Teléfono	(0341) 472 8166

Dirección	Sede Departamento de Medicina Legal - Suipacha 658
Ciudad	Rosario (2000)
Teléfono	(0341) 437 0987

Dirección	Colonia Psiquiátrica de Olivero - Ruta 11 Km 356
Ciudad	Rosario (2000)
Teléfono	(03476) 49 8039

Dirección	SAMCO-Rafaela - Lisandro de la Torre 737
Ciudad	Rafaela (2300)
Teléfono	(03492) 421621 int 125

Dirección	SAMCO Reconquista - Hipólito Irigoyen 1580
Ciudad	Reconquista (3570)
Teléfono	(03482) 420012 int 219

Dirección	SAMCO Venado Tuerto - Gutierrez 55
Ciudad	Venado Tuerto (2600)
Teléfono	(03462) 439098

Dirección	SAMCO San Cristóbal - Chacabuco 1456
Ciudad	San Cristóbal (3070)
Teléfono	(03408) 422033

Dirección	SAMCO Villa Ocampo - Dr. Farran y Espora 2129
Ciudad	Villa Ocampo (3550)
Teléfono	(03482) 466002

Dirección	SAMCO Firmat - Santa Fe 1860
Ciudad	Firmat (2630)
Teléfono	(03465) 423528

Dirección	SAMCO San Javier - Madrejón 1320
Ciudad	San Javier (3005)
Teléfono	(03405) 424247

Dirección	SAMCO Villa Constitución - Bolívar 1600
Ciudad	Villa Constitución (2919)
Teléfono	(03400) 474057

PROVINCIA DE CÓRDOBA

Dirección	Hospital Córdoba Av. Patria 656 B° Pueyrredon
Ciudad	Córdoba
Teléfono	(0351) 434 9002/6

Dirección	Hospital de Niños de la Santísima Trinidad - Bajada Pucará s/n B° Crisol
Ciudad	Córdoba
Teléfono	(0351) 458 6400

Dirección	Hospital Neuropsiquiátrico Provincial - Saavedra Sud 160 B° Juniors
Ciudad	Córdoba
Teléfono	(0351) 434 2429

Dirección	Hospital Nuestra Señora de la Misericordia Belgrano 1502 B° Guemes
Ciudad	Córdoba
Teléfono	(0351) 434 4100

Dirección	Hospital Pediátrico del Niño Jesús -Castro Barros 650 B° San Martín
Ciudad	Córdoba
Teléfono	(0351) 434 6060

Dirección	Hospital Tránsito Cáceres de Allende - Pringles 1002 B° Pueyrredon
Ciudad	Córdoba
Teléfono	(0351) 434 2411

Dirección	Hospital Josefina Prieur - Balbín 77
Ciudad	Villa Allende. Departamento de Colón.
Teléfono	(03543) 431409

Dirección	Hospital Aurelio Crespo - Félix Cáceres s/n
Ciudad	Cruz del Eje. Departamento de Cruz del Eje.
Teléfono	(03549) 42 6747

Dirección	Hospital Regional Pasteur - Mendoza 2152
Ciudad	Villa María. Departamento de General San Martín
Teléfono	(0353) 461 9138

Dirección	Hospital Regional Dr. Ernesto Romagosa - Colón 247
Ciudad	Dean Funes. Departamento de Inschilin
Teléfono	(03521) 426223

Dirección	Hospital Dr. Abel Ayerza - Belgrano 350
Ciudad	Marcos Juarez. Departamento de Marcos Juarez.
Teléfono	(03472) 422820

Dirección	Hospital Ramón J. Carcano - Av. Juan D. Perón 20
Ciudad	Laboulaye. Departamento de Pte Roque Saenz Peña
Teléfono	(03385) 453242

Dirección	Hospital Colonia Santa María
Ciudad	Santa María - Santa María de Punilla. Departamento de Punilla
Teléfono	(03541) 48 9674

Dirección	Hospital Central - General Mosconi 486
Ciudad	Rio Cuarto. Departamento de Rio Cuarto
Teléfono	(0358) 467 2934

Dirección	Hospital San Vicente de Paul - Bv. Sobremonte 550
Ciudad	Villa del Rosario. Departamento de Rio Segundo.
Teléfono	(03573) 42 4704

Dirección	Hospital Villa Dolores - Av. Belgrano 1500
Ciudad	Villa Dolores. Departamento de San Javier.
Teléfono	(03544) 42 6437

Dirección	Hospital J.B. Iturraspe - Domingo Cullen 450
Ciudad	San Francisco. Departamento de San Justo.
Teléfono	(03564) 443722

Dirección	Hospital Dr. Carlos J. Rodriguez - Av. Carlos Pontin 750
Ciudad	Arroyito. Departamento de San Justo.
Teléfono	(03576) 42 1190

Dirección	Hospital Arturo U. Illía - Av. Del Libertador 1450
Ciudad	Alta Gracia. Departamento de Santa María
Teléfono	(03547) 42 9282

Dirección	Hospital Complejo Asistencial Bell Ville -Gerónimo del Barco 1300
Ciudad	Bell Ville. Departamento de Unión
Teléfono	(03534) 421003

CERTIFICACIÓN PROVINCIAL ÚNICAMENTE

PROVINCIA DE BUENOS AIRES (LEY N° 10.592)

Localidad	Hospital	Dirección	Teléfono
25 de Mayo	Hospital Saturnino Unsúe	Calle 37 y 1	(02345)466060
9 de Julio	Htal. Dr. Julio de Vedia	Av. T. Cosentino 1223	(02317) 430125 / 430026 / 430520
Avellaneda	Htal. Interzonal Gral. De Agudos Dr. P. Fiorito	Belgrano 815	4201-3081/87
Ayacucho	Hospital Dr. Pedro Solanet	Av. Indart 852	(02296) 46387
Azul	Región Sanitaria IX	Arenales y Bolivar	(02281) 42019/ 423410
Azul	Hospital Dr. Angel Pintos	Amado Díaz 270	(02281) 424015 / 424150
Bahía Blanca	***	Moreno 267	(0291) 4555110
Bahía Blanca	Htal. Interzonal de Agudos Dr. José Penna	Láinez 2170	(0291) 4564200/4550350/4550190
Balcarce	Hospital F. Fosatti	19 N° 926 e/ 28 y 30	(0266) 472017 / 422017
Berisso	Hospital Zonal Gral. De Agudos Victor Larraín	Londres 4435	(0221) 4611101 / 02
Bolivar	Hospital Subzonal General	Avda. Calfucurá	(02314) 424679
Bragado	Hospital San Luis	Hnos. Islas y Urquiza	(02342) 430572 / 422210 / 422169
Burzaco	Htal. Subzonal Dr. José M. Jorge	Gorriti 300	4294-1384 / 4294-8100
Cañuelas	Hospital Subzonal Dardo Rocha	Nta. Sra de la Merced s/n	(02226) 430277
Carlos Casares	Centro Materno Infantil	Lamadrid 185	(02395) 451217 / 452557 - Fax
Carlos Tejedor	Hospital Municipal Garre	E. y S. Garré 950	
Chacabuco	Hospital Subzonal Municipal del Carmen	Av. Garay 216	(02352) 428109 / 430827
Chascomús	Hospital San Vicente de Paúl	Av. Lastra e H. Irigoyen	(02241) 431339 / 431330 / 431093
Chivilcoy	Región Sanitaria X	Hijas de María 148	(02346) 423967 / 422642 / 422546
Chivilcoy	Hospital Municipal	Av. H. De San José 31	(02346) 422052 / 423520
Daireaux	Htal. Municipal Dr. Pedro Romanazzi	Carlos Pellegrini 1136	(02316) 452128 / 4522809 / 453297
Dolores	Hospital Municipal San Roque	Lamadrid 880	(02245) 447964 / 446172
Ensenada	Hospital Horacio Cestino	San Martín y Estados Unidos	
Ensenada	Hospital Zonal de Rehabilitación	Calle 129 y 53	(0221) 4834758
Escobar	Hospital Erril de Escobar	Gelvez S/N	(03487) 422603 / 433181 / 420637

Localidad	Hospital	Dirección	Teléfono
Florencio Varela	Hospital Municipal de Agudos Mi Pueblo	Montevideo y Chañar	4255-7809 / 7810 / 1767
General Villegas	Hospital Municipal Subzonal	Stubrin S/N	(03388) 423629 / 429630
Gral. Rodríguez	Htal. Vicente López y Planes	Av 25 de Mayo y Alem	(0237) 4853307 / 4853301 / 06
Guernica	Hospital Dra. Cecilia Guierzon	Alberdi y Testa	(02224)475291/5408/5413/15/16/
Haedo	Hospital Posadas	Martinez de Hoz y Marconi	
Hipólito Irigoyen	Htal. Municipal Dr. Saverio M. Galvagni	Urquiza 502	
Hurlingham	Hospital de Atención Primaria Hurlingham	J.D. Solis 16500	
Junín	Región Sanitaria III	Borges y 25 de Mayo	(02362) 443717 / 443626
Junín	Hospital Zonal General de Agudos	Lavalle 1084	(02362) 433138 / 432665 / 4331974
La Matanza	Hospital Paroissien	Ruta Nacional 3 Km 21	4669-3390/3490/3190
La Plata	Región Sanitaria XI	Calle 3 e/ 60 y 61	(0221) 4820184 / 4257167
La Plata	Hospital Interzonal Gral. De agudos San Martín	Calle 69 y 116	(0221) 421190 / 1195 / 1199 / 4251717
La Plata	Hospital Interzonal Gral. De Agudos Rossi	Calle 37 entre 116 y 117	(0221) 4828821/24 / 4823562 / 4247599 / 4247603
La Plata	Hospital Interzonal Sor María Ludovica	Calle 4 e/ 65 y 66	(0221) 4535901 / 03
Lincoln	Hospital Municipal		
Lobos	Hospital Zonal de Lobos	Maestropietro S/N	(0227)421212 / 422135
Lomas de Zamora	Región Sanitaria VI	Leandro N. Alem 453	4292-7511
Lujan	Hospital Nuestra Señora de Luján	San Martín 1750	(02323) 423333 / 424870
Magdalena	Hospital Subzonal de Agudos Magdalena	Las Heras 385	(0221) 453313 / 453443 / 453308
Mal. Argentinas	Hospital Municipal Ramón Carrillo	Oruro 2943	4660-1616 / 44560089
Mar del Plata	Región Sanitaria VIII	Independencia 1213	(0223) 4953802/4957281/49530802
Mar del Plata	Instituto Psicofísico del Sur	Ruta 88 Km 4	(0223) 4820011
Marcoz Paz	Hospital Dr. Hector J.D. Agnillo	Alem 250	(0220) 471333
Melchor Romero	Hospital Interzonal Alejandro Korn	Calle 520 e/ 170 y 175	(0221) 4785665 / 5253 / 0018
Mercedes	Hospital Municipal Blas Dubarry	Calle 12 N° 825	(02324) 423194
Merlo	Comisión del Discapacitado	Sarandi 367	(0220) 4833136 / 4821865
Monte	Hospital Zonal Videla Dorna	Zenón Videla Dorna 851	(02227) 443100/101
Monte Grande	Hospital Santa Marina	Alvear y Cardeza	4290-0557 / 0266
Moreno	Hospital Mariano y Luciano de la Vega	Libertador 710	(0237) 44620038 /4620039 /4625946
Necochea	Hospital Municipal Emilio Ferreira	Calle 9 N° 4801	(02262) 422405
Olavaria	Hospital Zonal Municipal	Rivadavia 4057	(02284) 440800 / 06
Pehuajo	***	Echeverria 560	(02396) 472346 /472500
Pehuajo	Htal. General J.C. Aramburu	Dean Funes 56	(02396) 473230 / 472793
Pellegrini	Hospital Guillermo del Soldato	Ugarte 317	
Pergamino	Htal. Interzonal Gral de Agudos San José	Liniers e Italia	(02477) 441400 / 441401 / 436633
Pila	Hospital Municipal de Pila	Calle 11 y 6	(02242) 498230
Pilar	Hospital Municipal J. Sanguinetti de Pilar	Victor Vergani 860	(02322) 20508 / 433740
Quequén	Hospital Municipal José Irurzún	541 N° 3550	(02262) 450052 / 450854
Quilmas	Secretaria de Salud de Quilmes	***	4253-0086
Ranchos	Hospital Local Gral de Agudos Campomar	Av. Campomar 3413	(02241) 481351 / 481124
Rivadavia	Hospital Municipal	Cte. Hilcuat S/N	(02337) 452178 / 452100
Saladillo	Hospital de Saladillo	Francisco Enparanza 2753	(02344) 454112
Salliqueló	Hospital Municipal	N. de Julio 675	(02394) 480001 / 480064
San Fernando	Hospital Zonal Petrona de Cordero	Belgrano 1995	4744-2624 / 5883 / 4750 / 4557
San Isidro	Región Sanitaria V - Dra. Cristina Basabilvaso	Acasusso 715	4743-1841 / 7697 / 44747-0638

Localidad	Hospital	Dirección	Teléfono
San Isidro	Hospital Municipal San Isidro	Santa Fe	4512-3714 / 3715
San Martín	Hospital Zonal Gral. Manuel Belgrano	Constituyente 3120	4752-8375 / 8456 / 8450
San Miguel	Dirección Municipal de Promoción y Ayuda a la persona con discapacidad	Paunero 1136	4451-5825 / 5847
San Nicolás	Htal. Zonal Gral. De Agudos San Felipe	Moreno 31	(02461) 422897 / 423912
San Vicente	Hospital Subzonal Dr. Carillo	Pascual Santero y Mateu	(02225) 483640
Tandil	Hospital Ramón Santamarina	Paz 1400	(02293) 422010
Tigre	Hospital Municipal Magdalena V. De Martínez	Cassareto 66	4479-0915 / 0876 / 0879
Trenque Lauquen	Hospital Municipal Pedro Orellana	Castelli 150	(02392) 422237 / 422432
Vicente López	Hospital Municipal Bernardo Houssay	Irigoyen 1757	4796-7228 / 7218 / 7236
Wilde	Secretaría de Salud	Rodo 300 y Belgrano	5222-7700 Int. 2
Zarate	Hospital Zonal Virgen del Carmen	Paso y Felix Pogola	(03487) 422300 / 423060 / 423467

PROVINCIA DE SANTA CRUZ

Organismo responsable de Discapacidad	Ministerio de Asuntos Sociales - Dirección de Capacidades Especiales
Responsable del Organismo	Sra. Fabiana Azanza
Dirección Completa	
Teléfono	(02966) 42 6173

PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO

Organismo responsable de Discapacidad	Ministerio de Desarrollo Social - Departamento de Discapacidad
Responsable del Organismo	Lic. Mónica Torres
Dirección Completa	
Teléfono	(02901) 435672

PROVINCIA DE NEUQUEN

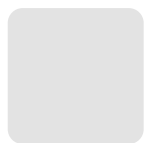
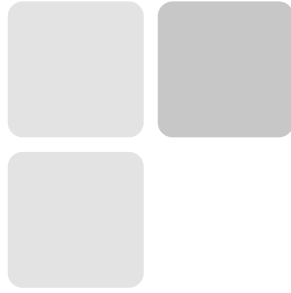
Organismo responsable de Discapacidad	Ju.C.A.I.D. Junta Coordinadora para la Atención Integral del Discapacitado
Responsable del Organismo	Lic. Sergio Monardez
Dirección Completa	Salta 265 (8300) Neuquén
Teléfono	(0299) 449 5552
Correo Electrónico	jucaid@neuquen.gov.ar

PROVINCIA DE SANTIAGO DEL ESTERO

Organismo responsable de Discapacidad	Instituto de Rehabilitación Integral
Responsable del Organismo	Dr. Jorge Abalos (Lic. María Cuello)
Dirección Completa	24 de setiembre 446 (4200)
Teléfono	(0385) 421 1480
Fax	(0385) 421 7189



Bibliografía



Bibliografía utilizada

Adicciones

- CARBALLEDA, A.: *La Farmacodependencia en América Latina su abordaje desde la APS*. Ediciones Paltex. OPS. 1991/ Reimpresión 1994.
- CARBALLEDA, A.: *Seminario de Adicciones UNER*. Realizado en la Universidad Nacional de Entre Ríos el 11 de junio de 1999. Publicado en Revista Margen N° 15. www.margen.org
- CARBALLEDA, A. y otros: *Modelos de intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud: Obstáculos, posibilidades y nuevas perspectivas de actuación*. Informe Final Investigación UNLP: 1997.
- CARBALLEDA, A.: *Intervención en lo social*. Editorial Paidós. Buenos Aires 2002.
- CARBALLEDA, A. y PARRA, J.L.: *Curso interdisciplinario: Trabajo Social y Salud Mental*. Revista Margen. 2006.
- CASTEL, R.: *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado* Paidós Barcelona 1997.
- CONACUID: *La cuestión de las drogas en América Latina*. Caracas Venezuela. 1988.
- GALENDE, E.: *De un horizonte incierto Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*, Paidós. Buenos Aires. 1998.
- Manual "Jóvenes en Prevención. Adicciones en el ámbito escolar". Subsecretaría de Atención a las Adicciones. Ministerio de Salud de la Prov. de Buenos Aires 2006.
- MIGUEZ, H.: *Uso de sustancias psicoactivas: Investigación Social y Prevención Comunitaria*. Editorial Paidós. 1998.
- NOWLIS, H.: *La Verdad Sobre La Droga*. Ediciones de la UNESCO. 1995.
- Plan Provincial de Atención a las Adicciones. Avances y planificación de Gestión 2003 - 2007. Subsecretaría de Atención a las Adicciones. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- Prevención de las Adicciones una Mirada Integral. Secretaria de Prevención y Asistencia de las Adicciones - Año 2000-.
- WEISSMANN, P.: *Toxicomanías*. Editorial de la Universidad de Mar del Plata. 2005.

Violencia

- BARUDY, J.: *El dolor Invisible de la Infancia*. Ed. Paidós. Barcelona. 1998.
- BARUDY, J.: *Los Buenos Tratos en los Niños*. Ed. Gedisa. Barcelona. 2005.
- CEFEMINA *Propuestas sobre políticas públicas para enfrentar y prevenir la violencia contra las mujeres y en la familia*. San José, 1991.
- CLARAMUNT, C. y GUIDO, L.: *Algunos elementos filosóficos, políticos y acciones de intervención para la prevención, detección y atención del problema de la violencia intrafamiliar*. OPS/OMS. Programa Mujer, Salud y Desarrollo, San José 1996.
- DOHMEN, MÓNICA LILIANA ; SUÁREZ LOTO, SILVIA ; PAGGI, PATRICIA ; PLUIS, LILIANA ELBA ; YAGUPSKY, VERA PATRICIA. Comp.: *Violencia familiar: Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Paidós. Buenos Aires, 2004.
- FUNDACIÓN MUJERES: *Programa de intervención con hombres que ejercen la violencia*. 2006
- FUNDACIÓN MUJERES: *La violencia hacia las mujeres como problema social. Análisis de las consecuencias y de los factores de riesgo*. 2006
- FRANCO, S.: *El quinto no matar*, Contextos explicativos de la Violencia en Colombia. Editores Tercer Mundo. Santa fe de Bogotá- 1989.
- KESSEL SARDINAS, H. y COL .*Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado* Rev.Esp. Geriatr. Gerontol. 1996.
- MARTÍNEZ ESCUDERO, M. , FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, O.: *Malos tratos: detección precoz y asistencia en atención primaria*. Editorial Art. Medica. 2005.
- MASSOLO, A.: *Las condiciones del habitat para la mujer*. Seminario Latinoamericano " Estudios e Investigación sobre mujer y género en América Latina y el Caribe". Managua, 1997.
- OPS/OMS. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Género, Salud y Desarrollo: *Manual para el desarrollo de talleres para la incorporación del enfoque de género en programas y proyectos de salud*. Washington, 1997.
- OPS- *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina* (estudios de caso de diez países), 2000.
- OPS. *La violencia contra la mujer , responde el sector salud*. Unidad de género y salud. Cap 1. 2003

- OPS. Unidad de Género y Salud - *Modelo de leyes y políticas sobre violencia intrafamiliar contra las mujeres*. Washington D.C. Abril 2004
- PAHO/WHO. Serie Género y Salud Pública *Modelo Integral para Abordar la VIF Programa Mujer, Salud y Desarrollo*, Costa Rica, 2001.
- PLANOVI - Módulo *Sentir, Pensar y Enfrentar la Violencia Intrafamiliar*. Costa Rica, 1996.
- Red de Mujeres contra la violencia. Cuaderno de estudio. "*Trabajando contra la violencia*". La Red. Managua, 1995. 1v.
- WALKER, L.: *Survivor therapy - clinical assesment and intervention: Workbook*. Denver: Endolor Communications, 1996.
- ZIMRIN, H.: *Maltrato, abuso y negligencia en la infancia*. Reseña de la conferencia pronunciada el 16 de marzo de 2001, en el Ministerio de Salud.

Discapacidad

- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primer Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa (1986)
- CASADO, D.: *Ante la discapacidad*, Ed. Lumen, Buenos Aires, 1995
- Convención de los Derechos del Niño. A.G. res.44/25. 1989.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos. OEA, Off. Rec., OEA/Ser.L./V.II.23 doc. 21 rev. 6. 1979.
- Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación de las Personas con Discapacidad. A.G./res. 1608 (XXIX-0/99), 7 junio 1999.
- CORIAT, S.: *Lo Urbano y lo Humano: Habitat y Discapacidad*. Universidad de Palermo. Buenos Aires, 2002.
- CORIAT, S.: *La construcción social de la normalidad: debates y perspectivas*. III Jornadas Nacionales de Universidad y Discapacidad. Paraná, Entre Ríos 15, 16 y 17 de Julio de 2004.
- Ed. Declaración de los Derechos de los Impedidos, A.G. res. 3447 (XXX), 30 U.N. GAOR Supp. (No. 34) at 88, U.N. Doc. A/10034, 1975.
- Declaración Universal de Derechos Humanos. A.G. Res. 217 A (III). 1948.
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 199 OEA res. XXX. OEA/Ser.L.V/182 doc. 6 rev.1, p.17. 1992.
- El Protocolo Adicional a la Convención Americana en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ó Protocolo de San Salvador. OEA, No. 69 (1988), sucrita el 17 de noviembre de 1988, Documentos básicos en materia de derechos humanos en el sistema Interamericano, OEA/Ser.L.V/II.82 doc. 6 rev.1, p. 67. 1992.
- FUNDACIÓN PAR. La Discapacidad en Argentina. Un diagnóstico de situación y políticas públicas vigentes al 2005. Buenos Aires. (Octubre 2005).
- JOLY, E.: *Discapacidad, salud y explotación: una construcción social*. Encuentro Nacional de Discapacidad y Enfermos Crónicos - II Foro Social de Salud. Buenos Aires, 8 de Noviembre de 2003. Facultad de Medicina. UBA.
- La Población con Discapacidad en la Argentina. Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Buenos Aires. 2005.

- Las Normas Uniformes sobre Igualdad para las Personas con Discapacidad, A.G. res 48/96. 1993.
- La Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (OEA) sobre la promoción y protección de las personas con discapacidad mental, Informe Anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), OEA/Ser.L/V/II.111, doc. 20 rev., 16 de abril 2001.
- Ley N° 22.431 *Sistema de Protección Integral de los Discapacitados*.
- Ley N° 24.901 y Decreto N° 1193/98, *Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad*.
- Manual sobre Desarrollo Inclusivo. Banco Mundial. Río de Janeiro, 2005.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Instituto de Bienestar Social. Departamento de Adultos Mayores y Discapacidad. *Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad*. Organización Panamericana de la Salud. Paraguay, 2005.
- Ministerio de Salud de la Nación. Consejo Federal de Salud. Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007. Buenos Aires. (Mayo 2004).
- Moragas, R.: *Rehabilitación: un enfoque integral*. Ed. Vicens-Vives, España 1972.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), *Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Ginebra, 2001.
- Organización Mundial de la Salud. 138° Sesión del Comité Ejecutivo. CE 138/15. *La Discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos relacionados*. Washington. Jun 2006.
- Organización Mundial de la Salud. 138° Sesión del Comité Ejecutivo. CE 138.R11. *La Discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos relacionados*. Washington. Jun 2006.
- Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Los servicios de rehabilitación. Washigton. 1993.
- OMS. Oficina Internacional del Trabajo. Organización de la Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. RBC: *Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad*. Documento de posición conjunta, 2004.

- Organización Mundial de la Salud. *Atención Primaria en Salud y Rehabilitación*. Programa Regional de Rehabilitación OPS/OMS. Documento de trabajo. Managua, 2005.
- Organización Mundial de la Salud. *Situación de la discapacidad en las Américas*. Programa Regional de Regional de Rehabilitación OPS/OMS. Documento de trabajo. Managua. 2004.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Discapacidad. *Programa de Rehabilitación OPS/OMS*. Washington, D.C 1991.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Niveles de Atención en Rehabilitación*. Washington, D.C 1991.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Acercas de la Discapacidad y sus instrumentos jurídicos: una perspectiva sanitaria*, Washington D.C.;1997.
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos. *Cuadernos de Capacitación Comunitaria para personas con discapacidad: RBC Manual de Rehabilitación Basada en la Comunidad*. San Salvador, El Salvador. 2002.
- QUINN, G. y DEGENER, T.: *Derechos humanos y discapacidad*. Organización de la Naciones Unidas. Nueva York y Ginebra. 2002.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. A.G. Res. 2200. 1966.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. A.G. Res.2200A(XXI). 1966.
- Programa Docente. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ministerio de Salud Programa Nacional de Rehabilitación. España. 2002.
- REDI: REDI - Red por los Derechos de las personas con Discapacidad: Informe sobre salud en discapacidad. Buenos Aires, 2004.
- Resolución 47/01, Programa Nacional de Garantía de Calidad. "Normas de Categorización de Establecimientos y Servicios de Rehabilitación"
- VII Congreso Mundial Sobre Inclusión de Niños con Discapacidad. Informe Final. Organización Panamericana de la Salud. Argentina (San Luis), 2002.

■ Autores

ADICCIONES

Lic. Monica Lubercio

Lic. Natalia Falcón

Equipo técnico Subsecretaría de Atención a las Adicciones
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

VIOLENCIA

Lic. Graciela Del Bene

Colaboradora: **Lic. Sofia Ginevri**

Equipo de Gestión Programa Médicos Comunitarios

DISCAPACIDAD

Dra. Grisel Olivera Roulet

Directora del Servicio Nacional de Rehabilitación

Colaboradores: **Lic. Diego Fernandez Peychaux**

Lic. Karina Revirol

■ Editor

Ministerio de Salud de la Nación

■ Supervisión

Roberto Armagno

Lic. Adriana Sznajder

■ Diseño didáctico

Lic. Alejandra Pérez

Lic. Adriana Sznajder

■ Asesoramiento académico

Dra. María Luisa Ageitos

Acad. Abrahaam Sonis

■ Diseño Gráfico

Pablo Fantini

■ Imprenta

Graphicom

■ Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de la Secretaría de Programación para la Prevención de la drogadicción y la lucha contra el narcotráfico (SEDRONAR)

