

INDICE

I. INTRODUCCION

II. OBJETIVO GENERAL

III. OBJETIVOS ESPECIFICOS

IV. BASES LEGALES

V. ESTRATEGIAS

VI. COMPONENTES A SER NORMADOS

Discapacidad de Locomoción y de la Destreza.

Discapacidad de Comunicación.

Deficiencia de la Audición.

Deficiencias del Lenguaje y Voz.

VII. INDICADORES

VIII. ANEXOS

IX. GLOSARIOS

INTRODUCCIÓN

Discapacidad:

Dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

En este proceso multicasual existen diversos factores congénitos, genéticos, trastornos funcionales en la esfera mental, enfermedades, envejecimiento, accidentes y hechos violentos etc. Que constituyen el daño funcional o estructural de la Deficiencia, que al afectar al individuo en su funcionalidad como persona, lo conduce a la Discapacidad y al concurrir con otros factores externos, como condiciones socioeconómicas y dependientes del medio ambiente, general Minusvalías (no-adequación del sujeto para desempeñar el rol que le corresponde en su función socioeconómica o familiar). Esto se puede resumir a través del siguiente cuadro:

PROMOCION

PREVENCION PRIMARIA

Enfermedad Deficiencia.
Causas extrañas.

PREVENCION SECUNDARIA

Discapacidad.

PREVENCION TERCIARIA

Minusvalías
Factores del medio ambiente.

Por lo tanto, en la génesis del proceso de la discapacidad, según como podemos observar en el esquema, tendremos acciones sobre la Deficiencia para evitar la Discapacidad (prevención secundaria) y sobre la Discapacidad para limitarla o disminuirla y evitar la Minusvalía (prevención terciaria). Las acciones de Prevención Primaria, por tanto, serán competencia directa de otros programas de salud, por tanto, decimos que:

Prevención Primaria: Es el conjunto de acciones enfocadas a evitar la enfermedad, las lesiones en los diversos aparatos y sistemas que constituyen el cuerpo humano, así como las causas externas (traumas, accidentes y hechos violentos), que puedan lesionarlo.

Prevención Secundaria: Son las acciones destinadas a minimizar el impacto de las deficiencias causadas por el proceso patológico, potencian los remanentes funcionales del individuo y así evitar la discapacidad.

Prevención Terciaria: Conjunto de acciones destinadas a limitar la Discapacidad, mejorando la calidad de vida del individuo y evitar las Minusvalías.

Actualmente Nicaragua se encuentra en una situación epidemiológica que se ha calificado como de etapa pretransicional, con elevada tasa de mortalidad general y una mortalidad infantil de 53 por mil nacidos vivos y una elevada mortalidad materna de 160 por cien mil nacidos vivos y una prevalencia de enfermedades transmisibles y parasitarias las cuales están presente en casi todo el territorio nacional. Al cuadro general de daños a la salud se le agregan la tendencia creciente de las enfermedades crónicas, los accidentes y la violencia, generadora de discapacidad, así como problemas de desnutrición e insuficiencia de servicios de salud.

Existe un bajo ingreso económico de la población, estimado en 1993 en apenas US 496 dólares percapita anual. La población se encuentra desigualmente distribuida, con mayor concentración en el área del pacífico, la población rural representa el 48.3 por ciento La demanda de servicios de rehabilitación se ve presionada por un crecimiento poblacional elevado.

El estudio Los Años de Vida Potencialmente Perdidos por Muerte Prematura y Discapacidad(AVPT), demostró que en el país el 80 por ciento de los años de vida perdidos por muerte prematura se concentra en los grupos de 0 a 4 años de edad y es resultado de patologías del grupo I(enfermedades transmisibles, de la desnutrición y de la reproducción. También se identificó a los problemas del grupo III(lesiones y accidentes) como un importante problema de salud pública ya que son la principal causa de años de vida perdida en los hombres entre 15 y 44 años.

El Ministerio de Salud es el principal proveedor de los servicios de salud y por ende de rehabilitación, se estima que el sector privado atiende al cuatro por ciento de la población y que el Seguro Social al cinco por ciento.

Siendo nuestro país uno de los más vulnerables de la región y con la persistencia de altas tasas de Discapacidades (12 % INEC 1993) se hace necesario entonces focalizar las acciones para optimizar los escasos recursos humanos y materiales de manera que posibiliten incrementar el impacto en las más sentidas necesidades de atención en rehabilitación y considerando la situación epidemiológica actual, el Ministerio de Salud ha adoptado como Política promover la Prevención de la Discapacidad y las acciones de rehabilitación, con la activa participación de la sociedad en su conjunto, las propias personas con discapacidad y sus organizaciones, para impulsar verdaderas transformaciones en el sector salud y en Rehabilitación particularmente.

Las Normas de Prevención de la Discapacidad y Promoción de la Rehabilitación, son un conjunto de regulaciones estructuradas por niveles de atención y complejidad creciente, dirigiendo sus acciones hacia las Discapacidades de la Locomoción y de la Destreza al igual que las Discapacidades de la Comunicación, debido a que son las de más alta prevalencia y que con la adopción de la cultura de la prevención, podrán ser, en el contexto de un esfuerzo combinado, susceptibles de incidir significativamente en su comportamiento, contribuyendo de esta manera a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, sin menoscabo del impacto esperado en el perfil epidemiológico de la discapacidad a nivel nacional.

Este trabajo es el producto de un esfuerzo conjunto de los profesionales de la Rehabilitación de Nicaragua que se han propuesto poner al servicio del sector salud, instituciones formadoras, asociaciones gremiales y de las propias personas con discapacidad un instrumento ágil, comprensible y puntual para afrontar los designios del nuevo milenio en el campo de la Discapacidad y la Rehabilitación.

OBJETIVO GENERAL

Brindar atención integral a la población en general, dando prioridad a los grupos de mayor riesgo, por medio de las estrategias de Promoción y Prevención para reducir la prevalencia de la Deficiencia y de la Discapacidad, contribuyendo con la equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad. Sus familias y organizaciones.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Brindar educación a la población general sobre factores de riesgo y estilos de vida generadores e procesos discapacitantes, así como su repercusión en la integración y participación social de la persona con discapacidad.
- 2) Actuar en forma interprogramática para evitar, en el ámbito de salud, la aparición de la discapacidad por medio de acciones de prevención primaria sobre los factores de riesgo.
- 3) Motivar a la familia y a la comunidad a organizarse para realizar acciones de integración para con las personas con discapacidad a su medio social.
- 4) Brindar atención precoz e intervención oportuna y eficaz para limitar el deterioro de la persona con discapacidad a través de acciones interprogramáticas y de acciones específicas en rehabilitación.
- 5) Fortalecer la coordinación intersectorial, potenciando las acciones integradas de los aspectos de salud, educación, trabajo con la participación del sector público y privado.
- 6) Capacitar al personal de salud en la identificación precoz y tratamiento oportuno de los procesos discapacitantes y de las acciones rehabilitadoras, desde el pregrado hasta la fase de entrenamiento en servicio.
- 7) Promover la consolidación del sistema de registro de la Discapacidad y Rehabilitación.

BASES LEGALES:

Las presente Normas de Prevención de la Discapacidad y Promoción de la Rehabilitación Integral, responden a:

A- Las Normas contenidas en Convenios, Pactos y Declaraciones de Carácter internacional, de las cuales, Nicaragua es signataria, entre las cuales se citan a:

- ✓ La Declaración Universal de los Derechos Humanos. ONU. 1948.
- ✓ El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. ONU. 1966.
- ✓ El Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos. ONU. 1966.
- ✓ La Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo Social. ONU 1969.
- ✓ La Declaración Americana de los Derechos y deberes del Hombre. OEA. 1983.
- ✓ La Convención Americana sobre los Derechos Humanos. OEA. 1969.
- ✓ El Convenio sobre Readaptación Profesional y el Empleo de Personas Invalidas. OIT. 1958.
- ✓ La Declaración de los Derechos del Niño. ONU. 1969.
- ✓ La Declaración de los Derechos del Retrasado Mental. ONU. 1975.
- ✓ La Declaración de los Impedidos. ONU. 1975.
- ✓ La Convención sobre los Derechos del Niño. ONU. 1989.
- ✓ Al Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad. Capítulo I.

Objetivos: El propósito del Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad es promover medidas eficaces para la prevención de la discapacidad y para la rehabilitación y la realización de los objetivos de igualdad y de plena participación de las personas con discapacidad en la vida social y el desarrollo.

Prevención: La estrategia de prevención es fundamental para reducir la incidencia de la deficiencia y de la discapacidad.

- ✓ A las Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad.

Artículo 2. Atención Medica:

Los Estados deben esforzarse por proporcionar programas dirigidos por equipos multidisciplinarios de profesionales para la detección precoz, la evaluación y el tratamiento de las deficiencias. En esa forma se podría prevenir, reducir o eliminar sus efectos perjudiciales.

B.- Al Ordenamiento Jurídico Nacional:

Preceptos Constitucionales:

- ❑ Artículo 56; El Estado prestara atención especial en todos sus programas a los discapacitados y los familiares de caídos y víctimas de guerra en general.
- ❑ Artículo 59; Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación.
- ❑ Artículo 62; El Estado procurara establecer programas en beneficio de los discapacitados para su rehabilitación física, psicosocial y profesional y para su ubicación laboral.
- ❑ Artículo 71: Segundo párrafo: La niñez goza de protección especial y de todos los derechos que su condición requiere, por lo cual tiene plena vigencia la convención internacional de los derechos del niño de la niña.

La Política Nacional de Salud 1997-2002:

Primera Política: Modernización del Sector Salud.

1.1. Mision-Vision:

La Misión del Sector Salud Nicaragüense es alcanzar el máximo nivel posible de bienestar físico y mental de los individuos, la familia y la comunidad, haciendo el Sistema más accesible a la población, más equitativo y más eficiente.

1.2. Marco Legal y Regulatorio:

El Ministerio de Salud como ente rector del Sistema Nacional de Salud debe desplegar esfuerzos para el desarrollo de procesos de regulación, participativa, cuya motivación es la protección de la salud de la población.

Cuarta Política: Nuevas Estrategias en Salud Publica.

4.1. Redefinición del Modelo de Atención:

De lo Curativo a lo Integral: Es necesario redefinir el modelo de atención para que responda al perfil epidemiológico actual, dado que la coexistencia de distintos tipos de patologías, el incremento de la esperanza de vida, la aparición de nuevas amenazas, abren el espectro de un incremento incontenible en los costos si conservamos un modelo de atención por episodios, discontinuo y predominantemente curativo. La alternativa para abordar simultáneamente el rezago epidemiológico es mediante una estrategia preventiva, integral, interprogramática y participativa para intervenir en los factores de riesgo.

A la Ley 202

Ley de Prevención, Rehabilitación y Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad.

Artículo 2. –

La prevención, Rehabilitación y equiparación d oportunidades para las personas con discapacidad, se hará efectiva con la intervención del Estado, las personas con discapacidad, la familia y la sociedad en su conjunto.

Artículo 6.-

El Estado impulsara medidas apropiadas para la prevención de Deficiencias y las Discapacidades.

A la Ley 290

Ley de Or ganizacion, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo.

Artículo 26;

Al Ministerio de Salud le corresponden las funciones siguientes:

b) Coordinar y dirigir la ejecución de la Política de Salud del Estado en materia de Promoción, Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.

ESTRATEGIAS

Las estrategias implementadas para la consecución de los objetivos planteados son las siguientes:

- ❑ Información y Comunicación la población en general.
- ❑ Capacitación básica, intermedia superior de recursos humanos.
- ❑ Implementaron de la actividad asistencial institucional
 - ✓ Atención preventiva de la Discapacidad.
 - ✓ Atención a la persona con discapacidad.
- ❑ Investigación Epidemiológica, Biomedica y Operativa.
- ❑ Coordinación Interprogramatica, con todos los programas vinculados.
- ❑ Coordinación Intra e intersectorial, con las instituciones vinculadas y las ONG.

COMPONENTES A SER NORMADOS

El Programa Nacional de Rehabilitación como ente responsable de planifica, organizar, dirigir, controlar y evaluar las actividades destinadas a factibilizar la atención integral en salud de las personas con discapacidad, basándose en los resultados obtenidos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. (INEC 1993) relacionado a la prevalencia de las discapacidades en el territorio nacional y al comportamiento epidemiológico de las enfermedades prevalentes y reemergentes, ha determinado que los aspectos mas relevantes de la Discapacidad que afectan a la población nicaragüense son:

- ✓ Discapacidad de Locomoción y de la Destreza.
- ✓ Discapacidad de Comunicación, manifestada a través de las deficiencias de audición, Lenguaje, voz y visión.

DISCAPACIDAD DE LOCOMOCION Y DE LA DESTREZA

I. OBJETIVO GENERAL:

El MINSA define las Normas de Prevención de Discapacidades de Locomoción y destreza, con el fin de disminuir prevalencia, la prevención primaria, el diagnóstico precoz y el tratamiento rehabilitados oportuno a nivel nacional en las Unidades de Salud del Sector Salud.

III. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1) Identificar la prevalencia nacional de discapacidad de locomoción y destreza.
- 2) Promover la organización y desarrollo de acciones de sensibilización y concientización acerca de las personas con discapacidad de locomoción y de la destreza para el logro de la integración.
- 3) Promover la conformación de grupos comunitarios de apoyo a la persona con discapacidad de locomoción y de la destreza para el logro de la integración.
- 4) Fortalecer la participación de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en acciones dirigidas a la comunidad para la adopción de estilos de vida saludables y para eliminar barreras físicas en las vías y edificios de uso público.
- 5) Planificar y participar en la implementación de estrategias de promoción y de prevención primaria para el abordaje precoz de los factores de riesgo en la población objeto de la norma.
- 6) Participar a nivel comunitario y institucional para la identificación precoz y manejo oportuno, integral y funcional de las personas con deficiencias causadas por enfermedades prenatales, perinatales, y posnatales, enfermedades cardiovasculares, accidentes, diabetes, reumáticos y congénita.
- 7) Unificar principios, estrategias y criterios para la capacitación de Recursos Humanos para la prevención y rehabilitación de la locomoción y de destreza.
- 8) Uniformar criterios para la vigilancia de la discapacidad de locomoción y de la destreza.
- 9) Promover y realizar investigación relacionada con la Discapacidad de locomoción y de la destreza.
- 10) Participar en la coordinación intersectorial, intrasectorial e interprogramática institucional para la prevención y rehabilitación de la discapacidad de locomoción y destreza.

II. DEFINICION DE DISCAPACIDAD DE LOCOMOCIÓN Y DESTREZA

Se entiende por persona con discapacidad de locomoción a toda persona que como consecuencia de una deficiencia, tienen disminuida la capacidad para trasladarse por sus propios medios de un sitio a otro. (1)

Se entiende por persona con discapacidad de la destreza a toda persona que, como consecuencia de una deficiencia, tiene disminuida la capacidad para realizar actividades manuales, regular los mecanismos del entorno y los movimientos corporales de vida cotidiana.

FALTA:

2.1 Definir el tipo de clasificación que se va a utilizar en el país.

2.2 La clasificación y sub clasificación.

2.3 Causas.

2.2 CLASIFICACION Y SUB CLASIFICACION:

2.2.1 DISCAPACIDADES DE LA LOCOMOCION:

Discapacidad de ambulación (40-45)

- 40. Discapacidad para caminar
- 41. Discapacidad para salvar desniveles
- 42. Discapacidad para subir escaleras
- 43. Otra discapacidad para subir
- 44. Discapacidad para correr
- 45. Otra discapacidad de ambulancia

Discapacidad que impiden salir (46-47)

- 46. Discapacidad para desplazarse
- 47. Discapacidad de transporte

Otras discapacidades de la locomoción (48-49)

- 48. Discapacidad para levantarse
- 49. Otra discapacidad de la locomoción

2.2.2 DISCAPACIDAD DE LA DESTREZA:

Hacer referencia a la destreza y habilidad de los movimientos corporales, incluidas las habilidades manipulativas y la capacidad para regular los mecanismos de control.

Excluye: La capacidad para escribir o hacer signos gráficos.

DISCAPACIDAD DE LA VIDA COTIDIANA (60-61)

60. Discapacidad para regular el entorno.

60.0 Discapacidad de seguridad

incluye: Manejo de pestillo y otros cierres(por ejemplo, picaportes) y uso de las llaves

60.1 Discapacidad de acceso

Incluye: Abrir y cerrar puertas

60.2 Fuego

Incluye: Prender fuego y encender cerillos

60.3 Dispositivos domésticos:

Incluye: Uso de grifos, bombas y enchufes

60.4 Ventilación

Incluye: Abrir ventanas

60.9 Sin especificar

6.1 Otra discapacidad de la vida cotidiana

6.1.0 Uso del teléfono de disco

6.1.1 Moneda

Incluye : Manejo de dinero

6.1.2 Otros movimientos delicados

Incluye: Dar cuerda a relojes de pulsera y de pared

6.1.3 Mover objetos

Incluye: Coger y transportar pequeños objetos y no dejar caer objetos
Excluye: Recoger objetos (52)

6.1.4 Manejar objetos

Incluye : Manejar periódicos

6.1.8 Otros

6.1.9 Sin especificar

DISCAPACIDADES DE LA ACTIVIDAD MANUAL (62-66)

Excluye: Discapacidad para escribir (28)

62. Discapacidad para manejar los dedos

Incluye: Capacidad para manipular con los dedos

6.3 Discapacidad para agarrar

Incluye: Capacidad para agarrar o empuñar objetos y para moverlos.

6.4 Discapacidad para sujetar

Incluye: Capacidad para inmovilizar objetos sujetándolos

6.5 Discapacidad del uso de la mano

Incluye: Discapacidad del zurdo en una cultura predominante diestra.

6.6 Otra discapacidad de la actividad manual

Incluye: Otras dificultades en la coordinación

OTRA DISCAPACIDAD DE LA DESTREZA (67-69)

6.7 Discapacidad para controlar el pie

Incluye: Capacidad para utilizar los mecanismos de control del pie.

6.8 Otra discapacidad de control del cuerpo

Incluye: Capacidad para utilizar otras partes del cuerpo para la regulación de los mecanismos de control.

6.9. Otras discapacidad de la destreza.

2.3 CAUSAS DE DISCAPACIDAD DE LOCOMOCION Y DESTREZAS

CAUSAS	POB. INFANTIL	POB. ADULTA
<u>1. Enfermedades</u>		
1.1 Cerebrovascular		X
1.2 Diabetes		X
1.3 Enf. Reumáticas		X
1.4 Prent. Perinatal Post Natal (lesión ESNC)	X	
1.5 Degenerativas del SNC		X
<u>2. Causas Ext.</u>		
Acc. Automovilit.		X
Intoxicaciones		X
HPAF – HPAB		X
Traumas	X	X
<u>3. Congénitos</u>		
Sífilis	X	
Malformac.	X	

IV MARCO REGULATORIO:

TRASCENDENCIA:

La trascendencia puede entenderse de dos manera distintas una, como el grado de interés público por un problema específico y otra, como el impacto social laboral y económico que el mismo produce (31).

En su primera acepción, el interés público por el problema de discapacidad de locomoción y de la destreza sigue siendo muy bajo a pesar del aumento de asociaciones amigas de las personas con deficiencias específicas de 20 en 1980 a 55 en 1990 (32). En general, las personas con discapacidades de locomoción y/o de destreza no tienen voz y poco o ningún poder en los órganos decisivos de las comunidades urbanas o rurales , por lo que sus necesidades casi nunca trascienden al ámbito familiar (33).

En su segunda acepción, la discapacidad de locomoción y/o destreza provoca un profundo impacto social, laboral, educativo y económico. En lo social alteran la estabilidad emocional del grupo familiar inmediato y un poco menor en el grupo familiar mediato. Generalmente, un segundo miembro del grupo familiar deja de hacer sus actividades cotidianas para servir de apoyo para los traslados en los primeros meses por lo que las tasas de discapacidad terminan siendo casi el doble de lo señalado.

También los discapacitados para la locomoción asisten poco o dejan de asistir a eventos sociales, generalmente no contraen matrimonio ni tienen descendencia; los que tienen pareja fina se separan o se divorcian (34) (35) (36).

Económicamente las personas con discapacidad de locomoción y/o destreza general pocos ingresos; además la presencia de una persona con discapacidad de locomoción grave, impide que un segundo miembro familiar el traslado por temporadas que, a veces se prolonga más allá de los 6 meses (42).

V. SITUACION ACTUAL DE LA DISCAPACIDAD DE LOCOMOCION Y DESTREZA:

No se conoce con exactitud el riesgo de la población de discapacitarse para la locomoción y para realizar actividades manuales; sin embargo, es posible aproximarse a través de estudios transversales. Indicadores Internacionales revelan que de cada 100 personas de la población general , 12 tienen discapacidad de cualquier tipo; de cada 100 personas con discapacidad 15 son para locomoción y 12 son para la destreza (3) . A su vez estas discapacidades son debidas a deficiencias musculoesqueléticas en un 27%, sensitivas en un 15% , visuales en un 11% y viscerales en un 10%. Por supuesto otros estudios transversales señalan un orden totalmente diferente ocupando las deficiencias viscerales justamente el primer lugar y las musculoesqueletica el tercer lugar.

Por otra parte según registros de morbilidad hospitalaria procedentes de 13 de los 32 Servicios de Medicina Física y Rehabilitación del M.S.A.S en Venezuela. Define como las principales noxas o lesiones que se relacionan con esta discapacidad los accidentes de todo tipo con un 45% las enfermedades (neurológicas, reumáticas, cardiovasculares y las endocrinas como la diabetes) con un 35% y las congénitas con un 20 % . (4).

En relación a las personas que se discapacitan para la locomoción es posible aproximarse por mecanismos indirectos aplicando a las conocidas tasas de mortalidad específicas por causa las razones de mortalidad/discapacidad específica para esas mismas causas. Desde luego que con esta metodología sólo tendremos aproximaciones de aquellas noxas graves o letales y seguiríamos careciendo de información de las noxas no letales, además los resultados deben leerse con prudencia debido a que las razones muerte/discapacidad todavía requieren mayor soporte epidemiológico.

(Amate 1990) Las investigaciones en distintos países muestran prevalencia de 14.5 en los Estados Unidos de América y 12.8% en el Canadá, como las más altas de la Región. Esto se debe supuestamente, al hecho de que en estos países si situación socioeconómica y la cobertura de servicios, predominantemente sociales, tienen en cuenta para estos estudios las deficiencias discapacidades y minusvalías. Resultan interesantes las diferencias encontradas, en un mismo país según la marginalidad de la zona considerada. Así en Colombia la prevalencia en Antioquía es de 6.2% mientras que en una barriada de Santander del Norte es de 10.0% En Salvador, Bahía Brasil, 1.7% . En Argentina, la prevalencia en Buenos Aires es de 4.9% y en áreas rurales de Jujuy, 10.0% .En el Perú se calcula en 31.25% y se estima que el 66% vive en área marginales.

SITUACION ACTUAL - NICARAGUA

2.2 Epidemiología y estadísticas en Rehabilitación:

La población para 1998 es de 4,824,945 habitantes, de los cuales 2.351,423 son hombres y 2.473.522 son mujeres, en cuanto a la distribución por edad, la población es muy joven: un 53% de ella es menor de 18 años, mientras solo un 3% es mayor de 65 años, el restante porcentaje (44%) se encuentra entre los 18 y los 64 años.

En 19893 el INEC, realizó una Encuesta Nacional por muestreo para medir el Nivel de Vida de los Nicaragüenses, entre los instrumentos de recolección de información que utilizarían, se incluyó una ficha que propiciaría conocer la situación de la Discapacidad, de cuyos resultados se pudo estimar que la prevalencia de la Discapacidad en Nicaragua es del orden del 12.1% de la población.

El muestreo lo realizaron, organizando al país en macroregiones , de las cuales, mostraremos la prevalencia estimada.

Cuadro No. 1
Prevalencia de Discapacidades por Macroregiones del País

Tipo de Discapacida	MACROREGIONES							Total Nicaragua
	Segovias	Occidente	Managua	Sur	Central	Norte	Atlántica	
Oir	1.3%	1.4%	1.0%	1.3%	0.8%	1.1%	1.0%	1.13%
Hablar	0.4%	0.3%	0.5%	0.6%	0.3%	0.4%	0.3%	0.4%
Ver	6.8%	8.3%	9.4%	7.7%	7.4%	7.6%	5.3%	7.7%
Movimient	0.3%	0.9%	0.9%	0.6%	0.6%	0.3%	0.3%	0.6%
Deformac	0.4%	0.4%	0.4%	0.5%	0.4%	0.3%	0.3%	0.4%
Mentales	0.5%	0.4%	0.7%	0.7%	0.4%	0.5%	0.5%	0.5%
Combuls.	0.6%	0.5%	0.5%	0.4%	0.2%	0.6%	0.6%	0.5%
Oir/Hablar	-	0.1%	0.1%	-	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
Otras	0.8%	0.8%	1.0%	0.6%	0.5%	0.8%	0.5%	0.8%
Totales	11.1%	13.1%	14.5%	12.5%	10.7%	11.8%	8.8%	12.1%

Fuente INEC, Encuesta de Medición de Nivel de Vida 1993.

La presente tabla muestra la distribución de la prevalencia de discapacidades en el país, distribuidos por macroregiones, observándose las variantes entre cada una, la Macro Región de las Segovias, comprende los SILAIS de Nueva Segovia, Madriz y Estelí, su prevalencia es de 11.1% es indudable que la zona fue escenario de guerra y por lo tanto receptor de grandes poblaciones foráneas que al discapacitarse regresaban a su ciudad de origen. La macro Región de occidente la constituye León y Chinandega, su prevalencia es de 13.1% no fue escenario de guerra, pero si aporte grupos poblacionales en la época del conflicto bélico.

La Macro Región de Managua, con una prevalencia del 14.5% es una de las mayores prevalencias, es el SILAIS que más concentra población en el país, debido a su condición de capital, además al incremento del desarrollo industrial, los niveles de pobreza, hambre desnutrición, todas las formas de violencia, la falta de conocimientos sobre el problema de la discapacidad, sus causas, prevención y tratamiento incluyendo la discriminación y los conceptos erróneos sobre la discapacidad. Se debe agregar a esto las discapacidades

congénitas, de las que algunas se pueden prevenir a través de una adecuada inmunización y con un buen control de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

La Macro Región del Sur, incluye los SILAIS Masaya, Granada, Carazo y Rivas, su prevalencia es del 12.5% alta en comparación a las Segovias y norte del país. La Macro región Central incluye los SILAIS de Boaco y Chontales, con una prevalencia del 10.7% , siendo una de las más bajas del país. La Macro Región del Norte incluye los SILAIS de Jinotega y Matagalpa con una prevalencia de 11.8% , siendo alta en relación a la central y atlántica. La Macro región Atlántica incluye los SILAIS de Río San Juan , Atlántico Norte y Sur, con una prevalencia de 8.8%, siendo la más abaja, pudiendo atribuirse esto a que no fue escenario directo de operaciones y las condiciones geográficas no permita desplazar grandes grupos, por el contrario , recepcionaba poblaciones. Como norma se puede observar que las discapacidades visuales, son la más representativa en todas las macroregiones y los problemas para oír.

Estas variaciones de los indicadores de prevalencia no debe ser causa de extrañeza, dado que este comportamiento ha venido variando en el tiempo, así tenemos que en 1981, la OPS/OMS estimaba una prevalencia entre el 7 y 10 %, actualmente , estima esta cifra en 34% como se podrá observar, los valores nacionales mantienen cierta congruencia a los estimados internacionalmente. Esto se podrá apreciar con mayor precisión, al revisar las prevalencias de algunos países de la región.

CUADRO No. 2.

Estimado de Discapacidos por Macro regiones y por sexo

Macro Región	Hombres			Mujeres			Total Nicaragua	
	Poblac.	Discap.	%	Poblac.	Discap.	%	Poblac.	Discap.
Segovias	471,734	25,739	11.1%	239,858	26,624	11.1%	471,734	52,363
Occidente	366,947	48,070.	13.1%	384,733	50,400	13.1%	751,680	98,470
Managua	568,314	82,406	14.5%	631,058	91,503	14.5%	1,199,372	173,909
Sur	367,894	45,987	12.5%	385,384	48,173	10.7%	753,278	94,160
Central	247,447	26,477	10.7%	255,152	27,301	12.5%	502,594	53,778
Norte	397,561	46,912	11.8%	403,748	47,642	11.8%	801,309	94,554
Atlántica	171,379	15,081	8.8%	173,589	15,276	8.8%	344,30	30,357
Totales	2,51,423	290.672	12.1%	2,473,522	306.919	12.1%	4,824,945	597,591

La macroregión de Managua, muestra mayor población con discapacidad , siendo la Número 1, seguida de la macroregión de Occidente en segundo lugar, la Región Norte en tercer lugar, la Región Central en cuarto lugar, la Región sur en quinto lugar, la Región de las Segovias en sexto lugar y finalmente la Región del Atlántico en séptimo lugar. Se aprecia igualmente un ligero predominio del sexo femenino en la estimación de discapacidades en el ámbito nacional. Igualmente es importante comparar lo asimétrico de las prevalencias entre una macroregión y otra, por ello no tendremos estimaciones globales, sino particularizadas a cada macroregión.

ESTRATEGIAS:

- Divulgación y comunicación a la población en general.
- Promoción de la participación y organización comunitaria.
- Capacitación básica según perfil profesional y niveles de resolución.
- Acciones de promoción, preventivas, asesoramiento asistencial y ayuda técnica.
- Investigación epidemiológica, biomédica y operativa.
- Coordinación intrainstitucional e intersectorial.
- Promoción del enfoque integral de la rehabilitación.
- Promoción de la enseñanza del impacto de la prevención en rehabilitación en la educación formal y no formal.

POBLACIÓN DE ALTO RIESGO:

- ✓ Menores de 5 años con factores de riesgo biológicos, psicológicos o sociales presentes desde una etapa prenatal, perinatal o postnatal.
- ✓ Población de 5 a 14 años por los riesgos de accidentabilidad, desnutrición y exclusión o deserción escolar.
- ✓ Personas entre 15 y 65 años con riesgo biológicos, psicológicos, sociales y laborales.
- ✓ Personas mayores de 65 años por los riesgos biológicos de orden degenerativo.

FACTORES DE RIESGO:

Los factores de riesgo para la discapacidad de locomoción **no para el daño** se dividirán en extrínsecos e intrínsecos. Los extrínsecos son provenientes del medio ambiente. Los intrínsecos provienen de la persona desde la infancia hasta la vejez.

FACTORES INTRINSECOS:

Biológicos:

- Daño Muscular, óseo, articular.
- Daño neurológico, metabólico.
- Daño cardiovascular.
- Daño Visual.
- Envejecimiento.
- Malformaciones Congénitas
- Embarazo de Alto Riesgo
- Inmovilidad
- Desnutrición.

Socioeconómicas:

- Desinformación familiar y comunitaria.

- Trabajo con cargas pesadas
- Repetitividad laboral.
- Fatiga laboral

FACTORES EXTRINSECOS

DISPOSICIONES GENERALES:

A.- DISPOSICIONES GENERALES SOBRE LA PERSONA:

- ❑ Toda la población recibirá información sobre la frecuencia de la discapacidad de locomoción y de destreza; causas que la producen, impacto, posibilidades de prevenirla, rehabilitarla, contribuciones y potencialidades de las personas que la padecen.
- ❑ Toda persona que ingrese al sistema educativo formal, no formal o informal recibirán **desde el nivel básico hasta el nivel universitario los conceptos y valores que propicien un comportamiento adecuado con las personas con discapacidad de locomoción y/o destreza**, para lo cual el personal de salud y particularmente el personal de rehabilitación, así como las propias personas con discapacidad deben involucrarse.
- ❑ El equipo de salud **promoverá la organización de comités de Rehabilitación** integrando representantes de sectores educativos, laboral, social, sanitario, deporte, cultura, recreación comunitaria y a las propias personas con discapacidad y sus familias.
- ❑ El personal de salud de los establecimientos tanto centralizados como descentralizados y de todo aquellos entes involucrados en el proceso de rehabilitación e integración, se **capacitarán en técnicas de identificación, prevención y rehabilitación** de personas con deficiencias músculo-esquelética, sensitivas, visuales y viscerales y con discapacidad de locomoción y destreza. En su capacitación se refleja el principio de la plena participación y equipamiento de oportunidades.

- ❑ Los **trabajadores de la comunidad voluntaria o no, particularmente los del medio rural disperso y los del medio urbano en pobreza extrema tendrán gran importancia estratégica** y se capacitarán en técnicas de identificación de personas con deficiencias y discapacidades y en técnicas básicas de prevención y rehabilitación de personas con discapacidad.
- ❑ **La identificación de personas con discapacidad** o con factores de riesgo para discapacitarse es **una actividad de aplicación descentralizada y desconcentrada** por lo que el personal de todos los establecimientos de salud deben incluirlo dentro de sus actividades regulares.
- ❑ Toda persona identificada con factores de riesgo para la discapacidad de locomoción y/o destreza **iniciará inmediatamente el programa de prevención de estas discapacidades** , utilizando los cuadernos del Manual a la persona con discapacidad en su comunidad.
- ❑ La identificación de la persona con discapacidad se realizará siguiendo el formulario 1 (anexo) según los procedimientos que luego se señalan.
- ❑ Toda persona identificada con deficiencias musculoesquelética, visual, sensitiva o visceral se le determinarán sus discapacidades y necesidades de rehabilitación inmediatamente después de ser identificadas y referidas como tal por el equipo de rehabilitación .
- ❑ Toda persona con deficiencias de locomoción y destreza será evaluada en medicina física y rehabilitación en el menor tiempo posible de acuerdo con el tipo de deficiencia.
- ❑ El personal de salud se le dará **elemento básico, capacitado , prestar asistencia a las personas con deficiencias y discapacidades de locomoción y/o destreza** y además para prestar asesoramiento apropiado a los familiares a fin de que no limiten las opciones y potencialidades de que disponen éstos.
- ❑ Toda persona que sea **hospitalizada con daño discapacitante recibirá atención en rehabilitación desde su ingreso** para lo cual los servicios donde se haya ingresado informaran inmediatamente al equipo de Rehabilitación.
- ❑ Toda persona con discapacidades **leves o moderadas recibirán Asistencia Rehabilitadora Institucional y/o en domicilio** . El coterapeuta será debidamente capacitado , apoyado y supervisado para la atención en domicilio.
- ❑ Toda persona con **discapacidades graves recibirán asistencia rehabilitadora especializada** ; ambulatoria u hospitalizada para lo cual el personal de los servicios de rehabilitación debe ser debidamente **capacitado y equipado**.
- ❑ Toda persona con discapacidades graves que requiera hospitalización se le **garantizará cama de hospitalización en los hospitales departamentales. Las autoridades de dichas instituciones deberán tomar las medidas pertinentes para el cumplimiento de esta disposición.**
- ❑ Toda persona con discapacidad de locomoción y/o de destreza que ha logrado la mayor independencia total o funcional, será posible egresado del programa por parte del equipo rehabilitador.

- ❑ A toda persona con discapacidades de Locomoción y Destreza se le **registrará** la gravedad y tipo de deficiencias, discapacidades y minusvalías **siguiendo la normativa del clasificador internacional de Deficiencias, discapacidad y minusvalías**.
- ❑ Toda **investigación** de carácter **experimental** que involucra personas con discapacidad debe contar con el aval del Programa Nacional de Rehabilitación y la autorización de la Dirección de Salud de cada unidad., La investigación no experimental deberá ser informada a la Dirección de las Unidades Médicas.

B.- DISPOSICIONES GENERALES SOBRE EL MEDIO:

- ❑ Todos los edificios de uso público (supermercados, tiendas, bancos, teatros, cines, locales religiosos, instalaciones deportivas, parques recreativos etc.) y particularmente los establecimientos de salud y educación deberán garantizar las condiciones que faciliten el acceso y permanencia en ellos, de las personas con discapacidad de locomoción y/o destreza; y además promueve la eliminación de barreras físicas según la ley 202; capítulo V inciso f de la República de Nicaragua.
- ❑ Los establecimientos deberán contar con equipos y medios adecuados que permitan garantizar atención a personas con discapacidad (camillas, sillas de ruedas etc.).
- ❑ Los establecimientos públicos y/o privados colocarán avisos de orientación y señalización para el desplazamiento de las personas con discapacidad o destreza.
- ❑ Promover la creación de bancos de ayuda técnica para el desarrollo, fabricación y distribución dentro o fuera de los establecimientos de salud
- ❑ incorporando criterios de tecnología apropiada al país. Que permite la accesibilidad de las personas con discapacidad.
- ❑ Unidades de transporte público que faciliten el acceso y permanencia temporal en la misma de las personas con discapacidad de Locomoción (deberán tener aciertos disponibles para ellos) adaptadas a través de la acción intersectorial

DISCAPACIDAD DE COMUNICACION:

INTRODUCCIÓN

La introducción del componente de rehabilitación en los Sistema Locales de Salud es esencial pues va mas a allá del tratamiento de una enfermedad. Enfoca los aspectos de la salud y el bienestar no solo en el individuo sino también en su comunidad.

La OMS realizo investigaciones que condujeron a establecer la cifra del 7 % de la población como discapacitada, señalándose dentro de este porcentaje la cifra correspondiente a los diferentes tipos de discapacidades. Dentro de las 5 primeras discapacidades en nuestro país se encuentra el trastorno de la Comunicación.

Se entiende por Discapacidad de la comunicación a toda persona que como consecuencia de una Deficiencia de Audición, de Lenguaje, Habla y/o Voz disminuye la capacidad para generar y emitir mensajes así como para recibir y comprenderlos. Se incluye dentro de la comunicación la verbal(lenguaje hablado y escrito) y la no verbal(lenguaje por gráficos y signos).

Se entiende por Deficiencia Auditiva la que presenta toda persona por alteración de la estructura del oído o de la función auditiva, incluyendo la alteración de la sensibilidad para oír, escuchar y discriminar los sonidos y en especial lo relacionado con el lenguaje hablado aun cuando se amplifique.

Se clasifica según el grado de deficiencia, en decibeles, tal como lo refleja la siguiente tabla:

Deficiencia Profunda	> de 91 Db. ISO.
Deficiencia Grave	de 71 - 91 Db. ISO.
Moderadamente Grave	de 56 - 70 Db. ISO.
Auditiva Moderada	de 41 - 55 Db. ISO.
Auditiva Ligera	de 26 - 40 Db. ISO.

Se entiende por Deficiencia del Lenguaje la que se presenta por alteración de la comprensión y de la formulacion del lenguaje verbal: oral o escrito; y del lenguaje no verbal: de signos o señas o gráficos.

Se incluye en este ítem las alteraciones en la producción de la voz la cual puede deberse a alteración de la estructura y/o de la función del sistema fonatorio donde se pueden evaluar las modificaciones en cuanto a timbre, tono e intensidad de la misma.

En cuanto al habla comprende las alteraciones funcionales, orgánicas(disglorias) y neurales de los órganos de la articulación pudiendo evidenciarse a través de disturbios articulatorios(dislalias y disartrias), así como alteraciones de la fluidez y del ritmo como por ejemplo el tartamudeo y el ffulleo.

En Nicaragua, el INEC realizo una encuesta en 1993 y concluyo que el trastorno de la comunicación comprende el 1.63 % de prevalencia de la población total, no obstante aplicando este porcentaje a la población de 1998, la distribución de la discapacidad para la categoría de Oír comprende el 9.23 %, para el Habla un 3.40 % y para la categoría Oír/Hablar el 0,5 %.

Es necesario acotar que a esta población portadora de esta discapacidad se le agregan los problemas arraigados en los Sistemas de Salud que se manifiestan a través de los modelos organizativos faltos de equidad.

En este sentido y debido a que la comunicación es una función importante para generar y emitir mensajes, así como para recibir y comprenderlos como necesidad básica para interactuar con las demás personas y el medio que nos rodea, se hizo necesario Normar las principales actividades de Promoción y Prevención de este tipo de trastorno.

OBJETIVO:

Disminuir la discapacidad generada por los trastornos de la comunicación con acciones de promoción y prevención de discapacidad y rehabilitación específicas, para mejorar la calidad de vida de la población expuesta al riesgo en este aspecto de la salud.

POBLACIÓN OBJETO:

- A.- En cuanto a actividades de promoción y prevención primaria(para ambos trastornos de la comunicación) toda la población en general.
- B.- En cuanto a prevención secundaria y terciaria, tenemos:
 - 1.- Trastornos de la audición en menores de 0 - 6 años.
 - 2.- Trastornos de lenguaje, habla y voz:
 - a) Periodo de adquisición de Lenguaje: Personas menores de 5 años.
 - b) Periodo de desarrollo del Lenguaje: Personas entre 6 y 19 años.
 - c) Periodo de Madurez: Personas de 20 y mas años de edad.

ESTRATEGIAS:

- ⇒ Información y Comunicación a la población en general.
- ⇒ Promoción de la participación y organización comunitaria.
- ⇒ Capacitación Básica, intermedia y avanzada de los recursos humanos.
- ⇒ Capacitación a las Comisiones Locales de Rehabilitación sobre aspectos básicos de: Factores de riesgo y entrenamiento en Técnicas de Estimulación del Lenguaje, verbal, gestual y auditivo.
- ⇒ Estructuración de acciones de Promoción preventiva, de asesoramiento, asistenciales y de ayudas técnicas.
- ⇒ Investigación epidemiológica, biomedica y operativas.
- ⇒ Coordinación intersectorial, intrasectorial e interprogramaticas.

NORMAS GENERALES POR NIVELES DE COMPLEJIDAD:

Con el propósito de hacer accesibles las acciones hacia la población en general, se han estratificado siguiendo el ordenamiento establecido para Rehabilitación en los siguientes Niveles.

NIVEL I :

1. La captación y evaluación de las discapacidades de la Comunicación se realizará en el componente de Crecimiento y Desarrollo, por el Médico General y por personal de Enfermería, según normas de CCD.
2. La evaluación será considerada de tipo Informal y se auxiliara del Instrumento denominado Prueba de Denver Simplificado.
3. La respuesta será considerada Positiva para problemas de Comunicación(audición y lenguaje) cuando en las áreas evaluadas no se aprecie la conducta esperada para la edad evaluada.
4. En caso de no ser satisfactoria la respuesta, será indicativo de la posibilidad de presencia de trastornos de la comunicación.
5. En caso de sospecha de algún trastorno en algunas de las esferas evaluadas, será entonces integrado a tratamiento, adiestramiento a los padres y entregando el Cuaderno respectivo del manual de capacitación de Rehabilitación Basada en la Comunidad.
6. Cuando es evidente la alteración, recibirá siempre los Cuadernos del Manual respectivo y se procederá a derivarlo al II Nivel para confirmar diagnóstico y definición del plan Terapéutico adecuado.
7. Considerando las Normas de CCD, este regresará a control para el respectivo seguimiento

NIVEL II :

1. La evaluación especializada será realizada por el Pediatra y/o Fisiatra, según la disponibilidad del recurso humano en la Unidad Hospitalaria correspondiente.
2. Será referido al III nivel, cuando se ha confirmado la presencia de alteraciones de la comunicación, si se comprueba la no existencia del trastorno entonces será contrarreferido al Primer Nivel para incorporarlo a las acciones de RBC y manejarlo según la complejidad del caso utilizando los cuadernos respectivos del Manual de Capacitación de la Persona con Discapacidad en su Comunidad.
3. En relación a los adultos mayores con alteraciones de la comunicación captados en este nivel, una vez diagnosticados serán referidos al Programa de Dispensarizados para el control de su patología de base y disminuir sus factores de riesgo y a las unidades de rehabilitación de este nivel y del Primero para continuar su tratamiento.
4. Los casos de mayor complejidad serán referidos al III Nivel.

NIVEL III :

La evaluación especializada será realizada por especialistas de la materia, utilizando las medidas diagnosticas que comprenden:

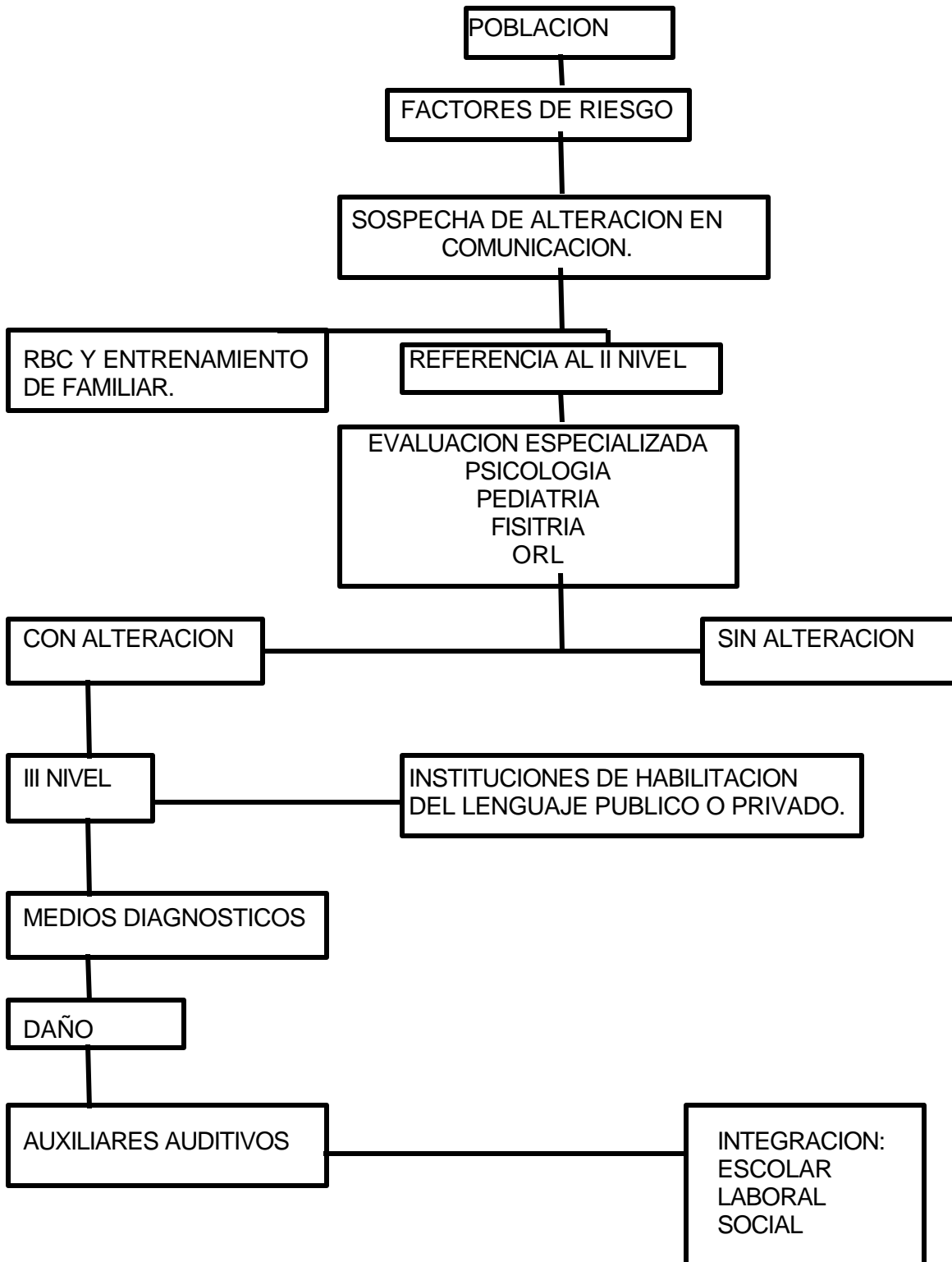
- Pruebas audiologicas.
- Evaluación neurológica.
- Evaluación psicológica.
- Evaluación del lenguaje.

En caso de confirmarse algún daño en cualquiera de las áreas y previa coordinación intersectorial. será referido a aquella institución publica o privada que reúna las condiciones técnicas apropiadas, para el manejo correcto de las discapacidades de la comunicación, donde será sometido a:

- Potenciales evocados/auditivos.
- Pruebas audiologicas.
- Evaluación neurológica.

Dependiendo de los resultados del diagnostico y previa coordinación intra e intersectorial, será referido a una institución publica o privada especializada en la Educación Especial.

ARBOL DE DECISIONES:



INDICADORES:

DE PROCESO

1. Numero de niños que se les aplica Denver.
2. Numero de talleres de capacitación.
3. Numero de Comisiones Locales organizadas y Funcionando.
4. Numero de Reuniones Intersectoriales, interprogramaticas realizadas.

DE RESULTADOS

1. Numero de personal de salud adiestrado.
2. Numero de diagnósticos Comunitarios.
3. Numero de Acuerdos cumplidos intersectorial.

DE IMPACTO

1. Tasa de incorporación al programa escolar.
2. Tasa de captacion Temprana(con lenguaje y audición).
3. Tasa de incorporación Social.

PROFESIONALES QUE ELABORARON ESTE APARTADO

DRA. ESTERLINA REYES.

DRA. MIRIAN GUTIEREZ.

DRA. MERCEDES MENDOZA.

DRA. SUSANA RAPPACIOLLI.

DR. ANGEL BONILLA.

LIC. ALEJANDRA MARTINEZ.

LIC. AMILKAR OBANDO.

LIC. AMANDA PASTRAN.

TEC. LUIS VELAZQUEZ.

LIC. MARIA FELIX GONTOL.

DR. REYNALDO AGUILAR.

DR. JULIO FERNANDEZ.

DRA. MARTHA PASTORA.

ASISTENTE METODOLOGO:

MSC. HECTOR COLLADO.