GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CESAR

INFORME FINAL DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 2024010073

OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS DE ESE EN APOYO AL DESARROLLO DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL PARA EL ABORDAJE DE LA POBLACION VULNERABLE CON DISCAPACIDAD MEDIANTE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE REHABILITACION BASADAS EN COMUNIDAD, SALUD MENTAL, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DENTRO DE LA DIMENSION GESTION DIFERENCIAL DE POBLACION VULNERABLE.

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CESAR

IDREEC

GOBERNACION DEL CESAR
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
DIMENSION TRANSVERSAL GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES:

VALLEDUPAR
2024

INTRODUCCION

El informe de ejecución de actividades parcial del convenio interadministrativo número 2024010073 entre el Instituto Departamental de Rehabilitación y Educación Especial del Cesar y la secretaria de salud departamental hace el despliegue de una parte de las actividades de salud pública tendientes a lograr la inclusión e intervenir poblaciones vulnerables, para este caso en la dimensión, de discapacidad, dirigidas de manera directa e indirecta a toda la población con discapacidad, sus padres, cuidadores y actores comunitarios

Los temas a desarrollar fueron: 1 jornada de socialización y alistamiento de las jornadas de rehabilitación basada en comunidad (RBC) con participación de los municipios priorizados, con el fortalecimiento de conocimientos para lo cual se desarrolló respecto a grupos de apoyo y autoayuda, derechos en salud, enfoque diferencial en discapacidad, derechos sexuales y reproductivos en PcD, salud mental en PcD, alimentación saludable en PcD. Seguimiento al proceso de alistamiento municipal para lo cual el operador, para la realización de las jornadas de atención en los municipios priorizados se diseñó un kit informativo sobre derechos en salud y trato digno a la persona con discapacidad.

La planeación de estas actividades tuvo como base entre otros, los lineamientos nacionales de Rehabilitación Basada en la Comunidad -RBC- en la cual se promueve la estrategia dentro del desarrollo comunitario para la rehabilitación, la equiparación de oportunidades, la reducción de la pobreza y la inclusión social de las personas con discapacidad. Estos lineamientos es un elemento indispensable para promover mecanismos de inclusión social desde la corresponsabilidad de los diferentes sectores nacionales que aportan a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

En la búsqueda para alcanzar mayor equidad en salud y desarrollo humano sostenible, construir capital humano y disminuir la vulnerabilidad social, este convenio también va dirigido a uno los grupos poblacionales considerados como de mayor vulnerabilidad.

Para lograr este proceso fue necesario el desarrollo de varias etapas como son la planeación, convocatoria y sensibilización tanto a la población como a los actores, ejecución, monitoreo y seguimiento de la realización de actividades y evaluación.

Para la elaboración de este informe se tuvo en cuenta todos los soportes documentales, impresos y digitales que hacen parte de la evidencia de la ejecución, estos incluyen registros de asistencia, registros fotográficos, actas de realización de actividades, facturas, contratos, entre otros.

Contenido

Contenido 4
2. ETAPAS DEL PROYECTO 6
2.1. ETAPA DE PLANEACION 6
2.2. CONVOCATORIA Y SENSIBILIZACION PARA LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES EN EL DEPARTAMENTO DEL CESAR 7
2.2.1. PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN DEL PROYECTO ALOS EQUIPOS DE TRABAJO 7
2.2.2. CONVOCATORIA Y SENSIBILIZACION DIRIGIDA ALA POBLACION 8
1.3.1. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS 9
2.4. MONITOREO, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES. 39
2.5. INFORMES DE EJECUCION TECNICO Y FINANCIERO 40
3. LOGROS Y RESULTADOS 40
4. DIFICULTADES 41

1. OBJETIVOS

Los objetivos para este convenio son:

1.1 OBJETIVO GENERAL

Prestación de servicios de ese en apoyo al desarrollo de la capacidad institucional para el abordaje de la población vulnerable con discapacidad mediante intervenciones colectivas de rehabilitación basadas en comunidad, salud mental, salud sexual y reproductiva dentro de la dimensión gestión diferencial de población vulnerable

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Garantizar los procesos de transversalidad en salud pública, equidad en salud y el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas con discapacidad de que habla el plan decenal de salud pública y la resolución 0518 de 2015.

2. Fortalecer los procesos de articulación municipal y departamental con enfoque intersectorial y transectorial con el objetivo de socializar el marco general de la estrategia, el propósito de las jornadas y definición de apoyo y participación de la oferta institucional departamental.

3. Optimizar el proceso de focalización e identificación de las personas con discapacidad y su grupo de apoyo

4. Fortalecer la operativización de la estrategia de Rehabilitación en comunidad como un mecanismo de inclusión social de las personas con discapacidad

2. ETAPAS DEL PROYECTO

A continuación, se describen las etapas desarrolladas para ejecución del proyecto:

2.1. ETAPA DE PLANEACION

Al determinar con la secretaria de salud departamental las actividades a desarrollar se procedió de manera secuencial y metodológica a realizar las siguientes acciones:

Para coordinar las actividades los municipios priorizados del Departamento se integró un equipo interdisciplinario conformado por: Una terapista física, Una fonoaudióloga, y una psicóloga.

Basados en las acciones pactadas se procedió a organizar el cronograma de actividades en conjunto con los profesionales seleccionados para su ejecución. Este mismo personal recibió por parte de la Coordinación del proyecto la socialización de los lineamientos y se crearon las metodologías para el desarrollo de los contenidos temáticos en rehabilitación basada en la comunidad, grupos de apoyo y autoayuda y la programación, enfoque diferencial en discapacidad, derechos sexuales y reproductivos en PcD, salud mental en PcD, alimentación saludable en PcD, se desarrolló un instrumento de reporte de informe, y los compromisos municipales para el desarrollo de la actividad, se diseñó instrumento de seguimiento para la preparación municipal de las jornadas de RBC, se diseño el kit informativos para entregar en las jornadas de atención en rehabilitación de trato digno y derechos de las personas con discapacidad.

Para la ejecución eficaz de las actividades del convenio el Idreec puso en marcha las siguientes actividades con el fin de lograr los objetivos establecidos en el convenio y cumpliendo con los lineamientos:

- ✓ Revisión detallada del objeto contractual y obligaciones por parte del Idreec para la buena utilización de los recursos.
- ✓ Revisiones bibliográficas para la preparación de los contenidos temáticos en salud, talleres y la planeación de cada actividad con el enfoque determinado.
- ✓ Construcción del cronograma de actividades, estableciendo las convocatorias de manera inicial en el departamento del Cesar.
- ✓ Mesas de trabajo para el diseño del material educativo contemplado en el proyecto.

- ✓ Elaboración del material educativo, y material de apoyo.

Para la elaboración de todo el material educativo a desarrollar como parte integral de este convenio, los marcos conceptuales, metodologías y estrategias didácticas de aprendizaje, se realizaron diferentes mesas de trabajo para discusión de los contenidos temático, ajustes de diseño, presentación de diseño y finalización de los diferentes elementos.

2.2. CONVOCATORIA Y SENSIBILIZACION PARA LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES EN EL DEPARTAMENTO DEL CESAR.

Las convocatorias a los municipios fueron realizadas por el equipo de trabajo, articulando acciones con las secretarias de salud municipal de los entes territoriales, la secretaria de salud departamental con el grupo de profesionales de poblaciones vulnerables, a través de la búsqueda activa, envíos de oficios de invitación seguimiento de la invitación y fue dirigida a las personas con discapacidad, madres, padres, cuidadoras y cuidadores, funcionarios de los Entes territoriales. A partir de estas entidades se logró movilizar a la población beneficiaria de las actividades.

Durante este tiempo también se tuvo en cuenta lo siguiente:

- Organización del material metodológico y didáctico para la realización de los talleres
- Desarrollo de los diferentes instrumentos a utilizar en los talleres
- Sistematización de resultados

2.2.1. PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN DEL PROYECTO ALOS EQUIPOS DE TRABAJO

La socialización del proyecto y asignación de actividades se hizo en la institución, después de haber elegido el equipo a intervenir en las diferentes actividades.

Se hicieron intervenciones donde se presentaron los aspectos técnicos, financieros y administrativos del proyecto. Estas reuniones permitieron retroalimentar

conocimientos y establecer las estrategias para el desarrollo metodológico de las diferentes actividades contempladas en el convenio, relacionadas con la discapacidad, estrategias de intervención, realización de planes de intervención con participación comunitaria y familiar.

2.2.2. CONVOCATORIA Y SENSIBILIZACION DIRIGIDA ALA POBLACION

La convocatoria directa fue realizada por el equipo de trabajo con los municipios priorizados, articulando acciones con la secretaria de salud Departamental con el equipo de poblaciones vulnerables y municipales y las diferentes asociaciones, representantes de diferentes discapacidades, se realizaron invitaciones formales, se anunciaron los eventos, fechas y hora de realización. Se realizaron seguimiento a las invitaciones de los diferentes sectores involucrados en el desarrollo de la estrategia.

La acogida de las intervenciones fue positiva, debido a que los procesos de sensibilización e intervención en salud son transversales en el acontecer de la población objeto.

2.2.3 EJECUCION DE ACTIVIDADES, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS DEL CONVENIO.

La ejecución de las actividades se orientó a cumplir con la intervención en el Departamento del Cesar, garantizando la cobertura de la totalidad de las actividades en cada uno de ellos.

La orientación de estas actividades fue hacia la aplicación de la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad y la corresponsabilidad familiar y comunitaria donde tiene parte activa las entidades gubernamentales.

Las actividades se desarrollaron en los municipios de Valledupar con las siguientes poblaciones: prosperidad social, unidad de víctimas, ARN, penitenciarias, migración, ICBF, Badillo y guacoche, la mina, atanquez, La Paz, San Diego, Pueblo Bello, Manaure, Becerril, Codazzi, El Copey, Bosconia y La Jagua virtual las capacitaciones y seguimiento.

2.3 EJECUCION DE ACTIVIDADES, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS DEL CONVENIO

El desarrollo de la ejecución de las actividades se orientó a cumplir con la intervención en todo el Departamento del Cesar y los municipios priorizados, garantizando la cobertura de la totalidad de las actividades en cada uno de ellos.

La orientación de estas actividades fue hacia la sensibilización de la vulnerabilidad de las personas en condición de discapacidad en los eventos de movilización social y la concientización de la importancia de estrategia en la minimización de la vulnerabilidad que implica la discapacidad.

1.3.1. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS

Para el desarrollo e implementación de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad, se contó con el apoyo y articulación de las secretarias de salud municipales de Valledupar, la Paz, San Diego, Pueblo Bello, Manaure, Becerril, Codazzi, el Copey, Bosconia y la Jagua de Ibirico y Departamental de los municipios del Cesar, quienes convocaron a la población con discapacidad y sus familiares y cuidadores. en las actividades del convenio que lo requerían. La ejecución de las actividades del convenio se desarrolló de la siguiente Manera:

ACTIVIDAD 1. Realizar 1 jornada de socialización y alistamiento de las jornadas de rehabilitación basada en comunidad (RBC) con participación de los municipios priorizados

Para el desarrollo de esta actividad se reúne el equipo interdisciplinario para la creación, recolección, análisis, del contenido para la realización de la estrategia de rehabilitación Basada en la comunidad.

Para el desarrollo de esta actividad se realizó el alistamiento de los talleres, diseñando para este el formato de inscripción (enlace de inscripción: https://forms.gle/8wLMcxjQxuZYiFKs6) y asistencia a los participantes, se diseñaron la metodología para el desarrollo de capacidades y asistencia técnica, elaboraron las ayudas didácticas, el alistamiento de los contenidos elaboraron y enviaron y se realizó seguimiento a la convocatoria.

Se diseñó material audio visual y didáctico con enfoque interdisciplinar y enfoque diferencial para el proceso de realización de las capacitaciones dirigidos a los nuevos referentes de discapacidad municipal, comités municipales de discapacidad y los comités de rehabilitación basados en la comunidad, para lo cual se realizó la convocatoria y el seguimiento de las mismas mediante los referentes de discapacidad de los municipios, a las personas con discapacidad.

Se diseñó un instrumento de reportes de informes y un documento para la elaboración y socialización de compromisos municipales para el desarrollo de jornadas de RBC

Se diseña un documento del resultado de la formación y los compromisos municipales para las jornadas de atención en Rehabilitación con enfoque comunitario.

Para el desarrollo temático de esta actividad se tiene en cuenta la siguiente micro planeación, la cual fue concertada y socializada en las mesas de trabajo con el equipo interdisciplinario participante en la ejecución de las diferentes actividades. Este plan tiene en cuenta aspectos metodológicos, didácticos, ayudas requeridas y orienta al profesional hacia el objetivo a alcanzar durante el trabajo:

MICROPLANEACION Gobernación del Cesar Secretaria de Salud Departamental Instituto Departamental de Rehabilitación y Educación Especial del Cesar Componente Social y de Salud						
PROGRAMA	Poblaciones Vulnerables, Componente social y de salud.					
MÓDULO	ACTIVIDAD 1. Realizar 1 jornada de socialización y alistamiento de las jornadas de rehabilitación basada en comunidad (RBC) con participación de los municipios priorizados					
COMPETENCIAS	Este módulo Tiene como objetivo sensibilizar y empoderar a los referentes de discapacidad municipales, comités de discapacidad y de rehabilitación basada en la comunidad sobre la operativización de la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad, como una herramienta eficaz y efectiva para contribuir a la plena inclusión de las personas con discapacidad y disminuir la vulnerabilidad social y económica de esta población.					
ESPECIFICACIONES	**Población**	**N° invitados**	**Metodología**	**Total horas**	**Tipo de tutoría**	**NA° Facilitadores**
	Integrantes de comités de discapacidad, comités de Rehabilitacion	30	Teórico práctica	3	Virtual	3

	basada en la comunidad, Referentes de discapacidad					
CONTEXTUALIZACIÓN						
CONTENIDO PROGRAMÁTICO						
Metodología:	La jornada se inició con la presentación personal de los profesionales, la explicación de los alcances del proyecto y el esfuerzo realizado por las instituciones a cargo del mismo (Gobernación del Cesar, Secretaria de Salud Departamental e Instituto Departamental de Rehabilitación y Educación Especial del Cesar). Seguidamente se realizaron una dinámica de sensibilización y presentación, que nos facilitó la comprensión de la discapacidad como un fenómeno que nos compete a todos, Seguidamente se desarrolla capacitación sobre Rehabilitación basada en la comunidad, taller teórico practico sobre grupos de apoyo y autoayuda, taller enfoque diferencial y discapacidad, derechos sexuales y reproductivos en personas con discapacidad, salud mental y alimentación saludable para personas con discapacidad. Se realiza socializa instrumento de reporte de informe, y documento modelo de los compromisos municipales para el desarrollo de la jornada de rehabilitaicón basada en la comunidad.					
Didáctica (ACTIVIDADES)	Los talleres virtuales se estructura en la exposición magistral, el debate, y las concertaciones de actores para la realización de los ejercicios prácticos de desarrollo de la estrategia					
Medios o ayudas	Recursos educativos Audiovisuales, herramientas TIC, artículos, libros, Internet.					
EVALUACIÓN						
Actividades de evaluación: La evaluación de los talleres se realizara en base a los informes y seguimiento con las instituciones.						

Se realiza esta actividad con la creación, recolección, análisis, síntesis, organización de la información y la normatividad relacionada con tema, para el diseño de las ayudas didácticas, y contenido del mismo.

Se articula el proceso de invitación e inscripción para el taller en el siguiente enlace: https://forms.gle/8wLMcxjQxuZYiFKs6. Articulando la actividad con los referentes discapacidad para la convocatoria a los integrantes de los comités de discapacidad, de rehabilitación basada.

Se realiza esta actividad con la creación, recolección, análisis, síntesis, organización de la información y la normatividad relacionada con tema, para el diseño de las ayudas didácticas, y contenido del mismo.

Se articula el proceso de invitación e inscripción para el taller en el siguiente enlace: https://forms.gle/8wLMcxjQxuZYiFKs6. Articulando la actividad con los referentes discapacidad para la convocatoria a los integrantes de los comités de discapacidad, de rehabilitación basada.

Se realizaron las capacitaciones de manera virtual con los convocados por estos comités, secretarios de salud, referentes de discapacidad, con el objetivo de sensibilizarlos hacia el respeto y aceptación de las personas con discapacidad y el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos, y generar instrumentos de ayuda y orientación para las familias y personas con discapacidad en el ejercicio de sus derechos.

RACTIVIDAD 2. Seguimiento al proceso de alistamiento municipal

Crear un espacio de comunicación con los referentes de discapacidad, actores de las entidades para realizar el seguimiento al proceso de alistamiento y convocatoria de actores institucionales y población a beneficiar.

Se realizó mediante un conversatorio sobre la programación, logística y desarrollo de jornadas de atención con el enfoque de Rehabilitación Basada en la comunidad para aclarar dudas sobre el alistamiento de la mismas.

Para el desarrollo de esta actividad se contó con coordinación de los referentes de discapacidad de los diferentes municipios del departamento y el apoyo de los profesionales de poblaciones vulnerables de la secretaria de salud departamental, para la misma se desarrolló con la siguiente micro planeación.

MICROPLANEACION Gobernación del Cesar Secretaria de Salud Departamental Instituto Departamental de Rehabilitación y Educación Especial del Cesar Componente Social y de Salud	
PROGRAMA	Poblaciones Vulnerables, Componente social y de salud.
MÓDULO	**Actividad 2. Seguimiento al proceso de alistamiento municipal**

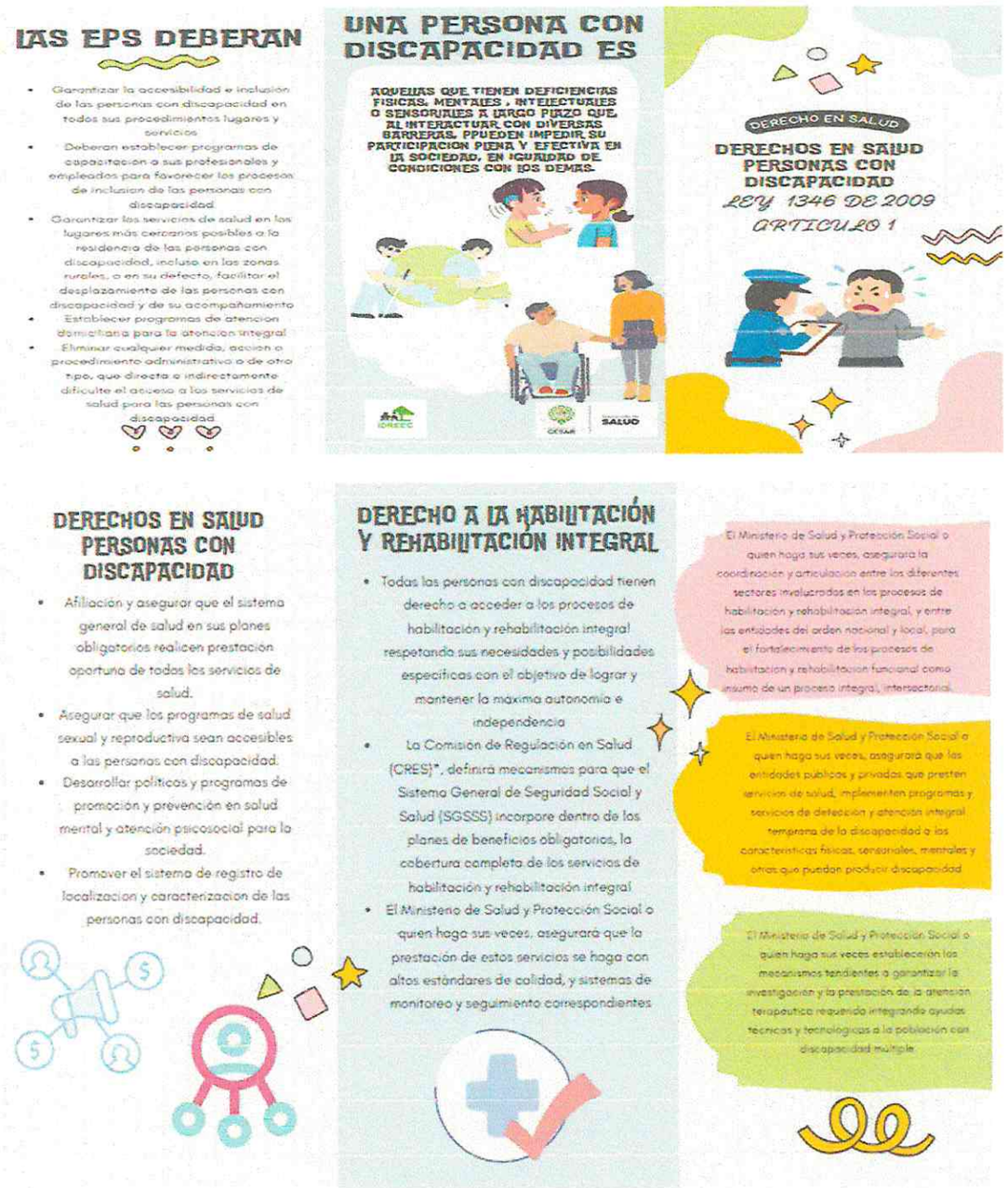
GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CESAR

COMPETENCIAS	Este módulo Tiene como objetivo de planear, organizar y desarrollar jornadas de atención.					
ESPECIFICACIONES	**Población**	**N° invitados**	**Metodología**	**Total Dias**	**Tipo de tutoría**	**NA° Facilitadores**
	Comités de discapacidad, rehabilitación basada en la comunidad, referentes de discapacidad y gerentes de entidades priorizadas	21	Teórico/prácticos	1	virtual	3
CONTEXTUALIZACIÓN						
CONTENIDO PROGRAMÁTICO						
Metodología:	Se realizan de conversatorio sobre la planeación, organización y desarrollo de jornadas de rehabilitación basada en la comunidad.					
Didáctica (ACTIVIDADES)	Se realiza reunión con el equipo interdisciplinario para acordar mecanismos para desarollar el conversatorio					
Medios o ayudas	Lapiceros, computador, formatos de atención y planes de manejo.					
EVALUACIÓN						
Actividades de evaluación: La evaluación de esta actividad se establece en la evaluación de la actividad realizada.						

Actividad 3 Realizar 21 jornadas de rehabilitación basada en comunidad en los municipios de Valledupar (con 10 poblaciones: prosperidad social, unidad de victimas, ARN, penitenciarias, migración, ICBF, Badillo y guacoche (afros), la mina, atánquez), La Paz (diferenciales y ARN faro), San Diego, Pueblo Bello, Manaure, Becerril, Cedazzi, El Copey, Bosconia y La Jagua previa socialización

Para el desarrollo de esta actividad hasta el momento se ha diseñado el formato de inscripción y asistencia a las jornadas el kit informativo sobre sobre derechos en salud y trato digno a la persona con discapacidad, elaboración envió y seguimiento de la convocatoria a los diferentes entes territoriales e instituciones priorizadas, Diseño de software RBC, institucional donde se consignan los datos de Psicosociales y las condiciones de discapacidad, que arroja el reporte de los pacientes atendidos en cada jornada.

GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CESAR



FOLLETO DE DERECHOS EN SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CESAR



COMO TRATAR A UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

- Antes de empezar a hablar con una persona con problemas de audición o sorda, asegúrate de que haya suficiente luz, de forma que pueda ver bien tu cara y ten cuidado de no cubrirla con las manos
- Mira a los ojos de tu interlocutor o interlocutora porque así crearás un clima de confianza y te resultará más fácil saber si te comprende.

COMO TRATAR A UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD VISUAL

- Antes de entablar una conversación con una persona con discapacidad visual o ceguera, **identifícate**, facilitando tu nombre
- Si tienes que salir del espacio o habitación en que estés, comunícaselo para evitar que piense que sigues con ella, anuncia tu vuelta a tu regreso y, si es necesario

COMO TRATAR A UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

- Procura ser natural, respetuoso y discreto al hablar con una persona con dificultades de comprensión.
- Trata a las personas con discapacidad de acuerdo con su edad.
- Con una persona adulta, utiliza un lenguaje sencillo, pero no infantil. Si dudas si te ha entendido, pregúntale si tiene alguna duda.

COMO TRATAR A UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD MENTAL

- Debe tratarse a una persona con enfermedad mental de igual a igual, de forma natural, con respeto y discreción.
- Les trataremos de acuerdo con su edad cronológica, evitando infantilizar nuestro lenguaje si es mayor y contemplando con respeto sus opiniones o puntos de vista.
- El trastorno mental no está asociado con comportamientos peligrosos ni violentos.

CESAR SALUD IDREEC

TRATO DIGNO

GUIA PARA EL TRATO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

En el Departamento del Cesar y el Instituto Departamental de Rehabilitación y Educación Especial del Cesar IDREEC partimos del interés y el respeto por las personas como horizonte ético para todas nuestras actuaciones.

INTRODUCCION

Cuando nos dirigimos o mencionamos a las personas con discapacidad lo hacemos utilizando, sin darnos cuenta, etiquetas, que destacan sus limitaciones o deficiencias, sobre su condición de persona. Centrarnos en las capacidades de este grupo social y no en sus limitaciones es una forma de mostrar una visión positiva de la discapacidad a toda la sociedad. Palabras anticuadas, inexactas o inapropiadas pueden servir para perpetuar imágenes sociales negativas y estigmatizar a personas o grupos de personas. Por ello cuando utilizamos términos peyorativos, como "minusválido", "retrasado", "ciego", "sordomudo" se está vulnerando la dignidad de las personas con discapacidad al atribuirle nulo o reducido valor a su condición de persona. Por tanto, para la inclusión de las personas con discapacidad y combatir los estereotipos, es necesario que cuidemos nuestra forma de referirnos y dirigirnos a las personas con discapacidad.

COMO TRATAR A PERSONAS CON DISCAPACIDAD PAUTAS GENERALES

1. **Actúa con naturalidad**. Cuando saludes a una persona con discapacidad, hazlo como cuando te diriges a cualquier otra persona de su edad.
2. **Evita situaciones de miedo o rechazo** hacia la persona de que se trate porque no sabes qué hacer: como a cualquier otra persona, le puedes formular las preguntas que resulten pertinente
3. Si una persona con discapacidad va acompañada, **háblale directamente a ella y no a quien la acompaña**, incluso si se trata de una persona sorda acompañada de un intérprete
4. Ante una persona con discapacidad, debes hacerte visible siempre para que la persona sepa que estás ahí y que puede contar con tu ayuda. Pregunta antes de ayudar y no des por sentado que necesita ayuda

No subestimes ni prejuzgues a las personas con discapacidad

SEGUN EL TIPO DE DISCAPACIDAD

Además de estas pautas generales, hay que tener en cuenta otras, según el tipo de discapacidad que presente la persona a la que estamos atendiendo

TRATO A PERSONAS CON DIFICULTADES PARA ANDAR

- En compañía de una persona que utiliza muletas o bastones, ajusta tu paso al suyo.
- Evita posibles empujones o un contacto físico mientras la persona se esté desplazando.
- En caso de caída, ofrece inmediatamente ayuda y pregunta cómo puedes ayudar.

TRATO A PERSONAS USUARIAS DE SILLAS DE RUEDAS

- Para hablar con una persona que esté en una silla de ruedas, sitúate de frente a ella y en la medida de lo posible, a su misma altura (sentado o sentada).
- No cuelgues objetos en su silla ni te apoyes en ella, ya que forma parte de su espacio corporal.
- En ningún caso empujes la silla sin decírselo primero a la persona usuaria de la misma

FOLLETO DE TRATO DIGNO

Se contactó vía correo electrónico, llamada y mensajes vía whatsapp con los representantes de las entidades Prosperidad social, unidad de víctimas, arn, cárcel, migración colombia, ICBF, organizando y agendando fechas para la realización de las jornadas de RBC.

Los enlaces con los municipios estipulados fueron los referentes de discapacidad de los corregimientos de Badillo, guacoche, atánquez, y los municipios de la paz, san diego, Agustín Codazzi, pueblo bello, Manaure, becerril, copey, bosconia
y la jagua de ibirico, donde se organizó las fechas con los referentes de discapacidad quienes estuvieron apoyando las jornadas de RBC en cada municipio.

Para las jornadas de RBC se estableció un listado el cual se llenaba al ser atendidos los pacientes y ellos firmaban al recibir la atención y el kit en cada jornada, se estructuró un programa donde se registra de manera sistematizada el historial de cada paciente y las recomendaciones de manera muy breve, el cual no estuvo activo desde el inicio, por lo que se trabajó de manera física con un formato el cual luego se montó la información de cada paciente en la plataforma, por lo que se realizaron de manera manual varias jornadas e intervenciones.

FECHAS (Días/Mes/Año)	MUNICIPIO	POBLACIÓN	ESTADO
22/11/2024	VALLEDUPAR ATANQUEZ	ATENCIÓN RBC	REALIZADO
27/11/24	MANAURE	ATENCIÓN RBC	REALIZADO
02/12/24	VALLEDUPAR BADILLO	ATENCIÓN RBC	REALIZADO
04/12/24	LA PAZ	ATENCIÓN RBC	REALIZADO
06/12/24	VALLEDUPAR GUACOCHE	ATENCIÓN RBC	REALIZADO
09/12/24	BECERRIL	ATENCIÓN RBC	REALIZADO
11/12/24	SAN DIEGO	ATENCIÓN RBC	REALIZADO
13/12/24	CODAZZI	ATENCIÓN RBC	REALIZADO
16/12/24	PUEBLO BELLO	ATENCIÓN RBC	REALIZADO

17/12/24	VALLEDUPAR	**ICBF**	**REALIZADO**
18/12/24	VALLEDUPAR	**ARN**	**NO TIENEN AGENDA PARA ESTE ULTIMO PERIODO-**
19/12/24	LA JAGUA DE IBIRICO	ATENCIÓN RBC	REALIZADO
20/12/24	VALLEDUPAR	**CÁRCEL JUDICIAL**	**CANCELO/ REAGENDO**
23/12/24	BOSCONIA	ATENCIÓN RBC	REALIZADO
26/12/24	EL COPEY	ATENCIÓN RBC	REALIZADO
27/12/24	VALLEDUPAR LA MINA	ATENCIÓN RBC	REALIZADO
30/12/24	VALLEDUPAR	**CÁRCEL JUDICIAL**	REALIZADO
/12/24	VALLEDUPAR	**PROSPERIDAD SOCIAL**	**ACOMPAÑAMIENTO CON ICBF**
/12/24	VALLEDUPAR	**UNIDAD DE VÍCTIMAS**	**NO TIENE AGENDA PARA CONTACTAR**
/12/24	VALLEDUPAR	**MIGRACIÓN COLOMBIA**	**NO ESTA DENTRO DE SU OBJETO MISIONAL**

4. REPORTE DE ACTIVIDADES DE APOYO PROFESIONAL BRINDADA POR MUNICIPIO E INSTITUCIÓN.

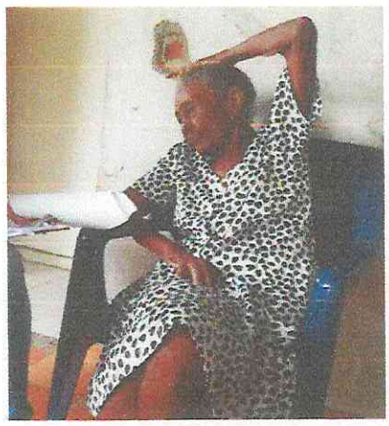
MUNICIPIO	ATANQUEZ
INSTITUCIÓN	CASA COMUNAL
COMUNIDAD APOYADA	
NÚMERO PERSONAS APOYADAS	**11**

DESCRIPCIÓN DE VISITAS DE CAMPO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CESAR

Se realizó atención al personal citado para el día 22 de noviembre dando inicio a las 8:30 am en el cual se realizaron 11 atenciones en realización de RBC, en las cuales se aplicó el formatos físicos, el cual se subirá a la plataforma cuando esta esté activa, se realizaron orientaciones según el tipo de discapacidad y necesidad de cada participante, se hizo entrega de los kits informativos, no asistió el total del personal citado

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



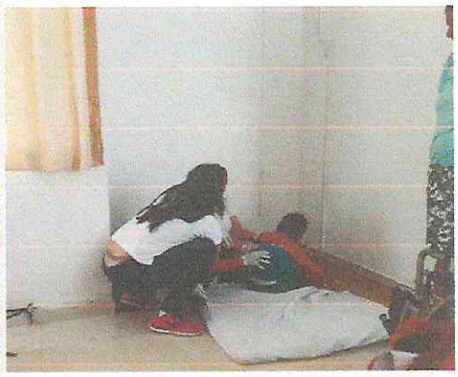
MUNICIPIO	MANAURE
INSTITUCIÓN	COMEDOR DE LA TERCERA EDAD
COMUNIDAD APOYADA	
NÚMERO PERSONAS APOYADAS	**13**
DESCRIPCIÓN DE VISITAS DE CAMPO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS	

GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CESAR

Se realiza atención al personal citado para el dia 27 de noviembre dando inicio a las 8:00 am en el cual se realizaron 13 atenciones en realización de RBC, las cuales se realizaron en formatos físicos, el cual se subirá a la plataforma cuando esté lista, se realizaron orientaciones según el tipo de discapacidad y se entregaron los kits informativos, no asistió el total del personal citiado
EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS


MUNICIPIO	BADILLO
INSTITUCIÓN	COMEDOR
COMUNIDAD APOYADA	
NÚMERO PERSONAS APOYADAS	**5**
DESCRIPCIÓN DE VISITAS DE CAMPO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS	

GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CESAR

Se realiza atención domiciliaria al personal llamado solo se pudieron realizar 5 atenciones de RBC, las cuales se realizaron en formatos físicos, el cual se subirá a la plataforma cuando esté lista, se realizaron orientaciones según el tipo de discapacidad y se entregaron los kits informativos, no se pudo atender el total del personal dado que muchos no tenían direcciones reales y otros no se encontraban en las viviendas.
EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS
 

MUNICIPIO	LA PAZ
INSTITUCIÓN	BIBLIOTECA MUNICIPAL
COMUNIDAD APOYADA	
NÚMERO PERSONAS APOYADAS	**32**
DESCRIPCIÓN DE VISITAS DE CAMPO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS	
Se realiza atención a población con discapacidad la cual fue citada en la biblioteca municipal dando inicio a las 8:00 am para realización de RBC, en la jornada se realizaron orientaciones según el tipo de discapacidad y según la problemática que el paciente presentaba, se realizó una breve atención	

GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CESAR

psicológica, se entregaron los kits informativos, la atención se dio con formatos físicos
EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS
 

MUNICIPIO	GUACOCHE
INSTITUCIÓN	CENTRO DE SALUD
COMUNIDAD APOYADA	
NÚMERO PERSONAS APOYADAS	**14**
DESCRIPCIÓN DE VISITAS DE CAMPO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS	

GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CESAR

Se realizó atención a población con discapacidad la cual fue citada a las 9:00 am, para realización de RBC, en la jornada se realizaron orientaciones según el tipo de discapacidad, no asistió el total citado por lo que se realizaron 14 atenciones en total, se entregaron kits informativos, la atención se dio con formatos físicos.
EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS


MUNICIPIO	BECERRIL
INSTITUCIÓN	AUDITORIO RAFAEL OROZCO
COMUNIDAD APOYADA	
NÚMERO PERSONAS APOYADAS	**53**
DESCRIPCIÓN DE VISITAS DE CAMPO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS	
Se realizó atención a población citada en el horario de las 9:00 am, para realización de RBC, en la jornada se realizaron orientaciones según el tipo de discapacidad que presentaba la población y según a las necesidades de cada paciente, se estuvieron entregando los kits informativos, se realizó una charla correspondiente al tema de la discapacidad guiada por la doctora Gina, la atención se realizó son formatos físicos.	

GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CESAR

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS


MUNICIPIO	SAN DIEGO
INSTITUCIÓN	CENTRO PUCHE
COMUNIDAD APOYADA	
NÚMERO PERSONAS APOYADAS	**32**
DESCRIPCIÓN DE VISITAS DE CAMPO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS	
Se realiza atención a población con discapacidad la cual fue citada a las 8:00 am en el centro puche para realización de RBC, en la jornada se realizaron orientaciones según el tipo de discapacidad y según la problemática que el paciente presentaba, se realizó una breve atención psicológica, se entregaron kits informativos, se realizó la atención con formatos físicos, los cuales luego se transfieren a la plataforma implementada.	
EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS	

GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CESAR





MUNICIPIO	CODAZZI
INSTITUCIÓN	CENTRO SAN JOSÉ
COMUNIDAD APOYADA	
NÚMERO PERSONAS APOYADAS	**45**
DESCRIPCIÓN DE VISITAS DE CAMPO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS	
Se realiza atención a población con discapacidad la cual fue citada en el centro san José para realización de RBC, en la jornada se realizaron orientaciones según el tipo de discapacidad y según la problemática que el paciente presentaba, se realizó una breve atención psicológica, se entregaron kits informativos, se realizó la atención con formatos físicos.	

GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CESAR

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS
 

MUNICIPIO	PUEBLO BELLO
INSTITUCIÓN	CASA DE LA CULTURA
COMUNIDAD APOYADA	
NÚMERO PERSONAS APOYADAS	**23**
DESCRIPCIÓN DE VISITAS DE CAMPO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS	
Se realiza atención a población con discapacidad para realización de RBC, en la jornada se realizaron orientaciones según el tipo de discapacidad y según la problemática que el paciente presentaba, se entregó kits informativos, se realizó la atención con formatos físicos.	
EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS	

GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CESAR



MUNICIPIO	VALLEDUPAR
INSTITUCIÓN	ICBF-PROSPERIDAD SOCIAL
LUGAR	GIMNASIO IDREEC

COMUNIDAD APOYADA

NÚMERO PERSONAS APOYADAS	**12**

DESCRIPCIÓN DE VISITAS DE CAMPO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

Se organizó con la coordinadora del ICBF la atención de 66 niños, niñas y adolescentes, para la cual se llegó al acuerdo de realizar dicha atención en las instalaciones del IDREEC, dividiendo en 2 grupos a la población una en la mañana de 33 y otra en la tarde de 33 para poder abordar de manera eficiente la población, la atención inicio a las 7:30 de la mañana, asistieron y se atendieron un total de 12 pacientes, en la tarde la atención inicio a las 2:00 y la población total no asistió a la atención.

Prosperidad social decide articular con esta jordana relacionando esta población vulnerable con su población objeto de intervención, por lo que realizan el acompañamiento

GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CESAR

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS


MUNICIPIO	LA JAGUA DE IBIRICO
INSTITUCIÓN	CENTRO DE VIDA
COMUNIDAD APOYADA	
NÚMERO PERSONAS APOYADAS	**24**

DESCRIPCIÓN DE VISITAS DE CAMPO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

Se realizó la atención a una población vulnerable que son las personas mayores que sufre una discapacidad, estas personas fueron citada en el centro vida para realización de RBC, en la jornada se realizaron orientaciones según el tipo de discapacidad y según la problemática que el paciente presentaba, se realizó una breve atención psicológica a los pacientes que lo requerían y se se brindó una breve charla sobre el cuidado de las articulaciones dado que la mayoría de los pacientes padecen de dolencias por diferentes causas la charla fue dirigida por la compañera Duleidis, se entregó el kit informativo.

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CESAR



MUNICIPIO	EL COPEY
INSTITUCIÓN	CONCEJO MUNICIPAL
COMUNIDAD APOYADA	
NÚMERO PERSONAS APOYADAS	**49**
DESCRIPCIÓN DE VISITAS DE CAMPO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS	
Se realiza atención a población con discapacidad la cual fue citada en el concejo municipal para realización de RBC, en la jornada se realizaron orientaciones según el tipo de discapacidad y según la problemática que el paciente presentaba, se entregaron los kits informativos.	
EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS	

GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CESAR





MUNICIPIO	LA MINA
INSTITUCIÓN	CENTRO COMUNAL
COMUNIDAD APOYADA	
NÚMERO PERSONAS APOYADAS	**12**
DESCRIPCIÓN DE VISITAS DE CAMPO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS	
Se realiza atención domiciliaria al personal llamado, se realizaron 12 atenciones de RBC, las cuales se realizaron en formatos físicos, el cual se subirá a la plataforma cuando esté lista, se realizaron orientaciones según el tipo de discapacidad y se entregaron los kits informativos, no se pudo atender el total del personal dado que muchos no tenían direcciones reales y otros no se encontraban en las viviendas.	

GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CESAR

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS


MUNICIPIO	BOSCONIA
INSTITUCIÓN	BIBLIOTECA
COMUNIDAD APOYADA	
NÚMERO PERSONAS APOYADAS	**16**
DESCRIPCIÓN DE VISITAS DE CAMPO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS	
Se realiza atención a población con discapacidad para realización de RBC, en la jornada se realizaron orientaciones según el tipo de discapacidad y según la problemática que el paciente presentaba, se realizó una breve atención psicológica, se entregaron los kits informativos.	
EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS	

GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CESAR



MUNICIPIO	VALLEDUPAR
INSTITUCIÓN	CÁRCEL JUDICIAL
COMUNIDAD APOYADA	
NÚMERO PERSONAS APOYADAS	**26**
DESCRIPCIÓN DE VISITAS DE CAMPO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS	
Se realiza atención a población PPL quienes referían tener un tipo de discapacidad para realización de RBC, en la jornada se realizaron orientaciones según el tipo de discapacidad y según la problemática que el PPL presentaba, se entregaron orientaciones al referente social de la cárcel judicial, para la mejora de las condiciones de salud de los PPL	
EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS	

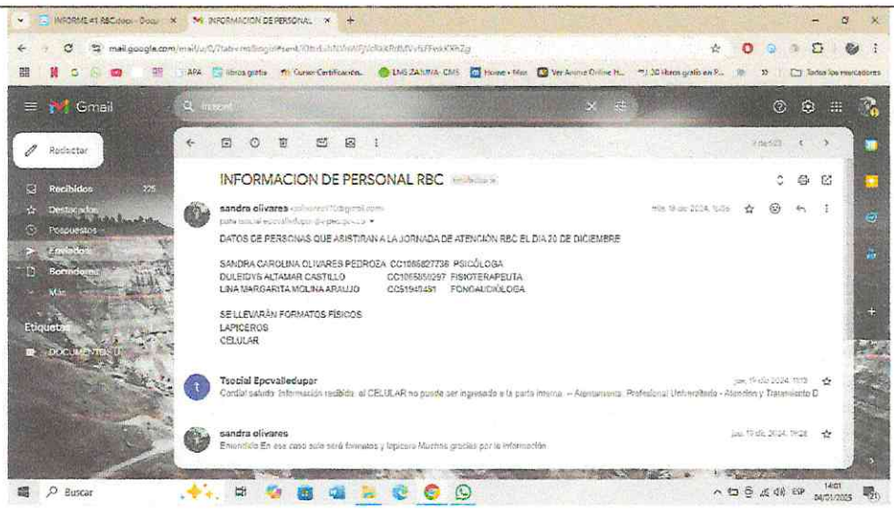


NO SE TIENE EVIDENCIA FOTOGRÁFICA DE LA JORNADA SE PROHÍBE EL ACCESO DE CELULARES

5. EVIDENCIAS DE ENLACES PARA REALIZACIÓN DE RBC

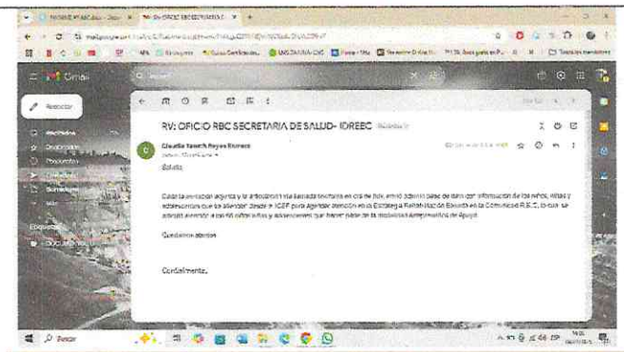
CÁRCEL JUDICIAL	
FECHAS	**20-12-24**
DESCRIPCIÓN	
Se realizó contacto en la cárcel judicial a la cual se entregó de manera física el oficio de petición y participación en la jornada RBC, ellos pidieron que esa misma información se entregará de forma digital por medio de su correo electrónico lo cual se realizó y se estableció una fecha tentativa para el dia 20 de diciembre, la jornada se canceló a última hora y se establece una segunda fecha con la directora de la institución la cual fue para el 30 de diciembre.	
EVIDENCIA FOTOGRÁFICA	

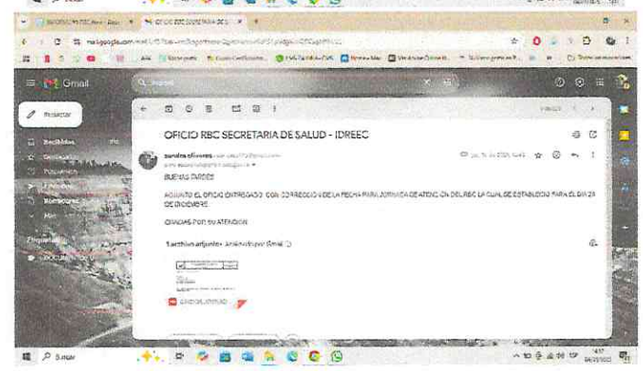
GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CESAR



ICBF	
FECHAS	**20-12-24**
DESCRIPCIÓN	
Se estableció una fecha tentativa para el 17 de diciembre la cual fue modificada por el ICBF para el día 20 de diciembre, para atención de 66 niños, niñas y adolescentes.	
EVIDENCIA FOTOGRÁFICA	

GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CESAR





ARN

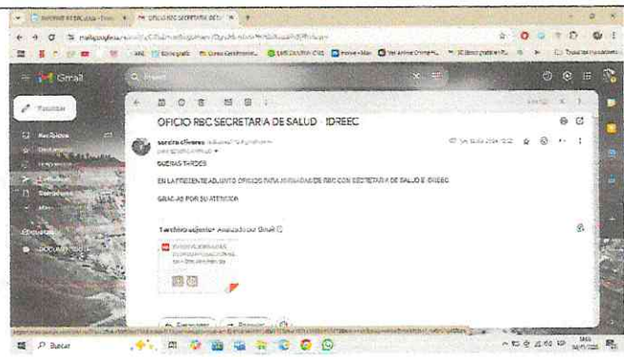
FECHAS	**17-12-24**

DESCRIPCIÓN

Se realizó contacto via gmail y whatsapp para realizar el agendamiento de la jornada se establece una fecha tentativa la cual fue el 17 de diciembre se esperó confirmación y se escribió esperando respuesta de aceptación o cambio de fecha lo cual no paso.

27-12-24

Se realizó otro contacto vía llamada telefónica dado que no se obtuvo confirmación a la primera contratación vía correo electrónico y por llamada nos notificaron que ellos no poseen personal en Valledupar, que todo ese personal se encuentra en Tierra Grata y que está fuera de su objeto misional el realizar dicha

jornada de RBC.
EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

-

MIGRACIÓN COLOMBIA	
FECHAS	**28-11-24**
DESCRIPCIÓN	
Se contactó a migración colombia, los cuales respondieron que ellos no poseen base de datos para contactar persona porque no está dentro de su objeto misional, lo cual significa que ellos no tienen forma de contactar a personas con discapacidad, por lo que no tienen base de datos, lo que hace imposible realizar una jornada de atención a esta población.	
Se realizó el contacto via llamada telefonica	
PROSPERIDAD SOCIAL	
FECHAS	
DESCRIPCIÓN	
Realizan acompañamiento a jornadas realizada con la población de ICBF, en consideración que esta se encuentra dentro de su objeto misional	

GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CESAR

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA
Se realizó el contacto via llamada telefonica

UNIDAD DE VICTIMAS	
FECHAS	**10-12-24**
DESCRIPCIÓN	
Se contactó a la Unidad de Victimas, los cuales respondieron que esa institución tiene un listado de personas que buscan ser indemnizados en virtud de tener esa condición, pero que, en el transcurso del mes, la persona encargada para realizar la actividad se encontraba en la labor de recolección de información para generar informes de cierre de año, por lo que no podían dedicarse a esta actividad.	
Se realizó el contacto vía llamada telefónica	

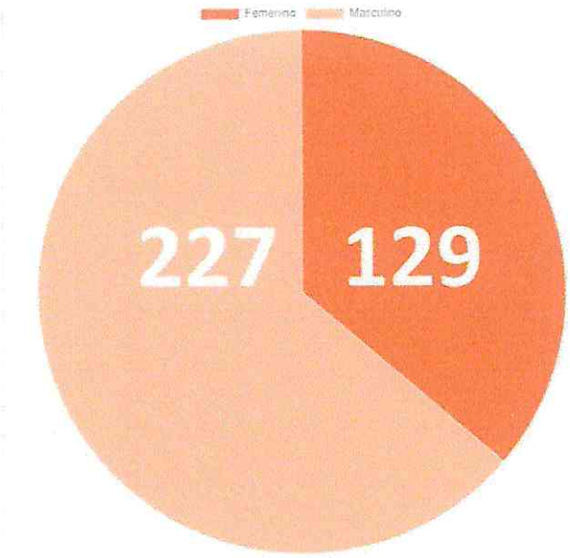
En SOFTWARE RBC, diseñado por la institución se arrojan los siguientes resultados:

GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CESAR

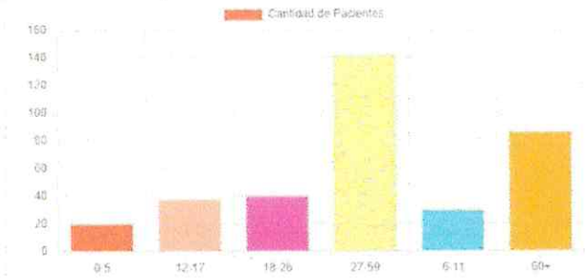
1/29/25, 10:45 PM ESTADISTICAS - SOFTWARE RBC

Bienvenido al software RBC, Gestión de Fichas Psicosociales

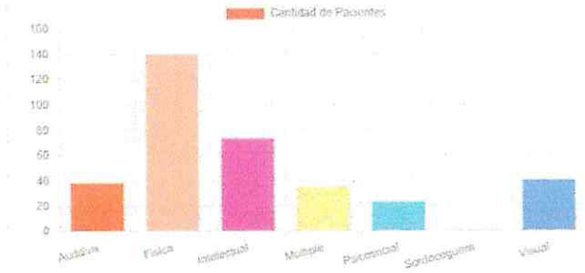
Distribución por Sexo



Distribución por Edad



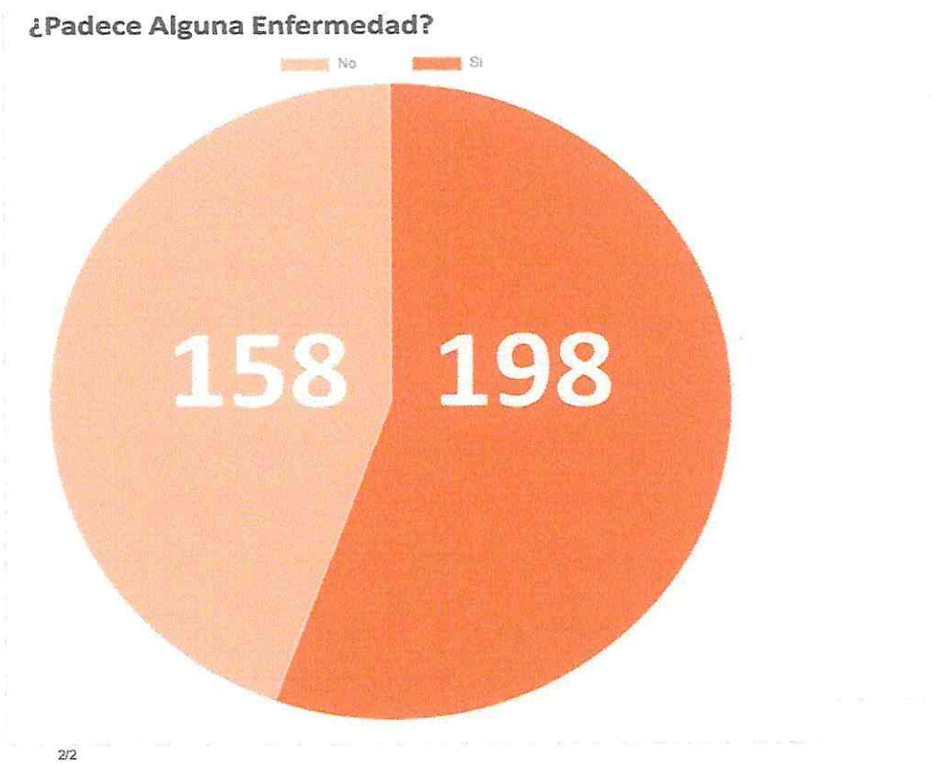
Distribución por tipo de enfermedad



GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CESAR

https://idreec.com.co/softwarerbc/estadisticas.php

1/29/25, 10:45 PM ESTADISTICAS - SOFTWARE RBC



2/2

Para el desarrollo de esta actividad se contó con coordinación de los referentes de discapacidad de los municipios priorizados y el apoyo de los profesionales de poblaciones vulnerables de la secretaria de salud departamental, para la misma se desarrolló con la siguiente micro planeación.

MICROPLANEACION Gobernación del Cesar Secretaria de Salud Departamental Instituto Departamental de Rehabilitación y Educación Especial del Cesar Componente Social y de Salud	
PROGRAMA	Poblaciones Vulnerables, Componente social y de salud.
MÓDULO	**ACTIVIDAD 3** Realizar 21 jornadas de rehabilitación basada en comunidad en los municipios de Valledupar (con 10 poblaciones: prosperidad social, unidad de víctimas, ARN, penitenciarias, migración, ICBF, Badillo y guacoche (afros), la mina,

	atanquez), La Paz (diferenciales y ARN farc), San Diego, Pueblo Bello, Manaure, Becerril, Codazzi, El Copey, Bosconia y La Jagua previa socialización y coordinación					
COMPETENCIAS	Este módulo Tiene como objetivo realizar jornadas de atención con enfoque de Rehabilitación Basada en la comunidad y la entrega información a las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores para el ejercicio de derechos y preveción de discapacidades secundarias y otras enfermedades crónicas.					
ESPECIFICACIONES	**Población**	**N° invitados**	**Metodología**	**Total Dias**	**Tipo de tutoría**	**NA° Facilitadores**
	Comites de discapacidad, rehabilitacion basada en la comunidad, personas con discapacidad, familias y cuidadores.	1100	practicos	21	presencial	4
CONTEXTUALIZACIÓN						
CONTENIDO PROGRAMÁTICO						
Metodología:	Se escoge estrategia de convocatoria para reunión en un sitio asequible para las personas con discapacidad, sus familiares y/o cuidadores, donde son evaluados por un equipo interdisciplinario y se dan las recomendaciones individualizadas para el manejo de las dishabilidades dentro del entorno sociofamiliar.					
Didáctica (ACTIVIDADES)	Se realiza reunión del equipo interdisciplinario para dar orientaciones acerca de la intervención con las personas con discapacidad, respetando el entorno sociocultural de los mismos					
Medios o ayudas	Lapiceros, computador, planillas, guias.					
EVALUACIÓN						
Actividades de evaluación: La evaluación de esta actividad esta establecidas, en las indicaciones realizadas acorde a la convocatoria						

2.4. MONITOREO, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES.

El monitoreo de la ejecución de las actividades avanzó de manera permanente, con el fin de consolidar un buen proceso de implementación y realizar los ajustes respectivos. Para tal función se contó con un coordinador operativo, quien fue encargado del seguimiento y del despliegue de los lineamientos técnicos de la ejecución.

El instituto Departamental de Rehabilitación y Educación Especial del Cesar integro todos los elementos para una logística apropiada en cada actividad, tanto para las convocatorias iniciales seguimiento de la misma, elaboración de los diferentes materiales didácticos.

El cumplimiento de las metas fue el indicador que se tuvo en cuenta para implementar las acciones correctivas de manera inmediata y más por la premura del tiempo.

2.5. INFORMES DE EJECUCION TECNICO Y FINANCIERO

El Instituto Departamental de Rehabilitación y Educación Especial del Cesar IDREEC, teniendo en cuenta lo establecido contractualmente hace entrega de informe parcial de ejecución. Este proceso muestra el consolidado de la planeación respectiva para cada tema con la respectiva aprobación del supervisor.

Este informe técnico parcial, recopila la totalidad de las actividades ejecutadas. Se hace entrega al interventor en original y copia, en medio físico y magnético y son parte de él los anexos como soportes documentales, audiovisuales y gráficos que se constituyen en evidencia de la ejecución de las actividades definidas.

El informe técnico final se realizan tres copias del proceso de la implementación de la estrategia

3. LOGROS Y RESULTADOS

- Las convocatorias y las estrategias desarrolladas para la promoción de las actividades tuvieron un resultado positivo, ya que se lograron realizar los eventos, con las personas interesadas en el tema.

- El apoyo y acompañamiento de las secretarias de salud municipales fue clave para lograr la participación de padres, madres, cuidadores, personas con discapacidad , objeto de las intervenciones.

- La asistencia y participación del público asistente a los diferentes eventos fue proactiva, es decir, se logró la retroalimentación de conceptos, observando la claridad de estos en los asistentes.

4. DIFICULTADES

- Poco interés por parte de algunos funcionarios de diversas entidades en asistir a las actividades propuestas.
- Cierre de actividades y entrega de informes institucionales de entidades como ARN y Unidad de Victimas.
- Dificultades con el acceso a internet, por lo que se opto por realizar las historias en formatos físicos y transcribirlos al SOFTWARE RBC, para que quedara la evidencia digital de las actividades.

LUIS ROBERTO PADRO
GERENTE

GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CESAR

TABLA DE ANEXOS

ANEXOS DE EJECUCIÓN

ACTIVIDAD 1: Realizar 1 jornada de socialización y alistamiento de las jornadas de rehabilitación basada en comunidad (RBC) con participación de los municipios priorizados

ANEXO N° 1.1 Inscripción de asistencia de participantes de los municipios priorizados para las jornadas de RBC del Cesar

ANEXO N° 1.2 Elaboración de metodologías y ayudas didácticas para socializar el proceso de desarrollo de la jornada

ANEXO N° 1.3 Alistamiento de contenidos en el desarrollo de la jornada respecto a grupos de apoyo y autoayuda, derechos en salud, enfoque diferencial en discapacidad, derechos sexuales y reproductivos en PcD, salud mental en PcD, alimentación saludable en PcD

ANEXO N° 1.4 Elaboración, envió y seguimiento de convocatoria

ANEXO N° 1.5 Desarrollo de la socialización de contenidos sobre las jornadas relacionadas con estrategia RBC, grupos de apoyo y autoayuda y la programación, enfoque diferencial en discapacidad, derechos sexuales y reproductivos en PcD, salud mental en PcD, alimentación saludable en PcD

ANEXO N° 1.6 Elaboración y socialización de instrumento de reporte de informe

ANEXO N° 1.7 elaboración y socialización de Compromisos municipales para el desarrollo de las jornadas de RBC

ANEXO N° 1.8 presentación de 1 documento con informe sobre resultado de la realización de la su actividad

ACTIVIDAD 2: Crear el espacio de comunicación con los actores responsables en cada uno de los municipios e instituciones priorizados para realizar seguimiento al proceso de alistamiento y convocatoria de actores institucionales y población a beneficiar

ANEXO N° 2.1 Desarrollo del proceso de seguimiento al alistamiento y la convocatoria de actores para las jornadas de RBC por parte de cada uno de los municipios e instituciones priorizadas

ANEXO N° 2.2 Sistematizar en formato Excel el resultado del proceso de seguimiento al alistamiento municipal para la realización de las jornadas de RBC

ANEXO N° 2.3 Presentar 1 documento de resultados del seguimiento al alistamiento municipal para las jornadas de RBC

ACTIVIDAD 3: Realizar 21 jornadas de rehabilitación basada en comunidad en los municipios de Valledupar (con 10 poblaciones: prosperidad social, unidad de víctimas, ARN, penitenciarias, migración, ICBF, Badillo y guacoche (afros), la mina, atanquez), La Paz (diferenciales y ARN frac), San Diego, Pueblo Bello, Manaure, Becerril, Codazzi, El Copey, Bosconia y La Jagua previa socialización y coordinación

ANEXO N° 3.1 garantizar proceso de Inscripción y asistencia

ANEXO N° 3.2 Elaboración y entrega de kit informativo sobre derechos en salud y trato digno a la persona con discapacidad

ANEXO N° 3.4 Elaboración, envió y seguimiento de convocatoria

ANEXO N° 3.5 sistematización en instrumento institucionalizado el resultado de la atención a personas con discapacidad

ANEXO N° 3.6 realizar reporte fotográfico de las jornadas de atención

ANEXO N° 3.6 entrega de 1 documento de resultados de la atencion en las jornadas

GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CESAR

ACTIVIDAD 1: Realizar 1 jornada de socialización y alistamiento de las jornadas de rehabilitación basada en comunidad (RBC) con participación de los municipios priorizados

ANEXO N° 1.1 Inscripción de asistencia de participantes de los municipios priorizados para las jornadas de RBC del Cesar

Marca temporal	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	NÚMERO DE SU DOCUMENTO DE IDENTIDAD	POBLACIÓN CON LA CUAL USTED SE IDENTIFICA	EDAD	SEXO	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN A LA CUAL REPRESENTA	CARGO	MUNICIPIO	SU NÚMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO	SU CORREO ELECTRÓNICO
10/22/2024 7:55:49	jesus enrique mendoza arrieta	77040597	MBIANO, VÍCTIMA DEL CONFLICT	38	MASCULINO	alcaldia	ref discapacidad	la paz	3173768949	jesus.trabajo85@gmail.com
10/22/2024 7:56:00	Adalberto Ayola	77038511	Victima de la Vilencia	39	MASCULINO	COMITÉ DE DISCAPACIDAD	PERSONA CON DISCAPACIDAD	San Diego	3136782644	adaayola100@gmail.com
10/22/2024 7:56:02	Yadira Leonor Martínez Durán	40800509	MESTIZO	50	FEMENINO	Secretaría de Salud Departamental	ferente Departamental de Discapacic	Valledupar	3153870473	yadimart123@hotmail.com
10/22/2024 8:03:09	Diana María Suárez Morales	52309255	MESTIZO	48	FEMENINO	Secretaría Local de Salud	Referente de discapacidad	Valledupar	3015437074	suarezdiana441@gmail.com
10/22/2024 8:04:05	fadua sujey gamez montero	49777729	MESTIZO	48	FEMENINO	secretaria de salud departamental	referente dptal de discapacidad	Valledupar	3006647301	fadua620@hotmail.com
10/22/2024 8:04:49	Diana María Suárez Morales	52309255	MESTIZO	48	FEMENINO	Secretaría local de salud	Referente de discapacidad	Valledupar	3015437974	suarezdiana441@gmail.com
10/22/2024 8:07:09	MEJIA GUETTE PEDRO ANTONIO	85483888	MESTIZO	62	FEMENINO	PERSONA CON DISCAPACIDAD	HOGAR	COPEY	3114562389	juanbarlos@gmail.com
10/22/2024 8:08:29	ANGELICA PATRICIA RODRIGUEZ LAITANO	55303299	MESTIZO	40	FEMENINO	SECRETARIA DE SALUD	REFERENTE DE DISCAPACIDAD	AGUSTIN CODAZZI	3107279402	OBLACIONVULNERABLEACODAZZI@GMAIL.CO
10/22/2024 8:08:29	YELEINES PATRICIA MUEGUES OÑATE	49595971	NINGUNA	43	FEMENINO	ALCALDIA MUNICIPAL	REFERENTE DISCAPACIDAD	BOSCONIA	3107433801	yeleinesm@gmail.com
10/22/2024 8:20:37	JOHAN VALENCIA	18956150	MESTIZO	56	MASCULINO	COMERCIANTE	COMERCIANTE	AGUSTIN CODAZZI	3194324166	jvalencia78@gmail.com
10/22/2024 8:20:47	Sandra Martinez	36624438	PERSONA CON DISCAPACIDAD	38	FEMENINO	PERSONA CON DISCAPACIDAD	TRABAJADORA SOCIAL	BOSCONIA	3003760492	Smartinez90@gmail.com
10/22/2024 8:21:36	Yolelda Toro	1064108109	AFROCOLOMBIANO	37	FEMENINO	Alcaldia	Referente de diacapacidad	La Jagua de Ibirico	3116858101	yotoma.1@hotmail.com
10/22/2024 8:22:04	MARIA CAMARGO SEVERINI	57300811	MESTIZO	61	FEMENINO	SALUD DEPARTAMENTAL	REFERENTE DE DISCAPACIDAD	VALLEDUPAR	3144022251	Marycamargos07@gmail.com
10/22/2024 8:25:54	Andrey Isabel Bermudez	1005047296	MESTIZO	54	MASCULINO	comité de rbc	PERSONA CON DISCAPACIDAD	San Diego	3157602913	adaayola10@gmail.com
10/22/2024 8:28:13	Omar Ramos	1063946851	MESTIZO	48	MASCULINO	PERSONA CON DISCAPACIDAD	INDEPENDIENTE	BOSCONIA	3015488085	oramos89@hotmail.com
10/22/2024 8:43:45	GEINER ROMERO	1065203912	PERSONA CON DISCAPACIDAD	34	MASCULINO	COMITÉ DE RBC	PERSONA CON DISCAPACIDAD	MANAURE	3008973790	gromero@hotmail.com
10/22/2024 8:45:14	Leydis manosalva pino	1065599961	VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO	36	FEMENINO	Secretaria local de salud área salud mental	Profesional (psicóloga)	Valledupar	3005162832	Leidy2807@gmail.com
10/22/2024 8:46:35	Fabio Alfonso Armenta Gonzalez	72001312	MESTIZO	59	MASCULINO	COMITÉ DE DISCAPACIDAD	INDEPENDIENTE	COPEY	3016909353	meci@hosanroque.gov.co
10/22/2024 8:48:57	Cindy Paola Davila Martinez	1065634014	VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO	32	FEMENINO	Secretaria local de salud	Profesional universitario	Valledupar	3184927099	Paoladavila10@hotmail.com
10/22/2024 8:49:03	Nury Yasika González	49690585	Ninguno	50	FEMENINO	Secretaria local de salud salud mental	Profesional (psicóloga) contratista	Valledupar	3013667539	Nurygonzalez04@hotmail.com
10/22/2024 8:50:32	GENITH RODRIGUEZ	1065202678	PERSONA CON DISCAPACIDAD	38	FEMENINO	PERSONA CON DISCAPACIDAD	HOGAR	MANAURE	3117905900	genithgenithrodriguez90@gmail.com
10/22/2024 8:50:36	albert tafur rangel	1065640500	DESPLAZADO	32	MASCULINO	Alcaldía de Pueblo Bello	Contratista	Pueblo Bello	3502702097	ae.tafur@hotmail.com
10/22/2024 8:50:38	Solmery Maestre Geneco	49695172	VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO	47	FEMENINO	PERSONA CON DISCAPACIDAD	HOGAR	AGUSTIN CODAZZI	3205861410	solmage75@gmail.com
10/22/2024 8:54:49	Amalfi Madarriaga	39067546	PERSONA CON DISCAPACIDAD	54	FEMENINO	PERSONA CON DISCAPACIDAD	LIDER COMUNAL	BOSCONIA	3125044296	Amadal7890@hotmail.com
10/22/2024 8:55:03	Marina Reyes	36572607	MESTIZO	67	FEMENINO	PERSONA CON DISCAPACIDAD	HOGAR	BECERRIL	3119075722	no tiene
10/22/2024 8:55:12	LAUREN VANESSA PALMERA VILLAMIZAR	1065206502	NA	25	FEMENINO	Alcaldía - Sec salud municipal	vencia social, salud mental y poblacic	Manaure	3023853770	ssalud@manaurebalcondelcesar-cesar.gov.co
10/22/2024 8:56:42	Paula Guerra	1062404017	MESTIZO,	26	FEMENINO	Alcaldía de San Diego	Referente de poblaciones vulnerables	San Diego	3014076283	Poblacionesvulnerables@sandiegocesar.gov.co
10/22/2024 8:56:42	Carlos Mario fragozo parejo	15173421	MESTIZO	42	MASCULINO	Secretaria local de salud	Referente salud mental	Valledupar	3186796541	Casir1719@gmail.com
10/22/2024 8:57:21	María Isabel vergel muñoz	1065840159	Ninguno	26	FEMENINO	Secretarial local de salud municipal	Psicologa	Valledupar	3027536233	Isabelvergel98@gmail.com
10/22/2024 9:03:30	katherin zambrano	1067722392	MESTIZO	30	FEMENINO	secretaria de salud	referente poblacion vulnerable	becerril	3046555788	katyzambrano63@gmail.com
10/22/2024 9:03:35	SIRLEY. CUETO QUINTERO	49755838	MESTIZO	41	FEMENINO	SECRETARIA DE SALUD	Coordinadora SAC	anaure Balcón del Ces	3114239640	ssalud@manaurebalcondelcesar-cesar.gov.co

GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CESAR

ANEXO N° 1.2 Elaboración de metodologías y ayudas didácticas para socializar el proceso de desarrollo de la jornada

METODOLOGIA DE CAPACITACIONES

METODOLOGIA VIVENCIAL PRACTICA GRUPOS DE APOYO

El modelo que presentamos a continuación es una sesión de grupo de ayuda mutua estructurado, el cual puede estar bajo la responsabilidad de un *profesional* (psicólogo, sacerdote, psicoterapeuta, médico, educador...) o *una persona que haga parte del colectivo objetivo del grupo. (dispacitado)*

Una vez preparada la invitación, la metodología de acompañamiento prevé los siguientes pasos para cada reunión:

1. *Una breve presentación*, por parte del facilitador, destinada a introducir el tema (Derechos en Salud y salud sexual y reproductiva) (entre 7 y 10 minutos).

2. *La socialización de la ficha de trabajo*

   Se socializa un enlace con preguntas para que cada participante las responda, solo o en grupos internos

   Se invita a cada participante a responder a cada una de las preguntas, según sus capacidades. Este momento de introspección y el poner negro sobre blanco es muy importante para ayudar a comprenderse y a contarse. Antes de que los presentes se pongan a trabajar, el facilitador ilustra cada pregunta con algún ejemplo concreto. (El tiempo aproximado necesario para completar la ficha oscila entre 10 y 15 minutos; unos son más rápidos, y otros más lentos. Si alguien no está en condiciones de escribir, reflexiona sobre cada una de las preguntas para compartir después de viva voz).

3. Cuando el coordinador constata que la mayoría ha concluido la tarea, sugiere completar de viva voz lo que no han conseguido escribir y distribuye *a los presentes en grupos de 3-4 personas como máximo*, a fin de favorecer una participación eficaz.

4. A cada grupo se le encomienda pasar revista a todas las preguntas una a una, confrontarse todos con la primera pregunta, después con la segunda, y así sucesivamente, para hacer el intercambio más dinámico y atrayente.

5. El compartir dura unos 45 minutos y es el *momento más importante* de la reunión, pues favorece la liberación de los pensamientos y los sentimientos, la confrontación y el conocimiento.

6. *La puesta en común*. Transcurrido este tiempo, el facilitador recompone todo el grupo e invita a reflexionar sobre algún aspecto que haya aparecido en los subgrupos o sobre alguna pregunta sugerida por él.

7. Como conclusión, el facilitador recopila las observaciones o intuiciones que han aflorado, anuncia el tema de la próxima reunión, invita a los presentes a rumiar y a digerir los estímulos recibidos y clausura la reunión.

METODOLOGIA FORO SALUD MENTAL, ENFOQUE DIFERENCIAL

1. Diseño de material formativo, socializado mediante un link, donde se abordará y profundizará sobre el tema
2 Foro de discusión, para permitir la discusión y participación de los invitados, permitiendo a los participantes escuchar posiciones diferentes, e ir registrando preguntas que permitan el análisis y la síntesis de la temática
3. lluvia de ideas para determinar conclusiones sobre el tema abordado.

METODOLOGIA TEORICA ESTRATEGIA DE RBC, ENFOQUE DIFERENCIAL EN DISCAPACIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPORDUCTIVOS, ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

1. Presentación de los temas a tratar

2. socialización de la temática

3. panel de preguntas y respuestas.

GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CESAR

ANEXO N° 1.3 Alistamiento de contenidos en el desarrollo de la jornada respecto a grupos de apoyo y autoayuda, derechos en salud, enfoque diferencial en discapacidad, derechos sexuales y reproductivos en PcD, salud mental en PcD, alimentación saludable en PcD

ALISTAMIENTO ALIMENTACIÓN SALUDABLE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

VALLEDUPAR, 2024

Todo ser humano tiene derecho a una alimentación adecuada y tiene el derecho fundamental a no padecer hambre, según las normas internacionales de derechos humanos. En pocas palabras, se trata del "derecho a la alimentación".

Los hábitos alimentarios son un importante determinante de la salud en la población, siendo la primera medida terapéutica. El estar saludable representa lo mismo para todas las personas, el llevar una calidad de vida mejor, acceso a la educación y esencialmente la alimentación/nutrición cuyo rol es importante pues coadyuvará a disminuir el riesgo de desarrollo de enfermedades, este conjunto de factores permitirá generar un estado de salud óptimo y alcanzar las potencialidades del ser humano.

Para este documento se escogieron las discapacidades acorde a las características que pueden generalizarse a otras enfermedades que pueden verse con relativa frecuencia en el Departamento

LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN VARIADA

El ser humano para moverse y mantener las funciones vitales del organismo, necesita de energía en forma constante, que la obtiene a través de los alimentos el organismo los transforma en macronutrientes y micronutrientes.

Se denomina macronutrientes, a las proteínas, carbohidratos y grasas; estos tres componentes nos proporcionan la energía para el organismo, que nos permite cumplir con las funciones del metabolismo basal y el desempeño de la actividad. Se requieren en cantidades mayores a 100 mg/día, es decir en grandes cantidades.

Los micronutrientes son sustancias contenidas en los alimentos, comprende a las vitaminas y los minerales que son requeridas por el organismo en pequeñas cantidades, menores a 100mg/día.

Una alimentación saludable implica el consumo de alimentos en forma equilibrada y variada, para evitar problemas deficitarios o por el contrario de exceso, ambos afectarán la salud.

La figura 1. muestra el Arco de la Alimentación por grupo de alimentos y las porciones recomendadas que nos permite corregir los hábitos inapropiados o reforzar los adecuados:



RECOMENDACIONES GENERALES

1. Consumir diariamente una alimentación variada, que incluya alimentos de todos los grupos, aumentando la cantidad de verduras y frutas.
2. Aumentar el consumo de leche y productos lácteos.
3. Consumir por lo menos 3 veces a la semana alimentos de origen animal, fuentes de hierro: carnes y vísceras.

4. Preferir aceites vegetales y evitar las grasas de origen animal, grasas y aceites recalentados.
5. Usar sal yodada en las comidas, sin exageración.
6. Consumir 6 a 8 vasos de agua hervida por día.
7. Reducir el consumo exagerado de azúcar, dulces, gaseosas y evitar el consumo de bebidas alcohólicas.
8. Reducir el consumo de té y café, reemplazarlos por leche, jugos de frutas, refrescos hervidos o api.
9. Realizar diariamente actividad física, por lo menos 30 minutos (caminata, entre otros).
10. Lavarse las manos antes de preparar y comer los alimentos.

GRUPO DE NUTRIENTES, SUS FUENTES PRINCIPALES DE ALIMENTOS Y FUNCIONES

NUTRIENTES		PRINCIPALES ALIMENTOS	PRINCIPALES FUNCIONES EN EL ORGANISMO
MACRONUTRIENTES	PROTEÍNAS	Carne de pescado, res, aves, cerdo, cordero, conejo y otros. Vísceras (menudencias) Huevos. Lácteos (leche). Mezclas vegetales (cereales con leguminosas). Habas y arvejas secas, lentejas, tarwi, quinua, porotos o frijol y otros.	Forman y reparan los tejidos del organismo, para un crecimiento normal.
	CARBOHIDRATOS	Principalmente cereales y derivados: arroz, avena, trigo, cebada, maiz, fideo, pan, galletas y demás productos. Raíces y tubérculos como papa, camote, yuca. Azúcar, miel y frutas.	Son "ahorradores" de energía, impiden que las proteínas sean "mal" utilizadas. Proporcionan vitaminas y minerales
	GRASAS Y ACEITES	El aceite, manteca, mantequilla, margarina. Es aconsejable reducir el consumo de grasas saturadas (manteca, crema de leche, etc.).	Son fuente poderosa de energía. Ayuda a transportar las vitaminas A, D, E y K.
	VITAMINA A	(zanahoria, camote, zapallo, mango, papaya, acelga, espinaca) amaranto, harina de trigo fortificada con hierro.	inmunológico. indispensable para la visión. Crecimiento de los huesos.

MACRONUTRIENTES	HIERRO	Carnes, pescados e hígado, huevos, (de mayor absorción). Leguminosas(lentejas, habas y arvejas secas, maní, tarwi, frijol, garbanzo, otros). Cereales integrales: amaranto, harina de trigo fortificada con hierro. Legumbres, verduras de color verde oscuro (acelga, espinaca).	Transporta el oxígeno a los pulmones y tejidos. Forma parte de la hemoglobina. Su deficiencia ocasiona la anemia.
	CALCIO	Los lácteos y derivados, como leche, queso, yogur, requesón y otros.	Estructura de huesos y dientes. Es importante durante el crecimiento pondoestatural. En la mujer gestante es importante para la formación de huesos en el bebé y durante la lactancia materna.
	ZINC	Carnes vísceras (hígado), yema de huevo, cereales integrales, porotos o frijoles.	Fortalece la respuesta inmunológica. Interviene en el crecimiento normal
	YODO	Sal fortificada con yodo, alimentos de origen marino	Esencial para el funcionamiento de la glándula tiroides y producción de hormonas tiroideas.
	FÓSFORO	Productos lácteos, el pescado, huevos, pollo, frutos secos y granos enteros	Interviene en las estructuras óseas y es importante para una adecuada formación de los huesos y dentadura.
	MAGNESIO	Origen vegetal: Verduras de hojas verde intenso (espinaca). Frutos secos (semilla de calabaza, sésamo, girasol, almendras, nueces, otros). Frijoles, soja, garbanzos, lentejas. Cereales Integrales. Palta. Origen animal (Pescados y mariscos).	Interviene en la transmisión de los impulsos nerviosos y la relajación muscular. Ayuda a mantener el equilibrio ácido base y en hormonas como la parathormona. Forma parte de los huesos, entre otras funciones.

ALIMENTACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

La atención de los diferentes grupos etarios vale decir niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos con discapacidad cuyo mantenimiento y mejora de su estado de salud y nutrición en particular requiere de conocimiento de aspectos contextuales del beneficiario y su tratamiento. Para lo cual, es necesario interactuar con el beneficiario, trabajar interdisciplinariamente, capacitar permanentemente al

personal involucrado, así como involucrar de manera activa a la familia y/o los cuidadores, quienes son corresponsables en el manejo, atención y orientación de las Personas con Discapacidad, en la garantía del derecho a la alimentación saludable.

Existe una gran diversidad de condiciones que se deben tener en cuenta en el manejo de la población con discapacidad, sin embargo, no todas requieren de un abordaje diferencial en el manejo alimentario y nutricional.
La conducción interdisciplinaria permitirá mejorar y/o cubrir la totalidad de las necesidades en esta población de forma integral, debiendo contemplar la participación de los profesionales en nutrición y dietética junto con médicos, especialistas, odontólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapistas ocupacionales, psicólogos, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería, familiares o cuidadores, entre otros según se requiera para el tipo de discapacidad. Dicho equipo debe mantener un proceso de atención y asesoría en técnicas que conserven las funciones cognitivas y motoras mínimas, según la particularidad de cada caso y crear estrategias para que dicho proceso no se interrumpa cuando los beneficiarios vuelven al medio familiar (Cook & Kahrilas, 1999).
A lo largo del presente documento se considerará el manejo alimentario para Personas con Discapacidad que presentan los siguientes diagnósticos: Personas con movilidad reducida, Síndrome de Down (SD), Parálisis Cerebral (PC),Trastornos del Espectro Autista, Parkinson y Discapacidad Mental o Psíquica, no obstante, las orientaciones abordadas pueden servir para la atención de otras discapacidades, según consideración profesional, entendiendo que se puede producir disfunción motora, sensitiva, sensorial, muscular, cognitiva, conductual o una mezcla de ellas, con diferente nivel de compromiso o severidad.

PERSONAS CON MOVILIDAD REDUCIDA

PERSONAS EN SILLA DE RUEDAS

Existen muchos factores que inter- vienen en las personas con parálisis que se encuentran en silla de ruedas o postradas en cama que no pueden levantarse debido a diferentes lesiones, producto de estas condiciones. En este contexto al igual que el resto de la familia, las personas que están en silla de ruedas, deben tener un régimen saludable, con el aporte de nutrientes adecuados y mantener un estado nutricional ideal, sin embargo, es frecuente que se presente sobre peso u obesidad debido a la falta de actividad y a una mayor tendencia al sedentarismo.

La Alimentación Energía

El consumo de energía en personas en silla de ruedas es diferente, pues no hay un movimiento total del cuerpo, consecuentemente, hay una disminución del gasto energético total por inactividad, que conduce a un mayor riesgo de sobre peso u

COMPLICACIONES FRECUENTES DEBIDO A LA INACTIVIDAD

Edema en miembros inferiores
Las personas en silla de ruedas tienden a presentar edema en los miembros inferiores, por lo cual se deberá evitar el consumo excesivo de sal.

Estreñimiento
El estreñimiento es frecuente en personas en silla de ruedas debido a la falta de actividad e inamovilidad, para ello, es necesario proporcionar un adecuado aporte de líquidos y fibra (Tabla 20).

NUTRIENTE	FUNCIÓN	ALIMENTOS	APORTE
FIBRA	Aumenta el peristaltismo intestinal.	Cereales integrales (chía, avena, linaza, sésamo). Leguminosas parcialmente modificadas* (frijoles, lentejas, garbanzos, etc.) Verduras y frutas frescas y deshidratadas (ciruelos, orejón, etc.).	25 a 30 gramos/ día. El consumo de fibra demanda la ingesta de bastante líquido.
LÍQUIDOS	Contribuye a los procesos metabólicos. Evita la deshidratación. Previene el estreñimiento.	Agua hervida natural, refrescos hervidos, mates, jugo de frutas, sopas. Ayudan las frutas con bastante líquido (sandía, piña, etc.).	8 vasos y más, contando con el aporte de sopas, té, etc.
ÁCIDO GRASO OMEGA 3	Coadyuva la disminución del riesgo de trombosis. Promueve la producción de óxido nítrico (estimula la relajación de los vasos sanguíneos).	Pescados, aceites, linaza, chía.	De acuerdo a porciones recomendadas.

obesidad. Muchas personas en silla de ruedas son deportistas, en ese caso, el aporte energético debe ser mayor.

A continuación, la Tabla 19, muestra los alimentos recomendados y los que se deben evitar debido a la condición que presentan:

MACRONUTRIENTES	ALIMENTOS RECOMENDADOS	ALIMENTOS NO RECOMENDADOS
PROTEÍNAS	Carnes magras. Pescados sin piel. Pollo sin piel. Lácteos bajos en grasa y derivados.	Carne de cordero, cerdo. Embutidos. Leche entera y quesos altos en grasa.
CARBOHIDRATOS	Carbohidratos complejos: Leguminosas. Cereales integrales.	Panes de granos integrales. Carbohidratos simples: Azúcar. Mermeladas. Helados. Pastelería. Pan blanco. Arroz blanco.
GRASAS Y ACEITES	Aceite crudo en ensaladas.	Crema de leche. Mantequilla. Queso entero. Leche entera. Frituras Comidas chatarra contienen elevada cantidad de grasa.
MICRONUTRIENTES	ALIMENTOS RECOMENDADOS	ALIMENTOS NO RECOMENDADOS
VITAMINAS Y MINERALES	Frutas y verduras en general.	Sin restricción.
MISCELÁNEOS	Mates	Bebidas y preparaciones que contengan alcohol.
	Hierbas como condimentos naturales (orégano, etc.)	

La falta de actividad física y el sedentarismo incrementa el riesgo de presentar sobrepeso u obesidad, estados que pueden desencadenar enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes hipertensión arterial, algunos tipos de cáncer, entre otras. A continuación, se presenta las recomendaciones por porción diaria para personas en sillas de ruedas, descritas en la tabla 21.

PORCIONES RECOMENDADAS POR DÍA POR GRUPOS DE ALIMENTOS SEGÚN EDAD PARA PERSONAS EN SILLA DE RUEDAS (DE ALIMENTOS PERMITIDOS)

GRUPOS ALIMENTOS	MEDIDA CASERA	PRE-ESCOLAR	ADOLESCENTE	JOVENES Y ADULTOS	ADULTO MAYOR
		3 a <11 años	11 a < 20 años	20 a 60 años	60 y más años
Leche baja en grasa y derivados	1 taza mediana	2	3	2	1
Carnes: res, pollo, pescado, y vísceras.	Tamaño de la palma de la mano o una presa	1	3	2	2
Verduras	½ plato plano	2	4	2	2
Frutas	tamaño media- no	2	3	2	3
Raíces y tubérculos	tamaño media- no	2	3	3	2
Cereales y derivados. Leguminosas	¼ taza cruda 1 unidad de pan	4	4 1/2	5 1/2	4
Aceites y grasas	1 cuchara	3	5	3	5
Azúcar	3 cucharillas	4	3	3	6

Úlceras por presión

La formación de úlceras por presión (UPP), pueden presentarse en personas que están en silla de ruedas debido a la falta o limitada irrigación sanguínea de la piel.

Cuando la persona presenta UPP, se debe considerar un incremento de energía, principalmente de las proteínas, ya que permitirán reparar y formar tejido, incrementando una porción del grupo de carnes, otra de cereales o raíces y tubérculos.

PERSONA EN CAMA

Se refiere a la persona que se encuentra imposibilitada de levantarse debido a diferentes condiciones.

CONSIDERACIONES PREVIAS PARA SU ALIMENTACIÓN
• Verificar que no exista alergia o intolerancia alimentaria. • Procurar que la persona se incorpore con un ángulo de 90 grados, para evitar la bronco - aspiración durante la alimentación por vía oral u otra vía diferente. • Valorar periódicamente el estado nutricional de la persona para prevenir la desnutrición. Proporcionar una dieta adecuada, evitando alimentos flatulentos (coliflor, brócoli, repollo, nabo, cebolla, leguminosas no trituradas, gaseosas, entre otros). • Vigilar la higiene bucal, el estado de la dentadura y en personas con prótesis dentales realizar su limpieza después de la alimentación.

1.1.2.1. La Alimentación

La alimentación en personas postradas, es la misma que para una persona normal; nutritiva, sana, equilibrada y variada si bien el aporte de energía debe ser menor por la falta de actividad, en caso de presentar úlceras por presión (UPP), las calorías deben incrementarse de acuerdo al peso, talla, sexo y edad mencionados anteriormente

CONSISTENCIA Y LÍQUIDOS EN PERSONAS POSTRADAS

CONSISTENCIA	Blanda o semiblanda. Fraccionada en cantidades pequeñas. Esperar a que la persona mastique y degluta la comida. Si se puede incorporar, que permanezca en esa posición por media hora luego de las comidas para evitar el reflujo gastro-esofágico.
LÍQUIDOS	Cantidad suficiente para mantener hidratado el organismo y evitar el estreñimiento. Se recomiendan 8 vasos o más por día (incluido los alimentos). Si la persona no se puede incorporar, ayuda la utilización de bombillas o sorbetes los cuales deberán ser empleados con precaución. Bebidas y preparaciones que contengan alcohol, no se permiten.

Úlceras por presión (UPP)

Son lesiones en la piel que se producen por presión permanente y prolongada en la cama. Se presenta con mayor frecuencia en personas mayores o con alguna patología que no le permite movilizarse. Las úlceras producen dolor y molestia, por lo tanto, se requiere de una atención y vigilancia permanente del personal de salud que deberá dar las directrices respectivas para una pronta recuperación y/o prevención del caso.

La nutrición juega un rol importante en la salud de la persona, así como también en la pronta cicatrización de las lesiones. Una nutrición deficiente, afectará directamente, en la recuperación de las lesiones.

1.1.3.1. La Alimentación

Como se comentó anteriormente, los requerimientos nutricionales se incrementan en personas con ulceras por presión, de acuerdo a la Tabla 23

CESAR | Secretaría de SALUD

CUADRO RESUMEN DE REQUERIMIENTOS POR DÍA PARA PERSONAS POSTRADAS CON ÚLCERA POR PRESIÓN[2]

Nutriente	Considerar	Funciones
ENERGÍA	30-35 Kcal por kg. de peso	Permite cumplir con los procesos metabólicos del organismo y la actividad. La energía se encuentra incrementada.
PROTEÍNAS	1,25 – 1.5 g/ Kg de peso	Forman y reparan los tejidos. Perfusión tisular. Función inmunitaria. Logran balance positivo de nitrógeno
MINERALES	Zinc, Hierro y cobre	Vital para la producción de colágeno. Mejora la regeneración de tejido. Estimula la formación de colágeno. Neutraliza los radicales libres Contrarresta el daño oxidativo. Previene el daño por isquemia-reperfusión. Mejora la resistencia del tejido. Evita la anemia.
ARGININA3	Amino ácido semiesencial	Mejora la síntesis de colágeno y aumenta la resistencia a la tensión. Estimula la secreción de los importantes factores de cicatrización de heridas. Sirve como precursor del óxido nítrico (NO). Mejora la función inmunitaria.
VITAMINAS - OTROS	A, C, complejo B	Vitaminas C, E y Zinc – reducen significativamente el área de la úlcera por presión. Si no se puede cubrir el requerimiento de complejo B, se deberá administrar suplementación vía oral o enteral. La vitamina A interviene en la regeneración epitelial y mejora la resistencia a las infecciones, entre otras funciones. Complejo B una de sus funciones principales es intervenir en el metabolismo de la energía, necesaria para desempeñar todas las actividades básicas y complejas.

PARALISIS CEREBRAL

La parálisis cerebral son lesiones en el cerebro en la etapa de maduración del sistema nervioso central producido por diferentes causas o factores: genético, infecciones durante el embarazo, prematurez, rubéola, asfixia, bajo peso al nacer, entre otros, también se puede presentar, por una meningitis bacteriana, intoxicación con plomo, etc.

La parálisis cerebral describe a un grupo de trastornos del desarrollo psicomotor limitando la actividad del individuo, puede ir acompañada de alteraciones sensitivas, cognitivas, de percepción, visión, audición, comunicación y a veces de comportamiento. Existen diferentes tipos de parálisis cerebral dependiendo de la afección que presenta:

Hemiplejía



- Tiene afectado el brazo y pierna del mismo lugar.
- El brazo se encuentra doblado y hacia adentro.
- Pie de puntillas.

Diplejía



Mayor afección de las piernas, que los miembros superiores.
Brazos torpes.
Piernas juntas y hacia adentro.
Pies de puntillas.

Dibujo: Adaptado de Fomento del Desarrollo del Niño con Parálisis Cerebral (OMS).

Tetraplejía



Cuerpo afectado en su totalidad.
Débil control de la cabeza.
Brazos doblados y hacia adentro.
Manos cerradas en puño.
Piernas juntas y hacia adentro.
Pies de puntillas.

En el tema de la alimentación, uno de los problemas más comunes es el babeo; cerrar la boca o las mandíbulas es dificultoso, así como también la coordinación con la lengua, cuando se tragan los alimentos.

La postura del tronco, extremidades y la cabeza son los factores principales para ayudar en la deglución.
Deglutir los alimentos es un acto complejo, pues envuelve movimientos secuenciales y páutales de los labios, la lengua, el paladar, la mandíbula, el control de babeo4, faringe, laringe y músculos respiratorios. Esta secuencia motriz está coordinada por un centro de la deglución situado en el tronco encefálico. La deglución normal se realiza en tres fases: oral, faríngea y esofágica.

Abordaje en la alimentación

Las personas que tienen parálisis cerebral, requieren de una alimentación adecuada dirigida y asistida por parte de los familiares y un equipo de salud multidisciplinario, debido a que este síndrome altera diferentes lugares del cuerpo; el movimiento y la postura, principalmente. Es así, existen dificultades en su alimentación descritos anteriormente; abrir la boca y mantener los alimentos, masticar, ingerir líquidos, etc., pueden ocasionar broncoaspiración así como también, el reflujo gastro-esofágico (RGE) y estreñimiento.

Cuando es imposible mantener una nutrición e hidratación adecuada por vía oral, se precisará instaurar una vía alternativa; sonda nasogástrica o una gastrostomía endoscópica percutánea (PEG), así como, en algunos casos la vía oral es insuficiente para mantener una nutrición e hidratación adecua- da, se deberá complementar con nutrientes a través de la vía enteral.
Cuando la persona es capaz de deglutir, se debe asegurar una ingesta adecuada, situación que se verá reflejada en los análisis clínicos y el estado nutricional, por lo tanto, es importante recurrir a la anamnesis alimentaria; se deberá mantener un estado nutricional óptimo, evitando las deficiencias de nutrientes y la desnutrición, en ese caso se deberá redirigir la alimentación incrementando el aporte energético; adición de aceite en las comidas o suplementos alimentarios. Debe evitarse en todo momento el riesgo de broncoaspiración.

Pasos Previos

- Establecer una buena comunicación con la madre, el padre y/o cuidador(a).
- Mantener la postura de sentado, con la cabeza en forma lineal al cuerpo en el momento de la alimentación.
- Recurrir a cabeceros, respaldos y otros recursos durante la alimentación en personas que no puedan sostener la cabeza.

Consideraciones Importantes para personas con PC

- A partir de los 6 meses de edad, los alimentos deben ser molidos y espesos para lograr la deglución y un adecuado transporte de los alimentos hacia el esófago y estómago. A medida que la niña o niño aumenta de edad la consistencia de los alimentos debe pasar de semisólida a sólida, lo que permitirá el ejercicio de la"masticación", evitando la atrofia muscular local. Todo esto facilitará el aporte de nutrientes a través de una alimentación adecuada.
- Recomendar preparaciones homogéneas, evitando que contengan una porción sólida y otra líquida (mixta), en base alimentos aplastados, triturados, segmentados, picados u otros, de acuerdo a tolerancia, edad y limitaciones de la PC. Evitar el uso de alimentos de riesgo que tengan puntas y/o aristas y de consistencia dura.

- Proporcionar fibra alimentaria que ayudará a disminuir el estreñimiento, común en la PC.
- Incentivar la higiene bucal a través de la "higiene dietética", lo que se logra con la administración de alimentos con fibra (ejemplo: manzana raspada, pera hervida).
- Sugerir el uso de utensilios apropiados que faciliten la alimentación y eviten golpes al comer para ayudar a lograr la autonomía de la persona para alimentarse.
- Promover el compromiso y apoyo de toda la familia en el proceso de la alimentación priorizando a un responsable (madre, padre y/o cuidador).

ALIMENTOS QUE SON DE RIESGO Y NECESITAN MODIFICACIÓN DE CONSISTENCIA

Lácteos: (yogurt con trozos enteros de frutas), helados.
Misceláneos (Dulces empolvados azucarados, caramelos, gomitas, masticables, gelatinas muy diluidas, otros).
Granos enteros (maní, tarwi, frijoles, lentejas, garbanzos, etc.).
Carnes con huesos pequeños, espinas, cartílagos, piel.
Verduras – hortalizas (frijoles, vainitas, apio, puerro, espárragos, lechuga, alcachofas enteras o en hojas). Frutas con semillas y piel (uvas, mandarinas, tomate) y con mucho contenido líquido (melón, sandía, piña, naranja, peramota o pera de agua).
Pan de molde, tostadas, galletas, papas fritas, pipocas, cereales insuflados y otros simulares.
Oleaginosas de consistencia dura (maní, nuez, almendras, otros).

Fuente: Elaboración UAN, 2016.

PORCIONES RECOMENDADAS PARA PERSONAS CON PC POR DÍA, POR GRUPOS DE ALIMENTOS (PERMITIDOS), DE ACUERDO A LA CONSISTENCIA ACONSEJADA, SEGÚN EDAD

GRUPOS ALIMENTOS	MEDIDA CASERA	PRE-ESCOLAR	ADOLES-CENTE	JÓVENES Y ADULTOS	ADULTO MAYOR
		3 a <11 años	11 a < 20 años	20 a 60 años	60 y más años
Leche semidescremada y derivados	1 taza mediana	2	3	2	*1
*1 Carnes**: res, pollo, pescado y vísceras.	Tamaño de la palma de la mano o una presa	1	3	2	2
Verduras	½ plato plano	2	4	2	2
Frutas	mediana	2	3	2	3
Raíces y tubérculos	mediana	2	3	3	2
Cereales y derivados. Leguminosas	¼ taza cruda 1 unidad de pan	4	5	5	4
Aceites y grasas	1 cuchara	3	5	3	3
Azúcar	3 cucharillas	4	4	3	6

*En personas de 60 años y más, se recomienda leche descremada y deslactosada

RECOMENDACIONES POR GRUPOS DE ALIMENTOS PARA PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL

GRUPOS PRINCIPALES DE ALIMENTOS	SUGERENCIAS
CARNES	La carne de res, pollo, pescado y vísceras, son mejor aceptadas con salsas. Preparaciones de hamburguesas, albóndigas, pastel de carne.
LÁCTEOS Y DERIVADOS	Quesos de consistencia blanda (frescos). Yogurt con frutas molidas o trituradas. Flanes de mayor solidez.
HUEVOS	Consistencia blanda, preferentemente solo claras (hervidas). Como parte de otras preparaciones.
CEREALES	Papillas de cereales. Crema de arroz, quinua, amaranto, cañahua, avena, etc.
LEGUMINOSAS	Las lentejas, frijoles, habas, arvejas secas y maní, pueden producir flatulencia que disminuye al modificar su consistencia (triturada, puré, licuada, otros).
RAÍCES Y TUBERCULOS	Papa, camote, yuca, oca hervidas y aplastadas en forma de pastel, puré o trozadas finamente.
VERDURAS Y FRUTAS	Verduras de preferencia hervidas: espinaca, acelga, zanahoria[5], otras, molidas o picadas. Frutas naturales o hervidas: raspadas, molidas, picadas o como parte de otras preparaciones.
LEGUMBRES	Purés, trituradas o cremas (vainas).
MISCELÁNEOS	Bebidas y preparaciones que contengan alcohol no se permiten.

Fuente: Elaboración UAN, 2016.

SÍNDROME DE DOWN (SD)

PATOLOGÍAS EN EL SÍNDROME DE DOWN

PATOLOGÍA	PRODUCE	AFECTA
MACROGLOSIA	Problemas en la masticación músculos de la boca y la deglución.	Afecta el proceso de alimentación y la digestión y el aprovechamiento de los nutrientes.
DENTICIÓN	Alteración en el mordisco y masticación. Microdontia. Gingivitis.	
DEFICIENCIA INMUNOLÓGICA	Infecciones	
APNEA DEL SUEÑO	Puede producirse por la macroglosia.	Produce hipoxia celular.
RADICALES LIBRES	El cromosoma 21 tiene el gen codificador de enzimas oxidativas.	Atacan las membranas celulares incrementando la permeabilidad intestinal que permite el paso de los productos tóxicos a la sangre. Influye en el envejecimiento.
ENDOCRINAS	Hipotiroidismo, diabetes Mellitus.	Afecta el metabolismo, la utilización de la energía.
	Enfermedad celíaca.	Carencias e insuficiencias nutricionales que afectan el crecimiento. Presentan diarrea.
HIPOTONÍA MUSCULAR	Sedentarismo	Sobrepeso u obesidad

Gobernación del CESAR | Secretaría de SALUD | Dirección Gestión Diferencial de las Poblaciones Vulnerables

INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA A PARTIR DE LOS 6 MESES DE EDAD POR DÍA, PARA PERSONAS CON SD

EDAD	ALIMENTOS	CONSISTENCIA DE ACUERDO A TOLERANCIA	FRECUENCIA	CANTIDAD / DIA*
Primera Semana	Papa, camote, leche materna.	molidos	2 veces/ día	2 -3 cucharas
Segunda Semana	Además de los anteriores, agregar cereales (arroz, maicena) con leche materna. Frutas (plátano, manzana, pera, papaya).	molidos	2 veces/ día	3 cucharas rasas
Tercera Semana	Además de los anteriores, adicionar (zapallo, zanahoria, remolacha) con leche materna.	molidos	3 veces/ día	6 cucharas rasas
Cuarta Semana	Además de los anteriores, se incorporan carnes sin piel e hígado de pollo. Lactancia materna.	papillas	3 veces/ día	Tamaño del puño del menor 6 cucharas rasas
7 – 12 Meses	Carnes, cereales, tubérculos, frutas: durazno, peramota, mango plátano, leguminosas (solo maní). Verduras, adicionar (hojas verdes: acelga, espinaca, apio) triturados. Lactancia materna.	Papillas y purés, ir cambiando de consistencia semisólida a sólida.	5 veces/ día**	7 -11 cucharas rasas
1 Año a < 2 Años	Además de los alimentos anteriores, agregar leche descremada, huevos, pescado. Frutas: naranja, mandarina, pomelo, limón, lima, kiwi, frutilla, tomate sin piel.	Semisólidos y sólidos y picados.	5 veces/ día**	12 - 15 cucharas rasas
2 < 5 Años	Dar todos los alimentos anteriores.	Picado en trozos pequeños.	5 veces/ día***	15 - 25 cucharas
Escolar 5 a < 12 Años	Alimentación variada, todos los alimentos anteriores, leche y derivados (yogurt, queso, requesón, quesillo, mantequilla).	Picado en trozos pequeños.	5 veces/ día***	1 plato Leche: 3 vasos/ día. Se puede sustituir 1 vaso de leche, por 1 vaso de yogurt o 1 pedazo de queso blando.

PORCIONES RECOMENDADAS PARA PERSONAS CON SD POR DÍA, POR GRUPOS DE ALIMENTOS, SEGÚN EDAD

GRUPOS ALIMENTOS	MEDIDA CASERA	PRE-ESCOLAR	ADOLES-CENTE	JOVENES Y ADULTOS	ADULTO MAYOR
		3 a <11 años	11 a < 20 años	20 a 60 años	60 y más años
Leche baja en grasay derivados.	1 taza mediana	2	3	2	1
Carnes res,pollo, pescado y vísceras.	Tamaño de la palma de la mano o una presa	1	3	2	2
Verduras	½ plato plano	2 1/2	4 1/2	2 1/2	2 1/2
Frutas	1 mediana	3	4	3	3
Raices y tubérculos	1 mediana	2	3	3	2
Cereales y derivados. Leguminosas	¼ taza cruda 1 unidad de pan	3 1/2	4	5	4
Aceites y grasas.	1 cuchara	3	4	3	4
Azúcar	3 cucharillas	2	3	2	6

Recomendaciones Generales

- Estimular deportes y ejercicios diarios para evitar la hipotonía y mantener saludable el organismo.
- Vigilar el aporte de energía para prevenir el sobrepeso y obesidad, considerando que la estatura es menor a la normal.
- Trabajar en la hipotonía mandibular para que los músculos de la boca se acostumbren al esfuerzo que implica la masticación y deglución de los alimentos.
- Promover la higiene dental luego de las comidas para evitar caries dentarias y complicaciones en su alimentación.
- Promocionar la lactancia materna hasta los dos años de edad.

CESAR | Secretaría de SALUD

PUNTOS BÁSICOS DE LA ALIMENTACIÓN EN EL TEA

RECOMENDACIONES GENERALES	
Brindar comidas apetecibles en momentos agradables para evitar comer por obligación	Ofrecer agua en cantidades adecuadas, que no exceda o falte
Introducir alimentos nuevos con precaución, haciendo énfasis en los de mejor aceptabilidad evitando reacciones negativas en el proceso.	Evitar el biberón que es común incluso en menores de cinco años, reforzando el uso de cubiertos, vasos y platos.
Vigilar la tolerancia y aceptabilidad de los alimentos	Iniciar la alimentación complementaria con paciencia para evitar el rechazo generalizado de alimentos.
Proporcionar porciones pequeñas de comida de manera frecuente, de alto valor nutritivo, consistencia progresiva de puré a blanda y temperatura adecuada.	Mantener la higiene corporal durante la alimentación para evitar la incomodidad de la persona.
Cubrir los requerimientos de nutrientes proporcionando una alimentación variada, oportuna, suficiente y armónica.	Incentivar el proceso alimentario antes de los 2 años para obtener mejores resultados, pues el proceso es lento.
Proporcionar alimentos alcalinos debido a la acidez por reflujo: pera, manzana, uva, espinaca, perejil, zanahoria, papa, plátano y arroz.	Considerar la individualidad de las personas con TEA debido a las diferentes reacciones de cada caso.
Vigilar la presencia de "pica"[3] ya que son propensos a padecerla	Evitar la introducción tardía de los alimentos sólidos en la dieta que por lo general, es común en las personas con TEA.
Vigilar la masticación (rumiación) en el proceso de la mecánica de la alimentación para evitar problemas digestivos y caries dentales. Impedir que los alimentos permanezcan en la boca por tiempo prolongado, ayudar con la ingesta de líquidos y dar una nueva cuchara cuando haya tragado la anterior.	Vigilar la suplementación con calcio debido a la restricción de alimentos fuentes en la dieta (leche y derivados)

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

El TEA está comprendido dentro de los Trastornos del Neurodesarrollo, se encuentra caracterizado por lo siguiente:

Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos.

- Patrones restrictivos y repetitivos del comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más conductas.
- Los síntomas se encuentran presentes en las primeras fases del periodo de desarrollo.

Los problemas de las relaciones sociales antes de los 5 años son serios, puesto que incluyen defectos en el desarrollo: la mirada directa a los ojos, las relaciones sociales y en el juego cooperativo. Es frecuente el comportamiento ritualista con movimientos repetitivos y apego a objetos en forma inusual que puede incluir rutinas anormales, resistencia al cambio, apego a objetos extravagantes y patrones estereotipados de juego.

ENFOQUE ALIMENTARIO

- Promover la flora intestinal (lactobacilos acidophilus, casei, bulgaris) para evitar una sobrepoblación de bacterias, es decir, como un antibiótico natural.
- Evitar el estreñimiento vigilando el aporte de fibra, pues podría responder a la marcada selectividad alimentaria.
- Cubrir sus requerimientos de nutrientes de acuerdo a edad y sexo.
- Impedir la malnutrición y sus deficiencias.
- Considerar la interacción con los medicamentos.
- Promover la higiene personal y alimentaria.

RECOMENDACIONES DE NUTRIENTES DEFICITARIOS EN EL TEA

NUTRIENTES	FUNCIONES	ALIMENTOS
Calcio	El calcio cumple funciones de crecimiento del esqueleto, dentición y otros en el organismo. Una disminución del aporte, puede producir una masa ósea baja (osteopenia) y un aumento de riesgo de osteoporosis y fracturas óseas. Administrar y supervisar la administración de calcio	Suplementos de calcio.
Vitaminas B12, B6, Ácido Fólico, C, D Minerales Zinc, Magnesio	Mantienen los sistemas de defensa en óptimo estado. Genera neurotransmisores.	Carnes y derivados Cereales: arroz, quinua, amaranto, maíz, cañahua, otros Camote, yuca, oca, tacacha, tarwi Vitamina D: Exposición de la piel a rayos solares o suplementación con vitamina D
Ácidos Grasos Omega 3 y 6	Forman parte de la estructura celular de los sistemas de membranas neurológicas. Mejoran el aporte energético	Aceites vegetales (oliva y girasol)
Fibra	Ayudan en la motilidad del intestino, disminuyen los problemas de estreñimiento	Frutas, verduras y leguminosas (Lentejas, porotos, haba y arveja seca).
Líquidos	Interviene en los procesos metabólicos del organismo y en la hidratación del cuerpo	Agua, jugos de frutas, refrescos naturales, mates y otros. La ingesta de líquidos/día es alta 1.5 lt a 2 lt, (necesaria por la suplementación con calcio)

CESAR | Secretaría de SALUD

INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA POR DÍA, A PARTIR DE LOS 6 MESES DE EDAD, PARA PERSONAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

EDAD	ALIMENTOS DE ACUERDO A LOS PERMITIDOS	CONSISTENCIA DE ACUERDO A TOLERANCIA	FRECUENCIA	CANTIDAD / DIA*
Primera Semana	Papa, camote. Leche materna.	Molidos	2 veces/ día	2 -3 cucharas
Segunda Semana	Además de los anteriores, agregar cereales (arroz, maicena). Leche materna. Fruta (plátano, manzana, pera, papaya).	Molidos	2 veces/ día	3 cucharas rasas
Tercera Semana	Además de los anteriores, adicionar zapallo, zanahoria, remolacha. Leche materna.	Molidos	3 veces/ día	6 cucharas rasas
Cuarta Semana Además de los anteriores, se agrega carnes de res, conejo, hígado de pollo y pollo sin piel. Leche materna.		Papillas	3 veces/ día	Tamaño del puño del menor 6 cucharas rasas
7 – 12 Meses	Carnes, cereales (arroz, maíz, quinua, amaranto, cañahua), tubérculos, frutas (durazno, peramota, mango, plátano), leguminosas (lenteja sin cáscara, haba, arveja seca, porotos, garbanzo, tarwi, soya y maní si no es alérgico. Verduras, adicionar hojas verdes trituradas (acelga, espinaca, apio). Leche materna.	Papillas y purés e ir cambiando a consistencia blanda y aplastada	5 veces/ día	7 - 11 cucharas rasas
1 Año a <2 Años	Además de los alimentos anteriores, agregar frutas (papaya, pera, uva, higo, membrillo, melón, durazno, damasco, mango, sandía, chirimoya, manzana). Si no es alérgico (frutilla, kiwi, tamarindo, ciruelo, plátano y limón). Tomate sin piel. Leche materna.	Semisólidos y sólidos picados sin piel.	5 veces/ día**	12 - 15 cucharas rasas
2 a < 5	Todos los alimentos anteriores.	Picado pequeño.	5 veces/ día**	15 – 25 cucharas
Escolar 5 a < 12 Años	Todos los alimentos anteriores.	Picado pequeño.	5 veces/ día**	1 plato
Suplementación con calcio cuando se elimine la leche y derivados.				

PORCIONES RECOMENDADAS POR DÍA POR GRUPOS DE ALIMENTOS (SÓLO LOS PERMITIDOS), SEGÚN EDAD

GRUPOS ALIMENTOS	MEDIDA CASERA	PRE-ESCOLAR	ADOLESCENTE	JÓVENES Y ADULTOS	ADULTO MAYOR
1 a <11 años 11 a < 20 años 20 a 59 años					60 y más años
Leche de soya y derivados (si no es alérgico)*.	1 taza mediana	2	3	2	1
Carnes, pollo, vísceras.	tamaño de la palma de la mano o una presa	1	3	2	2
Verduras	½ plato plano	2 1/2	4 1/2	2 1/2	2 1/2
Frutas	mediana	3	4	2 1/2	3 1/2
Raíces y tubérculos	mediana	2	3	3	2
Cereales y derivados. Leguminosas	¼ taza cruda 1 unidad de pan	4	5	6	4
Aceites y grasas	cuchara	3	5	3	5
Azúcar	cucharillas	3	3	2	6

SÍNDROME DE PARKINSON (SPK)

Consideraciones generales para personas con SPK

- Brindar una alimentación variada de alimentos.
- Cubrir el requerimiento de nutrientes de acuerdo a la edad y sexo, con énfasis en aquellos micronutrientes claves en el SPK.
- Facilitar la mecánica de la alimentación. Texturas (triturado, espeso, blanda, semi-sólida).
- Suministrar porciones reducidas con mayor frecuencia alimentaria.
- Vigilar el aporte de líquidos diarios.
- Incrementar el aporte de fibra para evitar el estreñimiento.
- Promover la salud dental para que no afecte la masticación.
- Considerar la acción de los fármacos vs alimentos.
- Espaciar la medicación por lo menos dos horas antes de las comidas.

RECOMENDACIÓN DE ALIMENTOS EN EL SÍNDROME DE PARKINSON

GRUPOS	ALIMENTOS RECOMENDADOS	ALIMENTOS NO RECOMENDADOS
CARNES	Pescados y pollo sin piel. Res magra.	Cordero, cerdo, embutidos.
HUEVOS	Huevos cocidos pasados por agua o escalfados.	Fritos.
LECHE Y DERIVADOS	Leche deslactosada, baja en grasa. Queso fresco. Yogurt bajo en grasa. Dulce de leche.	Mantequilla, quesos madurados, crema de leche.
CEREALES Y DERIVADOS	Arroz integral, salvado, avena, trigo, cebada, pan y galletas integrales, amaranto, quinua, cañahua. Si no hay estreñimiento se puede consumir sémola, maicena, harina blanca, pan blanco, galletas de agua y dulces sin relleno.	Productos de pastelería. Disminuir la ingesta de cereales integrales, en caso de diarrea.

LEGUMINOSAS	Lentejas y porotos cocidos y molidos.	Maní, soya y tarwi.
VERDURAS	Acelga, espinaca, zanahoria, vainitas, zapallo, apio, carote, lacayote, tomate sin piel y choclo, habas, arvejas hervidas y molidas. Mejor consumir verduras hervidas.	Pepino, rábanos, coliflor, brócoli, cebolla, tomate con piel, repollo, lechuga.
FRUTAS	Palta, mango, papaya, lima, mandarina, pera, durazno, frutilla, damascos y otras frutas crudas o hervidas. Si no hay estreñimiento se puede adicionar el plátano.	Toronja, sandia, mandarina, naranja, kiwi.
RAICES Y TUBÉRCULOS	Papa, camote, yuca, racacha y chuño.	Tunta, oca.
GRASAS Y ACEITES	Agregar a las ensaladas aceite vegetal.	Manteca, margarina.
AZÚCARES Y MIELES	Azúcar común. Miel, mermeladas.	Chocolates, dulces con relleno.
MISCELÁNEOS, CONDIMENTOS, ADEREZOS	Perejil, orégano, hojas de laurel, sal.	Ají, comino, pimienta, ajo, ketchup, mayonesa. Evitar té, café, gaseosas, jugos envasados y bebidas estimulantes y preparaciones que contengan alcohol.

Fuente: Modificado para SP, en base a dieta del Hospital del Niño, Unidad de Nutrición y Dietoterapia

CONSIDERACIONES DE IMPORTANCIA

CONDICIÓN	CARACTERÍSTICA
TEXTURA	Lograr que los alimentos sean de consistencia semisólida o puré, aplastados o triturados de acuerdo a tolerancia para facilitar la deglución y digestión. Evitar el atoramiento excluyendo preparaciones mixtas (doble textura), es decir, sólido-líquido (sopa con fideos, frutas en conservas, etc.).
FRACCIONAMIENTO	Proporcionar de cuatro a cinco comidas al día en cantidades pequeñas.
TEMPERATURA	Lograr que las preparaciones sean de temperatura tibia, no caliente, tampoco fría.
PREPARACIONES	Procurar que las preparaciones sean agradables y atractivas a la vista, de fácil preparación. Sugerir preparaciones cocidas al vapor, horno o en baño maría. Disminuir la ingesta de sal y azúcar, debido a una mayor intolerancia a la glucosa a medida que se envejece.
CONSUMO DE PROTEÍNAS Vs MEDICAMENTO	Vigilar que los medicamentos prescritos para SP sean ingeridos lejos de las comidas que contienen proteínas (no menor a dos horas) para una adecuada absorción.

Fuente: Elaboración UAN, 2016.

CESAR | Secretaría de SALUD

RECOMENDACIONES ÚTILES PARA PERSONAS CON SPK

- Lograr una postura erguida en el momento de la alimentación para mejorar la masticación y deglución de los alimentos.
- Emplear utensilios (copas, tazas, platos, etc.) apropiados que no se rompan y con base de goma para evitar que se resbalen. Asimismo, individuales o posaderos de platos que se "peguen" a la mesa.
- Utilizar cubiertos de menor peso con mangos modificados para manejarlos cómodamente. Es mejor emplear la cuchara que el tenedor.
- Disponer de una bombilla flexible si existe dificultad para llevar el vaso a la boca.
- Emplear tazas con tapa y orificio para introducir la bombilla, impedirá que se derramen los líquidos.
- Mantener la higiene de la persona durante los tiempos de comidas, se sentirá más cómodo.
- Evitar que la comida se enfríe por la lentitud de la ingesta, un plato térmico ayudará.
- Participar en terapias rehabilitadoras.
- Mantener la actividad física.
- Promover una alimentación saludable y variada de acuerdo a recomendaciones.
- Compartir con la familia los momentos de alimentación, aminorará la depresión, pérdida del apetito y probable pérdida de peso.
- Respetar la medicación prescrita.

DISCAPACIDAD MENTAL O PSÍQUICA

ALIMENTOS QUE DEBEN CONSUMIR LAS PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

ALIMENTOS	FUNCIÓN
Pescados	Son fuente de Ácidos grasos omega - 3. Ayudan a compensar el equilibrio de estos ácidos que podrían estar en bajos niveles.
Carnes magras, huevos.	Ricos en vitamina B. Ayuda en las disfunciones neurológicas.
Espinaca, acelgas, oleaginosas (garbanzos, frijol, lentejas, tarwi, habas secas, otros.	Ácido Fólico podría mejorar la depresión.
Frutas, verduras, cereales integrales, almendras, nueces.	Aportan vitamina C, A y E. Tienen propiedades antioxidantes. Evita los radicales libres sobre las células del cerebro.
Aceites vegetales (oliva).	Aportan ácidos grasos esenciales, necesarios para el organismo (utilizar crudo en ensaladas).

Fuente: Elaboración UAN, 2018

RECOMENDACIONES:

EVITAR O DISMINUIR EL CONSUMO	CONTENIDO
Mantequilla, cremas, margarinas, frituras en general.	Grasas saturadas. Incrementan el riesgo de enfermedades no transmisibles ENT.
Azúcar	Podría aumentar la trasmisión de los impulsos nerviosos.

Fuente: Elaboración UAN, 2018

CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL TRASTORNO BIPOLAR

ALIMENTOS Y NUTRIENTES	FUNCIÓN
Proporcione alimentos fuente de proteínas (pescados, atún, sardinas, otros).	Son fuente de Ácidos grasos omega-3 que posiblemente se encuentran en niveles más bajos, por lo que se aconseja el consumo con mayor frecuencia.
Carnes magras y huevos.	Ricos en vitamina B. Ayuda en las disfunciones neurológicas.
Verduras y frutas en general	Mantienen el peso en forma saludable y ayudan en el aporte de antioxidantes y fibra. Las verduras proveen ácido fólico, asociado con la depresión.
Aceites vegetales, principalmente de oliva.	Aportan ácidos grasos esenciales, necesarios para el organismo (utilizarlo crudo en ensaladas).

Fuente: Elaboración UAN, 2018

RECOMENDACIONES GENERALES PARA PERSONAS CON TRASTORNO BIPOLAR

EVITAR O ELIMINAR EL CONSUMO DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS	CONTENIDO IMPORTANTE
Azúcar de mesa (refinada)	Eleva los niveles de insulina en sangre generando mayor deseo de consumo de dulces y/o alimentos azucarados.
Grasas saturadas	Aportan energía, se aconseja disminuirlas o evitar (frituras, mantequilla, cremas, otro).
Café	La disminución de café permitirá mejorar el sueño y el descanso nocturno.
INCORPORE EL CONSUMO DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS	**CONTENIDO**
Frutas y verduras	Ayudarán a suplir en parte, la ingesta de los carbohidratos simples (azúcar u otros alimentos con alto contenido de azúcar refinada). Durante los episodios de ansiedad, se sugiere el consumo de alimentos de consistencia dura, tales como la zanahoria cruda entera y/o almendras o frutos secos, entre otros.
Semillas en general (calabaza, sésamo, otros (salvado, hierbas secas, frutas secas (nueces, almendras, otros).	El contenido de alimentos fuente de magnesio, podrían ayudar a mejorar los síntomas y cambios bruscos del comportamiento. Asimismo, mantiene el funcionamiento óptimo de los nervios y músculos. El magnesio podría tener un efecto similar al litio, importante en el trastorno.
Leguminosas como lentejas, garbanzos, frijoles negros, otros	

Fuente. Elaboración UAN, 2018

RECOMENDACIONES GENERALES DE LA ALIMENTACIÒN EN TRASTORNO DELIRANTE

PRINCIPALES ALIMENTOS	FUNCIÓN
Proporcione alimentos fuente de proteínas (pescados, atún, sardinas, otros).	Son fuente de Ácidos grasos omega – 3, importante para el organismo.
Carnes magras y huevos.	Ricos en vitamina B. Ayuda en las disfunciones neurológicas.
Verduras y frutas	Ayudan a mantener el peso en forma saludable y proporcionan antioxidantes y fibra. Las verduras y frutas suministran vitaminas (como el ácido fólico asociado con la depresión) se encuentra en vegetales de hoja verde, frutas como las naranjas, paltas principalmente, así como los cereales fortificados con ácido fólico.
Leguminosas como la lenteja y el frijol negro	
Aceites vegetales, principalmente de oliva.	Aportan ácidos grasos esenciales, necesarios para el organismo (utilizarlo crudo en ensaladas).

Fuente: Elaboración UAN, 2018

RECOMENDACIONES GENERALES DE LA ALIMENTACIÓN EN TRASTORNO DELIRANTE

PRINCIPALES ALIMENTOS	FUNCIÓN
Proporcione alimentos fuente de proteínas (pescados, atún, sardinas, otros).	Son fuente de Ácidos grasos omega – 3, importante para el organismo.
Carnes magras y huevos.	Ricos en vitamina B. Ayuda en las disfunciones neurológicas.
Verduras y frutas	Ayudan a mantener el peso en forma saludable y proporcionan antioxidantes y fibra. Las verduras y frutas suministran vitaminas (como el ácido fólico asociado con la depresión) se encuentra en vegetales de hoja verde, frutas como las naranjas, paltas principalmente, así como los cereales fortificados con ácido fólico.
Leguminosas como la lenteja y el frijol negro	
Aceites vegetales, principalmente de oliva.	Aportan ácidos grasos esenciales, necesarios para el organismo (utilizarlo crudo en ensaladas).

Fuente: Elaboración UAN, 2018

Indicaciones generales para personas con discapacidad mental o psíquica:

- Proporcionar una alimentación saludable.
- Promover ejercicios diarios y deportes.
- Realizar actividades al aire libre.
- Incentivar el aprendizaje de instrumentos musicales - ayudará a disminuir el estrés.
- Respetar las horas de sueño para mejorar el descanso.
- Fortalecer los lazos familiares y su entorno.
- Vigilar en forma periódica la medicación y los controles con el profesional.
- Evitar el consumo de alcohol pues produce efectos nocivos para la salud.

ALISTAMIENTO

ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

GENERALIDADES

DISCAPACIDAD:

"Persona con discapacidad, quienes tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diferentes barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás personas.

Tipos de Discapacidad

AUDITIVAS En esta categoría se encuentran personas que presentan en forma permanente deficiencias en las funciones sensoriales relacionadas con la percepción de los sonidos y la discriminación de su localización, tono, volumen y calidad; como consecuencia, presentan diferentes grados de dificultad en la recepción y producción de mensajes verbales y, por tanto, para la comunicación oral. Se incluye en esta categoría a las personas sordas y a las personas con hipoacusia

FISICAS: En esta categoría se encuentran las personas que presentan en forma permanente deficiencias corporales funcionales a nivel musculo esquelético, neurológico, tegumentario de origen congénito o adquirido, pérdida o ausencia de alguna parte de su cuerpo, o presencia de desórdenes del movimiento corporal.

INTELECTUAL: Se refiere a aquellas personas que presentan deficiencias en las capacidades mentales generales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje de la experiencia. Estos producen deficiencias del funcionamiento adaptativo, de tal manera que el individuo no alcanza los estándares de independencia personal y de responsabilidad social en uno o más aspectos de la vida cotidiana, incluidos la comunicación, la participación social, el funcionamiento académico u ocupacional y la independencia personal en la casa o en la comunidad

VISUAL: En esta categoría se incluye a aquellas personas que presentan deficiencias para percibir la luz, forma, tamaño color de los objetos. Se incluye a las personas ciegas y a las personas con baja visión

SORDOCEGUERA: La sordoceguera es una discapacidad única que resulta de la combinación de una deficiencia visual y una deficiencia auditiva

PSICOSOCIAL: Resulta de la interacción entre las personas con deficiencias (alteraciones en el pensamiento, percepciones, emociones, sentimientos, comportamientos y relaciones, considerados como signos y síntomas atendiendo a su duración, coexistencia, intensidad y afectación funcional) y las barreras del entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad.

MULTIPLE: Presencia de dos o más deficiencias asociadas, de orden físico, sensorial, mental o intelectual, las cuales afectan significativamente el nivel de desarrollo, las posibilidades funcionales, la comunicación, la interacción social y el aprendizaje, por lo que requieren para su atención de apoyos generalizados y permanentes

REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD: "Es una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidad. La RBC se aplica gracias al esfuerzo conjunto de las propias personas con discapacidad, de sus familias, organizaciones y comunidades, y de los pertinentes servicios gubernamentales y no gubernamentales en salud, educación, trabajo, social, y otros" *



*Organización Mundial de la Salud (2005). 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.

Se trata de transformar las condiciones que puedan estar impidiendo la inclusión de las personas con discapacidad en la vida comunitaria y en las actividades, programas y servicios de los diferentes sectores. Estas transformaciones hacia entornos más inclusivos favorecen el desarrollo humano y la calidad de vida de toda la comunidad.

OBJETIVO:

Lograr la rehabilitación integral y la inclusión (social, familiar, laboral/ocupacional, educativa, religiosa, política, cultural), de las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores, mediante la participación corresponsable de los diferentes sectores en el desarrollo de acciones que transforman los entornos (familiar, laboral, educativo,

comunitario) hacia la construcción de comunidades más incluyentes, favoreciendo el desarrollo humano y la calidad de vida de todos sus miembros.

- Generar acciones coordinadas a partir del desarrollo comunitario entre la sociedad civil y las entidades gubernamentales para promover la equiparación deoportunidades, la reducción de la pobreza y la inclusión de las personas con discapacidad, su familia y personas cuidadoras
- Impulsar procesos de inclusión social mediante el fomento de oportunidades, el desarrollo de capacidades y la promoción de la participación de las organizaciones de personas con discapacidad en los escenarios de incidencia política, comunitaria, familiar y personal, en el marco de la articulación con las entidades y la oferta local
- Integrar iniciativas en los ámbitos de salud, educación, social, subsistencia y movilización social, con el fin de promover la inclusión social de las personas con discapacidad y el ejercicio efectivo de sus derechos
- Facilitar contextos de desarrollo comunitario y social inclusivos que beneficien a todas las personas, reconociendo el enfoque diferencial

PRINCIPIOS DE LA RBC

- Respeto a la dignidad, autonomía e independencia
- No discriminación
- Participación e inclusión plena y efectiva en la sociedad
- Respeto por la diferencia y aceptación
- Igualdad de oportunidades
- Accesibilidad
- Igualdad entre hombres Y MUJERES

PREMISAS

- Autogestión
- incidencia política
- empoderamiento
- intersectorialidad
- sistematicidad

Matriz RBC

En noviembre de 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización de Naciones Unidas para la Educación,

Ciencia y Cultura (UNESCO) convocaron a 65 expertos en discapacidad, desarrollo y RBC para iniciar el diseño de las Guías de RBC; actividad que culminó con la elaboración de la **Matriz de RBC**, la cual brindó el alcance y la estructura para las Guías.



SALUD	EDUCACIÓN	SUSTENTO	SOCIAL	EMPODERAMIENTO
PROMOCIÓN	PRIMERA INFANCIA	DESARROLLO DE DESTREZAS	ASISTENCIA PERSONAL	COMUNICACIÓN
PREVENCIÓN	PRIMARIA	EMPLEO PROPIO	RELACIONES-MATRIMONIO, FAMILIA Y COMUNIDAD	MOVILIZACIÓN SOCIAL
ATENCIÓN MÉDICA	SECUNDARIA Y SUPERIOR	EMPLEO ASALARIADO	ARTE Y CULTURA	PARTICIPACIÓN SOCIAL
REHABILITACIÓN	NO FORMAL	SERVICIOS FINANCIEROS	RECREACIÓN Y DEPORTE	GRUPOS DE AUTO AYUDA
DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA	APRENDIZAJE PARA TODA LA VIDA	PROTECCIÓN SOCIAL	ACCESO A JUSTICIA	ORGANIZACIÓN DE PcD



Las Guías promueven la RBC como una estrategia que contribuye a la implementación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, y de la legislación nacional que fomenta los procesos de participación, inclusión e incidencia de las PcD.

COMPONENTE SALUD

Rol de la RBC
Trabajar con el sector salud para que las necesidades de las Personas con Discapacidad (PcD) y sus familias sean consideradas en las áreas de: promoción de la salud, prevención, atención médica, Rehabilitación y dispositivos de asistencia personal

SECTOR EDUCACIÓN Rol de la RBC

Trabajar con el sector educativo para ayudar a hacer que la educación sea inclusiva en todos los niveles, y facilitar el acceso a la educación y al aprendizaje permanente para las personas con discapacidad

COMPONENTE SUSTENTO

Rol de la RBC

Facilitar el acceso de las personas con discapacidad y sus familias para que adquieran destrezas, oportunidades de sustento, una mayor participación en la vida de la comunidad y una mayor realización

COMPONENTE SOCIAL

Rol de la RBC

Trabajar con las partes interesadas para asegurar la participación plena de las personas con discapacidad en la vida social de sus familias y comunidades

EMPODERAMIENT Rol de la RBC

Contribuir al proceso de empoderamiento promoviendo, apoyando y facilitando la participación activa de las personas con discapacidad y sus familias en los temas que afectan sus vidas

PASOS METODOLOGICOS DE IMPLEMENTACIÓN.



DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD

VALLEDUPAR 2024

GOBERNADOR:

ELVIA MILENA SANJUAN DAVILA

SECRETARIA DE SALUD:

GEORGINA SANCHEZ

COORDINADOR DE POBLACIONES VULNERABLES:
JANNETHE ESMERAL ARIZA

GERENTE IDREEC (E):

LUIS ROBERTO PADRO

PRESENTACIÓN

El "Manual técnico para el desarrollo de la sexualidad y el ejercicio de los derechos sexuales, reproductivos para personas con discapacidad" es producto del esfuerzo conjunto realizado por el Gobierno del Departamento del Cesar a través de la Secretaria de Salud departamental y el programa de poblaciones vulnerables, y el Instituto Departamental del Cesar –IDREEC, para crear un instrumento que permita informar y orientar a las personas con discapacidad y sus familias sobre el legítimo acceso a sus derechos sexuales y reproductivos.

Desde el marco de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, este manual busca destacar la necesidad de reconocer que las personas con discapacidad tienen las mismas necesidades de vivir su sexualidad como parte de la naturaleza del ser humano, así como tomar sus propias decisiones en torno a este aspecto de su vida, reconociendo la importancia y el valor de su cuerpo, su bienestar y sobre todo su seguridad.

Así mismo, orienta a las familias para que reconozcan la importancia de cumplir su papel como guías, orientadores y formadores de una sexualidad responsable de las personas con discapacidad; todas y todos deben contar con la información necesaria y correcta para decidir sobre sus derechos sexuales y reproductivos.

De igual manera es un tema inclusivo dentro de la estrategia de Rehabilitación Basada en la comunidad, debido a que el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad es un aspecto donde desde la formación de muchas personas de la comunidad es una barrera existente para esta población, donde no se tienen acceso a servicios básicos como elementos para la realización de exámenes ginecológicos en igualdad de condiciones.

Sin embargo, la principal barrera, radica en la resistencia a reconocer a las personas con discapacidad como legítimos poseedores y ejecutantes de derechos sexuales y derechos reproductivos, atribuyéndoles el deber de abstenerse de ejercer tales derechos como consecuencia de la infantilización mediante la que, por siglos, las sociedades han lapidado en ellas algo tan natural como vivir una sexualidad plena, mantenerse fértiles y determinar cuántos hijos desean tener y con qué diferencia temporal entre uno y otro alumbramiento.

Contenido

¿QUÉ ES SEXUALIDAD? 5
¿A qué se refiere la palabra sexo? 5
¿Cuál es el concepto de género? 5
Las personas con identidad de género y orientación sexual diversa 6
LAS PERSONAS, CON Y SIN DISCAPACIDAD, SOMOS SERES SEXUALES 7
DÓNDE RECIBIR ORIENTACIÓN SOBRE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD 9
Los grupos de ayuda mutua 9
La Menstruación 12
DÓNDE RECIBIR INFORMACIÓN Y SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD 12
INFÓRMATE PARA DECIDIR SOBRE TU SALUD REPRODUCTIVA 15
GÉNERO Y DISCAPACIDAD 16
MARCO NORMATIVO 16
NORMATIVA COLOMBIANA 19
¿Qué podemos hacer los profesionales de Rehabilitación Basada en la Comunidad para la eliminación de barreras? 22

¿QUÉ ES SEXUALIDAD?

"La sexualidad es un aspecto central del ser humano, a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales... está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales."

(OMS: 2006.)

¿A qué se refiere la palabra sexo?

Se refiere a las diferencias físicas, biológicas y corporales con las que nacemos; permite distinguir a las personas entre mujeres y hombres.

¿Cuál es el concepto de género?

Cuando hablamos de género nos referimos a un concepto, que nos permite comprender y analizar, cómo cada sociedad asigna roles, ocupaciones y lugares a hombres y mujeres.

Por ejemplo, existen sociedades en las que las mujeres permanecen en el hogar, cuidan de los niños y niñas; mientras que los hombres salen a trabajar y tienen oportunidades de estudiar y capacitarse. En otras sociedades hombres y mujeres comparten todas las actividades de manera más equitativa.

A partir de si eres hombre o mujer se construye la identidad de género: femenina, masculina u otras identidades de género diverso.

La Sensualidad. - Tu personalidad, tu apariencia física, la forma como te relacionas con los demás puede volverte muy atractivo o atractiva y que otras personas quieran acercarse a ti, e incluso despertar su deseo sexual, a eso llamamos sensualidad.

El Erotismo. - Definido como el "amor apasionado", es el sentimiento muy fuerte hacia una persona que estimula los sentidos, el placer y el deseo sexual. Incluye la imaginación, las fantasías, las caricias, los besos, la forma de vestir, entre otros.

La Relación Sexual.- Son los comportamientos realizados por las personas para establecer intimidad, que incluye el contacto genital (de las partes íntimas).

Las personas con identidad de género y orientación sexual diversa

La diversidad es un valor fundamental en todos los aspectos de la vida y la sexualidad no constituye una excepción.

Identidad de Género

Los géneros que predominan en la cultura occidental son el femenino y masculino. La identidad de género, se refiere a la identificación con un género donde cada persona se siente mejor.

La identidad de género tiene que ver con quién eres

Orientación Sexual

Nos referimos al abanico de matices que tienen las distintas orientaciones sexuales, así como, las búsquedas eróticas y afectivas de las personas. Las orientaciones pueden ser heterosexual, homosexual, bisexual, esto independiente del género de la persona.

La orientación sexual tiene que ver con quién quieres estar

Dentro de las personas con identidad de género y orientación sexual diversa se incluyen a los denominados colectivos y grupos LGBTI (lesbiana, gay, bisexual, transgénero, intersexual y otros más). Te aclaramos estos conceptos:



Personas Heterosexuales.- Son personas que buscan relaciones eróticas, afectivas (amorosas) y/o sexuales con personas de diferente sexo (por ejemplo una mujer con un hombre).

Personas Homosexuales: Buscan relaciones eróticas, afectivas (amorosas) y/o sexuales con personas del mismo sexo; por ejemplo:



a) Personas Lesbianas.- Se refiere a mujeres que se ven atraídas amorosa y sexualmente hacia otras mujeres.



b) Personas Gay.- Se refiere a hombres que se ven atraídos amorosa y sexualmente hacia otros hombres.



Personas Bisexuales: Buscan relaciones eróticas, afectivas (amorosas) y/o sexuales con personas de cualquiera de los dos sexos (puede tener relaciones con hombres y mujeres indistintamente).

Personas Transgénero Son personas que se identifican y consideran que pertenecen al género opuesto del sexo de su nacimiento (un hombre que piensa que su identidad es de mujer o al contrario).

Existen personas con identidad de género y orientación sexual diversa; sin embargo, no debes olvidar que son esencialmente PERSONAS, por tanto forman parte de la diversidad de la sociedad, de la cual las personas con discapacidad también forman parte, por lo tanto, merecen respeto y que sus derechos se cumplan en igualdad de condiciones que cualquier otro ciudadano o ciudadana.

LAS PERSONAS, CON Y SIN DISCAPACIDAD, SOMOS SERES SEXUALES

Debemos reconocer que todas las personas con y sin discapacidad somos seres que amamos, y también que todos somos seres sexuados desde el momento mismo en que nacemos. Alrededor de las personas con discapacidad se han desarrollado mitos y conceptos erróneos como: "son angelitos", "son asexuados" (es decir no tienen deseos, ni necesidades sexuales), "son niños eternos", "no son atractivos", "nadie los amará, peor se casará con él o ella", "no pueden formar pareja", "no tendrán hijos", entre otros muchos.

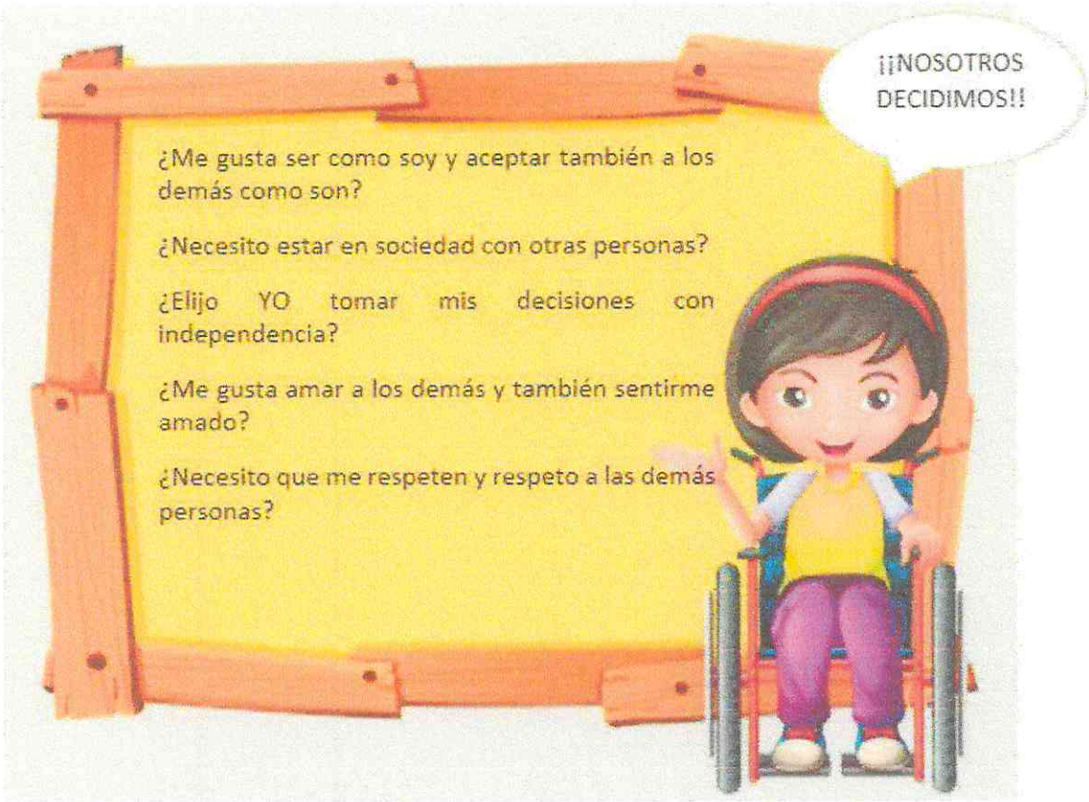
> ¡ESO NO ES CIERTO! El amor, el cariño, las caricias, los besos, son iguales para todos. Las personas con discapacidad pueden y deben vivir su sexualidad. Nadie tiene el derecho de negarla, porque es un ASPECTO CENTRAL DEL SER HUMANO.

Vivir la sexualidad no incluye ÚNICAMENTE el acto sexual (tener relaciones sexuales), sino el reconocerse como mujer, hombre o con identidad sexual diversa; aceptar y cuidar el cuerpo, enamorarse, vivir el erotismo y el placer, tomar decisiones propias en cuanto a tener o no familia, casarse, cuándo y cuántos hijos tener, entre otras cosas; sin embargo, debes tomar en cuenta, que ante todo, debes tener respeto contigo mismo y mostrar respeto por los demás.

La decisión del matrimonio es de exclusiva responsabilidad de la persona con discapacidad, la misma que debe ser tomada de manera voluntaria y con libertad. El marco normativo nacional e internacional, garantiza la capacidad legal de las personas con discapacidad para el acceso a este derecho

La sexualidad de las personas con discapacidad no es mejor ni peor que la de los demás. Es la suya propia, cada persona debe encontrar la forma de vivirla y experimentarla.

REFLEXIONA SOBRE ESTAS PREGUNTAS



No aceptar la sexualidad de las personas con discapacidad es una forma de discriminación. Los padres, cuidadores y educadores de personas con discapacidad tienen la obligación de guiar para que la persona con discapacidad viva su sexualidad de forma responsable.

DÓNDE RECIBIR ORIENTACIÓN SOBRE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD



¡¡TÚ DECIDES!!

LA FAMILIA ES LA PRIMERA FUENTE DE VALORES PARA UNA VIDA SANA

- El sistema de salud debe asegurar que los programas y la información relativa a la salud reproductiva sean accesibles y adecuados para las personas con discapacidad.
- La escuela debe colaborar para que los niños, niñas y adolescentes reciban educación integral en sexualidad, enseñándoles a respetar la diversidad de opiniones, haciéndoles conocer sus derechos sexuales y derechos reproductivos

Los grupos de ayuda mutua

Son espacios en los cuales las personas que comparten una situación similar se reúnen para compartir sus experiencias, conversar, aconsejar, escuchar a los demás y brindarles su confianza y apoyo. Cuando es necesario, el grupo puede buscar el asesoramiento de personas especialistas para dialogar con ellas.

"La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia...."

OMS

¡¡TÚ DECIDES!!

- Los cuerpos del hombre y de la mujer son distintos; es natural conocer tu cuerpo y acariciarte en un espacio privado, sin gente que te vea.

- Nadie debe tocar tu cuerpo ni jugar con tus partes íntimas sin tu consentimiento. Si eso sucede ALERTA: Cuenta lo sucedido a alguna persona de tu confianza.

- Si eres mujer, desde tu primera regla o menstruación puedes quedarte embarazada. Si eres hombre, desde tu primera eyaculación puedes ser padre.

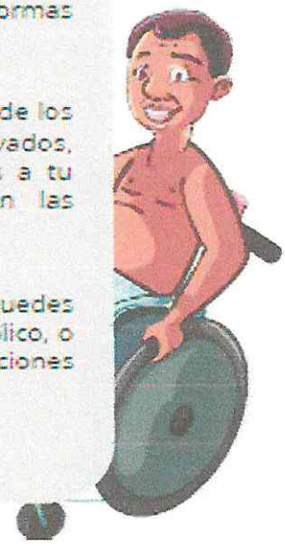
- Participa en actividades de tu comunidad para hacer amistades.

- Conoce si tu posible pareja tiene hábitos sanos, también si te respetará y evitará lastimarte en caso de que decidan tener relaciones.

- Antes de tener relaciones sexuales, infórmate sobre riesgos de contagio de infecciones de transmisión sexual y embarazos sin planificar; conversa con personas de tu confianza sobre formas de protegerte a ti y a tu pareja.

- Asesórate con los profesionales de los centros de salud públicos o privados, en caso de dudas relacionadas a tu discapacidad y dificultades en las relaciones sexuales.

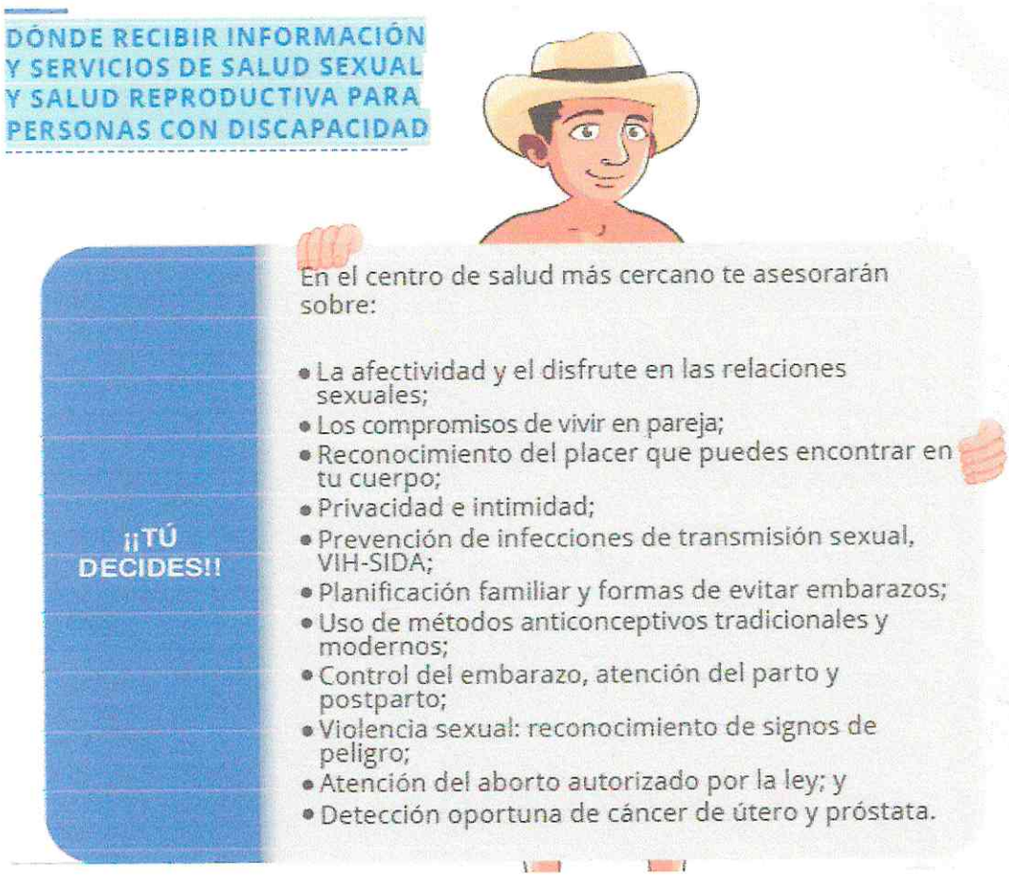
- Nunca y de ninguna manera puedes exhibir tus partes íntimas en público, o permitir que realizen fotos o grabaciones de tu cuerpo desnudo.



La Menstruación

Es un proceso natural de las mujeres, al que se le llama también "regla", porque ocurre cada mes, mientras la mujer está en capacidad de embarazarse. Durante la menstruación la mujer elimina sangre por su vagina, esto significa que NO está embarazada; por lo que si la menstruación se suspende hay que consultar con un médico, al igual que cuando existe mucho dolor o sangrado excesivo.

DÓNDE RECIBIR INFORMACIÓN Y SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD



La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (ONU: 2007), señala: **"Los Estados exigirán a los profesionales**

de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado."

CUIDADOS ESENCIALES PARA UNA SEXUALIDAD SALUDABLE

"La asesoría antes de la concepción para personas con discapacidad, sus cuidadores y familiares se orienta a garantizar embarazos planificados, con conocimiento de riesgos y cuidados, a fin de garantizar el bienestar y la decisión informada de las personas."



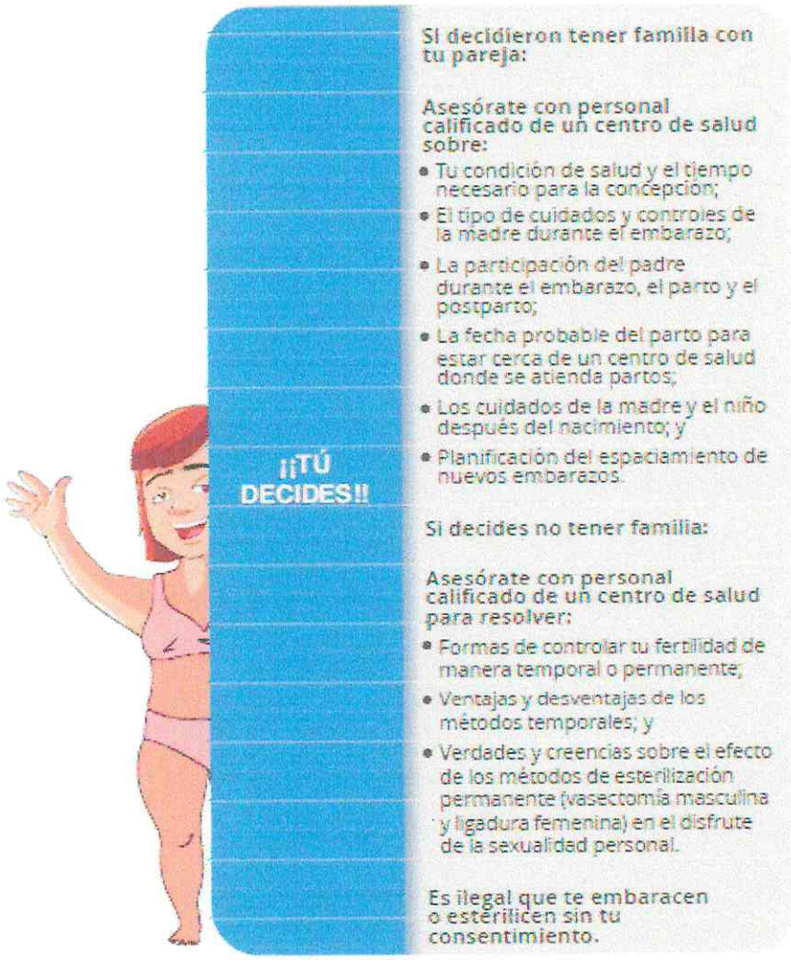
¡¡TÚ DECIDES!!

Si tienes una vida sexual activa, debes prevenir infecciones de transmisión sexual (gonorrea, herpes genital, clamidia, tricomoniasis, sífilis, VIH y SIDA)

- Cuida tu higiene. El aseo te hace una persona atractiva y evita infecciones genitales aún sin relaciones sexuales;
- Evita el sexo con varias parejas o con personas que tengan más de una pareja sexual, eso aumenta el riesgo de contagio;
- Conoce a tu pareja y conversa con ella sobre el cuidado del propio cuerpo;
- Cuando tengas relaciones sexuales, protégete usando condón.
  Ninguna sustancia anticonceptiva te protege contra infecciones de transmisión sexual;
- Si decides evitar embarazos, debes asesorarte para:
  - Elegir el método de planificación familiar ajustado a tu forma de vida y condiciones de salud; saber sus ventajas y desventajas.
  - Saber sus alternativas y responsabilidades como pareja.
- Si tienes una discapacidad física debes asesorarte sobre prácticas sexuales adecuadas a tu condición para evitar lesionarte.

CESAR | Secretaría de SALUD

INFÓRMATE PARA DECIDIR SOBRE TU SALUD REPRODUCTIVA



A partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ONU: 1994), entró en vigencia el principio que indica que **"Todas las parejas y todas las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo."**

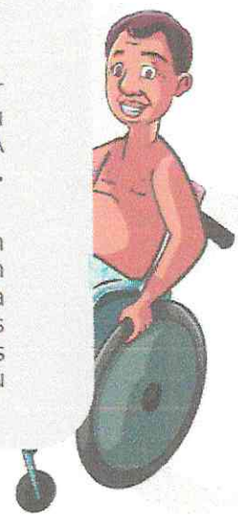
GÉNERO Y DISCAPACIDAD



Las relaciones de género no son relaciones estáticas, pueden ser modificadas en beneficio de la igualdad de oportunidades para los hombres y las mujeres en la sociedad.

Las personas con discapacidad, pueden vivir discriminación y violencia, en razón de su discapacidad, pero también en razón de su género. A eso se lo conoce como doble y triple discriminación.

Los seres humanos podemos identificar la vulneración de derechos que se dan en nuestro entorno en razón de género y modificar la forma en la que educamos a nuestros hijos e hijas, la forma en la que repartimos las tareas del hogar y asegurarnos que damos las mismas oportunidades a hombres y mujeres para su desarrollo.



Doble y Triple Discriminación

Puede darse, por ejemplo, por el hecho de ser mujer, tener discapacidad y pertenecer a un grupo étnico diferente al mayoritario mestizo, o tener una identificación u orientación sexual diversa.

Los derechos de las personas no deben afectarse por motivos de prejuicio, tradición, principios personales. Los derechos garantizan la igualdad entre las personas. Entre los derechos se cuentan: derecho a ser atendido en los servicios de salud públicos, recibir ayudas técnicas y medicamentos gratuitos, recibir asesoramiento sobre salud sexual y salud reproductiva, entre otros.

Las personas con discapacidad pertenecen a los grupos de atención prioritaria y especializada por parte del Estado, más aún cuando presentan doble o triple posibilidad de discriminación.

MARCO NORMATIVO

Colombia ratificó la Convención el año 2009 mediante la ley 1346, lo que significa que se comprometió a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los DD.HH. y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad, incluyendo la toma de medidas efectivas y pertinentes para detener la discriminación contra las personas con discapacidad en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, familia, cuidado de los hijos(as) y las relaciones personales.

a) Convención sobre los Derechos para las Personas con discapacidad
La Convención sobre los Derechos para las Personas con Discapacidad ratificada en el año 2009 por el Estado Colombiano mediante la ley 1346, con respecto a la capacidad legal de las personas con discapacidad dispone en los artículos 5, 6, 10, 12 y 23 lo siguiente:

"*Art. 5.*- Igualdad y no discriminación 1. Los Estados Partes reconocen que todas las personas son iguales ante la ley y en virtud de ella y que tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna. 2. Los Estados Partes prohibirán toda discriminación por motivos de discapacidad y garantizarán a todas las personas con discapacidad protección legal igual y efectiva contra la discriminación por cualquier motivo. (...)"

"*Art. 6.*- Mujeres con discapacidad 1. Los Estados Partes reconocen que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y, a ese respecto, adoptarán medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales."

"*Art. 10.*- Derecho a la vida Los Estados Partes reafirman el derecho inherente a la vida de todos los seres humanos y adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar el goce efectivo de ese derecho por las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás."

"*Art. 12.*- Igual reconocimiento como persona ante la ley 1. Los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica. 2. Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida. 3. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.

Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se

apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas. 5. Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo, los Estados Partes tomarán todas las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a ser propietarias y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y velarán por que las personas con discapacidad no sean privadas de sus bienes de manera arbitraria."

"Artículo 23. Respeto del hogar y de la familia 1. Los Estados Partes tomarán medidas efectivas y pertinentes para poner fin a la discriminación contra las personas con discapacidad en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales, y lograr que las personas con discapacidad estén en igualdad de condiciones con las demás, a fin de asegurar que: a) Se reconozca el derecho de todas las personas con discapacidad en edad de contraer matrimonio, a casarse y fundar una familia sobre la base del consentimiento libre y pleno de los futuros cónyuges."

	PRINCIPIOS DE LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (CDPD, 2006)
1	El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas
2	La no discriminación
3	La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad
4	El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humana
5	La igualdad de oportunidades
6	La accesibilidad
7	La igualdad entre el hombre y la mujer
8	El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad

MARCO NORMATIVO
DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

NORMA	AÑO	FUNDAMENTO
CONVENCIÓN DE LA ONU SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD		
Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU)	2006	Adoptada por Colombia, mediante la Ley 1346 de 2009
LEYES		
Ley 1346	2009	Por medio de la cual se aprueba la "Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad", adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006.
Ley Estatutaria 1618	2013	Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad"
Ley Estatutaria 1751	2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones
LEY 1996	2019	Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad
RESOLUCIONES		
Resolución 1841	2013	Por el cual se adopta, asigna responsabilidades, implementa y monitorea el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.Emitida por el Ministerio de Salud y P.S.
Resolución 518	2015	Establece disposiciones con relación a la gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC. Emitida por el Ministerio de Salud y P.S.
Resolución 429	2016	Por la cual se adopta Política de Atención Integral de Salud – PAIS. El modelo MIAS cuenta con diez componentes, uno de ellos es la Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS, en La implementación de la Gestión Integral del Riesgo en

		Salud GIRS, en la operación del modelo comprende la coordinación, monitoreo y ajuste de todas las acciones intencionales y planificadas dentro de cada grupo de riesgo. Incluye prevenir las enfermedades y los traumatismos, así como la discapacidad ocasionada por la enfermedad. Emitida por el Ministerio de Salud y P.S.
Resolución 1441	2016	Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, que incluyen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención los agentes del Sistema (territorio, asegurador, prestador) y como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Anexa el manual de habilitación de redes integrales de prestadores de Servicios de salud. Emitida por el Ministerio de Salud y P.S.
Resolución 1904	2017	Por medio de la cual se establece el reglamento de que trata la orden décima primera de la sentencia T-573 de 2016 de la Corte Constitucional y se dictan otras disposiciones. Emitida por el Ministerio de Salud y P.S.
Resolución 5269	2017	"Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)." Incluye tres (3) anexos cuya aplicación es de carácter obligatorio, así: Anexo 1 "Listado de Medicamento del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, Anexo 2 "Listado de Procedimientos. Anexo 3 "Listado de Procedimientos de Laboratorio Clínico del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC". Emitida por el Ministerio de Salud y P.S.
Resolución 583	2018	"Por la cual se implementa la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad".
Resolución 1885	2018	"Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones. Emitida por el Ministerio de Salud y P.S.
Resolución 3280	2018	"Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación"

CIRCULARES		
Circular 016	2014	Exención concurrente del pago de cuotas moderadoras y copagos por leyes espaciales. Emitida por el Ministerio de Salud y P.S.
Circular 010	2015	Dirigida a Entidades Promotoras de Salud – EPS, Prestadores de Servicios de Salud y afiliados del Sistema General de Seguridad en Salud, con el fin de garantizar el acceso, la calidad y prestación oportuna de todos los servicios de salud necesarios para la habilitación y rehabilitación integral en salud de las personas con discapacidad, estableciendo acciones de promoción de los derechos de esta población. Emitida por el Ministerio de Salud y P.S.
Circular Externa 004	2017	"Instrucciones respecto a la Ruta Integral de Atención en Salud y Rehabilitación Funcional para las víctimas de minas antipersonal -MAP y de Municiones sin explotar –MUSE. Expedida por la Superintendencia Nacional de Salud y dirigida a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud y Entidades Territoriales." Emitida por la Superintendencia Nacional de Salud.
Circular 09	2017	Emitida por la Superintendencia Nacional de Salud con instrucciones sobre la carnetizacion y documentación de la situacion con discapacidad física, mental, mental, cognitiva, auditiva, visual y múltiple" Expedida por la Super Intendencia Nacional de Salud y dirigida a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado.
SENTENCIA		
Sentencia T-573	2016	La Honorable Corte Constitucional dispuso en el numeral Décimo Primero: "Ordenar al Ministerio de Salud y Protección Social que, dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la fecha de la comunicación de esta providencia, expida la reglamentación que garantice que las personas con discapacidad accedan a información adecuada y suficiente sobre sus derechos y sobre las obligaciones correlativas que surgen para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud respecto de la provisión de apoyos, ajustes y salvaguardias que les permitan adoptar decisiones informadas en esa materia y, en especial, frente a los asuntos que involucran el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. (…)"

¿Qué podemos hacer los profesionales de Rehabilitación Basada en la Comunidad para la eliminación de barreras?

Si observamos el espacio en que habitualmente nos desenvolvemos, podemos distinguir cuáles son las barreras materiales que al comprender los espacios como inclusivos, para una persona con discapacidad y en particular si ésta es mujer, constituyen obstáculos que dificultan o impiden una práctica tan elemental como lo es, por ejemplo, someterse a un examen ginecológico. Es preciso comprender la accesibilidad como un todo que permite el desenvolvimiento autónomo de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás. Así, en el ejemplo citado, la mujer con discapacidad debe poder desplazarse en forma autónoma desde el mismo ingreso al recinto de salud y hasta la práctica del examen o consulta con el profesional.

BIBLIOGRAFÍA

CONADIS. UNFPA, (2017), "Documento inédito: "Percepciones sobre sexualidad, salud sexual, salud reproductiva, violencia basada en género y violencia sexual, de las personas con discapacidad en las provincias de Azuay, Chimborazo, Esmeraldas, Guayas, Manabí, Orellana y Pichincha", Quito, Ecuador.

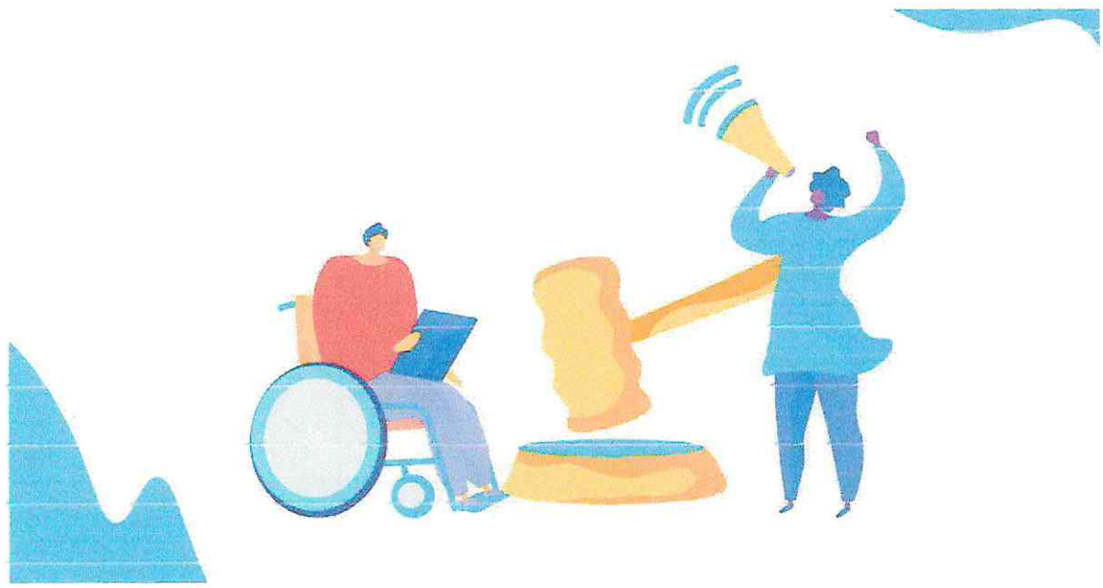
Instituto Vasco de la Mujer. EMAKUNDE, (2003), "Mujeres y discapacidad, la doble discriminación", Cataluña, España.

MSP. UNFPA, (2017), "Manual de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Personas con Discapacidad", Quito, Ecuador.

OMS-Ministerio de Salud Pública del Uruguay (2012), "Guías en Salud Sexual y Reproductiva", Montevideo, Uruguay.

CESAR | Secretaría de SALUD

ALISTAMIENTO EN SALUD MENTAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES



PRESENTACIÓN

Para todas las personas, la salud mental y física y el bienestar social son componentes vitales inextricablemente ligados. Con el desarrollo del conocimiento acerca de esta interrelación, surge más claramente que la salud mental es crucial para asegurar el bienestar general de los individuos, sociedades y países.

La condición de discapacidad independientemente del periodo del ciclo vital en la se adquiere representa una alteración en la salud emocional de la persona que adquiere la discapacidad o en la salud mental de su entorno más inmediato que es la familia, requiriendo algún tipo de intervención por parte de personal externo.

La organización mundial de la salud en el 2004 define "La promoción de la salud mental consiste en acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables" y consiste en todas esas estrategias que las personas con discapacidad y su entorno familiar deben implementar en su vida diaria para mantener el equilibrio en todo lo que representa la elaboración y aceptación de cambio en la dinámica familiar y personal.

Es de ley en la normatividad colombiana promover estrategias desde el sector salud para garantizar la prevención, la promoción, el acceso a las rutas para proteger la salud mental de todas las personas y su entorno más próximo de manera equitativa e incluyente.

Dentro de la estrategia de Rehabilitación Basada en la comunidad se deben promover estrategias para la promoción y prevención, inclusión, educación, accesibilidad

SALUD MENTAL

La salud mental es un componente integral y esencial de la salud. La propia definición de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2005) considera a la salud mental como algo más que la ausencia de la enfermedad; es un **estado de bienestar en el que la persona se realiza y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad** (Herrman, Saxena y Moodie, 2005).

En la línea de esta definición, la Conferencia Europea de Salud Mental (WHO, 2007), incorpora lo que hace la vida agradable, productiva y plena, además de contribuir al capital social. Estas definiciones sobre la salud mental se centran en la base del bienestar y en el funcionamiento del individuo y de la sociedad y conectando con la promoción del bienestar mental y la prevención de trastornos, así como en el tratamiento y rehabilitación de las personas.

La promoción de la salud mental supone también la adopción de un enfoque, basado en una perspectiva positiva, que busca el **equilibrio entre acciones preventivas para la solución o reducción de déficits y aquellas que potencian la salud de las personas y comunidades**, considerando relevantes los activos para la salud (Morgan &Ziglio, 2007; Hernán & Lineros 2010): aptitudes, recursos, talento y oportunidades.

La intención final de las acciones en promoción de la salud es potenciar en las personas y las comunidades la capacidad para **identificar, controlar y utilizar los recursos necesarios para la mejora de la calidad de vida**. Tal y como describió inicialmente Antonovsky (1987) y más tarde Eriksson y Lindstrom (2008), el desarrollo de la vida se puede asemejar con el paso por un río, donde se puede "salvar a la gente de ahogarse" -perspectiva curativa-, "colocar barreras para evitar el riesgo o salvavidas para evitar ahogarse" -perspectiva de protección y prevención-, "enseñar a nadar" -perspectiva de educación y promoción de la salud- y "nadar adecuadamente, conociendo las opciones y condiciones de la corriente" que es el objetivo último de la promoción de la salud (Rivera, Ramos, Moreno & Hernán, 2011).

El cuidado de la salud mental es el hábito de salud menos practicado por las personas con discapacidad dentro del conjunto de hábitos saludables, a pesar del grave impacto emocional que supone la experiencia de la discapacidad.

dentro de este concepto global de vida saludable que establece que la salud depende del bienestar emocional, del bienestar físico y del bienestar social, estando

estas tres áreas interrelacionadas entre sí, de forma que el deterioro en una de ellas genera un desequilibrio en todo el sistema, impidiendo gozar de una salud óptima.

En la relación de la persona con discapacidad con el entorno, generalmente esta articulada con la figura del cuidador y es en esta relación donde se potencia la autonomía y el respeto, situando tanto a la persona cuidadora como a la persona sujeto de cuidado como sujetos activos, que establecen una relación de corresponsabilidad y reciprocidad.

El esto de bienestar que le permite a las personas afrontar tensiones normales de la vida y establecer aportaciones a la comunidad concede a los individuos la oportunidad de cuidar de si mismo y de otros, cual repercute directamente con el cuidado de la salud el cual "comprende las capacidades, decisiones y acciones que el individuo toma para proteger su salud, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea" (Politica de Atención Integral en Salud, 2016).

Ahora bien, hay situaciones en las que las familias deben afrontar dificultades relacionadas a la enfermedad y/o adquisición de una discapacidad de uno de sus integrantes, lo que genera estrés e incertidumbres asociadas cuidar a quien se enferma. '' Una situación de discapacidad afecta no sólo a la persona que la sufre, sino también a todas aquellas que tienen algún vínculo con ella (familia, amigos e incluso profesionales) '' (Fornés Vives, 2003)

Así mismo, la persona que tiene una discapacidad, puede necesitar asistencia, generándose una dependencia funcional la cual es definida como "un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal"

El rol de cuidador, normalmente es asumido por la mujer, puesto que culturalmente se han construido funciones asociadas al género femenino, las cuales tienen que ver con la reproducción, la crianza y el cuidado de los demás, por lo que es ''natural'' que el cuidado familiar o informal sea atribuido a las mujeres.

La responsabilidad de cuidadora, les implica a eventos estresantes tales como:

La dependencia progresiva

Las conductas de poco control emocional de la persona con discapacidad

La restricción de la libertad

La pérdida de estilos de vida anteriores

El abordaje de nuevas tareas relacionadas con la enfermedad

La interrupción de las tareas relacionadas con las demandas del ciclo vital

Lo cual genera sufrimientos emocionales que pueden genera alteraciones emocionales y psiquicas

¿Qué son los factores de riesgo y factores de protección?

Son los factores físicos, psico-emocionales y sociales que pueden determinar que una persona tenga salud mental o desarrolle un trastorno psicosocial o enfermedad mental.

Los factores de riesgo facilitan que una enfermedad ocurra, pueden ser estresores de la vida diaria como acumulación de trabajo, cuidado de los niños o situaciones inesperadas que desencadenan un trastorno como la muerte de un ser querido o un abuso sexual adquirir una condición de discapacidad y el nacimiento de un hijo con discapacidad; también pueden ser situaciones a las que la persona está expuesta constantemente como la violencia en la familia o en la escuela.

Los factores de protección son los factores positivos que previenen que ocurra una enfermedad o trastorno, los estresores o situaciones difíciles o de sufrimiento en la vida no afectan a todos los individuos por igual y ciertas características de las personas los pueden auxiliar a enfrentar de mejor manera esos estresores para lo cual los promotores son de gran ayuda apoyando a las personas a desarrollar estas habilidades y estilos de vida para prevenir enfermedades y tener una mejor calidad de vida

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
• Fracaso escolar • Cuidar a pacientes continuamente enfermos o con discapacidad • Abuso o abandono de menores • Insomnio crónico • Embarazo adolescente • Abuso de ancianos • Inmadurez y descontrol emocional • Abuso de alcohol u otras sustancias • Sufrir agresión, violencia y trauma • Conflictos familiares • Soledad • Bajo peso al nacer	• Capacidad para afrontar el estrés • Capacidad para enfrentar la adversidad y la frustración • Adaptabilidad • Autonomía • Estimulación cognitiva temprana • Ejercicio, actividad física periódica y constante • Sentimientos de seguridad • Sentimientos de dominio y control • Buena crianza (buen peso al nacer, lactancia materna, escuela de padres) • Alfabetización/acceso a la educación

• Enfermedades mentales de los padres • Duelos no trabajados • Eventos de mucha tensión • Consumir sustancias adictivas durante el embarazo • Entornos marginales sin servicios • Situaciones familiares disfuncionales • Acoso escolar o laboral • Adquisición de condiciones permanentes discapacitantes	• Apego positivo y lazos afectivos tempranos • Interacción positiva entre padres e hijos • Habilidades para la resolución de problemas • Conducta sociable • Inteligencia emocional • Autoestima • Habilidades para la vida • Resiliencia • Destrezas sociales y de manejo de conflictos • Crecimiento socioemocional • Manejo del estrés • Apoyo social de la familia y amigos • Buena comunicación con padres y familiares • Acceso a servicios comunitarios

PROMOCIÓN EN SALUD MENTAL

La promoción de la salud mental, consiste en proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mejor control sobre la misma. La ley 1616 de 2013 define la promoción de la salud mental como "una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la la transformación de los determinantes de la salud mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano". (Lineamientos para la gestión integrada en salud mental, 2016)

Objetivos de la promoción de la salud:

• Proteger, promover y mantener el bienestar emocional y social de las personas con discapacidad y sus cuidadores.
• Crear las condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el desarrollo psicológico y psicofisiológico óptimo.
• Potenciar la salud mental respetando la cultura, la equidad, la justicia social y la dignidad de las personas.
• Promoción de los derechos humanos.

ESTRATEGIAS PARA EL FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL

- ✓ Diseñar procesos de formación para que las personas con discapacidad y sus cuidadores reconozcan los signos y síntomas de la salud mental
- ✓ Sensibilizar a los cuidadores sobre los recursos comunitarios
- ✓ Asesorar al cuidador sobre la importancia de concertar cambios de roles dentro de la dinámica del cuidador
- ✓ Promover acciones con el cuidador que fortalezcan el autocuidado, a través de acciones destinadas a lo siguiente:
    1. Desarrollo personal y proyecto de vida
    2. Estilos de vida saludable
    3. Manejo del estrés
    4. Fortalecimiento de factores protectores hacia el manejo y solución de problemas
    5. Organización de la cotidianidad como la distribución de tareas, asociada al cuidado con otros miembros de la familia
    6. Canalización a programas de promoción y prevención de salud mental y rutas integrales de atención a la salud
- ✓ Sensibilizar sobre derechos, deberes y mecanismos de participación en salud, garantizando su uso y brindando una respuesta efectiva a las necesidades y sugerencias presentadas a través de los mismos
- ✓ Fomentar el desarrollo de capacidades para involucrar a las personas con discapacidad y sus cuidadores a las decisiones que afecten su salud
- ✓ Promoción la conformación de grupos de apoyo de cuidadores y familiares de personas con discapacidad grupos de apoyo para las personas con discapacidad, para compartir problemas, fomentar la aceptación de la condición, aclarar dudas y promocionar rutas de acceso al sistema de salud y mecanismos para participar de manera inclusiva en derechos y deberes.
- ✓ Fortalecimiento de las acciones contempladas de la Estrategia de Rehabilitación, encaminadas a la formación de agentes comunitarios en salud mental, mecanismos de detección, manejo y ruta de acceso a los servicios de salud, construcción de comunidades incluyentes, factores protectores.

REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

¿Qué es un promotor comunitario en salud mental?
Un promotor comunitario en salud mental, es una persona de la comunidad que ha recibido capacitación en habilidades básicas de consejería, conoce su comunidad y puede referir a sus pares a servicios especializados en salud mental. Forma parte de un equipo más amplio de apoyo a la comunidad

Algunas características importantes en un promotor de salud mental:
- Confianza y confidencialidad.
- Capacitación
- Capacidad de escucha

- Creatividad
- Respeto
- Empatía
- Objetividad
- Integridad

¿Qué hace el promotor comunitario en salud mental?
El promotor comunitario se convierte en el vínculo idóneo entre la comunidad y los servicios de salud mental y se enfocará principalmente en las siguientes áreas:

- **Promoción:** Promoviendo el auto-cuidado, la importancia de la salud mental y la desestigmatización.

- **Prevención:** Ayudando a disminuir los factores de riesgo.

- **Atención o acompañamiento:** Primera ayuda psicológica, seguimiento después de ser referido a los servicios de atención primaria o salud mental comunitaria, creación de grupos comunitarios y de auto-ayuda.

- **Canalización:** Proporcionando una entrevista inicial para dar un acompañamiento emocional y una referencia a los servicios de primer nivel o de salud mental identificados en la comunidad.

- **Intervenciones grupales:** El cuadro a continuación detalla algunas intervenciones que los promotores pueden realizar para ayudar al desarrollo de factores de protección

BIBLIOGRAFIA

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica. Informe Compendiado. Ginebra: OMS . 2004

Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar. Ginebra: OMS. 2011 [Consultada el 4 de marzo de 2013]. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html

Malvarez, S. Promoción de la Salud Mental en: Rodríguez et al. (eds). OPS "Salud mental en la comunidad". Washington,
D.C: 2009; pgs. 178-179

Ministerio de Salud y Protección Social Subsistema de cuidado para personas con dependencia funcional permanente y personas cuidadoras- Documento en Construcción, 2016

ENFOQUE DIFERENCIAL DE DISCAPACIDAD.



VALLEDUPAR

2024

Las políticas dirigidas a la población con discapacidad han estado sustentadas en enfoques asistencialistas, que ante esta situación socialmente problemática, responden a "individuos enfermos" sin considerar las transformaciones estructurales de orden político, económico, social y cultural, que afectan a las PcD. El reto para las políticas públicas dirigidas a éste colectivo en el siglo XXI se centra en considerar en cada una de sus fases (formulación, decisión, implementación, evaluación y análisis) el enfoque diferencial de discapacidad como políticas de reconocimiento y justicia social.

Los enfoques actuales sugieren que la discapacidad tiene unas dimensiones que superan un problema de salud individual y, reconoce que se afecta a la persona en relación con su familia, y el contexto político, cultural, social y económico. Por ello se impone el imperativo ético de considerar la discapacidad como una construcción social, por tanto leerla desde un modelo social, que implica además de ponerla en el espacio público, la transformación de una sociedad desde las costumbres, los estereotipos y las identidades deficitarias que se le otorga a la persona con discapacidad, es decir la transformación de la identidad de ser eternos pacientes a ser ciudadanos y ciudadanas con plenos derechos.

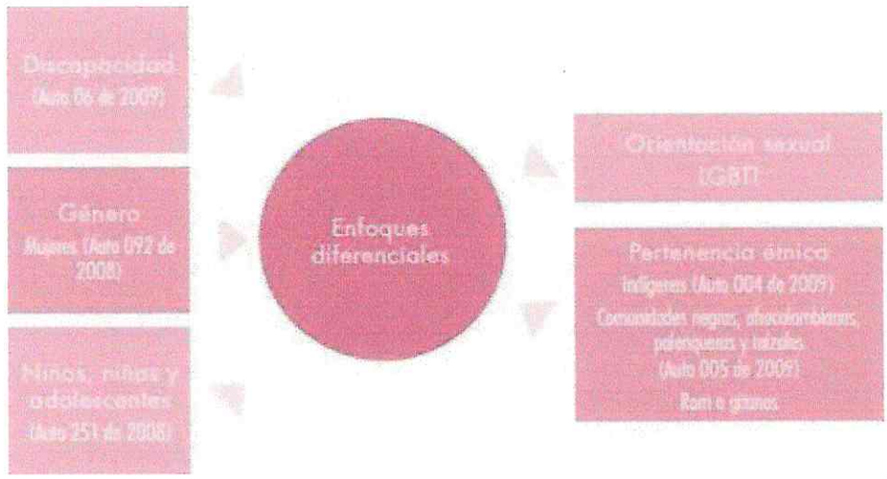
Desde este contexto, el enfoque diferencial en discapacidad orienta la atención, el cuidado y la asistencia a las PcD desde la perspectiva de los derechos humanos, de los enfoques de desarrollo humano y social, de sexo e identidad de género, ciclo vital, raza, etnia y desde la particularidad de las diferentes limitaciones definidas por la Clasificación Internacional de Funcionamiento[1], vale decir la limitación visual, auditiva, motora, mental, cognitiva y múltiple, generando unas respuestas diferenciadas para la accesibilidad y la inclusión social de las PcD en la vida política, económica, social, cultural y ambiental de sus propios territorios.

En tal sentido el enfoque diferencial hace referencia a la posibilidad de establecer las características poblacionales, según sus especificidades, por tanto es un enfoque a tener en cuenta en las diferentes fases ya señaladas de las políticas públicas. Según el PNUD[2] "desde el momento de la elaboración del diagnóstico, un plan debe incluir en el análisis de la situación lo correspondiente a los distintos grupos poblacionales y territorios. Según las características del municipio o departamento, debe establecer políticas poblacionales específicas así como incluir el componente poblacional en las políticas sectoriales (educación, salud, bienestar, etc."

"El enfoque diferencial en las políticas públicas contemporáneas es un imperativo ético en razón a que grupos históricamente excluidos ya sea por su participación o por modo de vida, en razón a su etnia, sexo, identidad de género, ciclo vital y discapacidad, reivindican hoy el ejercicio de una ciudadanía desde el reconocimiento y la redistribución, desde la libre escogencia de llevar el tipo de vida de acuerdo a sus preferencias y capacidades; lo que ha gestado procesos de autoafirmación frente a la opción de ser distinto, de ser diferente, sin perder la

capacidad de disfrutar y participar de las demás opciones humanas. Es decir, el derecho a ejercer una ciudadanía desde la diferencia en escenarios de una democracia participativa, de inclusión igualitaria de ciudadanos y ciudadanas en la escena política y en la toma de decisiones en la esfera íntima, privada y pública. (Castells, 1997, citado por Baquero, M.I. 2009.:1)"3

El ministerio del interior en la El enfoque diferencial y étnico en la política pública de víctimas del conflicto armado lo grafica de la siguiente manera:



El enfoque diferencial es dinámico y flexible para adaptarse a las necesidadesy características de la población, su autorreconocimiento, sus modos de vida y sus contextos socio culturales, económicos y políticos (MSPS, 2012). Adoptar el enfoque diferencial en discapacidad implica el seguimiento de algunas orientaciones para la acción y la garantía de los derechos de las personascon discapacidad.

En el 2011el ministerio de protección social con la agencia de la ONU para los refugiados ACNUR, desarrollaron un documento sobre la directriz de enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de las personas en situación de desplazamiento con discapacidad en Colombia donde se reconoce la doble vulnerabilidad de las personas víctimas de la violencia con discapacidad.

En este documento y acorde a lo establecido en la convención de los derechos humanos para las personas con discapacidad se plantea la discapacidad como un constructo social, dinámico que evoluciona y cambia acorde a los cambios sociales y culturales, lo cual a su vez enriquecen los enfoques de intervención debido a que

la persona se encuentra inmerso en un entorno el cual influye en su capacidad de desempeño y en su calidad de vida.

La Ley Estatutaria 1618 de 2013, por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, en el numeral 8 de su artículo 2º, señala que el enfoque diferencial se define como "la inclusión en las políticas públicas de medidas efectivas para asegurar que se adelanten acciones ajustadas a las características particulares de las personas o grupos poblacionales, tendientes a garantizar el ejercicio efectivo de sus derechos acorde con necesidades de protección propias y específicas".

El objetivo de la Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social - PPDIS, es asegurar el goce pleno de los derechos y el cumplimiento de los deberes de las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores para el periodo 2013 – 2022. Dichos derechos deben ser garantizados partiendo de la comprensión de que cada territorio tiene unas características físicas, económicas, culturales y políticas que le son propias y que configuran su particularidad, razón por la cual lasacciones de política pública deben adaptarse a dichas particularidades, siempre teniendo presente que el vínculo nación – territorio es el que permite que toda la sociedad colombiana, desde su diversidad existente al interior de la población con discapacidad ofreciendo respuestas concretas en materia de transformación de lo público, acceso a la justicia, participación en la vida pública y política, y desarrollo de la capacidad, ajustadas de acuerdo con el reconocimiento de las diversidad, buscando el logro de una inclusión plena de las personas con discapacidad.

Un elemento fundamental para la comprensión de este enfoque es que no se trata de ver la vulnerabilidad que enfrenta la persona con discapacidad sumadas a las que vive por pertenecer además a otro grupo diverso, sino que se trata de una particular condición de vulnerabilidad en la que interactúan las características de cada una de dichas condiciones y que demanda de una atención diferencial.

El enfoque diferencial puede ser utilizado de la siguiente manera:

1. Como un método de análisis en investigaciones de diferentes aspectos de manejo de programa.
2. Es una guía para la acción.

Desde este punto de vista puede entenderse que el manejo del enfoque diferencial permite hacer una lectura de contexto sobre la situación de la población con discapacidad y analizar las diferentes variables y factores que inciden en dicha situación para ofrecer alternativas de manejo y soluciones.

Como guía para la acción, propone un marco metodológico que orienta políticas, planes, proyectos y acciones para desarrollar desde la protección de los derechos de las personas con discapacidad.



El ministerio de salud y protección Social relaciona la concepción de cada una de las condiciones sociales que determinan la vulnerabilidad de las poblaciones y algunas orientaciones para la acción y la garantía de sus derechos.

CONDICIONES SOCIALES: MARCO DE ANÁLISIS Y GUÍA PARA LA ACCIÓN

CONDICIONES SOCIALES	MARCO DE ANALISIS	GUIA PARA LA ACCIÓN
GENERO	Se considera lo femenino y lo masculino como fuerzas imprescindibles para la construcción de la sociedad, en función de un alto nivel de desarrollo y bienestar, aplica el análisis de género para identificar intereses y necesidades de hombres y mujeres de modo que sean tenidos en cuenta en la formulación, implementación, evaluación y análisis de las políticas públicas. De acuerdo con el Informe Mundial de la Discapacidad (ONU, 2011) la probabilidad de presentar una discapacidad es un 11% más alta para las mujeres que para los hombres. Adicionalmente, ellas tienen una mayor probabilidad de estar excluidas del acceso a los	Los aportes del enfoque de género, deben ser considerados en la comprensión del tema de discapacidad, en tanto permiten visibilizar de manera diferencial la condición y calidad de vida de hombres y mujeres con discapacidad, tanto en la vida íntima, privada como pública. Vale decir, la vida de estaspersonas en su vida personal, familiar, comunitaria, como sujetos políticos. Desde un marco metodológico: disponer de espacios y procedimientos respetuosos con la condición de género con que se identifique y/o de sexo al que pertenezca. Desmontar las representaciones femeninas y masculinas tradicionales y

	servicios básicos y a la garantía de derechos fundamentales, como la salud, la educación y el empleo. Esta condición de exclusión se acentúa por la doble discriminación a la que en muchos escenarios son sometidas, como mujeres y como personas con discapacidad.	reconocer otras identidades de género emergentes. Incluir opciones de género distintos al tradicional femenino y masculino en los sistemas de información, acorde a las evoluciones que ha hecho la distinción de género y de acuerdo a los lenguajes o discapacidad de la persona.
CICLO DE VIDA	El ciclo de vida comprende el desarrollo de la persona como una serie de etapas desde la primera infancia, la niñez, la adolescencia, la adultez temprana, la adultez media, la madurez hasta la vejez, aunque las etapas no deben tomarse en forma absoluta y se debe recordar que existe diversidad individual y cultural. Este abordaje permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante cada una de las etapas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de la garantía plena de los derechos en etapas anteriores del ciclo vital. Por ejemplo la detección temprana de las alteraciones en el desarrollo en la primera infancia permite generar procesos tempranos de habilitación e inclusión en la oferta de educación inicial, que posibilitarán la potenciación de habilidades y adecuados procesos e inclusión en etapas posteriores	Las autoridades territoriales, en concurso con los demás actores sociales, son los llamados a dinamizar, orientar y concertar la ejecución de la política por ciclo vital incluyendo en cada etapa el componente de atención integral a la discapacidad, con sus respectivas acciones y la destinación de recursos, de acuerdo a las necesidades y características especiales. De importancia central es el diseño y ejecución de acciones que busquen que las personas con discapacidad puedan cumplir con los roles socialmente asignados según la etapa del ciclo vital y la inclusión en espacios sociales pertinentes para cada etapa (los niños en primera infancia, los niños y jóvenes en escuelas, colegios y universidades, los adulos en los entornos laborales, las personas mayores en los espacios de uso adecuado del tiempo libre, por ejemplo)
ESTRUCTURA Y DINAMICA FAMILIAR	La familia es un sujeto colectivo de derechos y garante de los derechos de sus miembros. Es una unidad compleja que media el diálogo entre el sujeto individual, titular en ejercicio de sus derechos en todos los momentos del proceso vital, y el Estado, la sociedad y los demás agentes externos que la interpelan (MSPS, 2013). Cada familia es un grupo de personas que, teniendo o no un lazo de sangre, comparte una historia,	Las acciones afirmativas para las familias de las personas con discapacidad deben contemplar acciones dirigidas a[4]: ✓ Comprender que la discapacidad es resultado de la interacción de las deficiencias en el cuerpo con las barreras del entorno ✓ Elaborar adecuadamente los procesos de duelo y lograr el balance emocional que permita movilizar a la familia

	asigna unos roles a cada uno de sus miembros, establece unas relaciones, se comunica de unaforma particular, instaura ciertas normas y tiene un proyecto de vida común. Las relaciones establecidas en ella descansan sobre sentimientos de apego, afecto ylealtad que perduran a lo largo del tiempo (Moreno y Cárdenas, 2010). Todo aquello que afecta a una persona con discapacidad afecta a su familia y viceversa, en ese sentido, las políticas en discapacidad no pueden verlas como sujetos separados. Por esta razón deben propender por su unidad y por procurar que los niños y niñas con discapacidad y los hijos de las personas con discapacidad crezcaen el seno de sus familias, como contexto social idóneo para su desarrollo. Permanencia de la que el Estado debe ser promotor y garante (Moreno, 2010).	hacia el empoderamiento y la acción ✓ Satisfacer las necesidades de todos sus miembros. ✓ Valorar y promover las capacidades de todos sus miembros ✓ Generar proyectos de vida individuales y familiares ✓ Tomar decisiones de manera compartida con todos los miembros de la familia ✓ Flexibilizar los roles tanto de hombres como de mujeres. ✓ Reconocerse como sujetos colectivos de derechos ✓ Identificar, reconocer y utilizar sus recursos. ✓ Conocer y hacer uso de los servicios que el Estado y la comunidad ponen a su disposición ✓ Trabajar conjuntamente con las instituciones educativas, sociales y de salud que las atienden
VIVENCIA DEL CONFLICTO ARMADO	De acuerdo con la Ley 1148 de 2011, se considera como víctimas del conflicto armado a las personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño como consecuencia de violaciones a los derechos humanos, ocurridas a partir del 1° de enero de 1985. Dicha violaciones son efecto de acciones tales como homicidio, desaparición forzada, desplazamiento, violaciones sexuales y otros delitos contra la integridad sexual, secuestro, despojo de tierras, ataques contra la población civil minas antipersona y otros métodos de guerra ilícitos, ataques contra la población civil, ocurridas en el marco del conflicto amado (PNDU, 2011). La discapacidad de las personas víctimas puede estar presente con anterioridad a los eventos de violencia o ser ocasionada o agravada por estos, entendiendo que la violencia puede generar deficiencias en las estructuras y funciones corporales, limitaciones en las actividades de la vida diaria y restricciones en la participación. Las	Las acciones dirigidas a la garantía de los derechos de las víctimas con discapacidad, deberán buscar la verdad, justicia y reparación. En este último aspecto las acciones estarán dirigidas a la rehabilitación integral y la generación de oportunidades de inclusión social, que favorezcan la creación de proyecto de vida.

	personas víctimas con discapacidad enfrentan una doble condición de vulnerabilidad que debe ser atendida" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).	
PERTENCIA ETNICA	"Los grupos étnicos están conformados por individuos que forman sociedades concretas y que comparten códigos comunes: un lenguaje, un modo de consumo donde se expresan actividades de trabajo, del hogar, del ritual religioso y festivo. Y una territorialidad que implica la posesión de un espacioreal para la práctica de la cotidianidad y... un espacio simbólicopara la vivencia de las memorias históricas, que responda la pregunta de dónde venimos" (Friedeman, 1979 citada por DANE, 2007). Sus particularidades culturales están dadas en sus cosmovisiones, costumbres y tradiciones. Las condiciones y prácticas sociales, culturales y económicas de los grupos étnicos, los distinguen de aquellos que conforman la sociedad hegemónica, y a partir de su autorreconocimiento cuentan con un reconocimiento jurídico por parte del Estado. En Colombia los grupos étnicos reconocidos son: indígenas, afrocolombianos o comunidades negras, raizales y pueblo Rom o gitano (MPS, 2006). Es importante señalar que los grupos étnicos no tienen una visión unificada respecto a la discapacidad; por ejemplo, en algunas lenguas indígenas, no existe la expresión "personas con discapacidad", o los términos que existen son peyorativos o solo abarcan determinados tipos de discapacidad. Mientras que otros grupos étnicos tienen una visión muy positiva frente a sus miembros con discapacidad por considerar que tienen dones especiales como una fuente de sabiduría o un contacto positivo con los espíritus o la vida espiritual o filosófica. Sin embargo, por efecto del contacto e influencia ejercida por la cultura occidental,	Como lo expone el PNUD (2004) es importante poder elegir la identidad propia –lo que uno es– sin perder el respeto por los demás o verse excluido de otras alternativas. Es necesario que las personas con discapacidad pertenecientes a un grupo étnico, cuenten con los mecanismos necesarios para favorecer una atención culturalmente competente que promueva su inclusión en la comunidad, respetando su cosmovisión y proponiendo alternativas de acción que sean respetuosas de sus tradiciones y de las características de su territorio. El Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas (2013) propone, entre otras las siguientes acciones para la garantía de los derechos de las personas con discapacidad pertenecientes agrupos étnicos: La sociedad en general debe: - Considerar las cuestiones étnicas a la hora de construir herramientas de registro y generación de estadísticas - Traducir a las lenguas de los grupos étnicos la Convención y la normatividad en discapacidad, así como hacer difusión de las mismas para lograr que los grupos étnicos las apropien - Respetar las costumbres y tradiciones de los grupos étnicos, siempre y cuando no violen las normas internacionales de derechos humanos - Incluir a las personas con discapacidad pertenecientes a grupos étnicos en los procesos de consulta previa que se adelanten con sus comunidades

	pareciera ser que en algunas comunidades dicha actitud positivase ha ido tornando cada vez más negativa (ONU, 2013).	Por su parte, los grupos étnicos necesitan: - Fortalecer sus instituciones tradicionales para poder recuperar o fomentar la inclusión de las personas con discapacidad. - Logar que sus sistemas políticos o de organización abarquen y respeten los derechos de sus miembros con discapacidad - Promover que las personas con discapacidad gocen de los mismos derechos y oportunidades que las demás personas de sus comunidades, dando especial énfasis a la participación política y el acceso a la tierra y a los recursos naturales - Hacer que los sistemas de justicia propia de los pueblos indígenas sean accesibles para las personas indígenas con discapacidad - Hacer que sus prácticas educativas sean inclusivas para los niños, niñas y adolescentes con discapacidad
POBREZA	La condición más difícil que deben enfrentar las personas con discapacidad no es su discapacidad específica, sino su falta de acceso a la educación, el empleo, el cuidado de la salud y los sistemas de apoyo social, lo cual tiene como resultado unas tasas desproporcionadamente altas de pobreza (ONU, 2011). Las personas con discapacidad representan el 15 % de la población mundial (OMS, 2011); y también son el 20 % de los ciudadanos más pobres del mundo (Elwan, 1999). Esto permite afirmar que existe un círculo vicioso entre la discapacidad y la pobreza, por el cual cada una es causa y consecuencia de la otra (Department for International Development, 2000; ONU, 2011). De acuerdo con, Mitra & cols. (2011) la discapacidad conduce a la pobreza al tener impacto sobre la educación, el empleo, los ingresos y el aumento de	Las acciones para la erradicación de la pobreza entre las personas con discapacidad deberían tener en cuenta lo siguiente: - Asegurar que en todas las políticas de desarrollo, incluidas las relativas a la erradicación de la pobreza, la inclusión social, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente, y el acceso a los servicios sociales básicos, así como en sus procesos de adopción de decisiones, se tengan en cuenta las necesidades y el beneficio de todas las personas con discapacidad, en particular las mujeres, los niños, los jóvenes, las personas indígenas y las personas de edad, que pueden ser objeto de violencia y de formas múltiples y agravadas de discriminación (ONU, 2013)

	los gastos relacionados con la discapacidad.	- Asegurar que las acciones dirigidas al logro de las Metas de Desarrollo del Milenio incluyan el enfoque diferencial en discapacidad, según la propuesta de la ONU (2011) y otros organismos multilaterales. Pues dichas metas solo podrán alcanzarse cuando se incluya plenamente a las personas con discapacidad en ellas.
DISCAPACIDAD[5]	La deficiencia visual comprende la alteración del sistema visual y que deja como consecuencia dificultades en el desarrollo de actividades que requieran el uso de la visión. Comprende personas ciegas o con baja visión. La deficiencia auditiva, se refiere a la alteración de las estructuras y/o funciones sensoriales auditivas, estructuras del oído o del sistema nervioso implicadas en la audición, lo que limita la ejecución de las actividades de comunicación en forma sonora. Comprende personas con sordera o con hipoacusia. La deficiencia motora está relacionada con trastornos relacionados con la alteración motriz, ya sea por alteraciones en el funcionamiento del sistema óseo articular, muscular y/o nervioso, lo que supone limitaciones para el desarrollo de actividades que implican movilidad. La deficiencia cognitiva: alude al desempeño cognitivo de la persona, se refiere a aquella que presenta dificultades en el nivel de desempeño en una o varias de las funciones cognitivas, en procesos de entrada, elaboración y respuesta que intervienen en el procesamiento de la información y, por ende, en el aprendizaje. Las deficiencias mentales, son las que están relacionadas con las restricciones en procesos psicosociales, en la participación, indicando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con	Generar desde las políticas públicas respuestas diferenciadas para la accesibilidad y la inclusión social de las personas con discapacidad en los ámbitos político, económico, social, cultural y ambiental. - Identificar y analizar la discapacidad con mayor prevalencia en el territorio, a partir de la caracterización de su población, información que se obtiene del Registro de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad y cruzar la variables que en él se incluyen, constituye un punto de partida para la generación de los planes de acción y la articulación con la oferta institucional y comunitaria; así como para la adecuada y eficiente generación de espacios accesibles en todos los contextos. - Considerar las variables de accesibilidad universal e inclusión social en los proyectos habitacionales, de renovación urbana, y de patrimonio construido, así como de equipamientos colectivos, y de transporte para el disfrute y empoderamiento de las personas con discapacidad. Un reto en el Plan de Ordenamiento Territorial.

	una condición de salud y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). Como deficiencias múltiples se identifican la restricción manifiesta de más de una deficiencia relacionada con las limitaciones anteriormente definidas, por tanto incluye descripciones relativas a dos o más limitaciones.	
EMERGENCIAS Y DESASTRE	Las situaciones de emergencias y desastres acentúan la vulnerabilidad de las personas con discapacidad, y su presencia invisibiliza en lamayoría de los casos una de las dos situaciones.	La población con discapacidad es más vulnerable a cualquiera de las situaciones extremas; razón por la cual se hace necesario contemplar en los planes de acción en el marco de la formulación de la política, los siguientes componentes: - Generación de un mapa local de riesgos con la variable discapacidad. - Definición de protocolos de atención. - Descripción de los mecanismos de emergencia existentes para personas con discapacidad. - Conocer los niveles de prioridad, generalmente asociados a los niveles de dependencia de la persona con discapacidad. - Sensibilizar sobre las necesidades especiales de las personas con discapacidad ante estas situaciones. - Implementar en el marco de estrategias como RBC, en el ámbito individual, familiar y comunitario, acciones posibles y factores protectores en cada una de las etapas: Antes, Durante y Después de una situación extrema.

BIBLIOGRAFIA

1 OMS, OPS. (2001) Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. CIF. ISBN: 94-4-354542-6 4

2 PNUD. (2008) Temas que no pueden faltar en los planes de desarrollo. www.escuelapnud.org

3 Baquero, Torres, María Inés. El Enfoque Diferencial en discapacidad: un imperativo ético en la revisión del Plan de Ordenamiento Territorial de Bogotá D.C. Bogotá, junio de 2009)

4 Adaptación del Decálogo propuesto por Moreno y Cárdenas (2010) en su texto *Familia y Capacidades Diferentes: Una Oportunidad para Crecer*

5Enfoque diferencial a partir de la particularidad de las diferentes deficiencias corporales definidas por la Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (OMS, 2001)

Cárdenas Andrea. Enfoque Diferencia y Discapacidad. Ministerio de Salud y Protección Social (2015)

Fuente: Cartilla de Enfoque Diferencia. Ministerio del Interior (El enfoque diferencial y étnico en la política pública de víctimas del conflicto armado

CESAR | Secretaría de Salud

ALISTAMIENTO GRUPOS DE APOYO Y AUTOAYUDA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

VALLEDUPAR 2024

INTRODUCCIÓN

Los grupos de autoayuda surgen en Estados Unidos en 1935 a iniciativa de los fundadores de Alcohólicos Anónimos, quienes convencidos de que sólo a través de la fuerza que se da al interior de un grupo y de cada individuo se pueden combatir retos y enfermedades.

A latinoamerica llegan en los años cincuenta; más adelante surgen otros grupos como Neuróticos Anónimos, Comedores Compulsivos, Jugadores Compulsivos, Drogadictos Anónimos, Relaciones Destructivas, Padres de Familia, Cáncer, Diabetes, por citar algunos ejemplos. En los últimos veinte años, estos grupos han sido incorporados a la atención de las personas adultas mayores, especialmente para el cuidado de personas con enfermedades como Alzheimer, Parkinson, Huntington, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, etc. Surgen de parte de las familias en respuesta a una carencia de información y de recursos en la comunidad, ya que aún entre los profesionales había una gran ignorancia o a veces indiferencia sobre cómo cuidar a la persona en casa. Muchos hijos, al asumir la responsabilidad del cuidado de los padres de la tercera edad y con alguna discapacidad adquirida tienen que aprender a hacerlo, ventilando las emociones y sentimientos que esto implica y generando acciones que llevan a la creación de servicios. También es una técnica utilizada por adultos mayores sanos para verbalizar sus sentimientos y emociones en torno al proceso de envejecimiento que están experimentando y para enfrentar el rechazo de la sociedad.

Por lo tanto, hay grupos que están pensados para la persona que a cualquier edad está directamente afectada ya sea con alguna discapacidad, reto o enfermedad, y otros para los familiares de estas personas quienes normalmente sufren las consecuencias en forma sorpresiva al alterar su vida cotidiana, incorporando nuevas responsabilidades, cambio de roles y la desintegración de la familia. Como toda la atención se centra en la persona afectada, esto provoca que se descuide o abandone el trabajo, o que disminuya la eficiencia en el mismo, viendo afectado el ingreso económico.

Por otro lado, el tema de las personas con discapacidad plantea una serie de retos a cubrir por la familia ante la presencia de un hijo con discapacidad. Los padres tienen que juntarse para aprender a resolver los retos que plantea esta situación, abordar primero los aspectos emocionales y dar el paso a la acción que el grupo determine. Esto da fuerza a los padres que así cobran conciencia y utilizan sus capacidades ya que es común que se les descalifique por la discapacidad de los hijos.

Tanto las familias de personas con discapacidad como las que tienen adultos mayores en casa pueden caer en un círculo vicioso: se obsesionan en ver solamente las pérdidas y lo negativo, se tornan impacientes y la persona con discapacidad o el adulto mayor –según sea el caso– está aburrido, sin estimulación y deteriorándose con mayor rapidez, además generando una seria alteración en la dinámica familiar.

La asistencia al grupo de autoayuda, va a convertir este círculo en virtuoso, ofreciendo a los participantes el reconocimiento y solución de un problema común, encontrar e intercambiar apoyos, poder procesar el duelo anticipado por la pérdida que la discapacidad, reto o enfermedad implica, lo que permitirá rescatar las capacidades remanentes de la persona y de la familia, buscar soluciones en la propia comunidad y generar servicios.

Vivir en un lugar tan complejo y diverso como es Colombia genera situaciones de conflicto individual, familiar y social que incluye problemas de afecto, comunicación, participación, soledad, miedo, angustia, incertidumbre, pérdida de autoestima, depresión que pueden llevar al individuo a situaciones de violencia tanto al interior del hogar como en su comunicación con el entorno.

La Organización mundial de la Salud, cuando construyo el documento de donde consignaba los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad, recomendando la Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad, considero esta estrategia terapéutica como un elemento importante para el empoderamiento de las personas con discapacidad, sus familias, cuidadores y comunidad.

En Colombia la Resolución 3202 de 2016 donde se establece la Ruta Integral de Atención para la promoción y Mantenimiento de la Salud comprende acciones sectoriales e intersectoriales; intervenciones de carácter individual y colectivo, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud de la salud en las personas, familias y comunidades, mediante la valoración integral del estado de Salud, la detección temprana de alteraciones; la protección específica y la educación para la salud.

Con base en lo anterior, los grupos de apoyo y los grupos de ayuda mutua pueden ser implementados como parte de las intervenciones correspondientes al tramo colectivo de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, bajo la responsabilidad de las Direcciones Territoriales de Salud a través del Plan de Intervenciones Colectivas –PIC-. Lo cual es procedente teniendo en cuenta que estos grupos cuentan con características que los ubican dentro de la categoría de redes sociales y comunitarias, reglamentadas como parte de las intervenciones para ejecutar a través del PIC por la Resolución 518 de 2015. Recordar que hacen parte integral de la RBC, la cual también fue reglamentada en la misma resolución.

Los objetivos de este documento son:

- Motivar la formación de grupos de apoyo y autoayuda

- Ofrecer la información necesaria para capacitarse en la formación de grupos de apoyo y autoayuda
- Dar a conocer los beneficios y los retos de este tipo de grupos

ELEMENTOS CONCEPTUALES

Un grupo de apoyo o autoayuda es una reunión en donde los individuos que comparten un problema o situación similar, ventilan emociones y sentimientos, intercambian experiencias y se brindan apoyo mutuo.

A la persona directamente afectada (persona con discapacidad), le brinda la oportunidad de compartir los sentimientos, problemas, ideas e información con otros individuos que están pasando por la misma experiencia. Los ayuda a tomar conciencia de su problema, atender sus propias necesidades y comenzar a cuidarse a sí mismos. También les proporciona la satisfacción que resulta de compartir y ayudar a otros, y descubrir que no se está solo.

El grupo de autoayuda para los familiares, amigos o vecinos, es una reunión de personas que cuidan a un familiar de cualquier edad que presenta alguna discapacidad, reto o enfermedad. El propósito de este grupo es el de proporcionar apoyo a sus integrantes y de esta manera permitirles sobrellevar mejor la situación que les aqueja a través de:

- Compartir sus sentimientos y experiencias
- Aprender más acerca de la discapacidad, reto o enfermedad y el cuidado que implica este problema o circunstancia, ofreciéndole al individuo la oportunidad de hablar sobre los problemas que le afectan o las decisiones que tiene que tomar.
- Escuchar a otros para compartir sentimientos y experiencias similares
- Ayudar a otros, intercambiar ideas, información y brindar apoyo
- Aprender a resolver problemas
- Ofrecer al cuidador y/o familia un descanso y una oportunidad de salir de casa
- Fomentar en los familiares el cuidado personal, salvaguardando así su salud y bienestar
- Saber que no son los únicos y por lo tanto no están solos.

Independientemente de que tú seas la persona afectada o el familiar de una persona, el grupo de apoyo o autoayuda te permite:

- Ventilar frustraciones
- Intercambiar técnicas para cuidar y resolver problemas
- Aprender a verbalizar y a pedir ayuda

- Aprender más sobre la discapacidad, reto o enfermedad, a partir de la experiencia personal, la espontaneidad, la intuición y el sentido común, entendido éste como la capacidad para resolver problemas
- Descubrir los recursos personales
- Mantener o incrementar los sentimientos de autoestima que le permitan tener más control sobre la propia vida
- El desarrollo de actitudes nuevas y más positivas
- El poder encontrar nuevas relaciones
- Sentirse menos desvalidos
- Dar y recibir apoyo mutuo.
- Contar con un espacio de franqueza y confidencialidad, en donde uno puede expresarse con libertad absoluta sin ser juzgado ni criticado.
- Encontrar esperanza al ver que otros han podido con la difícil tarea de salir adelante
- Reforzar el valor y el apoyo moral.
- Comprender mejor la propia experiencia.

TIPOS DE GRUPOS DE APOYO

- *Abiertos*: existen mientras haya grupo. Si la asistencia se mantiene el grupo existirá.

- *Cerrados*: con límite temporal, pueden reunirse una vez a la semana durante 8-10 semanas, principalmente con fines educativos.

- *Mixtos*: en donde participan hombres y mujeres de todas las edades.

- *Específicos*: exclusivamente para hombres o mujeres, cónyuges, hijos adultos, hijos adolescentes, nietos, familiares de pacientes jóvenes, familiares de personas en etapas iniciales de la enfermedad, deudos (familiares de alguien que ya murió o que acaba de morir) y sobrevivientes (familiares de alguien que murió hace tiempo, en el lapso de dos años), para personas recién diagnosticadas en fases iniciales de alguna enfermedad, para padres de hijos con discapacidad y para hermanos de personas con discapacidad.

La presencia de la discapacidad es un evento que afecta tanto a toda la familia y a quien la presenta, y por ello es indispensable contar con el apoyo de un grupo. La discapacidad para ambos ofrece retos que librar, por lo que la necesidad de apoyo emocional, psicológico, médico, educativo y laboral es imprescindible para superarla física y socialmente hasta lograr una plenitud emocional y social que permita compartir con los demás y lograr una comunicación y confianza óptima.

En el caso de las personas con discapacidad adquirida después de haber sufrido un accidente o por enfermedad (el accidente puede ser en el hogar, en algún trayecto o en el trabajo; y la enfermedad puede ser de trabajo o crónico

degenerativa), es importante que verbalice de manera inmediata la experiencia para poder lograr una readaptación lo más pronta posible.

Una enfermedad crónica se percibe de diferente manera por el familiar cercano, dependiendo si éste es cónyuge, hijo adulto, hijo adolescente, así como de las diferentes etapas de las distintas enfermedades. De la misma manera, una vez que muere la persona afectada, el familiar cercano (cuidador primario) querrá olvidarse de todo lo que vivió durante el proceso de la enfermedad, o bien, continuarayudando a otros con la misma experiencia. Entre esta segunda categoría, se pueden encontrar personas (facilitadores) que en el futuro formarán nuevos grupos de autoayuda.

Los grupos de apoyo o autoayuda tienen las siguientes características:

Las Personas comparten Experiencia y/o Necesidad
El principal punto de unión de las personas es el compartir una experiencia en común y/o una misma necesidad. Este hecho es fundamental para que pueda surgir una verdadera ayuda mutua, ya que quién mejor te entiende y te puede ayudar es aquella persona que ha pasado por la misma experiencia que tú.

La Participación es Voluntaria
Los que forman parte de un Grupo de Autoayuda asisten a los encuentros por iniciativa propia. Ninguna persona está obligada ni a vincularse ni a asistir a las sesiones. La voluntariedad es necesaria para que la persona se sienta implicada con el grupo, pueda abrirse a compartir sus problemas y abandone el rol pasivo enfrente a sus dificultades.

Los Encuentros se hacen de manera Periódica
Para que un Grupo de Autoayuda se constituya, funcione y pueda cumplir sus objetivos es necesario que las personas se encuentren regularmente a lo largo de un cierto tiempo. No hay Grupos de Autoayuda de sesión única. Hace falta que haya vinculación y constancia por parte de sus miembros. Esto permite desarrollar un clima de confianza mutua y trabajar cuidadosamente los temas que puedan aparecer.

La Cantidad de Personas Vinculadas es Pequeña
Los Grupos de Autoayuda han de estar formados por un grupo reducido de personas. Esto favorece que todos y todas puedan participar, que no se queden temas si ser tratados, que los intercambios sean cercanos, que los turnos de palabra sean dinámicos, que los miembros se conozcan de forma más rápida y profunda, etc. Cada grupo tiene que pactar su tamaño, pero se recomienda que no haya menos de 5 personas ni más de 10.

No hay diferencias de Rol o Estatus entre los miembros
Los Grupos de Autoayuda están basados en la horizontalidad de las relaciones y la igualdad entre las personas que los constituyen. Esto significa que no hay roles diferentes para sus miembros ni diferencias de jerarquías. La horizontalidad permite

que las personas se sientan cómodas, entre iguales y que se rompa la dinámica aprendida de jugar el papel de persona enferma-pasiva.

PROCESO METODOLOGICO

REQUISITOS MÍNIMOS PARA FORMAR UN GRUPO DE AUTOAYUDA

El inicio requiere de planeación y esfuerzo. Algunos puntos que debes de considerar para establecer un grupo son:

• Fijar las metas del grupo. Esto te ayudará a explicar tus ideas a otros y obtener su colaboración. Los objetivos pueden ser tan simples como:

– Permitir a los integrantes o cuidadores que se reúnan con regularidad para apoyarse mutuamente.

– Ofrecer la oportunidad de conocer a otras personas en la misma situación para que compartan sentimientos y experiencias.

– Proporcionar la oportunidad de aprender más sobre la discapacidad, reto o enfermedad.

– Generar la fuerza social a través del grupo para conseguir reconocimiento como organización no gubernamental y crear servicios adecuados para la mejor atención de las personas con discapacidad, reto o enfermedad y sus familias.

• Estas metas pueden ser revisadas por los miembros del grupo, una vez que esté formado, y en su caso, modificarlas o enriquecerlas.

• Es importante dar amplia publicidad a la reunión a fin de invitar a aquéllos que puedan estar interesados en formar parte de un grupo de autoayuda a través de:

– Programas de radio y televisión.

– Artículos en periódicos y revistas.

– Carteles o posters. Colocarlos en tiendas, farmacias, supermercados, peluquerías, consultorios médicos, ipss, escuelas, iglesias, casas de la cultura, módulos de información, etc.

– Correr la voz entre familiares, amigos, vecinos, etc.

– Con un anuncio en los servicios de información electrónica en red (internet).

Toda la publicidad debe incluir:

– Fecha y hora de la reunión.

– Lugar de la reunión.

– Nombre, número de teléfono o lugar de contacto de la persona a cargo.

FUNCIONAMIENTO DE LOS GRUPOS DE APOYO

El lugar

Realizar los grupos Encontrar un lugar de fácil acceso y conveniente para las reuniones requiere realizar un inventario de los recursos existentes; tratando de evitar que se conviertan en reuniones sociales.

Horas de reuniones

Definir el horario de reuniones que favorezca la más amplia participación, considerar los horarios con universidades, colegios y trabajos resulta relevante. En lo posible el acuerdo al que se llegue debe mantenerse de forma rigurosa, para generar en los miembros hábitos en los que quedan incluidas estas reuniones.

Ritmo: frecuencia y duración

Reunirse preferiblemente una vez a la semana, sin embargo, este es uno de los acuerdos que se debe establecer entre el profesional o líder que va a impulsar el grupo y los participantes del mismo. Su duración debe ser acordada por los miembros de manera que cada quien pueda manejar su tiempo. Comúnmente se establecen sesiones de dos horas de duración.

Normatividad

Las personas que quieran constituir un grupo de apoyo y se pongan en contacto con un profesional que les ayude a iniciar el grupo, deben empezar a escribir una serie de normas para el funcionamiento correcto del mismo e ir definiendo sus propias reglas; sin embargo, algunas que preexisten y deben ser observadas sin excepción, se relacionan con la confidencialidad y la no permisividad del usos de

sustancias psicoactivas en el lugar de la reunión. Resulta conveniente tener un registro de las normas que se vayan implementando.

Organización del espacio

Disponer las sillas en círculo favorece el contacto visual entre los miembros. Cuando se eliminan las barreras físicas hay quienes se pueden sentir en un contexto de más apertura. Lo importante para definir la organización final es que el grupo determine con cuál se siente más cómodo y tranquilo.

Discusión en los grupos

Los temas que surjan deben ser tratados. Obviarlos o silenciarlos puede ser contraproducente. Merece especial atención la forma como se abordan los temas tanto como el contenido en sí mismo. La interacción favorece el espacio en el que se ponen a prueba las capacidades de reconocer y aceptar la diferencia, de establecer diálogos en los que se garantice una escucha respetuosa de posiciones diversas, de llegar a soluciones o resolver situaciones de contradicción.

Es importante evitar el uso de formas de intervención que los miembros han podido conocer en el contexto psicoterapéutico y que fuera del mismo resultan inadecuadas e incluso pueden llegar a resultar lesivas; sin embargo entender que cuando se presenten o identifiquen asuntos que deban ser manejados por un profesional a nivel individual o grupal debe realizarse una remisión.

Tabla de principios y lineamientos propuestos para el trabajo en un grupo de ayuda mutua

CONCEPTO	PRINCIPIO/LINEAMIENTO	OTROS CONCEPTOS
Apoyo Mutua	Buscamos en el grupo la ayuda de otros con quienes compartimos una misma situación.	*Solidaridad*
Igualdad	Somos una comprensiva sociedad de iguales y tenemos una tarea común: superar lo que nos agobia y detiene.	*Pares Superación*
Herramientas	Para superar lo que nos agobia y detiene, aprovechamos las herramientas que nos ofrece el grupo, buscando lograr mayor tranquilidad y felicidad	*Crecimiento*
Responsabilidad.	No somos culpables pero sí responsables	*Acción*

Compartimos experiencias	Para superarnos, hablamos sólo de nuestra propia experiencia personal	*Primera Persona*
Fraternidad	Para apoyar a otros compartimos Experiencias propias que consideramos superadas, sin consejo ni juicio de valor.	*Comprensión Calidez*
Honestidad	Hablamos de lo que sentimos con franqueza: Somos honestos para conocernos como nunca antes.	*Aprendizaje*
Tolerancia	Aprovechamos el uso de la palabra para exponer y trabajar lo que sentimos: quien tiene la palabra tiene el derecho de hablar hasta entregarla	*Escucha*
Escucha	Escuchar las experiencias de los demás es una herramienta central para el crecimiento y trabajo personal.	*Trabajo personal*
Reserva y Confidencialidad	Lo que se dice en el grupo se queda en el grupo.	*Respeto*
Unión	Nuestro bienestar común tiene la preferencia; el progreso individual depende de nuestra unión.	*Sociedad*
Prohibido prohibir	Nada en el grupo es obligatorio, siempre que se respete el bienestar común	*Respeto Reglas*
Autonomía	Apoyamos la autonomía del grupo como medio para fortalecer la personal.	*independencia Identidad*
Participación e Independencia	Cada grupo es autónomo e independiente y se gobierna con la participación de todos sus integrantes: las actividades necesarias para el buen funcionamiento del grupo son tarea de todos.	*Colaboración*
Siempre sencillo	Lo importante no es la eficiencia sino la máxima participación	*Participación*
Autosuficiencia	Cada grupo busca ser autosuficiente, como modo de propiciar su autonomía	*Autonomía*
independencia	Como grupo somos independientes: no estamos afiliados a ningún partido político, religión o institución.	*Afiliación*
Buenas relaciones	Los problemas entre los integrantes del grupo, causados por luchas de poder o prestigio al interior del mismo, dificultan nuestra tarea.	*Luchas de poder*

Renovación	Los nuevos integrantes revitalizan nuestro trabajo: son la vida del grupo.	*Fraternidad*
Apertura	Todos son bienvenidos: cualquiera que sienta que tiene un problema similar al nuestro puede ser parte del grupo, aunque en principio no esté de acuerdo con todo nuestros métodos de trabajo.	*Tolerancia* *Apoyo* *Contención*

PRIMERA SESIÓN DEL GRUPO DE AUTOAYUDA

- Dar la bienvenida a todos los integrantes del grupo para que se sientan bien recibidos y cómodos.
- Pedir que los participantes se presenten y que compartan cuál es la razón que los llevó al grupo así como las expectativas que tienen del mismo.
- Si el grupo está de acuerdo, se puede sugerir que cada uno de los participantes se coloque un papel en la solapa con su nombre lo que facilitará la identificación de todos los miembros y por lo tanto la comunicación.
- Especificar el objetivo del grupo. Se sugiere empezar con una frase que diga: "Todos los que estamos aquí tenemos en común..." y "El propósito es intercambiar experiencias y aprender de éstas".
- Establecer los tiempos de participación de cada integrante con el fin de que nadie monopolice el uso de la palabra. No obstante, hay que tener en cuenta que los asistentes al grupo comparten su soledad con otros, intercambian anécdotas tiernas y divertidas, dolorosas y exasperantes, comparten sentimientos ante las esperanzas destrozadas y las desilusiones, así como conmovedores relatos de la vida personal, por lo que hay que dejar que cada intervención fluya con soltura.
- Se puede preguntar quién quiere iniciar la reunión.
- Aclarar que el grupo no juzga ni critica.
- Que se respeta la privacía y confidencialidad.
- Plantear al grupo la conveniencia de elegir, nombrar, designar a un(a) facilitador(a).
- Después de cada participación es importante retroalimentar ésta, ya sea por parte del facilitador(a) o por alguno de los participantes. Nadie debe imponer a otra persona las ideas o pensamientos que no quiere escuchar ya que esto puede impedir que la persona vuelva a participar.
- Es muy importante que todos los asistentes participen, sin embargo hay que tomar en cuenta que hay personas muy tímidas que no se atreven a hablar al principio, por lo que hay que darles confianza para que lo hagan.
- Facilitar que las personas aprendan a través de las experiencias de otros.
- Compartir información de interés para el grupo.
- Permitir y estimular el intercambio activo entre los participantes.

- Los temas se irán fijando con base en las opiniones y experiencias de los participantes, por ejemplo, algún problema médico, legal o económico sobre el que se requiere información; dónde se ha encontrado o no apoyo; cómo ha cambiado su vida personal desde que enfrenta esta situación; etc.
- Al finalizar la reunión preguntar en forma general si desean dar alguna opinión sobre ésta.
- El facilitador(a) puede resumir las discusiones y puntos de vista y preguntar sobre cómo se sintieron con todo lo que se dijo.
- Hacer una lista de asistencia con nombres y teléfonos para posteriores convocatorias y reuniones.
- Se recomienda que se acuerde la hora en que se llevarán a cabo las siguientes reuniones y que dicha hora sea fija.
- Es conveniente contar con folletos informativos para ser repartidos de manera gratuita, artículos sobre el tema, así como libros básicos que los participantes pueden intercambiar o comprar.
- La experiencia de algunos grupos da cuenta de que ofrecer café, galletas o refrescos al final de las reuniones facilita la apertura de sentimientos de los integrantes. Esto implica una organización especial tal como contar con un fondo común para la compra y también para la distribución y dejar el local completamente limpio.

El grupo de autoayuda despierta la conciencia en relación con la creación de servicios específicos, por ejemplo, una escuela, un Centro de Estimulación Temprana, un Centro de Atención Diurno, un Centro de Rehabilitación, un Grupo de Cuidadoras, Acompañantes; o bien, llevar a cabo actividades tales como coloquios, congresos, jornadas, campañas de sensibilización. También pueden contribuir con ideas para generar políticas públicas adecuadas y universalizar derechos.

Desarrollo de las sesiones:

Dar la bienvenida
Presentación de los participantes (primera sesión o cuando se incorpore alguien nuevo)
Especificar objetivos
Explicar funcionamiento
Participación espontánea
Aclarar que el grupo no juzga ni critica, apoya
Compartir experiencias e información de interés
Fijar siguientes temas en base a las opiniones, necesidades e intereses de los participantes
Al final solicita opiniones generales sobre la sesión
El facilitador resume y da conclusiones, pregunta sentimientos, propone temas siguientes y cierra la sesión
Elaborar lista de asistencia con fecha y datos de los asistentes

OBJETIVO GENERAL

1. Crear un ambiente acogedor, de interacciones reguladas, que permita aprender de la experiencia propia y de otros, generar y gestionar recursos de afrontamiento y de bienestar a personas que comparten una situación o condición en el que se compromete la salud y la inclusión social

2. Generar la oportunidad de que uno o dos de los miembros del grupo se apropien de las competencias para crear, coordinar y orientar el trabajo con grupos en otros espacios comunitarios

3. conseguir la **interacción de las personas afectadas** por la enfermedad y sus familias con otras familias que están viviendo experiencias vitales parecidas, a través de la puesta en común de sus propias experiencias personales, lo que genera una relación de ayuda mutua, muy beneficiosa para el afrontamiento de las difíciles situaciones que se van planteando.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conseguir una autorresponsabilización de los participantes en sus propios procesos de cambio a través de compromisos cotidianos establecidos por ellos mismos de una sesión a otra.
2. incrementar la calidad de apoyo emocional e instrumental a través de una estructura de sesiones que posibilite la expresión, la escucha y la posibilidad de dar y recibir feedback en todos los participantes del grupo.

IDEAS CLAVES (GLOSARIO DE CONCEPTOS)

Autogestivo. Resolución de problemas y retos por parte de los integrantes de un grupo a partir de la funcionalidad que establecen.

Capacidad remanente. Aptitud, talento o disposición con las que todavía cuenta la persona que enfrenta una discapacidad, reto o enfermedad.

Catarsis. Descarga emotiva, ligada a la exteriorización de conflictos, tensiones, etc.
Cohesión grupal. Identificación de las personas integrantes de un grupo a partir de un mismo objetivo.

Cuidador primario. Generalmente es un familiar, amigo o vecino que asume la responsabilidad del cuidado asistiendo a la persona en las actividades de la vida diaria. En el caso de las personas con discapacidad, en primer lugar son los padres y hermanos. Para el adulto mayor, es el o la cónyuge, la hija o hijo, ahijados, nietos, etc. También puede ser una persona contratada específicamente para ese fin.

Discapacidad. Existen dos grandes grupos, la discapacidad congénita y la discapacidad adquirida, por lo tanto tenemos personas de todas las edades. Entre las más conocidas están:
– Visual: ceguera y debilidad visual.
– Auditiva: sordera y debilidad auditiva.
– De lenguaje: mudez y dificultades de lenguaje.
– Motriz: malformaciones, parálisis cerebral, secuelas de poliomelitis, amputación y otras.

Discapacidad adquirida. Tiene su origen en accidentes en el hogar, en el trabajo o en el trayecto, que causan pérdidas y/o amputaciones, o bien por enfermedades de trabajo o crónico degenerativas.
Discapacidad congénita. Se nace con ella.

Discapacidad por enfermedad crónico degenerativa. Como por ejemplo diabetes, artritis reumatoide, miastenia gravis, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, Huntington, Alzheimer, etc. No se debe pensar que en esta lista están todas las posibles enfermedades que se presentan generalmente en la edad adulta. La discapacidad puede ser una combinación de factores que individualmente pasan desapercibidos, pero que en conjunto orillan a una discapacidad que no es reconocida oficialmente, pero origina problemas psicosociales y económicos igual que las otras. La discapacidad en el adulto mayor erróneamente es asumida con normalidad en el proceso de envejecimiento, ya que en la mayoría de los casos, al analizar sus orígenes, se encuentran factores previsibles y tratables.

Empatía. La capacidad de "ponerse en los zapatos del otro", es decir, entender los problemas del otro como los de uno mismo.

Estrés. Condición natural del ser humano en que se activan en el cuerpo todos los sistemas de alerta ante una amenaza.

Facilitador(a). Persona que, sin destacar del resto de los participantes, proporciona elementos para desarrollar de manera óptima las dinámicas de grupo. A partir de ello, promueve que el conocimiento y las experiencias de los demás fluyan en equilibrio.

Igual o par. Persona que tiene la vivencia directa de la discapacidad, reto o enfermedad en carne propia o como familiar, son quienes por lo general conocen más sobre el tema.

Persona con discapacidad personas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás

MAPA CONCEPTUAL

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud [internet]. 2016 [citado 2017 may. 20]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016

2. Slaikeu, K. Inervención en crisis. Manual para práctica e investigación. Manual Moderno: México; 2000.

3. Cruz Roja Colombiana. Apoyo psicosocial. Aproximación al manejo del duelo y de la crisis en personas afectadas por emergencias [internet]. S. f. Disponible en: http://www.cruzrojacolombiana.org/publicaciones/pdf/ Cartilla_Psicosocial_1372010_110440.pdf

4. Pérez-Sales P, Fernández-Liria A. Trauma: del apoyo psicosocial a la psicoterapia. Editorial Irredentos: Madrid; 2015.

5. OPS. Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Serie Manuales y Guías sobre Desastres, No. 1, Washington [internet]. 2002. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/ped/SaludMentalTotal.pdf]ISBN 92 75 32421 2

6. Ministerio de Salud y Protección Social. Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a las víctimas (PAPSIVI). Bogotá: MPS; 2017.

7. Rubin B, Block E. Intervención en crisis y respuesta al trauma: Teoría y práctica. España: Editorial Desclée de Brouwer; 2000.

8. Burbano C, Supelano P, Posada J, et al. Manual de primeros auxilios mentales, Segunda Edición Corregida. Cruz Roja Colombiana: Bogotá; 2009.

9. Santacruz H. La crisis y su intervención [presentación de Power Point] Curso de formación en Intervención en crisis con Funcionarios del ICBF. Bogotá; febrero de 2006. 74 INTERVENCIONES DE APOYO: PRIMEROS AUXILIOS EMOCIONALES

10. OPS. Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias Serie Manuales y Guías sobre Desastres, No. 1, Washington [internet]. 2002 [citado 2011 ene. 15]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/ped/SaludMentalTotal.pdf

11. Proyecto intervención en crisis [internet]. Chile: S. d. [citado 2011 feb. 20] Disponible en: http://www.buentrato.cl/html/crisi.html#arriba

12. Rodriguez J. Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres: Serie Manuales y Guías sobre Desastres No. 7. Washington; OPS; 2006.

13. Slaikeu K. Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación. México: Editorial El Manual Moderno; 1988.

14. García J. Primeros auxilios psicológicos para intervenir con personas en crisis emocional [internet]. S. f. [citado 2011 ene. 14]. Disponible en http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/primeros_auxilios.html

15. Manual Atención con Calidad para las personas Sucicidas. Alcadía de Medellín [internet]. Disponible en: http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/3c1578f0-4a77-4472-a91a-ce08bcec0fd1/0605-Manualatencion-suicidio.pdf?MOD=AJPERES

16. Pérez Barrero SA. Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. Revista colombiana de psiquiatría. 2005;34(3). Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/806/80634305.pdf

17. WHO/MNH/MBD/00.4. Un instrumento para trabajadores de atención primaria en salud [internet]. 2000. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66802/1/WHO_MNH_MBD_00.3_spa.pdf

18. Figueroa RA, Marín H, González M. Apoyo psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis. Revista Médica de Chile. 2010;138(2):143-51. 75 INTERVENCIONES DE APOYO: PRIMEROS AUXILIOS EMOCIONALES INTERVENCIÓN BREVE Y GRUPOS PROCESOS COMUNITARIOS EN SALUD MENTAL Y SPA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

19. Rodríguez-Martos A. Efectividad de las técnicas de consejo breve. Pla d'Acció sobre Drogues. Institut Municipal de Salut Pública [internet]. S. f. Disponible en: http://www.adicciones.es/fles/rguez-martos.23.pdf

20. Lozada P. Intervención en Salud Mental, en la fase de post-emergencia, con poblaciones damnifcadas por catástrofes. (Experiencia en La India, Tsunami, 2005)

[internet]. Dispnible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/intervencion_psicologica_tsunami_india_paloma_losada.pdf

21. Díaz E. (relator), Calandria E, Freiría A, Parra A, Pérez M. El acompañamiento en salud mental: Acompañar en el lazo social. Dispnible en: http://www.raco.cat/index.php/EducacionSocial/article/viewFile/180809/242237

22. Anderson H. Conversacion, lenguaje y posibilidades. Un enfoque postmoderno de la terapia. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu Editores; 2012.

23. Hofstadt C. El libro de las habilidades de comunicación cómo mejorar la comunicación personal. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2005.

24. Santacruz C, Rapacci M. La realidad (es) social. Especialización en Prevención del Maltrato Infantil. Bogotá: Pontifcia Universidad Javeriana; 2002.

25. Gracia Fuster E. El apoyo social en la intervención comunitaria. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.; 1997.

26. Palacin M. Estrategias de apoyo psicosocial: Grupos de apoyo y grupos de ayuda mutua [internet]. S. f. [citado 2011 ene. 17]. Disponible en: http://www.acnef.org/revista/n00720.htm

27. Breastcancer.org Community. [internet]. 2012 [citado 2011 ene. 17]. Disponible en: https://community.breastcancer.org. 76 INTERVENCIONES DE APOYO: PRIMEROS AUXILIOS EMOCIONALES INTERVENCIÓN BREVE Y GRUPOS PROCESOS COMUNITARIOS EN SALUD MENTAL Y SPA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

28. Lozano, F. Asociación Colombiana contra la Depresión y el Pánico (Asodep). Entrevista: Bogotá; 2017.

29. Domenech-López Y. Los grupos de autoayuda como estrategia de intervención en el apoyo social. Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social. 1998;6:179-195.

GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CESAR

ANEXO N° 1.4 Elaboración, envió y seguimiento de convocatoria

JORNADA DE DESARROLLO DE CAPACIDADES ASISTENCIA FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

Recibidos
Buscar todos los mensajes con la etiqueta “Recibidos”
Eliminar la etiqueta “Recibidos” de esta conversación

G

GINA MARGARITA USTARIZ ARAMENDIZ 18 OCT 2024, 12:12

para secretariadesalud@gonzalez-cesar.gov.co, Secretariadesalud@astrea-cesar.gov.co, secretariadesalud@lagloria-cesar.gov.co, secsalud@riodeoro-cesar.gov.co, secretariasalud@lapazrobles-cesar.gov.co, salud@becerril-cesar.gov.co, greslii1106@gmail.com, jesus.trabajo85@gmail.com, lauraelles01@hotmail.com, discapacidadgs@gmail.com, gestionsaludlagloria@gmail.com, gestiondiferencial24@gmail.com, discapacidadyocelyn@gmail.com, SAN, sac@sanmartin-cesar.gov.co, Sec.salud@sanalberto-cesar.gov.co, ref.saludmental@gmail.com, mí, AGUACHICA, AGUACHICA, salud@elpaso-cesar.gov.co, enlacedediscapacidadelpaso@gmail.com, psi.luisafernandabastidas@gmail.com, indra2212@hotmail.com, salud@chiriguana-cesar.gov.co, maelrani@outlook.com, laurenpalmera@hotmail.com, ssalud@manaurebalcondelcesar-cesar.gov.co, salud@pueblobello-cesar.gov.co, edilsonvalaguera@gmail.com, GAMARRA, vdianeyris@gmail.com, psicotitomelo@gmail.com, salud@sandiegocesar.gov.co, SAN, secretariadesalud@tamalameque-cesar.gov.co, TAMALAMEQUE, ilifori67@gmail.com, secretariadesalud@chimichagua-cesar.gov.co, CHIMICHAGUA, EL, tavomeneses2016@gmail.com, poblacionesvulnerableselcopey@gmail.com, saludpublica@elcopey-cesar.gov.co, yeleinesm@gmail.com, gobiernoydesarrollosocial@bosconia-cesar.gov.co, PAILITAS, Pailitaspoblacionvulnerable@gmail.com, PAILITAS, CODAZZI, laitanoangelica27@gmail.com, LA, yotoma.1@hotmail.com, VALLEDUPAR, gdpv.ps.sac@gmail.com, manuelarias12312@gmail.com, Ojedapinedacamiloandres@gmail.com, Luzka903@gmail.com, dianita2732@hotmail.com, suarezdiana441@gmail.com, Salud, salud, zuleimapallaresmenco@gmail.com, Población, CURUMANI, nnacurumani@gmail.com, DISCAPACIDAD, Yadira, fadua, marycamargos07@gmail.com

Buenas tardes Apreciados Dres. (as)

REF: FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD R.B.C.

Le extiendo un cordial saludo en nombre de las personas con discapacidad del departamento del Cesar y en el mío propio, acompañado de éxitos en las actividades que realiza en beneficio de los ciudadanos y de su comunidad.

Con el objeto de aunar esfuerzos para fortalecer la autoridad sanitaria mediante la gestión diferencial de la población vulnerable y el fomento de la participación social mediante la Estrategia Rehabilitación Basada en la Comunidad R.B.C, Se estableció un convenio entre esta entidad y la Secretaria Departamental de Salud, el cual establece para la entidad que usted tan dignamente dirige siguiente actividad: .Realizar 1 jornada de socialización y alistamiento de las jornadas de rehabilitación basada en comunidad (RBC), donde se fortalecerán capacidades técnicas relacionadas con la estrategia específicamente con los siguientes temas: estrategia de Rehabilitación Basada en la comunidad a grupos de apoyo y autoayuda, derechos en salud, enfoque diferencial en discapacidad, derechos sexuales y reproductivos en PcD, salud mental en PcD, alimentación saludable en PcD.

Adjunto **el LINK para la Invitación a la JORNADA DE DESARROLLO DE CAPACIDADES ASISTENCIA TÉCNICA**

FECHA: MIERCOLES, 22 OCTUBRE DEL 2024

HORA: 08:00 – 11:00

Información para unirse a la reunión de Google Meet

Vínculo a la videollamada: https://meet.google.com/nxm-pncv-omj

Cordialmente,

GINA USTARIZ ARAMENDIZ

COORDINADORA RBC

cesar.gov.co>; secretariasalud@lapazrobles-cesar.gov.co <secretariasalud@lapazrobles-cesar.gov.co>; salud@becerril-cesar.gov.co <salud@becerril-cesar.gov.co>; greslii1106@gmail.com <greslii1106@gmail.com>; jesus.trabajo85@gmail.com <jesus.trabajo85@gmail.com>; lauraelles01@hotmail.com <lauraelles01@hotmail.com>; discapacidadgs@gmail.com <discapacidadgs@gmail.com>; gestionsaludlagloria@gmail.com <gestionsaludlagloria@gmail.com>; gestiondiferencial24@gmail.com <gestiondiferencial24@gmail.com>; discapacidadyocelyn@gmail.com <discapacidadyocelyn@gmail.com>; SAN MARTÍN SECRETARIA DE SALUD <secretariadesalud@sanmartin-cesar.gov.co>; sac@sanmartin-cesar.gov.co <sac@sanmartin-cesar.gov.co>; Sec.salud@sanalberto-cesar.gov.co <Sec.salud@sanalberto-cesar.gov.co>; ref.saludmental@gmail.com <ref.saludmental@gmail.com>; ginamargaritaustarizaramendiz@gmail.com <ginamargaritaustarizaramendiz@gmail.com>; AGUACHICA SECRETARIA DE SALUD <secretariadesalud@aguachica-cesar.gov.co>; AGUACHICA SAC <sac@aguachica-cesar.gov.co>; salud@elpaso-cesar.gov.co <salud@elpaso-cesar.gov.co>; enlacedediscapacidadelpaso@gmail.com <enlacedediscapacidadelpaso@gmail.com>; psi.luisafernandabastidas@gmail.com <psi.luisafernandabastidas@gmail.com>; indra2212@hotmail.com <indra2212@hotmail.com>; salud@chiriguana-cesar.gov.co <salud@chiriguana-cesar.gov.co>; maelrani@outlook.com <maelrani@outlook.com>; laurenpalmera@hotmail.com <laurenpalmera@hotmail.com>; ssalud@manaurebalcondelcesar-cesar.gov.co <ssalud@manaurebalcondelcesar-cesar.gov.co>; salud@pueblobello-cesar.gov.co <salud@pueblobello-cesar.gov.co>; edilsonvalaguera@gmail.com <edilsonvalaguera@gmail.com>; salud@pueblobello-cesar.gov.co <salud@pueblobello-cesar.gov.co>; GAMARRA SECRETARIA DE SALUD <salud@gamarra-cesar.gov.co>; vdianeyris@gmail.com <vdianeyris@gmail.com>; psicotitomelo@gmail.com <psicotitomelo@gmail.com>; salud@sandiegocesar.gov.co <salud@sandiegocesar.gov.co>; SAN DIEGO REFERENTE RLCPD <poblacionesvulnerables@sandiegocesar.gov.co>; secretariadesalud@tamalameque-cesar.gov.co <secretariadesalud@tamalameque-cesar.gov.co>; TAMALAMEQUE REFERENTE RLCPD <programasocial2016@gmail.com>; ilifori67@gmail.com <ilifori67@gmail.com>; secretariadesalud@chimichagua-cesar.gov.co <secretariadesalud@chimichagua-cesar.gov.co>; CHIMICHAGUA REFERENTE RLCPD <enlaceunido47@chimichagua-cesar.gov.co>; secretariadesalud@chimichagua-cesar.gov.co <secretariadesalud@chimichagua-cesar.gov.co>; EL COPEY SECRETARIA DE SALUD <secretariadesalud@elcopey-cesar.gov.co>; tavomeneses2016@gmail.com <tavomeneses2016@gmail.com>; poblacionesvulnerableselcopey@gmail.com <poblacionesvulnerableselcopey@gmail.com>; saludpublica@elcopey-cesar.gov.co <saludpublica@elcopey-cesar.gov.co>; yeleinesm@gmail.com <yeleinesm@gmail.com>; gobiernoydesarrollosocial@bosconia-cesar.gov.co <gobiernoydesarrollosocial@bosconia-cesar.gov.co>; PAILITAS SECRETARIA DE SALUD <salud@pailitas-cesar.gov.co>; Pailitaspoblacionvulnerable@gmail.com <Pailitaspoblacionvulnerable@gmail.com>; PAILITAS REFERENTE RLCPD <jorgemario4jts@hotmail.com>; CODAZZI SECRETARIA DE SALUD <salud@agustincodazzi-cesar.gov.co>; laitanoangelica27@gmail.com <laitanoangelica27@gmail.com>; LA JAGUA DE IBIRICO SECRETARÍA DE SALUD <salud@lajaguadeibirico-cesar.gov.co>; yotoma.1@hotmail.com <yotoma.1@hotmail.com>; VALLEDUPAR SECRETARIA DE SALUD <salud@valledupar-cesar.gov.co>; gdpv.ps.sac@gmail.com <gdpv.ps.sac@gmail.com>; manuelarias12312@gmail.com

<manuelarias12312@gmail.com>; Ojedapinedacamiloandres@gmail.com <Ojedapinedacamiloandres@gmail.com>; Luzka903@gmail.com <Luzka903@gmail.com>; dianita2732@hotmail.com <dianita2732@hotmail.com>; suarezdiana441@gmail.com <suarezdiana441@gmail.com>; Salud Mental <saludmentalvalledupar2020@gmail.com>; salud pelaya-cesar.gov.co <salud@pelaya-cesar.gov.co>; zuleimapallaresmenco@gmail.com <zuleimapallaresmenco@gmail.com>; Población Vulnerable <poblacionvulnerablepelaya@gmail.com>; CURUMANI SECRETARIA DE SALUD <salud@curumani-cesar.gov.co>; nnacurumani@gmail.com <nnacurumani@gmail.com>; DISCAPACIDAD CURUMANI <discapacidadcurumani@gmail.com>; Yadira Leonor Martinez Duran <yadimart123@hotmail.com>; fadua sujey <fadua620@hotmail.com>; marycamargos07@gmail.com <marycamargos07@gmail.com>; discapacidadyocelyn@gmail.com <discapacidadyocelyn@gmail.com>

Asunto: JORNADA DE DESARROLLO DE CAPACIDADES ASISTENCIA TÉCNICA PASO N° 9 PUESTA EN MARCHA ACCIONES DE INCLUSION SOCIAL Y PASO N° 10 CONTROL, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Buenos días Apreciados Dres. (as) Les RECORDAMOS la Invitación a la JORNADA DE DESARROLLO DE CAPACIDADES ASISTENCIA FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

FECHA: MAÑANA MIERCOLES, 22 OCTUBRE DEL 2024

HORA: 08:00 – 11:00

Información para unirse a la reunión de Google Meet

Vínculo a la videollamada: https://meet.google.com/nxm-pncv-omj

Cordialmente,

GINA USTARIZ ARAMENDIZ

COORDINADORA RBC

GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CESAR

ANEXO N° 1.5 Desarrollo de la socialización de contenidos sobre las jornadas relacionadas con estrategia RBC, grupos de apoyo y autoayuda y la programación, enfoque diferencial en discapacidad, derechos sexuales y reproductivos en PcD, salud mental en PcD, alimentación saludable en PcD

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

PERSONAS CON DISCAPACIDAD

LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN VARIADA



RECOMENDACIONES GENERALES

- 1. Consumir diariamente una alimentación variada, que incluya alimentos de todos los grupos, aumentando la cantidad de verduras y frutas.
- 2. Aumentar el consumo de leche y productos lácteos.
- 3. Consumir por lo menos 3 veces a la semana alimentos de origen animal, fuentes de hierro: carnes y vísceras.
- 4. Preferir aceites vegetales y evitar las grasas de origen animal, grasas y aceites recalentados.
- 5. Usar sal yodada en las comidas, sin exageración.
- 6. Consumir 6 a 8 vasos de agua hervida por día.
- 7. Reducir el consumo exagerado de azúcar, dulces, gaseosas y evitar el consumo de bebidas alcohólicas.
- 8. Reducir el consumo de té y café, reemplazarlos por leche, jugos de frutas, refrescos hervidos o api.
- 9. Realizar diariamente actividad física, por lo menos 30 minutos (caminata, entre otros).
- 10. Lavarse las manos antes de preparar y comer los alimentos.

ALIMENTACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

- La atención de los diferentes grupos etarios vale decir niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos con discapacidad cuyo mantenimiento y mejora de su estado de salud y nutrición en particular requiere de conocimiento de aspectos contextuales del beneficiario y su tratamiento. Para lo cual, es necesario interactuar con el beneficiario, trabajar interdisciplinariamente, capacitar permanentemente al personal involucrado, así como involucrar de manera activa a la familia y/o los cuidadores, quienes son corresponsables en el manejo, atención y orientación de las Personas con Discapacidad, en la garantía del derecho a la alimentación saludable.

COMPLICACIONES FRECUENTES DEBIDO A LA INACTIVIDAD

Edema en miembros inferiores

Las personas en silla de ruedas tienden a presentar edema en los miembros inferiores, por lo cual se deberá evitar el consumo excesivo de sal.

Estreñimiento

El estreñimiento es frecuente en personas en silla de ruedas debido a la falta de actividad e inamovilidad, para ello, es necesario proporcionar un adecuado aporte de líquidos y fibra (Tabla 20).

PERSONAS CON MOVILIDAD REDUCIDA

MACRONUTRIENTES	ALIMENTOS RECOMENDADOS	ALIMENTOS NO RECOMENDADOS
PROTEÍNAS	Carnes magras. Pescados sin piel. Pollo sin piel. Lácteos bajos en grasa y derivados.	Carne de cordero, cerdo. Embutidos. Leche entera y quesos altos en grasa.
CARBOHIDRATOS	Carbohidratos complejos: Leguminosas. Cereales integrales.	Panes de granos integrales. Carbohidratos simples: Azúcar. Mermeladas. Helados. Pastelería. Pan blanco. Arroz blanco.
GRASAS Y ACEITES	Aceite crudo en ensaladas.	Crema de leche. Mantequilla. Queso entero. Leche entera. Frituras Comidas chatarra contienen elevada cantidad de grasa.
MICRONUTRIENTES	**ALIMENTOS RECOMENDADOS**	**ALIMENTOS NO RECOMENDADOS**
VITAMINAS Y MINERALES	Frutas y verduras en general.	Sin restricción.
MISCELÁNEOS	Mates	Bebidas y preparaciones que contengan alcohol.
	Hierbas como condimentos naturales (orégano, etc.)	

ALIMENTACION RECOMENDADA

NUTRIENTE	FUNCIÓN	ALIMENTOS	APORTE
FIBRA	Aumenta el peristaltismo intestinal.	Cereales integrales (chía, avena, linaza, sésamo). Leguminosas parcialmente modificadas* (frijoles, lentejas, garbanzos, etc.) Verduras y frutas frescas y deshidratadas (ciruelos, orejón, etc.).	25 a 30 gramos/ día. El consumo de fibra demanda la ingesta de bastante líquido.
LÍQUIDOS	Contribuye a los procesos metabólicos. Evita la deshidratación. Previene el estreñimiento.	Agua hervida natural, refrescos hervidos, mates, jugo de frutas, sopas. Ayudan las frutas con bastante líquido (sandía, piña, etc.).	8 vasos y más, contando con el aporte de sopas, té, etc.
ÁCIDO **GRASO OMEGA 3**	Coadyuva la disminución del riesgo de trombosis. Promueve la producción de óxido nítrico (estimula la relajación de los vasos sanguíneos).	Pescados, aceites, linaza, chía.	De acuerdo a porciones recomendadas.

PORCIONES RECOMENDADAS POR DÍA POR GRUPOS DE ALIMENTOS SEGÚN EDAD PARA PERSONAS EN SILLA DE RUEDAS (DE ALIMENTOS PERMITIDOS)

GRUPOS ALIMENTOS	MEDIDA CASERA	PRE-ESCOLAR	ADOLESCENTE	JÓVENES Y ADULTOS	ADULTO MAYOR
		3 a <11 años	11 a < 20 años	20 a 60 años	60 y más años
Leche baja en grasa y derivados	1 taza mediana	2	3	2	1
Carnes: res, pollo, pescado, y vísceras.	Tamaño de la palma de la mano o una presa	1	3	2	2
Verduras	½ plato plano	2	4	2	2
Frutas	tamaño media- no	2	3	2	3
Raíces y tubérculos	tamaño media- no	2	3	3	2
Cereales y derivados. Leguminosas	¼ taza cruda 1 unidad de pan	4	4 1/2	5 1/2	4
Aceites y grasas	1 cuchara	3	5	3	5
Azúcar	3 cucharillas	4	3	3	6

PERSONA EN CAMA

CONSIDERACIONES PREVIAS PARA SU ALIMENTACIÓN
• Verificar que no exista alergia o intolerancia alimentaria. • Procurar que la persona se incorpore con un ángulo de 90 grados, para evitar la bronco - aspiración durante la alimentación por vía oral u otra vía diferente. • Valorar periódicamente el estado nutricional de la persona para prevenir la desnutrición. Proporcionar una dieta adecuada, evitando alimentos flatulentos (coliflor, brócoli, repollo, nabo, cebolla, leguminosas no trituradas, gaseosas, entre otros). • Vigilar la higiene bucal, el estado de la dentadura y en personas con prótesis dentales realizar su limpieza después de la alimentación.

PERSONA CON PARALISIS CEREBRAL

Hemiplejía



- Tiene afectado el brazo y pierna del mismo lugar.
- El brazo se encuentra doblado y hacia adentro.
- Pie de puntillas.

Diplejía



Mayor afección de las piernas, que los miembros superiores.
Brazos torpes.
Piernas juntas y hacia adentro.
Pies de puntillas.

Dibujo: Adaptado de Fomento del Desarrollo del Niño con Parálisis Cerebral (OMS).

Tetraplejía



Cuerpo afectado en su totalidad.
Débil control de la cabeza.
Brazos doblados y hacia adentro.
Manos cerradas en puño.
Piernas juntas y hacia adentro.
Pies de puntillas.

Pasos Previos

- Establecer una buena comunicación con la madre, el padre y/o cuidador(a).
- Mantener la postura de sentado, con la cabeza en forma lineal al cuerpo en el momento de la alimentación.
- Recurrir a cabeceros, respaldos y otros recursos durante la alimentación en personas que no puedan sostener la cabeza.

Consideraciones Importantes para personas con PC

- A partir de los 6 meses de edad, los alimentos deben ser molidos y espesos para lograr la deglución y un adecuado transporte de los alimentos hacia el esófago y estómago. A medida que la niña o niño aumenta de edad la consistencia de los alimentos debe pasar de semisólida a sólida, lo que permitirá el ejercicio de la"masticación", evitando la atrofia muscular local. Todo esto facilitará el aporte de nutrientes a través de una alimentación adecuada.
- Recomendar preparaciones homogéneas, evitando que contengan una porción sólida y otra líquida (mixta), en base alimentos aplastados, triturados, segmentados, picados u otros, de acuerdo a tolerancia, edad y limitaciones de la PC. Evitar el uso de alimentos de riesgo que tengan puntas y/o aristas y de consistencia dura.

- Proporcionar fibra alimentaria que ayudará a disminuir el estreñimiento, común en la PC.
- Incentivar la higiene bucal a través de la "higiene dietética", lo que se logra con la administración de alimentos con fibra (ejemplo: manzana raspada, pera hervida).
- Sugerir el uso de utensilios apropiados que faciliten la alimentación y eviten golpes al comer para ayudar a lograr la autonomía de la persona para alimentarse.
- Promover el compromiso y apoyo de toda la familia en el proceso de la alimentación priorizando a un responsable (madre, padre y/o cuidador).

ALIMENTOS QUE SON DE RIESGO Y NECESITAN MODIFICACIÓN DE CONSISTENCIA

Lácteos: (yogurt con trozos enteros de frutas), helados.
Misceláneos (Dulces empolvados azucarados, caramelos, gomitas, masticables, gelatinas muy diluidas, otros).
Granos enteros (maní, tarwi, frijoles, lentejas, garbanzos, etc.).
Carnes con huesos pequeños, espinas, cartílagos, piel.
Verduras – hortalizas (frijoles, vainitas, apio, puerro, espárragos, lechuga, alcachofas enteras o en hojas). Frutas con semillas y piel (uvas, mandarinas, tomate) y con mucho contenido líquido (melón, sandía, piña, naranja, peramota o pera de agua).
Pan de molde, tostadas, galletas, papas fritas, pipocas, cereales insuflados y otros simulares.
Oleaginosas de consistencia dura (maní, nuez, almendras, otros).

Fuente: Elaboración UAN, 2016.

PORCIONES RECOMENDADAS PARA PERSONAS CON PC POR DÍA, POR GRUPOS DE ALIMENTOS (PERMITIDOS), DE ACUERDO A LA CONSISTENCIA ACONSEJADA, SEGÚN EDAD

GRUPOS ALIMENTOS	MEDIDA CASERA	PRE-ESCOLAR	ADOLES-CENTE	JÓVENES Y ADULTOS	ADULTO MAYOR
		3 a <11 años	11 a < 20 años	20 a 60 años	60 y más años
Leche semidescremada y derivados	1 taza mediana	2	3	2	*1
*1 Carnes**: res, pollo, pescado y vísceras.	Tamaño de la palma de la mano o una presa	1	3	2	2
Verduras	½ plato plano	2	4	2	2
Frutas	mediana	2	3	2	3
Raíces y tubérculos	mediana	2	3	3	2
Cereales y derivados. Leguminosas	¼ taza cruda 1 unidad de pan	4	5	5	4
Aceites y grasas	1 cuchara	3	5	3	3
Azúcar	3 cucharillas	4	4	3	6

*En personas de 60 años y más, se recomienda leche descremada y deslactosada

RECOMENDACIONES POR GRUPOS DE ALIMENTOS PARA PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL

GRUPOS PRINCIPALES DE ALIMENTOS	SUGERENCIAS
CARNES	La carne de res, pollo, pescado y vísceras, son mejor aceptadas con salsas. Preparaciones de hamburguesas, albóndigas, pastel de carne.
LÁCTEOS Y DERIVADOS	Quesos de consistencia blanda (frescos). Yogurt con frutas molidas o trituradas. Flanes de mayor solidez.
HUEVOS	Consistencia blanda, preferentemente solo claras (hervidas). Como parte de otras preparaciones.
CEREALES	Papillas de cereales. Crema de arroz, quinua, amaranto, cañahua, avena, etc.
LEGUMINOSAS	Las lentejas, frijoles, habas, arvejas secas y maní, pueden producir flatulencia que disminuye al modificar su consistencia (triturada, puré, licuada, otros).
RAÍCES Y TUBERCULOS	Papa, camote, yuca, oca hervidas y aplastadas en forma de pastel, puré o trozadas finamente.
VERDURAS Y FRUTAS	Verduras de preferencia hervidas: espinaca, acelga, zanahoria[5], otras, molidas o picadas. Frutas naturales o hervidas: raspadas, molidas, picadas o como parte de otras preparaciones.
LEGUMBRES	Purés, trituradas o cremas (vainas).
MISCELÁNEOS	Bebidas y preparaciones que contengan alcohol no se permiten.

Fuente: Elaboración UAN, 2016.

SINDROME DE DWON

PATOLOGÍAS EN EL SÍNDROME DE DOWN

PATOLOGÍA	PRODUCE	AFECTA
MACROGLOSIA	Problemas en la masticación músculos de la boca y la deglución.	Afecta el proceso de alimentación y la digestión y el aprovechamiento de los nutrientes.
DENTICIÓN	Alteración en el mordisco y masticación. Microdontia. Gingivitis.	
DEFICIENCIA INMUNOLÓGICA	Infecciones	
APNEA DEL SUEÑO	Puede producirse por la macroglosia.	Produce hipoxia celular.
RADICALES LIBRES	El cromosoma 21 tiene el gen codificador de enzimas oxidativas.	Atacan las membranas celulares incrementando la permeabilidad intestinal que permite el paso de los productos tóxicos a la sangre. Influye en el envejecimiento.
ENDOCRINAS	Hipotiroidismo, diabetes Mellitus.	Afecta el metabolismo, la utilización de la energía.
	Enfermedad celíaca.	Carencias e insuficiencias nutricionales que afectan el crecimiento. Presentan diarrea.
HIPOTONÍA MUSCULAR	Sedentarismo	Sobrepeso u obesidad

INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA A PARTIR DE LOS 6 MESES DE EDAD POR DÍA, PARA PERSONAS CON SD

EDAD	ALIMENTOS	CONSISTENCIA DE ACUERDO A TOLERANCIA	FRECUENCIA	CANTIDAD / DIA*
Primera Semana	Papa, camote, leche materna.	molidos	2 veces/ día	2 -3 cucharas
Segunda Semana	Además de los anteriores, agregar cereales (arroz, maicena) con leche materna. Frutas (plátano, manzana, pera, papaya).	molidos	2 veces/ día	3 cucharas rasas
Tercera Semana	Además de los anteriores, adicionar (zapallo, zanahoria, remolacha) con leche materna.	molidos	3 veces/ día	6 cucharas rasas
Cuarta Semana	Además de los anteriores, se incorporan carnes sin piel e hígado de pollo. Lactancia materna.	papillas	3 veces/ día	Tamaño del puño del menor 6 cucharas rasas
7 – 12 Meses	Carnes, cereales, tubérculos, frutas: durazno, peramota, mango plátano, leguminosas (solo maní). Verduras, adicionar (hojas verdes: acelga, espinaca, apio) triturados. Lactancia materna.	Papillas y purés, ir cambiando de consistencia semisólida a sólida.	5 veces/ día**	7 -11 cucharas rasas
1 Año a < 2 Años	Además de los alimentos anteriores, agregar leche descremada, huevos, pescado. Frutas: naranja, mandarina, pomelo, limón, lima, kiwi, frutilla, tomate sin piel,	Semisólidos y sólidos y picados.	5 veces/ día**	12 - 15 cucharas rasas

2 < 5 Años	Dar todos los alimentos anteriores.	Picado en trozos pequeños.	5 veces/ día***	15 - 25 cucharas
Escolar 5 a < 12 Años	Alimentación variada, todos los alimentos anteriores, leche y derivados (yogurt, queso, requesón, quesillo, mantequilla).	Picado en trozos pequeños.	5 veces/ día***	1 plato Leche: 3 vasos/ día. Se puede sustituir 1 vaso de leche, por 1 vaso de yogurt o 1 pedazo de queso blando.

PORCIONES RECOMENDADAS PARA PERSONAS CON SD POR DÍA, POR GRUPOS DE ALIMENTOS, SEGÚN EDAD

GRUPOS ALIMENTOS	MEDIDA CASERA	PRE-ESCOLAR	ADOLES-CENTE	JÓVENES Y ADULTOS	ADULTO MAYOR
		3 a <11 años	11 a < 20 años	20 a 60 años	60 y más años
Leche baja en grasa y derivados.	1 taza mediana	2	3	2	1
Carnes: res, pollo, pescado y vísceras	Tamaño de la palma de la mano o una presa	1	3	2	2
Verduras	½ plato plano	2 1/2	4 1/2	2 1/2	2 1/2
Frutas	1 mediana	3	4	3	3
Raíces y tubérculos	1 mediana	2	3	3	2
Cereales y derivados. Leguminosas	¼ taza cruda 1 unidad de pan	3 1/2	4	5	4
Aceites y grasas.	1 cuchara	3	4	3	4
Azúcar	3 cucharillas	2	3	2	6

Recomendaciones Generales

- Estimular deportes y ejercicios diarios para evitar la hipotonía y mantener saludable el organismo.
- Vigilar el aporte de energía para prevenir el sobrepeso y obesidad, considerando que la estatura es menor a la normal.
- Trabajar en la hipotonía mandibular para que los músculos de la boca se acostumbren al esfuerzo que implica la masticación y deglución de los alimentos.
- Promover la higiene dental luego de las comidas para evitar caries dentarias y complicaciones en su alimentación.
- Promocionar la lactancia materna hasta los dos años de edad.

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

- El TEA está comprendido dentro de los Trastornos del Neurodesarrollo, se encuentra caracterizado por lo siguiente:
- Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos.
- • Patrones restrictivos y repetitivos del comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más conductas.
- • Los síntomas se encuentran presentes en las primeras fases del periodo de desarrollo.
- Los problemas de las relaciones sociales antes de los 5 años son serios, puesto que incluyen defectos en el desarrollo: la mirada directa a los ojos, las relaciones sociales y en el juego cooperativo. Es frecuente el comportamiento ritualista con movimientos repetitivos y apego a objetos en forma inusual que puede incluir rutinas anormales, resistencia al cambio, apego a objetos extravagantes y patrones estereotipados de juego.

ENFOQUE ALIMENTARIO

- Promover la flora intestinal (lactobacilos acidophilus, casei, bulgaris) para evitar una sobrepoblación de bacterias, es decir, como un antibiótico natural.
- Evitar el estreñimiento vigilando el aporte de fibra, pues podría responder a la marcada selectividad alimentaria.
- Cubrir sus requerimientos de nutrientes de acuerdo a edad y sexo.
- Impedir la malnutrición y sus deficiencias.
- Considerar la interacción con los medicamentos.
- Promover la higiene personal y alimentaria.

PUNTOS BÁSICOS DE LA ALIMENTACIÓN EN EL TEA

RECOMENDACIONES GENERALES	
Brindar comidas apetecibles en momentos agradables para evitar comer por obligación.	Ofrecer agua en cantidades adecuadas, que no exceda o falte.
Introducir alimentos nuevos con precaución, haciendo énfasis en los de mejor aceptabilidad evitando reacciones negativas en el proceso.	Evitar el biberón que es común incluso en menores de cinco años, reforzando el uso de cubiertos, vasos y platos.
Vigilar la tolerancia y aceptabilidad de los alimentos.	Iniciar la alimentación complementaria con paciencia para evitar el rechazo generalizado de alimentos.
Proporcionar porciones pequeñas de comida de manera frecuente, de alto valor nutritivo, consistencia progresiva de puré a blanda y temperatura adecuada.	Mantener la higiene corporal durante la alimentación para evitar la incomodidad de la persona.
Cubrir los requerimientos de nutrientes proporcionando una alimentación variada, oportuna, suficiente y armónica.	Incentivar el proceso alimentario antes de los 2 años para obtener mejores resultados, pues el proceso es lento.
Proporcionar alimentos alcalinos debido a la acidez por reflujo: pera, manzana, uva, espinaca, perejil, zanahoria, papa, plátano y arroz.	Considerar la individualidad de las personas con TEA debido a las diferentes reacciones de cada caso.
Vigilar la presencia de "pica"* ya que son propensos a padecerla.	Evitar la introducción tardía de los alimentos sólidos en la dieta que por lo general, es común en las personas con TEA.
Vigilar la masticación (rumiación) en el proceso de la mecánica de la alimentación para evitar problemas digestivos y caries dentales. Impedir que los alimentos permanezcan en la boca por tiempo prolongado, ayudar con la ingesta de líquidos y dar una nueva cuchara cuando haya tragado la anterior.	Vigilar la suplementación con calcio debido a la restricción de alimentos fuentes en la dieta (leche y derivados).

RECOMENDACIONES DE NUTRIENTES DEFICITARIOS EN EL TEA

NUTRIENTES	FUNCIONES	ALIMENTOS
Calcio	El calcio cumple funciones de crecimiento del esqueleto, dentición y otros en el organismo. Una disminución del aporte, puede producir una masa ósea baja (osteopenia) y un aumento de riesgo de osteoporosis y fracturas óseas. Administrar y supervisar la administración de calcio.	Suplementos de calcio.
Vitaminas: B12, B6, Ácido Fólico, C, D. Minerales: Zinc, Magnesio	Mantienen los sistemas de defensa en óptimo estado. Genera neurotransmisores.	Carnes y derivados. Cereales: arroz, quinua, amaranto, maíz, cañahua, otros. Camote, yuca, oca, racacha, tarwi. Vitamina D: Exposición de la piel a rayos solares o suplementación con vitamina D.
Ácidos Grasos Omega 3 y 6	Forman parte de la estructura celular de los sistemas de membranas neurológicas. Mejoran el aporte energético.	Aceites vegetales (oliva y girasol).
Fibra	Ayudan en la motilidad del intestino, disminuyen los problemas de estreñimiento.	Frutas, verduras y leguminosas (Lentejas, porotos, haba y arveja seca).

Líquidos	Interviene en los procesos metabólicos del organismo y en la hidratación del cuerpo.	Agua, jugos de frutas, refrescos naturales, mates y otros. La ingesta de líquidos/día es alta 1.5 lt a 2 lt, (necesaria por la suplementación con calcio).

INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA POR DIA, A PARTIR DE LOS 6 MESES DE EDAD, PARA PERSONAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

EDAD	ALIMENTOS RECOMENDADOS	CONSISTENCIA	VECES/DIA	CANTIDAD
Primera Semana	Papa, camote. Leche materna	Molidos	2 veces/ día	2 -3 cucharas
Segunda Semana	Además de los anteriores, agregar cereales (arroz, maiz, avena) Leche materna Fruta (plátano, manzana, pera, papaya)	Molidos	2 veces/ día	5 cucharas rasas
Tercera Semana	Además de los anteriores, adicionar zapallo, zanahoria, remolacha. Leche materna.	Molidos	3 veces/ día	6 cucharas rasas
Cuarta Semana Además de los anteriores, se agrega carnes de res, conejo, higado de pollo y pollo sin piel. Leche materna		Papillas	3 veces/ día	Tamaño del puño del menor 6 cucharas rasas
7 – 12 Meses	Carnes, cereales (arroz, maiz, quinua, amaranto, cañahua), tubérculos, frutas (durazno, peramota, mango, plátano), leguminosas (lenteja sin cáscara, haba, arveja seca, porotos, garbanzo, tarwi, soya y mani si no es alérgico. Verduras, adicionar hojas verdes (acelga, espinaca, apio). Leche materna	Papillas y purés e ir cambiando a consistencia blanda y aplastado	5 veces/ día	7 - 11 cucharas rasas

1 Año a <2 Años	Además de los alimentos anteriores, agregar frutas (papaya, pera, uva, higo, membrillo, melón, durazno, damasco, mango, sandia, chirimoya, manzana). Si no es alérgico (frutilla, kiwi, tamarindo, ciruelo, plátano y limón). Tomate sin piel. Leche materna.	Semisólidos y sólidos picados sin piel.	5 veces/ día**	12 - 15 cucharas rasas
2 a < 5	Todos los alimentos anteriores.	Picado pequeño.	5 veces/ día**	15 – 25 cucharas
Escolar 5 a < 12 Años	Todos los alimentos anteriores.	Picado pequeño.	5 veces/ día**	1 plato
Suplementación con calcio cuando se elimine la leche y derivados.				

PORCIONES RECOMENDADAS POR DÍA POR GRUPOS DE ALIMENTOS (SÓLO LOS PERMITIDOS), SEGÚN EDAD

GRUPOS ALIMENTOS	MEDIDA CASERA	PRE-ESCOLAR	ADOLESCENTE	JÓVENES Y ADULTOS	ADULTO MAYOR
3 a <11 años 11 a < 20 años 20 a 60 años					60 y más años
Leche de soya y derivados (si no es alérgico)*.	1 taza mediana	2	3	2	1
Carnes, pollo, vísceras.	tamaño de la palma de la mano o una presa	1	3	2	2
Verduras	½ plato plano	2 1/2	4 1/2	2 1/2	2 1/2
Frutas	mediana	3	4	2 1/2	3 1/2
Raíces y tubérculos	mediana	2	3	3	2
Cereales y derivados. Leguminosas	¼ taza cruda 1 unidad de pan	4	5	6	4
Aceites y grasas	cuchara	3	5	3	5
Azúcar	cucharillas	3	3	2	6

SINDROME DE PARKISON

Consideraciones generales para personas con SPK

- Brindar una alimentación variada de alimentos.
- Cubrir el requerimiento de nutrientes de acuerdo a la edad y sexo, con énfasis en aquellos micronutrientes claves en el SPK.
- Facilitar la mecánica de la alimentación. Texturas (triturado, espeso, blanda, semi-sólida).
- Suministrar porciones reducidas con mayor frecuencia alimentaria.
- Vigilar el aporte de líquidos diarios.
- Incrementar el aporte de fibra para evitar el estreñimiento.
- Promover la salud dental para que no afecte la masticación.
- Considerar la acción de los fármacos vs alimentos.
- Espaciar la medicación por lo menos dos horas antes de las comidas.

RECOMENDACIÓN DE ALIMENTOS EN EL SÍNDROME DE PARKINSON

GRUPOS	ALIMENTOS RECOMENDADOS	ALIMENTOS NO RECOMENDADOS
CARNES	Pescados y pollo sin piel. Res magra.	Cordero, cerdo, embutidos.
HUEVOS	Huevos cocidos pasados por agua o escalfados.	Fritos.
LECHE Y DERIVADOS	Leche deslactosada, baja en grasa. Queso fresco. Yogurt bajo en grasa. Dulce de leche.	Mantequilla, quesos madurados, crema de leche.
CEREALES Y DERIVADOS	Arroz integral, salvado, avena, trigo, cebada, pan y galletas integrales, amaranto, quinua, cañahua. Si no hay estreñimiento se puede consumir sémola, maicena, harina blanca, pan blanco, galletas de agua y dulces sin relleno.	Productos de pastelería. Disminuir la ingesta de cereales integrales, en caso de diarrea.

LEGUMINOSAS	Lentejas y porotos cocidos y molidos.	Mani, soya y tarwi.
VERDURAS	Acelga, espinaca, zanahoria, vainitas, zapallo, apio, carote, lacayote, tomate sin piel y choclo, habas, arvejas hervidas y molidas. Mejor consumir verduras hervidas.	Pepino, rábanos, coliflor, brócoli, cebolla, tomate con piel, repollo, lechuga.
FRUTAS	Palta, mango, papaya, lima, mandarina, pera, durazno, frutilla, damascos y otras frutas crudas o hervidas. Si no hay estreñimiento se puede adicionar el plátano.	Toronja, sandia, mandarina, naranja, kiwi.
RAICES Y TUBÉRCULOS	Papa, camote, yuca, racacha y chuño.	Tunta, oca.
GRASAS Y ACEITES	Agregar a las ensaladas aceite vegetal.	Manteca, margarina.
AZÚCARES Y MIELES	Azúcar común. Miel, mermeladas.	Chocolates, dulces con relleno.
MISCELÁNEOS, CONDIMENTOS, ADEREZOS	Perejil, orégano, hojas de laurel, sal.	Aji, comino, pimienta, ajo, ketchup, mayonesa. Evitar té, café, gaseosas, jugos envasados y bebidas estimulantes y preparaciones que contengan alcohol.

Fuente: Modificado para SP, en base a dieta del Hospital del Niño, Unidad de Nutricion y Dietoterapia

CONSIDERACIONES DE IMPORTANCIA

CONDICIÓN	CARACTERÍSTICA
TEXTURA	Lograr que los alimentos sean de consistencia semisólida o puré, aplastados o triturados de acuerdo a tolerancia para facilitar la deglución y digestión. Evitar el atoramiento excluyendo preparaciones mixtas (doble textura), es decir, sólido-líquido (sopa con fideos, frutas en conservas, etc.).
FRACCIONAMIENTO	Proporcionar de cuatro a cinco comidas al día en cantidades pequeñas.
TEMPERATURA	Lograr que las preparaciones sean de temperatura tibia, no caliente, tampoco fría.
PREPARACIONES	Procurar que las preparaciones sean agradables y atractivas a la vista, de fácil preparación. Sugerir preparaciones cocidas al vapor, horno o en baño maría. Disminuir la ingesta de sal y azúcar, debido a una mayor intolerancia a la glucosa a medida que se envejece.
CONSUMO DE PROTEÍNAS Vs MEDICAMENTO	Vigilar que los medicamentos prescritos para SP sean ingeridos lejos de las comidas que contienen proteínas (no menor a dos horas) para una adecuada absorción.

Fuente: Elaboración UAN, 2016.

RECOMENDACIONES ÚTILES PARA PERSONAS CON SPK

- Lograr una postura erguida en el momento de la alimentación para mejorar la masticación y deglución de los alimentos.
- Emplear utensilios (copas, tazas, platos, etc.) apropiados que no se rompan y con base de goma para evitar que se resbalen. Asimismo, individuales o posaderos de platos que se "peguen" a la mesa.
- Utilizar cubiertos de menor peso con mangos modificados para manejarlos cómodamente. Es mejor emplear la cuchara que el tenedor.
- Disponer de una bombilla flexible si existe dificultad para llevar el vaso a la boca.
- Emplear tazas con tapa y orificio para introducir la bombilla, impedirá que se derramen los líquidos.
- Mantener la higiene de la persona durante los tiempos de comidas, se sentirá más cómodo.
- Evitar que la comida se enfríe por la lentitud de la ingesta, un plato térmico ayudará.
- Participar en terapias rehabilitadoras.
- Mantener la actividad física.
- Promover una alimentación saludable y variada de acuerdo a recomendaciones.
- Compartir con la familia los momentos de alimentación, aminorará la depresión, pérdida del apetito y probable pérdida de peso.
- Respetar la medicación prescrita.

PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL

ALIMENTOS QUE DEBEN CONSUMIR LAS PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

ALIMENTOS	FUNCIÓN
Pescados	Son fuente de Ácidos grasos omega - 3. Ayudan a compensar el equilibrio de estos ácidos que podrían estar en bajos niveles.
Carnes magras, huevos.	Ricos en vitamina B. Ayuda en las disfunciones neurológicas.
Espinaca, acelgas, oleaginosas (garbanzos, frijol, lentejas, tarwi, habas secas, otros.	Ácido Fólico podria mejorar la depresión.
Frutas, verduras, cereales integrales, almendras, nueces.	Aportan vitamina C, A y E. Tienen propiedades antioxidantes. Evita los radicales libres sobre las células del cerebro.
Aceites vegetales (oliva).	Aportan ácidos grasos esenciales, necesarios para el organismo (utilizar crudo en ensaladas).

Fuente: Elaboración UAN, 2018

RECOMENDACIONES:

EVITAR O DISMINUIR EL CONSUMO	CONTENIDO
Mantequilla, cremas, margarinas, frituras en general.	Grasas saturadas. Incrementan el riesgo de enfermedades no transmisibles ENT.
Azúcar	Podría aumentar la trasmisión de los impulsos nerviosos.

Fuente: Elaboración UAN, 2018

CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL TRASTORNO BIPOLAR

ALIMENTOS Y NUTRIENTES	FUNCIÓN
Proporcione alimentos fuente de proteínas (pescados, atún, sardinas, otros).	Son fuente de Ácidos grasos omega-3 que posiblemente se encuentran en niveles más bajos, por lo que se aconseja el consumo con mayor frecuencia.
Carnes magras y huevos.	Ricos en vitamina B. Ayuda en las disfunciones neurológicas.
Verduras y frutas en general	Mantienen el peso en forma saludable y ayudan en el aporte de antioxidantes y fibra. Las verduras proveen ácido fólico, asociado con la depresión.
Aceites vegetales, principalmente de oliva.	Aportan ácidos grasos esenciales, necesarios para el organismo (utilizarlo crudo en ensaladas).

Fuente: Elaboración UAN, 2018

RECOMENDACIONES GENERALES PARA PERSONAS CON TRASTORNO BIPOLAR

EVITAR O ELIMINAR EL CONSUMO DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS	CONTENIDO IMPORTANTE
Azúcar de mesa (refinada)	Eleva los niveles de insulina en sangre generando mayor deseo de consumo de dulces y/o alimentos azucarados.
Grasas saturadas	Aportan energía, se aconseja disminuirlas o evitar (frituras, mantequilla, cremas, otro).
Café	La disminución de café permitirá mejorar el sueño y el descanso nocturno.
INCORPORE EL CONSUMO DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS	**CONTENIDO**
Frutas y verduras	Ayudarán a suplir en parte, la ingesta de los carbohidratos simples (azúcar u otros alimentos con alto contenido de azúcar refinada). Durante los episodios de ansiedad, se sugiere el consumo de alimentos de consistencia dura, tales como la zanahoria cruda entera y/o almendras o frutos secos, entre otros.
Semillas en general (calabaza, sésamo, otros (salvado, hierbas secas, frutas secas (nueces, almendras, otros).	El contenido de alimentos fuente de magnesio, podrían ayudar a mejorar los síntomas y cambios bruscos del comportamiento. Asimismo, mantiene el funcionamiento óptimo de los nervios y músculos. El magnesio podría tener un efecto similar al litio, importante en el trastorno.
Leguminosas como lentejas, garbanzos, frijoles negros, otros	

Fuente: Elaboración UAN, 2018

RECOMENDACIONES GENERALES DE LA ALIMENTACIÓN EN TRASTORNO DELIRANTE

PRINCIPALES ALIMENTOS	FUNCIÓN
Proporcione alimentos fuente de proteínas (pescados, atún, sardinas, otros).	Son fuente de Ácidos grasos omega – 3, importante para el organismo.
Carnes magras y huevos.	Ricos en vitamina B. Ayuda en las disfunciones neurológicas.
Verduras y frutas	Ayudan a mantener el peso en forma saludable y proporcionan antioxidantes y fibra. Las verduras y frutas suministran vitaminas (como el ácido fólico asociado con la depresión) se encuentra en vegetales de hoja verde, frutas como las naranjas, paltas principalmente, así como los cereales fortificados con ácido fólico.
Leguminosas como la lenteja y el frijol negro	
Aceites vegetales, principalmente de oliva.	Aportan ácidos grasos esenciales, necesarios para el organismo (utilizarlo crudo en ensaladas).

Fuente: Elaboración UAN, 2018

Indicaciones generales para personas con discapacidad mental o psíquica:

- Proporcionar una alimentación saludable.
- Promover ejercicios diarios y deportes.
- Realizar actividades al aire libre.
- Incentivar el aprendizaje de instrumentos musicales - ayudará a disminuir el estrés.
- Respetar las horas de sueño para mejorar el descanso.
- Fortalecer los lazos familiares y su entorno.
- Vigilar en forma periódica la medicación y los controles con el profesional.
- Evitar el consumo de alcohol pues produce efectos nocivos para la salud.