

Una mirada de la rehabilitación desde la perspectiva de la profesión de enfermería

A look at rehabilitation from the nursing profession's perspective

Um olhar para a reabilitação desde a perspectiva da profissão de enfermagem

MARTHA LUCÍA ALZATE POSADA*, LUCERO LÓPEZ **, VILMA VELÁSQUEZ***

Resumen

Se presenta una aproximación a lo que es e implica la rehabilitación para los profesionales de enfermería, sobre todo cuando se enfrentan al cuidado de las personas en situación de discapacidad y vejez. Parte de una revisión de literatura sobre la conceptualización de la rehabilitación desde la perspectiva de la profesión de enfermería y su desarrollo histórico para continuar con algunos aspectos relacionados con la legislación en esta materia, y seguir con una breve ilustración sobre el abordaje de la rehabilitación dado por distintos autores. Aproximación que

permite plantear lo que es y significa este tema para los profesionales de enfermería con base, también, en las reflexiones a partir de la experiencia y los resultados de la investigación realizada por las autoras, sobre el diseño y evaluación de un modelo de cuidado cultural de la salud para personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza en zonas urbano-marginal y rural aledañas a Bogotá D. C., durante tres años consecutivos a partir de 2004. Se espera que este artículo sea fuente de motivación para seguir indagando, profundizando y estableciendo prácticas de enfermería culturalmente adaptadas y orientadas a la rehabilitación de las personas en situación de discapacidad.

Palabras clave: rehabilitación, enfermería, atención de enfermería (Fuente: DeCS, BIREME)

Abstract

A definition is presented on what rehabilitation is and entails for nursing professionals, especially when they are faced

* Enfermera, egresada y profesora asociada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. MSc Administración en Salud, PhD Salud Pública, Universidad de San Pablo, Brasil. Miembro del grupo de investigación Cuidado Cultural de la Salud, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, clasificación B en Colciencias. Líder del grupo de investigación VIH/SIDA y Salud, del Programa interfacultades Doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, mlalzat@unal.edu.co, Bogotá, Colombia.

** Enfermera, M. Sc., Ph. D. en Enfermería, egresada y profesora asociada de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Líder grupo de investigación Cuidado Cultural de la Salud. allopezdi@bt.unal.edu.co, Bogotá, Colombia.

*** Enfermera, MSc en Enfermería, egresada y profesora asistente de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Miembro del grupo de investigación Cuidado Cultural de la Salud. vvelásquez@unal.edu.co, Bogotá, Colombia.

Nota: este trabajo se realizó en el marco de los proyectos del grupo Cuidado Cultural de la Salud, Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional, con el apoyo financiero de la Dirección de Investigación, Sede Bogotá, Universidad Nacional (DIB), códigos 20201007520 y 20601003556, Colciencias y Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional, código 11010416453.

Recibido: 4-05-08

Aprobado: 5-12-08

with the care of the disabled or the elderly. It begins with a literature review on the conceptualization of rehabilitation from the nursing profession's perspective and its historical development to continue with some aspects related with legislation on this subject matter, followed by a brief illustration on the rehabilitation approach given by the different authors. A definition that enables us to state what this topic is and means for the nursing professionals based on reflections about experiences as well as on the results of the study conducted by the authors, on the design and in the assessment of a culture based care model for the elderly in a situation of disability and poverty in urban and in rural deprived areas in the outskirts of Bogotá D. C., during three consecutive years as of 2004. This article is expected to become a source of motivation to continue researching, studying in depth and establishing nursing practices culturally adapted and geared towards the rehabilitation of people in a condition of disability.

Key words: rehabilitation, nursing, nursing care

Resumo

Apresenta-se uma aproximação sobre o significado e implicações da reabilitação para os profissionais de enfermagem, especialmente, frente ao cuidado das pessoas em situação de incapacidade e velhice. O estudo está baseado em uma revisão de literatura sobre a conceituação da reabilitação desde a perspectiva da profissão de enfermagem e seu desenvolvimento histórico, continua com alguns aspectos relativos à legislação nesta matéria e com uma pequena ilustração sobre a abordagem da reabilitação na opinião de diversos autores. O trabalho oferece uma aproximação que permite colocar o que este tema significa para os profissionais de enfermagem, com base em reflexões obtidas a partir da experiência e dos resultados da pesquisa realizada pelas autoras, sobre o desenho e avaliação de um modelo de cuidado cultural da saúde para pessoas idosas em situação de incapacidade e pobreza em zonas urbano-marginais e rurais vizinhas a Bogotá, D.C., durante três anos consecutivos contados a partir de 2004. Espera-se que este artigo seja fonte de motivação para continuar indagando, aprofundando e estabelecendo práticas de enfermagem culturalmente adaptadas e voltadas para as pessoas em situação de incapacidade.

Palabras chave: reabilitação, enfermagem, cuidados de enfermagem

“Lo que establece el mérito propio no es cuán alto se puede uno encumbrar, sino qué tan lejos se puede llegar, considerando los obstáculos”.

Archibald Rutledge

Según la Real Academia de la Lengua Española (1992), rehabilitar tiene varios significados: “habilitar de nuevo o restituir una persona o cosa a su antiguo estado” o

“conjunto de métodos que tiene por finalidad la readquisición de una actividad o función perdida o disminuida por tratamiento o enfermedad”, es decir, volver a lograr o alcanzar algo perdido temporalmente, ya sea una cosa o una actividad o función que realizaba una persona.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1969 la rehabilitación como el “conjunto de medidas médicas, educativas, sociales y profesionales para preparar o readaptar al individuo, con el fin de alcanzar la mayor proporción posible de capacidad funcional” (1), lo que para Maturana es rehabilitación médica (2). Definición que se centra más en la capacitación o reeducación de las personas para lograr ser funcionales; sin embargo, no hace mención a la capacidad funcional en términos del ser, hacer, tener de las personas. Es más un medio que un fin.

Según Brunner, la rehabilitación es un método por el cual un individuo enfermo o discapacitado se prepara para obtener el máximo posible de eficacia física, mental y social. Es llamada la tercera fase de la medicina después de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (3). Definición que se centra en el entrenamiento, preparación y habilitación de la persona después de un daño, limitación o enfermedad para utilizar sus potencialidades biopsicosociales, mas no las espirituales.

Morrissey define la rehabilitación moderna como un proceso de adaptación positiva a la discapacidad, por medio de la orientación al paciente para integrar todos sus recursos y concentrarse más en sus capacidades residuales que en las incapacidades permanentes con que debe vivir (4). La adaptación requiere de un proceso interior y una reorientación de valores, actitudes y aptitudes.

Vera y Pinzón (5) se refieren a la rehabilitación como la “aplicación de técnicas de tratamiento y educativas, para lograr un desempeño funcional, utilizando las habilidades residuales, a pesar de existir discapacidad. Este término se utiliza en adultos que han perdido una capacidad y se les hace un tratamiento para que la recuperen o compensen su pérdida”. Y definen la habilitación como “el tratamiento aplicado a los niños, quienes no han adquirido determinada habilidad, por su edad e inmadurez cerebral. La utilización de algunas técnicas de tratamiento hará que en el niño afectado se regule el tono muscular, se inhiban los reflejos de

maduración que ya no debe tener para su edad y se estimulen los reflejos y las habilidades que debe poseer y están acordes con su neurodesarrollo”.

Estas últimas definiciones hacen énfasis también en la educación y el entrenamiento como componentes fundamentales de la rehabilitación; por lo tanto, es la posibilidad de dotar a las personas de capacidades para seguir siendo, actuando y viviendo.

En 1947, Howard Rusk llevó a cabo el primer programa completo de rehabilitación en el Hospital Bellevue en New York, y a partir de esa época todo programa de rehabilitación requiere un equipo de profesionales para realizar un trabajo conjunto con el paciente “*lisiado*”, “*minusválido*”, que han de ser positivos, dedicados, con paciencia, voluntad y perseverancia para lograr pasar de la inactividad a la actividad (6, 7). Con los años, empiezan estos programas a tener interés no solo individual sino también colectivo, con presencia de la nación y la sociedad, en que la rehabilitación ha de ser entendida como una “*acción en lugar de apoyo, y rehabilitación en lugar de alivio*”.

Poco a poco la rehabilitación fue incorporando el abordaje de aspectos como: lo económico, centrado en ayudas para los individuos; laborales en lugar de dependencia social, y cambio de concepción de una persona desvalida y dependiente a un individuo activo socialmente. La rehabilitación para grupos de personas con discapacidad o limitaciones mental, emocional o física, ancianos y personas vulnerables por condiciones de pobreza y exclusión social, puede adoptar diversas concepciones y, en esa medida, asumir posturas y prácticas de cuidado novedosas y determinadas ya sean favorables o no a su salud y vida. ¿Hasta qué punto la rehabilitación implica la construcción de un particular modelo de atención en salud?

Si una de las metas de la rehabilitación es lograr al máximo el desarrollo de las capacidades y potencialidades del enfermo o persona discapacitada para conseguir, mediante motivación, su interdependencia personal y social, los profesionales de enfermería han de estar atentos a ello para orientar su quehacer profesional y disciplinar, el cual se traduce en acciones de cuidado que han de incidir tanto en la persona con discapacidad como en su familia y su ambiente cultural y social.

La rehabilitación en el mundo y en Colombia adopta culturalmente distintos imaginarios. Por ejemplo, un carácter discriminatorio, de aislamiento y temor social, cuyas causas más frecuentes se atribuyen al castigo, a la suerte, a los efectos mágico-religiosos y a la impotencia y carencia de conocimientos para enfrentarla. “No se permitía al individuo vivir en sociedad”; por lo tanto, hay discapacidad social o lo que Ruiz Mora (2005)¹ considera exclusión y aislamiento.

Es importante resaltar cómo a través del tiempo las comunidades religiosas han jugado un papel importante en los cuidados y asistencia a personas con discapacidad (física, mental y social) o enfermedades con muy pocas posibilidades de recuperación o en que la posibilidad de rehabilitación es muy lenta. Igualmente han intervenido en asuntos que afectan a grupos poblacionales desprotegidos, como huérfanos, pobres, ancianos, enfermos mentales o privados de la libertad.

En la década de los cuarenta, con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), desde el Ministerio de Higiene se establecieron las directrices políticas en el campo de la rehabilitación, que hasta la fecha siguen vigentes (8). La Segunda Guerra Mundial marcó un hito en la rehabilitación, tanto físico como social, con la institucionalización de programas para asistir a las personas “*lisiadas*” o en situación de discapacidad que quedaban después de las guerras y que requieren rehabilitación. También se crearon programas para la preparación de profesionales de la salud en este campo.

Años más tarde, y según la organización del sistema de salud, la evolución en la concepción de la salud y la enfermedad, la rehabilitación ocupa un lugar en el espacio público y de políticas públicas. Hacia 1938, bajo el gobierno de Alfonso López Pumarejo, se permitió a las personas con discapacidad incursionar en la fuerza laboral y ser protegidos, en parte, por el Estado. En 1946, con la creación del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales se inicia el proceso de atención a personas con

¹ Juan Ruiz Mora (Bogotá, agosto 10 de 1908 - Bogotá, enero 7 de 1990) creó la Escuela Nacional de Fisioterapia, considerada la primera en su género en Latinoamérica, para formar allí al personal idóneo que la atención de sus jóvenes pacientes requería. Con el correr del tiempo, la idea germinó hasta convertirse en la actual Escuela Colombiana de Rehabilitación.

enfermedades profesionales, maternidad, invalidez, vejez e indemnización por muerte.

A partir de la Fundación Saldarriaga Concha en Bogotá, Juan Ruiz Mora, médico ortopedista y pionero de la rehabilitación física, creó el Instituto Franklin Delano Roosevelt, para niños inválidos, el 30 de noviembre de 1947, y años más tarde se crea la Escuela Colombiana de Rehabilitación, para la formación de fisioterapeutas física, fonoaudiológica y ocupacional, y posteriormente la terapia respiratoria (9). Después de 20 años de labores en el Instituto, se establecen los cinco pilares del proceso de atención de salud a las personas con discapacidad: el espiritual, el biológico, el emocional o psíquico, el social y el educativo-formativo. Cada uno de ellos con grados distintos en su desarrollo teórico, conceptual y práctico.

En 1973, la Fundación Saldarriaga Concha es legitimada y sigue sus objetivos iniciales y, para mayor cumplimiento de sus fines y acciones, se crea la Asociación Colombiana del Voluntariado (Acovol).

Estos hechos muestran cómo en Colombia la rehabilitación viene, paulatinamente, ocupando un lugar importante en los ámbitos social (salud, educación, laboral), político (políticas públicas, programas y acciones) y económico (asignación de algunos recursos financieros), con predominio en la participación de profesiones de la salud distintas a enfermería. Las mismas personas que requieren rehabilitación, o sus familiares, participan activamente en estos ámbitos, en la búsqueda de mejores reivindicaciones y cumplimiento de sus derechos humanos. Surgen más organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (ONG) orientadas específicamente a la realización de acciones relacionadas con discapacidad y rehabilitación, y día a día más profesionales de la salud se interesan y preparan en este campo, e incluso ya se cuenta con programas de formación de posgrado.

El Ministerio de Salud de Colombia, en *Ocupación, discapacidad y costos*, define la *rehabilitación funcional* como

la combinación de conocimientos y técnicas interdisciplinarias susceptibles de mejorar el pronóstico funcional. Comprende el conjunto organizado de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a desarrollar, mejorar, mantener o restaurar la capacidad funcional física, psicológica, mental o social, previniendo, modificando, aminorando o desapareciendo las consecuencias de la

edad, la enfermedad o los accidentes, que puedan reducir o alterar la capacidad funcional de las personas para desempeñarse adecuadamente en su ámbito físico, familiar, social y laboral (10).

Es considerada el último periodo de la atención médica conocida como fase de la *rehabilitación funcional productiva*, de apoyo y orientación al desempeño de las actividades ocupacionales cotidianas: hogareñas, educativas, recreativas, culturales, laborales y comunitarias, previa a la rehabilitación profesional. Incluye valoración ocupacional personal, valoración ergonómica del ambiente ocupacional, elaboración y ejecución de un plan que oriente acciones para el desarrollo de habilidades, destrezas, conocimientos, actitudes y aptitudes para garantizar su *óptimo proceso de integración social*.

Sin embargo, de estas definiciones y avances surgen varios interrogantes que ameritan ser tenidos en cuenta por los profesionales de enfermería; por ejemplo: ¿cómo lograr rescatar o restituir lo perdido en una persona? ¿Cuál sería el papel del profesional de enfermería en cada uno de los temas, características o componentes en este campo? ¿Qué se requiere para ejercer una práctica profesional de enfermería desde y para la rehabilitación?

Según el Santa Clara Valley Medical Center (SCVMC) (11), la rehabilitación puede y debe hacerse en el hogar (atención domiciliar o ambulatoria) por medio de un equipo multiprofesional que da atención directa, educación y entrenamiento personal y familiar, supervisión y evaluación de la atención (cuidados) con el fin de llevar a la persona a lograr su máxima función de independencia. Enfermería, por su formación y esencia profesional disciplinar, está llamada a participar activamente en la rehabilitación institucional y domiciliar, individual, familiar y grupal.

Gómez y Curcio (12) plantean que la rehabilitación es un concepto que ha evolucionado a expensas de la concepción de la salud y de la enfermedad, y determinan algunos elementos constitutivos de este concepto:

- Su eje central es la “consecución de la recuperación de la función”.
- Más que la búsqueda de la supervivencia, propende al autodesarrollo.
- Las estrategias se orientan a recuperar, mantener o preservar la independencia física, mental, social y espiritual.

- Atención institucionalizada (incremento de costos sociales, familiares y personales, surgimiento de barreras de acceso e inequidades).

- Desarrollada por equipos interdisciplinarios.
- Introducción de nuevas técnicas y tecnologías soportadas con conocimientos científicos y populares.
- Acompañamiento, seguimiento y evaluación en su propio medio del progreso, deterioro y potencialidades.
- Requiere de una inversión mayor de tiempo, esfuerzo y recursos.
- Con objetivos específicos, concretos, realistas y conocidos por el adulto mayor, su familia y los cuidadores.

Sin embargo, estos elementos sugieren también una mirada distinta del abordaje de la rehabilitación, en términos de un trabajo más centrado en la familia, la comunidad y la corresponsabilidad individual y grupal para garantizar el contacto de la persona en su contexto cultural y social, es decir, “poder volver a *ser* para poder *hacer*” (pág. 386). Metáfora que induce a comprender la rehabilitación más allá de la recuperación, es decir, al mantenimiento de la funcionalidad. Implica el logro de la autonomía e independencia, el establecimiento de redes y relaciones familiares, sociales y de apoyo, la continuidad o el rescate en la productividad, la autoconfianza, expresiones de comunicación y reforzamiento de capacidades para ser, hacer, tener, poder y amar.

Desde esta perspectiva, los modelos de rehabilitación han de ser integrales e integrados. Incluir al individuo en su ambiente y con su familia. Abordar el ser en su totalidad, desde lo biofísico, social, psicológico, afectivo y espiritual. Sustentados científicamente y en armonía entre los conocimientos, las tecnologías y los procedimientos. Con interacciones interdisciplinarias y multiprofesionales donde se conserven las individuales pero con acciones globalizantes, es decir, que se tengan en cuenta las particularidades de cada persona y las generalidades de todos. Igualmente, han de ser dinámicos, flexibles y coordinados. Estas características de los modelos de rehabilitación pretenden ser más reales y concordantes con las necesidades y realidades de las personas que requieren rehabilitación para lograr una mejor calidad de vida o una vida digna, donde prime el estímulo para que sean más participativos de su proceso discapacidad-rehabilitación.

En el caso de que se diseñen e implementen modelos de rehabilitación para ancianos (mayores de 60 años),

deben tener incorporados e interrelacionados varios pilares:

- *El anciano*: con su historia, creencias, hábitos, percepciones que tenga sobre la salud, la enfermedad, la discapacidad y la rehabilitación, sus limitaciones y capacidades para continuar viviendo.

- *Su familia*: según grado de funcionalidad, integración, proceso de participación, relaciones internas y externas, grado de autonomía, toma de decisiones, responsabilidades y comprensión de la situación del anciano y de la rehabilitación.

- *Su ambiente o entorno*: geofísico, psicológico, emocional y sociocultural. Redes de apoyo, adecuaciones, disponibilidad y acceso a servicios sociales, de salud y comunitarios.

- *El cuidador*: con sus conocimientos, aptitudes, habilidades, motivaciones, experiencias y sentimientos frente a la vejez, el envejecimiento, la discapacidad y la rehabilitación.

En el anciano, más que mantener y restablecer la funcionalidad, el reto desde la nueva rehabilitación, es lograr el desarrollo de las capacidades potenciales y existentes, en su contexto para redireccionar su proyecto de vida hasta la muerte digna.

Según Gómez y Curcio (12), el principio fundamental de la rehabilitación geriátrica (RG) es la *individualización*. Es decir, tener en cuenta las particularidades del adulto mayor, su situación y su contexto sociocultural, para lograr la posibilidad de que alcance su realización personal, autonomía, productividad e independencia funcional y social, mediante la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación de un plan, que implica responder a múltiples interrogantes, como: qué valor hay en el anciano para rehabilitar el bienestar y la satisfacción de sus necesidades (fisiológicas, biológicas, emocionales, afectivas, psicológicas, espirituales, sociales), cuál es el reconocimiento de su existencia y sus capacidades potenciales (para ser, hacer y desarrollarse). Individualización que implica el establecimiento de las condiciones biológicas, físicas, psicológicas, cognitivas, emocionales y espirituales y que se traduce en el “*potencial de la rehabilitación*” que es la capacidad existente en un anciano para participar en un programa de rehabilitación. *El sustrato o potencial existente en el organismo susceptible de ser rehabilitado* (pág. 393).

La valoración del anciano debe responder al qué, porqué, para qué, cómo, cuándo, dónde, quiénes y con qué, en las esferas biológica, física y funcional, psicológica y cognitiva, social, cultural y espiritual. Y la rehabilitación está directamente condicionada a una serie de factores que influyen en su operacionalización. Estos factores son:

- **La edad:** *biológica*, fuerza neurológica, osteoarticular y muscular. Las funciones cardiopulmonares, gastrointestinales, urogenitales, nivel de actividad física, fragilidad, vulnerabilidad, estado sensorial y mental, otras. *Psicológica* (memoria, lentitud de aprendizaje, estados anímicos, creencias acerca de su situación de salud, discapacidad, rehabilitación, otras). *Social-cultural* (visión del mundo, del envejecimiento, expectativas y motivaciones, reconocimiento de barreras culturales, sociales, económicas, entre otras).

- **Multienfermedad:** los adultos mayores presentan en promedio 3 enfermedades crónicas con sintomatologías interrelacionadas. Desde lo *biológico* (multipatologías, lesiones agudas y crónicas, polifarmacia, deterioro, limitación y descondicionamiento...). *Psicológico* (déficit cognitivo, depresión, motivación, aislamiento). *Social-cultural* (hábitos, roles, discriminación, infraestructura inaccesible, acceso a servicios, sistema de vinculación...).

- **Georreferencia de la rehabilitación:** según el lugar donde se lleven a cabo las acciones de rehabilitación, estas inciden en los aspectos biopsicosociales del adulto mayor. En lo biológico –estabilidad en la atención médica y empatía, necesidades de cuidado de enfermería, necesidades terapéuticas, capacidad funcional...–, en lo psicológico –aceptación, capacidad de participación, satisfacción...– y en lo social-cultural –acceso, oportunidad, educación, situación económica, servicios, redes de apoyo...–.

Llama la atención que en estos tres factores no se explicita el aspecto espiritual, y que en nuestra cultura, tiene un enorme valor en asuntos de vida, salud y enfermedad, un alto componente de fe, religiosidad y creencias que dan sentido a la existencia de las personas y quizás reorientan las prácticas tanto populares como profesionales. Aquí hay un campo amplio y complejo para estudio desde las ciencias de la salud en general y de enfermería en particular.

Otra pregunta puede nortear el quehacer de los profesionales de enfermería en rehabilitación cuando cuidan al adulto mayor: ¿qué es susceptible de rehabilitar en el adulto mayor? Cuatro posibilidades serían:

1. *Las lesiones localizadas que producen alteraciones temporales de las actividades de la vida diaria (AVD).* Son leves y se recuperan en su totalidad. Allí las acciones de rehabilitación se orientan al alivio de síntomas, restablecer movilidad, restaurar fuerza muscular y prevenir complicaciones. Ejemplo: lesiones de tejido blando, gota, fracturas de Colles, entre otras.

2. *Condiciones agudas que deterioran la capacidad funcional.* Con dificultades en la realización de las AVD en el nivel instrumental. Requieren intervenciones de varios profesionales y se orientan al restablecimiento del nivel previo de funcionalidad. Ejemplo: fractura de cadera y *delirium*.

3. *Condiciones que originan discapacidad permanente.* Producen pérdida aguda de la capacidad funcional, y la recuperación es parcial. Se pretende evitar complicaciones y discapacidad. Requieren educación individual y familiar. Ejemplo: accidente cerebrovascular, amputación de extremidades.

4. *Condiciones que originan deterioro progresivo.* Son las más comunes en los adultos mayores. Su inicio es lento y progresivo hasta llevar a la persona a la inmovilidad. Las acciones de rehabilitación están orientadas a lograr mantener el máximo de independencia y funcionalidad residual. Son importantes la adecuación del ambiente, el fortalecimiento de redes de apoyo y soporte familiar y social. Se requiere un equipo multiprofesional e interdisciplinario.

Para Gómez y Curcio es importante, por tanto, diferenciar entre lo que es una rehabilitación *potencial* y una de *resultados*. La primera entendida como la que se puede recuperar en un adulto mayor, lo esperado, la estimulación de las capacidades individuales y cooperación, y la segunda, orientada a logros reales obtenidos mediante la ejecución del plan de rehabilitación, son las ganancias del adulto mayor. Según el nivel de rehabilitación requerido por el adulto mayor, se pueden establecer las necesidades y requerimientos, ya sea una rehabilitación aguda, subaguda o crónica. Según el modelo de atención imperante (institucional permanente, intermedio o transitorio), el sitio de atención (servicios, instituciones,

hogares, residencias), si se necesita atención parcial, total o mínima de un equipo de salud, el tiempo de rehabilitación: diario, semanal, permanente o por horas. Según capacidad funcional (ausente, deteriorada) y los resultados esperados (incierto, pocos, moderados, buenos) (12)

Estos planteamientos inducen a reflexionar sobre el papel e importancia de los profesionales de enfermería en el campo de la rehabilitación, para que orienten las prácticas profesionales, los estudios investigativos y apropien la ciencia y la tecnología, no solo desde la perspectiva de lo biológico, aunque es importante y fundamental, sino bajo una perspectiva cultural, social y humanística.

Para Acánfora y Salvador (13), el proceso de envejecimiento trae consigo desgaste, deterioro (discapacidad, dependencia y limitación) y no ha de confundirse con alteraciones patológicas (signos y síntomas) agudas y crónicas. Las intervenciones de rehabilitación tienen que ver con las estructuras social, familiar y del sistema de salud imperante. La rehabilitación se centra en evitar y prevenir complicaciones y consecuencias derivadas de la situación de salud de la persona (envejecimiento y patologías), en ejercitar habilidades o buscar compensaciones que le permitan al adulto mayor desempeñarse lo mejor posible en su entorno y circunstancias, previa valoración integral (biológica, psicológica, social, cultural y espiritual) individualizada (al individuo con su problema).

También enfatizan en la necesidad de contar con equipos multiprofesionales, debidamente entrenados, capacitados y actualizados para responder a los requerimientos en materia de rehabilitación de los adultos mayores. Mediante programas de rehabilitación de tipo *reparador*, según grado de compromiso funcional se establecen las intervenciones en el menor tiempo posible de acuerdo con priorización y en forma integral. Los problemas más frecuentes que se enfrentan en rehabilitación son el dolor (fármacos), contracturas musculares y atrofas por desuso.

Plantean la posibilidad de hacer rehabilitación en el *ámbito institucional* (unidades geriátricas para agudos donde prima la rehabilitación precoz con un equipo interdisciplinario; puede haber reacciones, riesgos, mayores costos). En *entidades de mediana estancia*

(restablecer su funcionalidad, autonomía, evitando institucionalizaciones prolongadas). El *hospital de día* para los adultos mayores con algún grado de discapacidad (puede ser por turnos, jornadas completas, intermitente y con equipo multiprofesional). Recientemente se habla de la rehabilitación domiciliaria (asistencia) en que se involucra a los cuidadores familiares, se optimizan los pocos recursos, hay seguridad emocional, menos molestias y costos y se aborda al adulto mayor en su ambiente.

Estos autores asumen la rehabilitación más desde la mirada biológica física, en términos de patologías (del aparato locomotor, prevención de caídas, amputaciones...), cuyas acciones van encaminadas al autocuidado, la ayuda técnica y la adaptación para la realización de las AVD. Poco explican Acánfora y Salvador el abordaje de la rehabilitación en términos de lo social, cultural y psicológico, pero sí sugieren, para el abordaje de la rehabilitación, el uso de prácticas y terapéuticas alternativas, por ejemplo: el termalismo, la balneoterapia y musicoterapia, entre otras.

Borja, citado por Fonseca Galia (14), coincide con los planteamientos de los autores mencionados antes en que la rehabilitación es un proceso complejo, integral, continuo y que propende al retorno a una vida feliz, sana y productiva del adulto mayor. Identifica diversos aspectos comportamentales y psicológicos que se requieren para hacer posible el proceso de rehabilitación: la motivación, aceptación, receptividad, apropiación, utilización y soporte psicológico. *“La rehabilitación física es en primer lugar un fenómeno de tipo psicológico”* (pág. 125).

Plantea que, para abordar la rehabilitación por un equipo interdisciplinario, se deben tener en cuenta los siguientes aspectos generales:

- El *impacto* de la discapacidad transitoria o permanente en él y en su familia.
- Proceso de *duelo*.
- Recuperación o construcción de *roles* sociales y familiares.
- Tipo de *apoyos* sociales, psicológicos y afectivos.
- Elaboración o ajustes de *su proyecto de vida*.
- La *orientación sexual* (*fuerte carga emocional, cultural...*).

Fonseca Galia refiere que “el funcionamiento orgánico se rige por principios físicos: fuerza, masa, peso,

momento, trabajo, energía, mecánica, fricción”. El universo de la discapacidad y la rehabilitación se apropian de la tecnología para resolver en parte o totalmente las deficiencias, limitaciones y lograr cierto grado de autonomía, independencia y valía. La tecnología puede ser más para permitir que el adulto mayor realice sus AVD con mayor independencia. El uso de soportes y aparatos ortopédicos, prótesis y demás elementos de comodidad (camas, colchones...) se constituye en tecnología que les ha de facilitar más su movilidad, autonomía e independencia y que no los inmovilice, limite y atemorice para la marcha, el desplazamiento y vivir en su cotidianidad con otros (15).

El estudio en el barrio Bello Horizonte de Bogotá, Programa Eterna Juventud, en 1996, orientado a prevenir los efectos del descondicionamiento y del envejecimiento patológico y prematuro en un grupo de ancianos, adaptó una metodología a partir de las escalas de evaluación funcional de Barthel, Katz, Klein-Bell y Kenny, para medir la participación del adulto mayor (*escala de 1 = dependencia total, 2 = semidependencia y 3 = independencia completa*) en la realización de actividades relacionadas con: movilidad en la cama, traslados, locomoción, uso de escaleras, vestirse, higiene personal, control de vejiga, alimentación, estado mental y comunicaciones. Al aplicarla a un grupo de ancianos identificaron que la mayoría presentaban limitaciones físicas pero que con medidas preventivas y de rehabilitación mejoraban el desempeño y la

funcionalidad. Resaltan la importancia de reforzar estas actividades mediante la realización de talleres orientados a la rehabilitación, a mejorar postura, ejercicio, peso e importancia de la independencia en las AVD. Talleres que pueden reforzarse con el uso de cartillas como *Eterna juventud*, que consta de más imágenes que palabras, y el reforzamiento de lo aprendido sobre el ejercicio. Actividades que deben ser continuas, persistentes y con un alto componente motivacional de la persona afectada y su cuidador (16).

Al hacer una revisión de la legislación en el ámbito internacional y nacional en materia de rehabilitación, se observa cómo, en la medida en que evoluciona el concepto de rehabilitación, los organismos internacionales, los Estados y los entes gubernamentales responsables del ámbito social (salud específicamente) asumen responsabilidades que se reflejan en la emisión de un sinnúmero de actos legislativos y administrativos en las modalidades de acuerdos, declaraciones, convenios, resoluciones, leyes y decretos, que si bien han sido importantes para abordar la rehabilitación, no son suficientes, integrales, armónicos, equitativos y continuados, ni permiten a largo plazo mostrar efectos significativos relacionados con la rehabilitación y sus diferentes modalidades: socioafectiva, biológica y psíquica.

Desde 1948, con la promulgación de la Declaración de los Derechos Humanos, surgen acuerdos

Internacional

- Resolución 99 de la OIT, 1955, sobre adaptación y readaptación profesional de los inválidos.
- ONU, 1960, Convención relativa a la lucha contra la discriminación en la esfera de la enseñanza.
- Declaración de los Derechos del deficiente mental, ONU, 1971.
- Resolución 3447 de 1975, ONU. Declaración de los Derechos de las personas con limitación o impedidos.
- Declaración de Sund Berg de Torremolinos, Unesco, 1981.
- Resolución 37/52 de 1982, ONU, Programa de acción mundial para las personas con discapacidad.
- Declaración de las Naciones Unidas, 1983, concerniente a las personas con limitación.
- Convenio 159 de la OIT, 1983, sobre readaptación profesional y empleo de personas inválidas.
- Declaración de Cartagena de Indias, 1992, sobre políticas integrales para personas con discapacidad y personas ancianas en el área iberoamericana.
- Resolución 4896, ONU, 1993. Normas unificadas sobre igualdad de oportunidades para personas con discapacidad.
- Declaración de Salamanca, Unesco, 1994, sobre principios, políticas y prácticas para las necesidades educativas especiales.

Internacional

- *Resolución CD47.R1, Consejo Directivo de la OMS/OPS. Discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos relacionados, 29 de septiembre de 2006, Washington*, por la cual se adopta un modelo de rehabilitación integral, cuyo objetivo primario sea prevenir, minimizar o revertir las consecuencias de las pérdidas o alteraciones funcionales e incidir sobre factores que impidan la participación plena... fortalezcan y desarrollen los servicios de rehabilitación para la atención de todas las personas, independientemente de su discapacidad, a fin de que logren alcanzar y mantener un nivel óptimo de funcionamiento, autonomía y bienestar.

Colombia

- *Decreto 2358 de 1981*, del Ministerio de Salud. Creación del Sistema Nacional de Rehabilitación.
- *Ley 13 de 1987*, por la cual se establecen los requisitos de construcción del espacio público para eliminación de barreras arquitectónicas y posibilitar el hacer de las personas con discapacidad.
- *Ley 50 de 1988*, Normas sobre educación, reeducación, readaptación y reubicación laboral.
- *Decreto Ley 2737 de 1989*, Código del Menor.
- *Ley 10 de 1990*, art. 4, proceso de rehabilitación dentro del sistema de salud.
- *Constitución Política de Colombia de 1991*, arts. 13, 47, 48, 49, 54 y 68.
- *Ley 60 de 1993*, arts. 2, 3, 4, 5, y 21 numerales 2 y 7.

Colombia

- *Ley 100 de 1993*, arts. 1, 38, 39, 152, 153 numeral 3, 156 literal j, 157, 162, 163, 166, capítulo tercero, régimen de beneficiarios, art. 257.
- *Ley 115 de 1994, y su Decreto Reglamentario 2082*, que reglamenta la atención educativa para personas con limitación o con capacidades y talentos excepcionales.
- *Decreto 1938 de 1994*, del Ministerio de Salud, arts. 2, 3, 4, 5, 23 parágrafos 2 y 3.
- *Acuerdo 008 de 1994* del CNSSS, arts. 1 y 2.
- *Ley 163 de 1994*, por la cual se reestructura el sistema electoral colombiano autorizando a las personas discapacitadas a votar en compañía.
- *Resolución 5261 de 1994*, arts. 6, 11, 12, 32, 33, 37, 44 literal c, 51, 52, 54, 84, 88, 90, 96, 109.
- *Documento Conpes 2761 de 1995*, política de prevención y atención a la discapacidad.
- *Decreto 692 – 1436 de 1995*, Manual único para la clasificación de la invalidez.
- *Resolución 3165 de 1996*, del Ministerio de Salud.
- *Ley 361 de 1997*, por la cual se establecen los mecanismos de integración social de las personas con limitación.
- *Ley 582 de 2000*, por la cual se define el deporte para las personas con discapacidad.
- *Ley 715 de 2001*, por la cual se dictan disposiciones para organizar la prestación de servicios de educación y salud.
- *Ley 762 de 2002*, por medio de la cual se elimina toda forma de discriminación a personas con discapacidad.
- *La reforma de la Seguridad Social en Salud*, tomo 1, libro 4, págs. 116 a 120.
- *Plan Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad (PNAPD)*, gobierno de Andrés Pastrana, 1999-2002.
- *Lineamientos de política de 2004*. Habilitación/rehabilitación integral para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas con discapacidad. Ministerio de la Protección Social.
- *Ley 1145 de 2007*, por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad para el territorio nacional.

Bogotá, Distrito Capital

- *Acuerdo 16 de 1994*, Concejo de Bogotá, y Decreto 801 de 1995, Alcaldía Mayor de Bogotá; se conforma el Consejo Distrital para el Discapacitado.
- *Política Social del Distrito Capital, 1997*, para la población con discapacidad.
- *Acuerdo 22 de 1999*, Concejo Distrital, para las personas que presentan limitantes de carácter físico, psíquico o sensorial.
- *Acuerdo 002 de 1999*, creación de los consejos locales para personas con discapacidad.
- *Lineamientos de atención en salud para personas con discapacidad en Bogotá D. C. 2001*.
- *Acuerdo 091 de 2003*, por el cual se establece el plan de igualdad de oportunidades para la equidad de género en el Distrito Capital.
- *Acuerdo 137 de 2004*, por el cual se establece el sistema de atención integral de personas en condición de discapacidad en el Distrito Capital.
- *Plan Distrital de Discapacidad 2001-2005*, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C., Dirección de Salud Pública.
- *Decreto 470 de 12 de octubre de 2007*, por el cual se adopta la política pública de discapacidad para el Distrito Capital, 2007-2020.

Si bien estas legislaciones muestran cómo, a través del tiempo, los organismos internacionales, los gobiernos, el sector salud y la comunidad se movilizan e intentan buscar mecanismos para lograr prestar servicios de rehabilitación, en la actualidad no son suficientes, algunas de ellas distan de la realidad vivida no solo por quienes padecen de discapacidad, sino también por su entorno familiar, comunitario y social. Todas ellas, con el correr de los años y los cambios sociodemográficos y epidemiológicos de la discapacidad y la rehabilitación, van introduciendo términos como inválidos, disminuidos, limitación o impedidos.

Actores distintos a los de salud, poco a poco se incorporan e incursionan en este campo, como la sociedad, la familia, las organizaciones no gubernamentales y las mismas personas en situación de discapacidad que mediante la movilización activa se constituyen en agentes de cambio para ejercer su ciudadanía y lograr tener mejores condiciones de salud e igualdad social.

Es importante resaltar los avances sobre discapacidad que se han obtenido mediante la iniciativa de “*rehabilitación basada en la comunidad*” (17-19), la cual se orienta al fomento del ejercicio de la ciudadanía, mediante acciones de participación social y comunitaria para el establecimiento de estrategias y acciones conjuntas para lograr igualdad, equidad y justicia para todos y todas, en asuntos de interés social (salud, educación,

trabajo, recreación), y por ende alcanzar mejores niveles de vida y de desarrollo humano para las poblaciones más vulnerables².

Según Radek, la rehabilitación basada en la comunidad (RBC) en el marco de la igualdad, solidaridad e inclusión pretende asegurar que las personas con discapacidad puedan sacar el máximo provecho de sus facultades físicas y mentales, que se beneficien de las oportunidades y servicios comunes y que alcancen la plena inserción social. Va mucho más allá de lo biológico, médico y técnico. Para ello se basa en los enfoques de promoción de la salud, prevención, rehabilitación, inserción, acceso, oportunidad, todo ello bajo el contexto de los derechos humanos, la familia y la comunidad, lo social (educación, trabajo, recreación, salud) y la cultura (20). En este sentido, los profesionales de enfermería tienen grandes oportunidades y retos para lograr que su participación activa, centrada en el cuidado de la salud y vida de las personas, contribuya a viabilizar los fines de la RBC, como un modelo más de rehabilitación

² La RBC es una estrategia sectorial del desarrollo comunitario para la rehabilitación, equiparación de oportunidades e integración social de personas con discapacidad. La RBC se instrumenta mediante los esfuerzos combinados de los componentes de la comunidad con la participación activa de las propias personas con discapacidad, sus familias y comunidades, para facilitar su acceso a servicios adecuados de salud, educación, sociales, vocacionales y otros (acordado en 1994 por OIT, Unesco y OMS).

(21) con múltiples complejidades, mediante gestión social, trabajo comunitario, participación ciudadana y relaciones coordinadas multisectoriales, profesionales e institucionales.

En el actual contexto del país y de la Seguridad Social en Salud, un concepto se viene trabajando desde la política pública en discapacidad: el de la *habilitación y rehabilitación-integración*, cuyos fundamentos básicos están orientados a la equiparación de oportunidades, promoción de entornos protectores y prevención de la discapacidad, que articula al individuo, la familia y la comunidad con el Estado para responder a esta problemática de orden social (22). Aquí hay un escenario amplio y complejo para el desempeño de los profesionales de enfermería, que hay que explorar e indagar.

ABORDAJE DE LA REHABILITACIÓN POR ENFERMERÍA: SÍNTESIS DE LA LITERATURA

Se realizó una búsqueda de literatura en español y en inglés entre 1990 y 2007, en las bases de datos Medline, MedicLatina, Health, Source, utilizando las palabras clave “modelo y anciano”, “programa y anciano”, “cuidado y anciano”, “adulto mayor y discapacidad”, “model and elderly”, “nursing and rehabilitation”, “care and elderly”, “disability and program”, “model and care”, “model and rehabilitation”, “rehabilitation framework” y algunas combinaciones entre ellas, lo que arrojó un resultado inicial de 67 artículos, de los cuales se preseleccionaron solo aquellos que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: a) describir modelos de intervención o modelos conceptuales donde se propongan estrategias para el cuidado de personas ancianas con enfermedades discapacitantes mediante acciones de rehabilitación; b) incluir estrategias aplicables en la comunidad o domicilio; c) describir la labor desempeñada por enfermeras u otros profesionales en el proceso de cuidado de estas personas orientado a la rehabilitación; d) tener disponible el texto completo.

Dieciocho resúmenes cumplieron con los requisitos y se localizaron 14 artículos en “full text”. Los artículos se consignaron en una matriz de síntesis sobre: nombre, año, lugar, origen de la intervención, enfoques filosóficos y teóricos, conceptos clave, enfoques metodológicos, fines de la intervención para los receptores y los

proveedores del cuidado, actores que intervienen y descripción de la intervención especificando procesos y procedimientos con sus respectivos tiempos y responsables.

Con la matriz se realizó una categorización de las actividades, sus efectos, y se constituyó en la evidencia científica. Es de anotar que los estudios muestran propuestas o intervenciones que en su mayoría se orientan a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, a fomentar la independencia para la realización de las actividades de la vida diaria, el acompañamiento, el adiestramiento para cuidadores, el establecimiento de otras formas de organización comunitaria para apoyo a estas personas mediante redes sociales y líneas de comunicación, entre otros.

Los estudios de Secrest (23) refieren que las enfermeras pueden tener un papel altamente significativo en la rehabilitación, entendida como un proceso dinámico que requiere de múltiples acciones interrelacionadas, participativas y acordes con el contexto sociocultural que rodea a las personas en situación de discapacidad y a su familia. Acciones orientadas a mejorar la calidad de vida, mantener el potencial de salud presente, restablecer pérdidas funcionales, disminuir el dolor, evitar el deterioro y lograr que tanto las personas afectadas como los cuidadores lleven una vida más digna. Igualmente el entrenamiento, el ejercicio y el soporte psicosocial son indispensables entre las acciones que realiza la enfermera para las personas con enfermedad crónica y que requieren de rehabilitación.

Para que el profesional de enfermería pueda orientar las acciones de rehabilitación, debe basarse en la comunicación, el conocimiento acerca de situaciones similares y la manera como han sido afrontadas. Una visión holística, integral y continuada es fundamental para lograr los objetivos de la rehabilitación (24, 25), incluyendo la religión y la espiritualidad en el cuidado de estas personas y los adultos mayores (26). Igualmente, es fundamental reconocer las prácticas y creencias en salud que tienen las personas, para poder adecuar los planes de acción. Estos aspectos son cruciales tanto para los profesionales de la salud y de enfermería como para los formuladores de políticas públicas en torno a la rehabilitación y los tomadores de decisiones (27).

El espacio donde se lleva a cabo la rehabilitación es fundamental; se ha demostrado que el cuidado

domiciliar (28), además de ser el mismo entorno de la persona y la familia afectadas, es más propicio, reduce costos, la eficiencia se incrementa (29) y se pueden establecer redes sociales y familiares de apoyo (30) más acordes con cada necesidad, sobre todo en zonas rurales o comunitarias donde el acceso a servicios de salud es más reducido. El cuidado domiciliar es más propicio para casos en los cuales las personas vulnerables tienen limitaciones o discapacidad mental o requieren reposo prolongado (31-33).

En todo proceso de rehabilitación, los profesionales de enfermería deben jugar con *el factor tiempo, la perseverancia, la continuidad en el cuidado, la autoconciencia y la autoestima* (34). Factores fundamentales para lograr que tanto ellos como los cuidadores o los integrantes de la red de apoyo o soporte social (35) actúen en concordancia con los requerimientos de las personas afectadas y para que cada día logren mantener su potencial de salud y niveles de independencia, autonomía y movilidad cada día más aceptables. De esto se desprende la importancia de una permanente valoración de los logros alcanzados en el proceso de rehabilitación (36), logros de independencia funcional para predecir el nivel de cuidados de enfermería (37) y la inclusión paulatina de la familia (38) y el trabajo en redes.

Para el profesional de enfermería la rehabilitación se constituye en un campo amplio, complejo y con diferentes vías de acción que van desde la asistencia parcial o total, directa o indirecta, centrada en el cuidado de la salud de las personas y basada en la evidencia científica. Como plantea Barrer (39), es la expansión del rol de enfermería en rehabilitación como parte de cuidados en casa o institucionalizado (40) hasta la investigación (operativa, teórica) con enfoques diferentes a los estudios cuantitativos, que den más cuenta de las experiencias, vivencias, significados y representaciones que las personas, las familias y las comunidades tienen acerca de la discapacidad y la rehabilitación en la vejez.

Por lo tanto, el ejercicio de las enfermeras en el campo de la rehabilitación requiere de conocimientos, actitudes, habilidades demostradas a través del entrenamiento permanente y certificación para ejercer su rol y atender a las personas y sus familias con problemas de salud, discapacidad (41) de distinta índole (física, sensorial, psicoafectiva, social). Algunos autores llaman la atención

acerca de la importancia que tiene para enfermería el identificar las necesidades y requerimientos de los pacientes y su familia para establecer el plan de trabajo en rehabilitación e incorporarlos en la dinámica del soporte social y ejecución del mismo (42, 43). Áreas donde enfermería desarrolla su práctica profesional y ejerce cargos directivos; por ejemplo, las unidades de rehabilitación cardiaca, de neurociencia, de accidente cerebrovascular, geriátrica (44), entre otras, se constituyen en fuentes de desempeño profesional muy importante y con posibilidades de mezclar otras terapias (45, 46) o generar modelos de cuidado centrados en la rehabilitación que garanticen mejoramiento funcional, psicológico y emocional en las personas usuarias de estos servicios, e incluso logrando optimizar los recursos y requerimientos en la rehabilitación (47-49).

El profesional de enfermería puede también orientar sus acciones a la formación de cuidadores y redes de apoyo específicas para la rehabilitación, ser agente de cambio en la adopción e implementación de políticas públicas en rehabilitación o generar procesos investigativos que aporten nuevos conocimientos en rehabilitación desde la mirada teórica y práctica de enfermería (50). Se espera que cada vez más en los planes de estudio de la carrera de enfermería se aborde el tema de la rehabilitación desde distintos enfoques y modelos de cuidado integral.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen la colaboración recibida en la revisión crítica, traducción de artículos y sugerencias de Yolanda Dalos, enfermera docente de la Fundación Universitaria del Área Andina. yolydal@yahoo.es

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Cibeira JB. Bioética y rehabilitación. Buenos Aires: El Ateneo; 1997, p. 47.
- (2) Maturana Águila AM et ál. El desarrollo de la rehabilitación en España: 1949-1969. *Rehabilitación: Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física*. 2001; 35(3):179.
- (3) Brunner JS. *Enfermería médico-quirúrgica. Principios y prácticas de la rehabilitación*. México: Interamericana; 1971, pp. 117-141.

- (4) Morrissey AB. Psychosocial and spiritual factors in rehabilitation. *American Journal Nursing*. 1950; 763(dic.):33-35.
- (5) Vera L, Pinzón L. Manual de medicina de rehabilitación. Bogotá: Manual Moderno; 2002, cap. 22.
- (6) Toro González G. Origen y evolución de la neurociencia. *Rev. Academia Colombiana de la Ciencia*. 1992; 401-415.
- (7) Restrepo R, Cano BC. Historia y filosofía de la rehabilitación. En: *Rehabilitación en salud, una mirada médica necesaria*. Editorial Universidad de Antioquia; 1995, p. 32.
- (8) Organización Panamericana de la Salud. Comité de expertos en rehabilitación médica. Ginebra; 1969; Serie de informes técnicos No. 419.
- (9) Fundación Saldarriaga Concha [consultado 10 de agosto de 2007]. En: <http://www.saldarriagaconcha.org/>
- (10) República de Colombia. Ministerio de Salud. Ocupación, discapacidad y costos. Bogotá D. C.; 2000.
- (11) Santa Clara Valley Medical Center. The Rehabilitation Research Center on TBI & SCI; 2002 [consultado 10 de agosto de 2007]. En: <http://www.tbi-sci.org/>
- (12) Gómez JF, Curcio CL. Rehabilitación geriátrica. En: *Valoración integral de la salud del anciano*. Manizales; 2002, cap. 28.
- (13) Acánfora MA, Salvador EE. Rehabilitación geriátrica. En: Millan Calentí JC. *Principios de geriatría y gerontología*. México: McGraw-Hill; 2006, cap. 12.
- (14) Borja MC. Psicología de la rehabilitación. En: Fonseca Galia Constanza. *Manual de medicina de rehabilitación*. México: Manual Moderno; 2002, cap. 6.
- (15) Fonseca Galia C. Tecnología en rehabilitación. En: *Manual de medicina de rehabilitación*. México: Manual Moderno; 2002, cap. 11.
- (16) Vera L, Urrea MV. Seminario taller: terapia ocupacional y rehabilitación en la vejez. Neiva: Universidad Surcolombiana; 1996, tomos 1, 2, 3.
- (17) Helander E, Mendis P, Nelson G, Goerd A. Training in the community for people with disabilities. Geneva: WHO; 1989.
- (18) O'Toole B. Guide to community-based rehabilitation services. París: Unesco; 1991.
- (19) García S. La rehabilitación basada en comunidad: estrategia de derechos humanos y calidad de vida. *Bulletin World Federation of Occupational Therapist*. May 2005; vol. 51.
- (20) Radtke B. La rehabilitación basada en la comunidad. Una propuesta de política nacional que fomente la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Cáritas Alemania. Definición formulada en una ponencia conjunta de OIT, Unesco y OMS. 1994; pp. 6-10. [consultado 12 de mayo de 2008]. En: <http://www.google.com.co/> \l "hl=es&q=Birgit+Radtke+RBC+Una+Propuesta+De+Pol%C3%ADtica+Nacional+Que+Fomente+La+Igualdad+De+Oportunidades+Para+Las+Personas+Con+Discapacidad&q=&aqi=&aql=&oq=Birgit+Radtke+RBC+Una+Propuesta+De+Pol%C3%ADtica+Nacional+Que+Fomente+La+Igualdad+De+Oportunidades+Para+Las+Personas+Con+Discapacidad&gs_rfai=&fp=9a839b363b47doc4
- (21) Céspedes GM. La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. *Revista Aquichán*. 2005; 5(1): 108-113.
- (22) García RAS. Lineamientos de política. Habilitación-rehabilitación integral. Bogotá D. C.; mayo de 2004. Ministerio de Protección Social [consultado diciembre 12 de 2008]. En: http://www.urosario.edu.co/rehabilitacion/documentos/facultades/Rehabilitacion/raes_centro_integracionsocial/RAE40.pdf.
- (23) Secret JA. Continuity and discontinuity: The quality of life following stroke. *Rehabilitation Nursing*. 1999; 24(6):240-246.
- (24) Edwards AA. Rehabilitation framework for patient-focused care. *Nursing Standar*. 2002; 16(50):8-44.
- (25) Hoelman S. Rehabilitation nursing: Process and application. St Louis: Mosby; 1996.
- (26) Phillips I. Infusing spirituality into geriatric health care: Practical applications from the literature. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. 2003; 19(4):249-256.
- (27) Rutherford MS. Health beliefs and practices in rural El Salvador: An ethnographic study. *Journal of Cultural Diversity*. 2002; 9(1):3-11.
- (28) Yu W, Wagner TH, Chen S, Barnett PG. Average cost of VA rehabilitation, mental health, and long-term hospital stays. *Medical Care Research and Review*. 2003; 60(3):40-53.
- (29) Moffa ME. Cost effectiveness of home rehabilitation: A literature review. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. 1999; 14(4):1-33.
- (30) Purk JK. Support groups: Why do people attend? *Rehabilitation Nursing*. 2004; 29(2):62-67.
- (31) Barry KL, Zeber JE, Blow FC, Valenstein M. Effects of strengths model versus assertive community treatment model on participant outcomes and utilization: Two-year follow-up. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2003; 26(3):268-277.
- (32) Holt J, Reeves JS. The meaning of hope and generic caring practices to nurture hope in a rural village in the Dominican Republic. *Journal of Transcultural Nursing*. 2003; 12(2): 123-131.

- (33) Boylan LN. The rehabilitation nurse specialist in home care. *Home Healthcare Nurse*. 2006; 24(7):457-467.
- (34) Phemister AA, Crewe NM. Objective self-awareness and stigma: Implications for persons with visible disabilities. *Journal of Rehabilitation*. 2004; 70(2):33-37.
- (35) Moraes TPR, Dantas RAS. Evaluation of social support among surgical cardiac patients: Support for nursing care planning. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007; 15(2):32-39.
- (36) Hamilton S. How do we assess the learning style of our patients? *Rehabilitation Nursing*. 2005; 30(4):129-131.
- (37) Gross JC, Goodrich SW, Kain ME, Faulkner EA. Determining stroke rehabilitation in patients' level of nursing care. *Clinical Nursing Research*. 2001; 10(1):40-50.
- (38) Castellucci DT. Perception of autonomy in poststroke elderly clients. *Rehabilitation Nursing*. 2004; 29(1):24-29.
- (39) Barres PA, Frock AH. The expanded role for rehabilitation in home care. *Home Health Care Management & Practice*. 2003; 15(4):305-313.
- (40) Leslie N. The rehabilitation nurse specialist in home care. *Home Healthcare Nurse*. 2006; 24(7):457-458.
- (41) Lerce LL. Rehabilitation nurses working as collaborative research teams. *Rehabilitation Nursing*. 2005; 30(4):132-139.
- (42) Day W, Batten L. Cardiac rehabilitation for women: One size does not fit all. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2006; 24(1):21-26.
- (43) Roveroni MT, Spadoti DRA. Evaluation of social support among surgical cardiac patients: Support for nursing care planning. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. 2007; 15(2):323-329.
- (44) Cormack C, Reg OT, Hillier LM, Anderson K, Cheeseman A et al. The process of developing and implementing a nursing care delivery model for geriatric rehabilitation. *Jona*. 2007; 37(6):279-286.
- (45) Seneviratne C, Reimer M. Neurodevelopmental treatment and stroke rehabilitation: A critique and extension for neuroscience nursing practice. *Axon*. 2004; 26(2):13-20.
- (46) Nir Z, Zolotogorsky Z, Sugarman H. Structured nursing intervention versus routine rehabilitation after stroke. *Am. J. Phys. Med. Rehabil*. 2004; 83(7):522-529.
- (47) Williams H et al. Can the Northwick Park Care Needs Assessment be used to estimate nursing staff requirements in an inpatient rehabilitation setting? *Clinical Rehabilitation*. 2007; 21:535-544.
- (48) Pieper B, Warms CA. Wound management in vulnerable populations. *Rehabilitation Nursing*. 2005; 30(3):100-105.
- (49) Murray PK, Love TE, Dawson NV, Thomas CL, Cebul RD. Rehabilitation services after the implementation of the nursing home prospective payment system: Differences related to patient and nursing home characteristics. *Medical Care*. 2005; 43(11):1109-1115.
- (50) Anonymous. A positive approach to rehabilitation research and practice. *Journal of Rehabilitation*. 2005; 71(2):3.