



PREVENCIÓN DE LA SALUD EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL MUNICIPIO DE CHARAÑA - BOLIVIA, ENERO A JUNIO 2023

PREVENÇÃO À SAÚDE NO CUIDADO INTEGRAL DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE CHARAÑA – BOLÍVIA, JANEIRO A JUNHO, GESTÃO 2023

HEALTH PREVENTION IN THE COMPREHENSIVE CARE OF PEOPLE WITH DISABILITIES IN THE MUNICIPALITY OF CHARAÑA - BOLIVIA, JANUARY TO JUNE 2023

Miriam Doritza¹

<https://doi.org/10.47820/recima21.v4i1.4697>

PUBLICADO: 12/2023

RESUMEN

En Bolivia según datos del último Censo de Población y Vivienda 2012 se identifica 388.109 personas que tendrían alguna dificultad permanente, de las cuales la mayoría, 51,13 %, son mujeres y 48,87% son varones. Para que las personas con discapacidad tengan una calidad de vida aceptable y la puedan mantener se requieren acciones de promoción de la salud, prevención de la discapacidad, recuperación funcional e inclusión social; estos aspectos fungen como un componente fundamental de la salud física y psicológica necesaria para lograr la equidad entre los individuos, pero también es un derecho fundamental y, por lo tanto, una responsabilidad social. En el presente trabajo de investigación presenta las acciones de prevención de la salud en la atención integral de paciente con discapacidad en el Municipio de Charaña localizado a 230 km del departamento de La Paz – Bolivia un País subdesarrollado en vías de mejora en la atención en salud en personas con discapacidad. Durante el estudio realizado se ha logrado identificar 22 personas con discapacidad las cuales fueron evaluadas por el personal de Salud del Centro de Salud Charaña mediante un perfil epidemiológico el cual corresponde a antecedentes prenatales, perinatales y postnatales, además se realizó prevención de salud en la atención integral en personas con discapacidad. Durante el desarrollo de las actividades de prevención se realizaron diferentes actividades como la carnetización, inclusión de autoridades de Municipio, personal de salud, profesores y estudiantes de las diferentes Unidades Educativas pertenecientes al Municipio, familiares y pacientes quienes estuvieron comprometidos y demostraron apoyo.

PALABRAS CLAVE: Discapacidad. Prevención. Inclusión.

RESUMO

Na Bolívia, segundo dados do último Censo Demográfico e Habitacional de 2012, 388.109 pessoas foram identificadas como tendo alguma dificuldade permanente, das quais a maioria, 51,13%, são mulheres e 48,87% são homens. Para que as pessoas com deficiência tenham uma qualidade de vida aceitável e possam mantê-la, são necessárias ações de promoção da saúde, prevenção de incapacidades, recuperação funcional e inclusão social; Esses aspectos servem como componente fundamental da saúde física e psicológica necessária para alcançar a equidade entre os indivíduos, sendo também um direito fundamental e, portanto, uma responsabilidade social. Neste trabalho de pesquisa, apresentamos as ações de prevenção em saúde na atenção integral aos pacientes com deficiência no Município de Charaña, localizado a 230 km do departamento de La Paz – Bolívia, um país subdesenvolvido em processo de melhoria da atenção à saúde das pessoas com deficiência. Durante o estudo realizado, foi possível identificar 22 pessoas com deficiência que foram avaliadas pela equipe de saúde do Centro de Saúde Charaña por meio de um perfil epidemiológico que corresponde à história pré-natal, perinatal e pós-natal, além de ser realizada a prevenção da saúde na atenção integral às pessoas com deficiência. Durante o desenvolvimento das atividades de prevenção, foram realizadas diferentes atividades como carteirinha, inclusão de autoridades municipais, pessoal

¹ Unifranz.

de saúde, professores e alunos das diferentes Unidades Educacionais pertencentes ao Município, familiares e pacientes que se comprometeram e demonstraram apoio.

PALAVRAS-CHAVE: Deficiência. Prevenção. Inclusão.

SUMMARY

In Bolivia, according to data from the last Demographic and Housing Census of 2012, 388,109 people were identified as having some permanent difficulty, of which the majority, 51.13%, are women and 48.87% are men. In order for people with disabilities to have an acceptable quality of life and to be able to maintain it, actions are needed to promote health, prevent disabilities, functional recovery and social inclusion; These aspects serve as a fundamental component of the physical and psychological health necessary to achieve equity among individuals, and are also a fundamental right and, therefore, a social responsibility. In this research work, we present the health prevention actions in the comprehensive care of patients with disabilities in the Municipality of Charaña, located 230 km from the department of La Paz – Bolivia, an underdeveloped country in the process of improving health care for people with disabilities. During the study, it was possible to identify 22 people with disabilities who were evaluated by the health team of the Charaña Health Center through an epidemiological profile that corresponds to prenatal, perinatal and postnatal history, in addition to health prevention in comprehensive care for people with disabilities. During the development of prevention activities, different activities were carried out, such as cardboard, inclusion of municipal authorities, health personnel, teachers and students from the different Educational Units belonging to the Municipality, family members and patients who committed and showed support.

KEYWORDS: Disability. Prevention. Inclusion.

I. INTRODUCCION

A lo largo del desarrollo de la humanidad, las ideas acerca de las personas con discapacidad se han modificado sustancialmente. Han entrado en juego las características históricas de cada país, las condiciones socioeconómicas, las tradiciones y creencias y el avance de las ciencias en sus distintas expresiones, lo cual ha enriquecido los enfoques sobre el modo de intervenir en ese problema.

En Bolivia según datos del último Censo de Población y Vivienda 2012 se identifica 388.109 personas que tendrían alguna dificultad permanente, de las cuales la mayoría, 51,13 %, son mujeres y 48,87% son varones¹

La Constitución establece el seguro universal de salud para todas las y los bolivianos, así como el acceso a la seguridad social y de manera específica la cobertura en casos de discapacidad y necesidades especiales. (CPE, Sección II, Artículo 45).

Para que las personas con discapacidad tengan una calidad de vida aceptable y la puedan mantener se requieren acciones de promoción de la salud, prevención de la discapacidad, recuperación funcional e inclusión social; estos aspectos fungen como un componente fundamental de la salud física y psicológica necesaria para lograr la equidad entre los individuos, pero también es un derecho fundamental y, por lo tanto, una responsabilidad social.

La inclusión de las personas con discapacidad es responsabilidad del conjunto de la sociedad y no solo del gobierno, y debe comprender la atención médica y psicológica, el fomento del empleo, la práctica de la recreación y los deportes, así como el acceso a medios físicos apropiados y a la rehabilitación. Por tal motivo, dicha atención implica la participación de diferentes profesionales en un determinado servicio o programa, al igual que la coordinación interinstitucional para favorecer la

eliminación o solución de las deficiencias físico-biológicas, psicológico-comportamentales y sociales, en personas y grupos.²

Puesto que la experiencia de la discapacidad es única para cada persona, no sólo porque la manifestación concreta de la enfermedad, desorden o lesión es única, sino porque esa condición de salud estará influida por una compleja combinación de factores (desde las diferencias personales de experiencias, antecedentes y bases emocionales, construcciones e Intelectuales, hasta el contexto físico, social y cultural en el que la persona vive), ello da pie para sugerir la investigación de cuál es la actitud de la familia y el entorno social con la persona con discapacidad, porque las percepciones y actitudes hacia la discapacidad son muy relativas, ya que están sujetas a interpretaciones culturales que dependen de valores, la discapacidad y su construcción social varían de una sociedad a otra y de una a otra época, y van evolucionando con el tiempo.

En el presente trabajo de investigación se presentará las acciones de prevención de la salud en la atención integral de paciente con discapacidad en el Municipio de Charaña, de 2022 - 2023.

II. MARCO TEORICO

2.1 DEFINICIÓN

2.1.1 La Discapacidad

Es la falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona Las personas con discapacidad se enfrentan a diversas barreras para poder insertarse en la sociedad, debido a que tienen que sufrir discriminación, la imposibilidad o dificultad para desenvolverse libremente por las calles, transportes. En la evaluación de la discapacidad no solo se tiene en cuenta el déficit funcional de la persona, sino que también se consideran los factores contextuales (ambientales y personales) que pueden afectar su salud y los estados relacionados con su salud.³

La familia es la institución que más ayuda, provee a las personas con discapacidad y la que se ve más afectada, las personas con discapacidad tienen los mismos derechos que las personas sin discapacidad, pero encuentran muchas más barreras y dificultades para ejercer estos derechos, lo que las pone en desventaja con respecto a los demás ciudadanos. El conocimiento de las leyes locales referidas a la discapacidad le permite al médico orientar a los pacientes y las familias con esta problemática. El médico de atención primaria puede ayudar a prevenir problemas relacionados con la situación de discapacidad como el abuso, el embarazo no deseado, el aislamiento familiar.

La mirada que debería guiar el trabajo de los profesionales es la de la persona con discapacidad y la de su familia. Son ellos quienes viven la situación de discapacidad y conocen sus necesidades, que deberían determinar el rumbo de nuestra tarea diaria. Para comprender los cambios que han ocurrido en torno a la concepción de discapacidad, es necesario comparar las dos definiciones propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) resaltando las razones de estos cambios y los modelos que las sustentan.

2.1.2 Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías

(CIDDM) para luego ser modificada en el año 2001 y titulada Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIDDM-2 o CIF).

Las clasificaciones anteriormente señaladas se desprenden del esfuerzo por crear un paradigma que tome la discapacidad como objeto de estudio. En este sentido, se expresan dos posturas ontológicas distintas que orientan las acciones que se toman para cubrir los requerimientos personales y públicos. Cada una se expresa de la siguiente forma:

(CIDDM, 1980) es una clasificación basada en la enfermedad y los estados relacionados. Se consideran entonces tres dimensiones: Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía.⁴

- **Deficiencia:** es la pérdida o anomalía de una estructura o función Psicológica, fisiológica o anatómica.

- **Discapacidad:** alude a la 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.

- **Minusvalía:** Consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y Factores sociales y culturales).

2.1.3 Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF)

Construida a partir del ideal de salud y estados relacionados el cambio se expresa claramente en las palabras utilizadas para nombrarla, ya no se habla de discapacitado sino de persona con discapacidad. De esta manera se singulariza el déficit orgánico y se incluye en el análisis de la problemática sobre la discapacidad, el contexto de la persona que la presenta, las dimensiones de análisis son:

- **Funcionamiento:** es un término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y de participación social del ser humano

- **Salud:** como el eje clave donde se relacionan los dos anteriores, ya que se evalúa *salud* y estados de *salud*.

2.2 Factores de riesgo

Hay muchos factores que pueden afectar el desarrollo de los niños y estos se deben identificar para determinar el peligro que se corre de no crecer adecuadamente, de enfermar o de sufrir desnutrición, y en consecuencia proporcionar la atención especial que se requiera. Ello no implica que un niño que está sometido a uno o varios factores de riesgo durante sus primeros años tendrá problemas en su desarrollo, pero sí que tiene muchas más posibilidades de enfrentarlos que un niño criado en un ambiente más favorable. Así, el grado de riesgo puede variar según las condiciones en que vive el menor.

A estos elementos se les ha denominado factores de riesgo, identificándolos como aquellos que aumentan la probabilidad de ocasionar retrasos en el desarrollo si no se proporciona una intervención oportuna, Mientras más alto sea el número de factores de riesgo, mayor será el riesgo de retraso en el desarrollo.

La identificación de esos factores para cada niño o grupo de población infantil es parte de la vigilancia de su crecimiento físico y psicológico. Es indispensable que se detecten tales riesgos y se determine si realmente afectan el desarrollo infantil. En la medida en que se tengan claros los factores que pueden afectar a una población, es también la medida en que se podrán emprender acciones concretas para eliminarlos, disminuirlos o evitarlos, tratando en todo momento de favorecer el desarrollo integral.

De acuerdo a la clasificación psicosocial lo organizan en factores orgánicos y ambientales. Los de origen orgánico se dividen en prenatales, perinatales y posnatales. En los ambientales se toman en cuenta los relacionados con aspectos sociofamiliares y medioambientales; los primeros hacen referencia a aquellos relacionados con la estructura familiar y social que pueden afectar el desarrollo; los segundos tienen que ver con las condiciones socioeconómicas y culturales desventajosas.

Cada uno de los factores de riesgo tanto orgánicos como ambientales, pueden ocasionar retardo en el desarrollo, aunque de ninguna manera se ha podido comprobar una relación causal directa; es decir, tales factores no causan necesariamente discapacidad, pero sí se relacionan con ella. Sin embargo, vale la pena señalar que entre mayor sea el número de factores, mayor será el riesgo de sufrir alteraciones del desarrollo.

Los factores de riesgo se consideran los más importantes de tomar en cuenta para poder llevar a cabo acciones concretas de prevención que puedan funcionar para proteger al menor.

Tabla 1. Factores de riesgo orgánico

Factores prenatales
Alteraciones cromosómicas (síndrome de Down, Turner, Klinefelter, X frágil).
Alteraciones metabólicas (galactosemia, fenilcetonuria, trastornos del metabolismo lípido, síndrome de Hurler)
Enfermedades hereditarias (microcefalia familiar, distrofia muscular).
Malformaciones congénitas del sistema nervioso (espina bífida, meningioma).
Alteraciones valvulares cerebrales (macrocefalia y microcefalia)
Edad de la madre
Intervalo entre gestas y cesárea previa.
Alteraciones endocrinas de la madre (diabetes mellitus, hipotiroidismo)

Parto prematuro y abortos previos.
Deficiencias nutricionales
Exposición a toxinas ambientales (como plomo).
Ingestión de fármacos teratogénicos o drogas (opiáceos, tabaco, inhalantes).
Exposición a radiaciones.
Enfermedades infecciosas (rubéola, sarampión, sífilis, citomegalovirus, toxoplasmosis).
Traumatismos
Factores perinatales
Traumas obstétricos (mala utilización de fórceps, caídas o golpes).
Sufrimiento fetal.
Patologías (cardiopatías congénitas, inmadurez pulmonar, kernicterus)
Trastornos hematológicos de incompatibilidad del factor RH.
Ruptura temprana de membranas
Placenta previa.
Hipoxia neonatal.
Nacimiento prematuro.
Bajo peso
Circular de cordón
Factores posnatales
Infecciones del niño (meningoencefalitis, esclerosis tuberosa, neurofibromatosis).
Reacciones posvacunales (encefalitis).
Ingestión de productos tóxicos (ácidos, alcalinos y fármacos)
Traumatismos craneoencefálicos con lesión del sistema nervioso central.
Deficiencias nutricionales
Trastornos endocrinos (hipotiroidismo o cretinismo).

Anomalías craneales (hidrocefalia, microcefalia).

Fuente: Factores de riesgo, Enseñanza e investigación psicológica, 2017.

2.3 Prevención primaria de la discapacidad

Durante la infancia se tiene la oportunidad de prevenir los problemas relacionados con cualquier alteración del desarrollo que pueda ocurrir más adelante (Alvarado, 2005; Silverman, 2009) tal prevención se debe orientar a disminuir la discapacidad y los problemas asociados a ella, Existen tres niveles de prevención que se pueden llevar a cabo: primaria, secundaria y terciaria.

2.3.1 Prevención primaria

El objetivo es procurar que el daño en el desarrollo no suceda al establecer programas que lleguen a la mayor cantidad posible de población que esté en riesgo. Este nivel abarca dos grandes estrategias: la promoción de la salud y la protección específica.

La primera tiene como fin prolongar la vida y que ésta transcurra sin discapacidades; se dirige a personas que están sanas y procura que la sociedad adopte medidas que ayuden a modificar los modos de vida para mantener el estado de bienestar. La protección específica, a su vez, comprende todas las intervenciones de prevención de enfermedades mediante la inmunización, el control de la exposición a agentes patógenos, y la eliminación o disminución de comportamientos insalubres y de otros factores conductuales que aumentan el riesgo de sufrir enfermedades o accidentes (Amate, 2006).

2.3.2 Prevención secundaria

Se refiere a la detección e intervención precoz de cualquier alteración en el desarrollo antes de que se haya manifestado por completo. Comprende las intervenciones dirigidas a alterar favorablemente el curso de la enfermedad mediante servicios de diagnóstico temprano, tratamiento precoz, detección de factores de riesgo y actividades sociales y educativas. Los programas de tamizaje son un ejemplo claro de las acciones relacionadas con este nivel (v.g., estudios de laboratorio, detección de enfermedades infecciosas, amniocentesis, ultrasonidos, etc.) (Jenkins, 2005).

Es importante aclarar que estas acciones no evitan necesariamente el retardo en el desarrollo, pero sí permiten llevar a cabo programas de intervención temprana que promuevan un desarrollo integral. Un interrogatorio sobre los antecedentes perinatales y una observación cuidadosa son herramientas esenciales para identificar cualquier signo que denote un problema más complejo.

2.3.3 Prevención terciaria

A entra en acción cuando ya se ha identificado claramente que existe una discapacidad; en este caso, no solo se busca evitar el deterioro y las complicaciones, sino que también se intenta que la persona alcance su máximo desarrollo en los ámbitos personal, social y laboral. En este nivel, toda intervención debe orientarse a proporcionar los recursos para cubrir las necesidades que pueda tener

el individuo con el propósito de aumentar cuantitativa y cualitativamente su participación en las actividades y entornos en que se desenvuelve (Durán et al., 1995; Jenkins, 2005).

En relación con las acciones que se deben llevar a cabo en la prevención, es importante que tengan un carácter interdisciplinar debido a la multideterminación de los factores que afectan el desarrollo de cualquier individuo; el objetivo principal debe ser reducir el daño, disminuir la frecuencia de la discapacidad y de los problemas asociados y frenar la aparición de la misma (Jenkins, 2005).

La determinación de las variables del origen y de la población de riesgo corresponde a las ciencias biomédicas, las que determinan o evalúan las limitaciones o alteraciones biológicas producidas como consecuencia de una alteración genética ocasionada por eventos patógenos, como traumatismos e infecciones, entre muchos otros

La evaluación y determinación del grado de alteraciones conductuales asociadas a los trastornos biológicos corresponde a las ciencias psicológicas sin que ello implique descartar la opinión de otros profesionales, así como determinar el tipo y calidad de las interacciones responsables del origen y mantenimiento de una determinada alteración conductual.

Es objeto de las ciencias sociales determinar y evaluar si hay condiciones sociales que se correlacionen con la mayor o menor presencia de eventos patógenos que generen daños biológicos asociados a las alteraciones conductuales, definiendo, en su caso, las poblaciones en riesgo.

Es importante destacar que no todas las interacciones ocurren aisladas, por lo que es necesario evaluar en cada caso las condiciones biológicas del individuo, fundamentalmente su sistema sensorial y su equipo de respuesta, que son objeto de las ciencias biomédicas, al igual que las condiciones ambientales específicas en que se desenvuelve el objeto de las ciencias sociales. Por tanto, un trabajo conjunto y coordinado es necesario para la atención de cualquier discapacidad, cada una de las disciplinas debe llevar a cabo acciones concretas.

Tabla N° 2 Participación de las ciencias biomédicas en la prevención de la discapacidad

MEDICINA
Prevención primaria
Vacunación contra enfermedades infecciosas
Examen genético de los progenitores cuando exista riesgo de alteraciones cromosómicas o edad avanzada de la madre (amniocentesis).
Asesoría médica cuando alguno de los progenitores haya tenido un hijo con retardo en el desarrollo
Control médico periódico de la embarazada
Control y evitación de agentes teratogénicos que pueden producir malformaciones (infecciones virales, sustancias tóxicas, radiaciones, medicamentos, alteraciones endocrinas y metabólicas)

Control de medidas de higiene en el embarazo y supervisión de una alimentación adecuada.
Promoción de programas de profilaxis obstétrica
Atención eficaz, oportuna y cuidadosa durante el parto
Examen médico neonatal.
Detección precoz de malformaciones y enfermedades metabólicas.
Canalización oportuna a los diferentes profesionales vinculados con la problemática que se detecte
Observación y cuidados médicos especiales a niños de alto riesgo.
Vigilancia y cuidado especial del recién nacido (prevención de patologías orgánicas o infecciones).
Evaluación del desarrollo infantil.
Educación para la salud.
Prevención secundaria
Identificación precoz de anomalías biológicas (diagnóstico prenatal, exploración del recién nacido, realización de exámenes periódicos de salud)
Tratamiento oportuno y adecuado para cada caso.
Detección de factores de riesgo.
Implementación de programas preventivos de estimulación precoz (instrumentos de evaluación acordes a las necesidades del individuo, aplicación correcta de dichos instrumentos por distintos profesionales y existencia de canales o vías de coordinación entre los diferentes servicios sanitarios, sociales y educativos)
Comunicación del diagnóstico a la familia.
Supervisión de las reacciones de los padres.
Orientación y canalización de los niños y sus familias.
Intervención psicológica o estimulación precoz.
Prevención terciaria

Tratamiento y seguimiento de los problemas, principalmente de aquellos casos en los que exista un mayor riesgo
Preparación biológica del individuo para maximizar su aprendizaje y adaptación en su medio, proporcionándole las prótesis adecuadas para que sus sistemas sensoriales y de respuesta alcancen las mejores condiciones
Control de enfermedades crónicas.
Tratamientos farmacológicos o quirúrgicos de la discapacidad, cuya efectividad sea demostrada científicamente

Fuente: Factores de riesgo, Enseñanza e investigación psicológica, 2017.

Tabla N° 3. Participación de las ciencias psicológicas en la prevención de la discapacidad

CIENCIAS PSICOLOGICAS
Prevención primaria
Evaluación e identificación de los factores de riesgo.
Identificación de los factores psicológicos y ambientales de riesgo que obstruyan la atención periódica durante el embarazo.
Elaboración de programas y estrategias que faciliten el establecimiento de las prescripciones médicas.
Elaboración de programas dirigidos a padres para promover un ambiente saludable.
Diseño y realización de programas de intervención de psicoprofilaxis obstétrica
Evaluación psicológica dirigida a identificar factores que alteren la salud de la mujer y la del hijo, así como el equilibrio de la pareja
Información a profesionales relacionados con la salud sobre los factores sociofamiliares y ambientales que influyen en el desarrollo del niño
Evaluación y entrenamiento de las habilidades básicas del cuidado infantil (en relación con el tipo de interacción y estimulación en el desarrollo adecuado del niño).
Diseño y fomento de estilos de vida saludables
Prevención secundaria

<p>Detección precoz del retraso en el desarrollo o discapacidad.</p>
<p>Identificación de ambientes inadecuados (condiciones físicas y socioeconómicas relacionadas con retraso, evaluación del tipo de interacciones, evaluaciones periódicas conductuales del individuo con escalas de desarrollo).</p>
<p>Implementación de programas preventivos de estimulación precoz (instrumentos de evaluación acordes a las necesidades del individuo, aplicación correcta de dichos instrumentos por distintos profesionales y promoción de vías de coordinación entre los diferentes servicios sanitarios, sociales y educativos).</p>
<p>Supervisión de las reacciones de los padres para ayudarlos a asumir el problema y proporcionarles estrategias para afrontarlo</p>
<p>Orientación y canalización de los niños y sus familias.</p>
<p>Indicación de la intervención psicológica o estimulación precoz</p>
<p>Información en relación a los conocimientos sobre el desarrollo y las necesidades educativas especiales</p>
<p>Prevención terciaria</p>
<p>Diseño y aplicación de las técnicas y programas educativos de intervención.</p>
<p>Diseño del medioambiente social y físico adecuado para que el individuo aprenda comportamientos apropiados</p>
<p>Desarrollo de programas para mantener e incrementar los niveles de salud biológica, psicológica y social del individuo</p>
<p>Elaboración y aplicación de los programas de intervención</p>
<p>Preparación del individuo para los exámenes y tratamientos médicos agresivos</p>
<p>Elaboración e implementación de estrategias para asegurar la adherencia a los distintos tratamientos.</p>
<p>Diseño de programas para la formación de para profesionales (padres de familia, trabajadores sociales, asistentes y enfermeros).</p>

Fuente: Factores de riesgo, Enseñanza e investigación psicológica, 2017

Tabla N° 4. Participación de las ciencias sociales en la prevención de la discapacidad

CIENCIAS SOCIALES
Prevención primaria
Evaluación de las condiciones medioambientales, culturales, educacionales y personales identificadas como factores de riesgo social.
Colaboración en los programas de psicoprofilaxis obstétrica.
Evaluación del ambiente socioeconómico familiar.
Prevención secundaria
Detección precoz de niños de alto riesgo (tipo ambiental)
Canalización a los servicios oportunos para su diagnóstico y posible tratamiento
Prevención terciaria
Búsqueda de los recursos económicos, institucionales y culturales que permitan desarrollar los programas psicológicos y biomédicos necesarios
Desarrollo de redes de apoyo social en el campo de la salud.
Participación comunitaria.

Fuente: Factores de riesgo, Enseñanza e investigación psicológica, 2017.

2.3.4 Discapacidad en Bolivia

En nuestro país, una de las tareas más urgentes respecto del sector de las personas con discapacidad en Bolivia es la de contar con un diagnóstico fiable sobre su situación, condición indispensable para llevar adelante una política de Estado sobre el tema, reclamada no sólo por los interesados, sino por la comunidad internacional, sobre todo, desde la aprobación de la Convención de la Organización de las Naciones Unidas al respecto, en el año 2006 y recientemente ratificada como Ley del Estado Plurinacional, en el año 2009.⁽⁶⁾

El Estado Plurinacional de Bolivia, ante las necesidades de las personas con discapacidad, promulga leyes, resoluciones ministeriales y normas, que favorecen e identifican a las Personas con Discapacidad entre ellas:

2.3.5.1 Ley general para personas con discapacidad Nro.223

Promulgada 2 de marzo del 2012 Garantizada el ejercicio pleno de sus derechos y deberes en igualdad de condiciones y equidad de oportunidades, trato preferente bajo un sistema de protección integral.

La Resolución Ministerial número 0595 del 3 de agosto de 2007 que en su artículo tercero, establece que la Gobernación, Sedes y Municipios deberán proveer las condiciones requeridas y autorizar a los establecimientos acreditados, para la sostenibilidad del programa de registro Único Nacional de personas con

El Ministerio de Salud a través de su Área de Discapacidad tiene la obligación de supervisar el Registro y la Calificación para las personas con Discapacidad (PDC). Las Gobernaciones y SEDES, SEDEGES son responsables de autorizar los establecimientos de Salud acreditados para la Calificación, insertar en los POAs ,recursos que vayan en beneficio de la creación de equipos calificadores y la sostenibilidad de los mismos Resolución Ministerial N°0846 del 30 de Noviembre de 2006, Resuelve: reconocer como instrumento oficial para la calificación de discapacidad, BAREMO establecido en el documento valoración de las minusvalías. Resolución Ministerial N°0191/de abril 2009 Aprueba el: “manual de procedimientos para la calificación a personas con discapacidad y la guía para el uso del certificado del registro unico nacional de personas con discapacidad”.

El artículo 7mo. De la Resolución Ministerial Nro.130 del 8 de marzo del 2008, Establece: “Apruébese el porcentaje de Discapacidad como mínimo el 30% para otorgar el Carnet de Discapacidad”.

2.4 Tipos de Discapacidad:

El Estado Plurinacional de Bolivia reconoce las siguientes Discapacidades según la Ley 241

- ❖ **Discapacidad físico motora:** Son las personas con deficiencias anatómicas y neuromusculares o funcionales causantes de limitaciones en el movimiento.
- ❖ **Discapacidad intelectual:** Son las personas caracterizadas por alteraciones funcionales del sistema nervioso central, que ocasionan limitaciones.
- ❖ significativas tanto en el funcionamiento de la inteligencia, el desarrollo psicológico evolutivo como en la conducta adaptativa.
- ❖ **Discapacidad mental o psíquica:** Son las personas caracterizadas por deficiencias funcionales del sistema nervioso central, con limitaciones que generan enfermedad mental.
- ❖ **Discapacidad visual:** Son las personas con deficiencias anatómicas y/o funcionales, causantes de ceguera completa.
- ❖ **Discapacidad auditiva:** Son las personas con perdida y/o limitación auditiva en menor o mayor grado.
- ❖ **Discapacidad múltiple:** Esta generada por múltiples deficiencias sean estas de carácter físico, visual, auditivo, intelectual, o psíquica.

2.5 Atención Primaria y Rehabilitación

La salud como componente vital del ser humano debe ser garante imprescindible de la calidad de vida, a través de acciones que con llevan:

Promoción de la Salud
Prevención de las enfermedades
Restauración de la salud y Rehabilitación
Rehabilitación.

De esta manera no se concibe la atención integral de la salud sin la existencia de la Rehabilitación, debiendo ser contemplada como componente esencial de la Salud Pública y siendo relevante para el logro de la equidad en salud.

La concepción de la Rehabilitación dentro de la Salud Pública, hoy día no es visualizada como la última fase de la atención en salud, encargada del manejo de deficiencias y discapacidades ya instaladas, sino que su filosofía y concepción básica está sustentada en la prevención, desde donde es vista como la acción de salud que, conjugada al resto de las acciones, para prevención y control de los diferentes daños, evita la discapacidad que altera la calidad de vida de los individuos sujetos a riesgo, acorde con su desempeño individual y colectivo .

El manejo en la atención de la discapacidad comienza entonces con la Promoción de la Salud, en la persona sana, ya que al mantener a la persona en buen estado de bienestar físico, psíquico y social dentro de un ambiente saludable y, sin exposición a riesgos, evita la aparición de los daños en sí, causantes de discapacidad.

Así mismo, al educar a la población sobre la forma de cómo mantenerse sano y, protegiéndolo de los daños que causan enfermedad (Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad), se previene, en consecuencia, la aparición y desarrollo de discapacidad.

Estas dos estrategias trabajadas en la atención a la discapacidad quedan englobadas dentro de otro concepto, el de Prevención de Discapacidades, que a su vez también incorpora, con el proceso de Restitución de la Salud, la prevención de las complicaciones , limitando, en consecuencia, la pérdida de la función de las personas o, dicho de otro modo, deficiencias instaladas, imbricando sus acciones tempranamente con Rehabilitación, que incorpora las acciones necesarias para el logro de la integración o reintegración de las personas con deficiencias y discapacidades, a las actividades que le corresponden como ciudadano en una comunidad.

Toda esta población debe, recibir atención contemplada desde los niveles de promoción y prevención hasta la rehabilitación, de manera oportuna, adecuada y con base a los recursos con que cuenta, lo que nos acerca a lo que debe ser la Atención Integral en Salud en el manejo de las discapacidades.

Vista de esta manera, la rehabilitación en salud no solamente abarcaría la Atención al problema instalado, sino también su prevención, involucrando en esto tanto al sector salud como a todos los que componen la sociedad, como lo señala la Rehabilitación Integral. Conlleva entonces, entre sus principios para la acción, la intersectorialidad, descentralización, participación social y programación local.

La consolidación de la Rehabilitación como componente esencial de la Atención Integral de Salud se hizo mandatorio para los países cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Noveno Programa General, Meta 7 señaló,

"Reducir las discapacidades evitables a través de medidas preventivas y rehabilitadoras apropiadas" y "Las discapacidades derivadas de las deficiencias sensoriales, locomotoras y mentales serán significativamente reducida entre grupos poblacionales insuficientemente atendidos".

Gran proporción de gobiernos signatarios de los convenios y declaraciones de la OMS, han asumido la Atención Primaria de la Salud, como una estrategia que puede resolver la mayoría de los

problemas de salud de las personas y además a través de acciones de promoción y prevención se logra el mantenimiento de un estado adecuado de salud, sobretodo en la población de mayor riesgo. En Discapacidad, todo lo expresado anteriormente está englobado dentro de la ya enunciada estrategia de Prevención de Discapacidades, lo que está, a su vez, inmerso en Atención Primaria en Discapacidad.

Desde que la OMS declaró en Alma Ata los principios de la Atención Primaria, se comenzó a estructurar la estrategia de Rehabilitación Primaria y de Atención Primaria de Rehabilitación, que es lo que después se formuló como la estrategia de la RBC.

El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud La RBC, (Rehabilitación con Base Comunitaria), desprendida de esta concepción de la Atención Primaria, en su esencia no es un servicio, es una estrategia de acción, que integra a la salud, las otras organizaciones de la comunidad y las personas, buscando diferentes vías e instrumentos para lograr equidad, inclusión social e igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.

En consecuencia, el logro de la independencia y autonomía de las personas con discapacidad desde todo punto de vista, física, mental y social, se consigue, buscando incluir la representación de las personas con discapacidad en todo el que hacer de la comunidad, trabajando en la eliminación de las barreras físicas, Ambientales, culturales y sociales, buscando la solidaridad de la comunidad con las personas con discapacidad e incluyendo las personas con discapacidad en todo el accionar del sector salud, campo que nos concierne más estrechamente

III. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son las acciones preventivas en la atención integral de personas con discapacidad del Municipio de Charaña – Bolivia?

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Describir la prevención de la salud en la atención integral de personas con discapacidad del Municipio de Charaña - Bolivia, enero a junio 2023.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las características socio demográficas (edad, sexo, ocupación, etc.) de las personas con discapacidad del Municipio de Charaña.
- Clasificar según el tipo y grado de discapacidad, en la atención integral de personas con discapacidad del Municipio de Charaña.
- Identificar las complicaciones prenatales, perinatales (desarrollo psicomotor) y postnatales (rehabilitación y carnet de discapacidad) de las personas con discapacidad del municipio de Charaña.

IV. JUSTIFICACION

Juzgo mi investigación pertinente pues se inserta dentro de una línea de Investigación poco desarrollada en nuestro país y útil, mi postura ante el tema de estudio intentó resaltar las particularidades de la discapacidad dirigir la mirada en una dirección contraria que ayudará en la lucha

por el respeto y el lugar que requiere la diversidad, y por el derecho que tienen esas personas de definirse como un colectivo con la consecuente mejora de servicios calidad de vida, y el derecho a la Salud.

Se realiza visitas domiciliarias a las diferentes comunidades y localidades del Municipio de Charaña a los que el centro de salud brinda atención integral en pacientes con discapacidad mediante las acciones de prevención de la salud.

Para así erradicar el desconocimiento, ideas erróneas de tal manera concientizar, promover estrategias de información, orientación y comunicación social, en beneficio de conservar la salud y detectar precozmente alguna discapacidad en algún miembro de la familia, siendo así poder orientarlos y apoyarlos mediante un equipo de atención integral. Por todo lo anterior se pretende con el presente trabajo de investigación.

V. DISEÑO METODOLOGICO

El presente estudio es de enfoque cualitativo – cuantitativo

Cualitativo: se utilizó al inicio de la investigación y en intervención intermedia como una forma de obtener la información que permitirá conocer el fenómeno de eventos y sucesos en nuestro objeto de estudio, con método de recolección de datos mediante la observación, que permite reconstruir la realidad tal y como la observan los pacientes con discapacidad.

Tipo de estudio: investigación acción participativa porque yo médico especialista ASSO en Salud Familiar Comunitaria Intercultural llego a formar una parte importante del grupo, como líder.

Técnica de recolección de datos: entrevista mediante el cuaderno de campo.

Cuantitativo: Se analizó una realidad objetiva a partir de mediciones numéricas y análisis estadístico para determinar predicciones o patrones de comportamiento del fenómeno o problema planteado, por la naturaleza del problema y los objetivos presentes utilizando un diseño de investigación porque da a conocer de manera general cuales son los hábitos higiénico dietéticos que los estudiantes han adquirido en el hogar y acción por las intervenciones del médico residente en Salud familiar Comunitaria Intercultural, que se realizaron para mejorar los conocimientos.

Tipo de investigación: es descriptivo debido a que se recopiló información cuantificable para ser utilizada en el análisis estadístico de la muestra de la población.

Técnica de recolección de datos: encuesta con preguntas cerradas.

VI. RESULTADOS: FACTORES PERSONALES

Tabla 5. GRUPO ETAREO

Nº	variable	N.º absoluto	%
1	0 – 10	12	54.5

2	11 – 20	0	0
3	21 – 30	3	13.6
4	31 – 40	1	4.54
5	41 - 50	2	9.09
6	51 – 60	1	4.54
7	61 – 70	2	9.09
8	71 – 80	1	4.54
TOTAL		22	100

Fuente: Elaboración propia, C.S.C.I. Charaña, enero – mayo 2023

Con respecto al grupo atareo, se encontró un 54.5 % que corresponde a 12 personas con discapacidad tienen entre 0 a 10 años de edad.

Tabla 6. GENERO

Nº		Nº absoluto	%
1	Masculino	10	45.4
2	Femenino	12	54.5
TOTAL		22	100

Fuente: Elaboración propia, C.S.C.I. Charaña, enero – mayo 2023

Con respecto al género un 54.5 % que corresponde a 12 personas con discapacidad corresponde al sexo femenino, un 45,4 % que corresponde a 10 personas son del sexo masculino.

Tabla 7. Ocupación

Nº		Nº absoluto	%
1	Estudiante	12	54.5
2	Mecánico	1	4.54
3	Agricultor	3	13.6
4	Artesano	1	4.54
5	No corresponde	1	4.54
	Ninguna	4	18.18
TOTAL		22	100 %

Fuente: Elaboración propia, C.S.C.I. Charaña, enero – mayo 2023

Con respecto al tipo a la condición sociodemográfica de la ocupación un 54.5 % que corresponde a 12 personas con discapacidad son estudiantes, un 18.18 % que corresponde 4 no tienen una ocupación debido a que ingresa en la discapacidad intelectual muy grave, un 13,6 % que corresponde 4 personas, son agricultores una ocupación frecuentemente realizada en el Municipio de Charaña.

Tabla 8. TIPO DE DISCAPACIDAD

N°		N.º absoluto	%
1	Física – motora	5	22.72
2	Visual	3	13.63
3	Auditiva	1	4.54
4	Intelectual	9	40.9
5	Mental o psíquica	4	18.18
6	Múltiple	0	0
TOTAL		22	100

Fuente: Elaboración propia, C.S.C.I. Charaña, enero – mayo 2023

Con respecto al tipo de discapacidad un 40.9 % de las personas con discapacidad que corresponde a un 9 presentan discapacidad intelectual, un 22.72 % que corresponde a 5 personas presentan discapacidad físico motora, un 18.18 % presentan discapacidad físico motora.

Tabla 9. GRADO DE DISCAPACIDAD

N°	Tipo	Leve		Moderado		Grave		Muy grave	
		N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%
1	Física - motora	0	0	3	20	1	25	1	33.3
2	Visual	0	0	2	13.3	1	25	0	0
3	auditiva	0	0	1	6.6	0	0	0	0
4	intelectual	0	0	8	53.3	0	0	1	33.3
5	Mental o psíquica	0	0	1	0	2	50	1	33.3
6	Múltiple	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		0	0	15	100	4	100	3	100

Fuente: Elaboración propia, C.S.C.I. Charaña, enero – mayo 2023

Con respecto a l grado de discapacidad un 53.3 % que pertenece 8 personas, presentan un grado de discapacidad intelectual moderado, un 33,3 % de las personas presentan discapacidad física motora, intelectual y mental o psíquica muy grave.

Tabla 10. Causa de discapacidad

N.º		N.º absoluto	%
1	Congénito	1	4.54
2	Adquiridas (enfermedades accidentales, laborales, violencia)	6	27.27
3	Ambiental	0	0
4	Biológico	7	31.81
5	Desconoce	8	36.36
TOTAL		22	100

Fuente: Elaboración propia, C.S.C.I. Charaña, enero – mayo 2023

De acuerdo con lo identificado un 36,6 % que corresponde a 8 personas de desconocer la causa de discapacidad, un 31,81 % es biológico y un 27,27 % es de causa adquirida.

Tabla11. Antecedentes prenatales

N.º	Durante el embarazo la madre recibió CPN	N.º absoluto	%
1	Si	12	54.54
2	No	6	27.27
3	Desconoce	4	18.18
TOTAL		22	100

Fuente: Elaboración propia, C.S.C.I. Charaña, enero – mayo 2023

De acuerdo a lo identificado un 54.54 % que corresponde a 12 personas con discapacidad, sus madres recibieron controles prenatales, un 6 % no recibió, un 4 % desconoce.

Tabla 12. Antecedentes perinatales

N.º	Complicaciones	N.º absoluto	%
1	Uso de Incubadora	1	4.54
2	Cianosis	1	4.54
	No hubo complicaciones	16	72.72
4	Desconoce	4	18.18
TOTAL		22	100

Fuente: Elaboración propia, C.S.C.I. Charaña, enero – mayo 2023

De acuerdo a lo evidenciado un 72.72 % indico que no hubo complicaciones, un 18.8 % desconoce la causa de antecedentes perinatales.

Tabla 13. Antecedentes postnatales

N.º	Alteraciones	N.º absoluto	%
1	Vacunas	0	0
2	Durante el sostén cefálico	0	0
	Durante la sedestación	0	0
4	Durante la bipedestación	0	0
5	Durante la marcha	5	22.72
6	Lenguaje	3	13.63
7	Control de esfínteres	1	4.54
8	No presento alteraciones	13	59.09
TOTAL		22	100

Fuente: Elaboración propia, C.S.C.I. Charaña, enero – mayo 2023

De acuerdo a lo identificado un 59.09 % de los pacientes con discapacidad un 59.09 % que pertenece a 13 personas no presento alteraciones postnatales, un 22,72 % presento alteraciones durante la marcha.

Tabla 14. Recibió rehabilitación

Nº		N.º absoluto	%
1	Si	0	0
2	No	22	100
TOTAL		22	100

Fuente: Elaboración propia, C.S.C.I. Charaña, enero – mayo 2023

VII. DISCUSIÓN

Silverman (2009) propone la necesidad de una discusión amplia y abierta sobre el tema de la prevención en la discapacidad en virtud de la confusión que existe en relación con los propósitos de la prevención primaria, secundaria y terciaria, aspecto con el cual se concuerda y que deberá ser motivo de un profundo análisis.

La discapacidad es un importante problema de salud pública que aumenta cada vez más y que tiene una considerable repercusión social. Tal fenómeno es multifacético y sobre él se han centrado diferentes posturas teóricas, todas ellas con una sólida base conceptual que ha permitido abordarlo de una forma más amplia.

La discapacidad afecta a un importante número de personas y, por lo tanto, es motivo de estudio y de inquietud para quienes la sufren.

Subrayar la importancia de los factores de riesgo, las medidas de prevención y el trabajo en equipo permite considerar los elementos básicos en el diseño de programas de intervención con el fin de evitar o disminuir el efecto de la discapacidad en las personas, las familias y las comunidades. Estos factores forman una triada que se debe atender en cualquier momento de la intervención y fortalecer así el trabajo multidisciplinario para que las personas con discapacidad tengan una atención integral y de calidad que responda a las necesidades particulares de cada persona.

Por otro lado, también es importante no dejar de lado el papel de la familia en todo el proceso de atención, ya que generalmente los padres atraviesan etapas difíciles para aceptar el problema, lo que implica un alto grado de preocupación, por lo que es necesario el apoyo de diversos profesionistas. Por este motivo, las acciones de prevención también deben ser planteadas considerando la participación de la familia.

En un mundo ideal, todo recién nacido debería contar con padres física y psicológicamente sanos y desarrollarse en un entorno familiar libre de enfermedad, retraso en el desarrollo o patología social. En este sentido, identificar los factores de riesgo que puedan ocasionar un desarrollo alterado es esencial por dos motivos: el primero, tratar de prevenirlos, y el segundo, disminuir los efectos que puedan haber originado el problema. Por último, es importante tomar en cuenta que el niño tiene una asombrosa capacidad para asimilar toda experiencia social que le es transmitida en los primeros momentos de su vida por el adulto que lo cuida y atiende, así como de su entorno social; de esta

manera, el desarrollo de sus habilidades se deberá principalmente a la experiencia temprana que pueda tener en la interacción con su medio ambiente físico, psicológico y social.

VIII. CONCLUSIÓN

En relación a las acciones realizadas de prevención en la atención integral de paciente con discapacidad se ha logrado incidir sobre la detección de personas con discapacidad de acuerdo:

En relación a los factores sociodemográficos se ha identificación de edad existe un mayor predominio entre 0 10 años, siendo las mujeres que presentan algún tipo de discapacidad con mayor frecuencia discapacidad intelectual.

De acuerdo con la relación de antecedentes prenatales se evidenció una relación con la frecuencia de controles prenatales, de menores de 10 años las madres realizaron controles prenatales en mas de 4 oportunidades, pero en personas discapacitadas mayores de 40 años se desconoce la información además de los antecedentes perinatales y postnatales, existe un mayor predominio entre las causas de discapacidad adquirido, en mínima proporción genético.

Las medidas de prevención realizadas en relación a la atención integral de personas con discapacidad fueron de acuerdo a:

Prevención primaria

Se ha realizado un trabajo mediante los *medios de la promoción* de la salud

Educación para la vida

- Se realizó talleres de inclusión de personas con discapacidad junto a padres de familia, docente educativo y estudiantes de la Unidad Educativa Mejillones de la población de Charaña.
- Se realizó sesiones educativas en visitas de seguimiento de riesgo individual a familiares y comunidad donde se encuentra la persona con discapacidad.
- Junto a CODEPEDIS se realizó taller sobre discapacidad dirigido a autoridades del Gobierno Autónomo Municipal de Charaña y autoridades de la Comunidad.
- Solicitud de evaluación de filtración de agua a autoridades debido a la existencia de una mina en la comunidad de Villa Parka.

Reorientación de los servicios

- Visita del bus odontológico a la Unidad Educativa Ladislao Cabrera de forma mensual.
- Valoración nutricional a cargo de la licenciada en nutrición del Centro de Salud Integral Charaña, de forma trimestral para valoración de peso, talla, valoración de Índice de masa corporal y seguimiento de pacientes con discapacidad.
- Visita familiar dentro del domicilio para valoración y seguimiento de estado de salud y medidas higiénicas de las personas con discapacidad.
- Valoración médica mediante un equipo interdisciplinario junto al servicio medicina, nutrición, odontología, enfermería

Mobilización social

- Se trabajó en coordinación con la encargada de SLIM – DNA Charaña del Gobierno Autónomo Municipal de Charaña.

- Se trabajó en coordinación con el consejo educativo de la Unidad Educativa Ladislao Cabrera de la población de Charaña para realización de actividades.
- Se trabajó de manera coordinada con los profesores de la Unidad Educativa Ladislao Cabrera para seguimiento y control de actividades implementadas.

Alianzas estratégicas

- Se trabajó de manera coordinada con el equipo evaluador de discapacidad UTRAIID para la calificación y carnetización de personas con discapacidad.

Prevención secundaria

- Identificación de paciente con discapacidad
- Tratamiento oportuno y adecuado para cada caso
- Detección de factores de riesgo.
- Implementación de programas preventivos de estimulación precoz (instrumentos de evaluación acordes a las necesidades del individuo, aplicación correcta de dichos instrumentos por distintos profesionales y existencia de canales o vías de coordinación entre los diferentes servicios sanitarios, sociales y educativos)
- Comunicación del diagnóstico a la familia.
- Supervisión de las reacciones de los padres.
- Orientación y canalización de los niños y sus familias.

Prevención terciaria

- Tratamiento y seguimiento de los problemas, principalmente de aquellos casos en los que exista un mayor riesgo.
- Preparación biológica del individuo para maximizar su aprendizaje y adaptación en su medio, proporcionándole las prótesis adecuadas para que sus sistemas sensoriales y de respuesta alcancen las mejores condiciones
- Control de enfermedades crónicas.
- Tratamientos farmacológicos o quirúrgicos de la discapacidad

IX. RECOMENDACIONES

- A las autoridades locales, implementar un centro de Rehabilitación de personas con discapacidad, cuando este desarrolla actividades de promoción de la salud haciendo que se concentre la población habitante de esta y las comunidades vecinas.
- Se recomienda hacer más estudios sobre factores de riesgo asociado a discapacidad.
- Brindar información permanente a las mujeres que visitan el Centro de Salud Integral Charaña mediante afiches, charlas educativas personalizadas, charlas a grupos de madres sobre la importancia de control prenatal y el cuidado en la Gestación como factor de riesgo para la Discapacidad.
- Realizar charlas educativas de salud en los colegios de las comunidades para abarcar mayor número de jóvenes y brindarles información completa para fomentar y apoyar la Inclusión de personas con Discapacidad.

- Enseñar a las familias especialmente Padres de familia. La nutrición adecuada y fundamental. Una alimentación insuficiente o una dieta desequilibrada y en la que escaseen determinadas vitaminas y minerales (yodo, vitamina A, hierro y zinc, por ejemplo) pueden hacer que los bebés y los niños sean vulnerables a dolencias específicas o a una serie de infecciones que podrían derivar en discapacidades físicas, sensoriales o intelectuales.
- Al personal encargado de los medios de comunicación, habilitar estos medios como la radio, para tener mayor cobertura en la difusión de información sobre temas de salud en general con el apoyo de las autoridades sindicales.
- Las inmunizaciones, que se cuentan entre las intervenciones de salud pública más rentables y beneficiosas, son la piedra angular de las iniciativas mundiales para reducir las enfermedades y la mortalidad en la infancia. La inmunización constituye un cauce esencial para prevenir enfermedades que originan discapacidades, es por eso que debe hacerse un trabajo conjunto.
- Para llegar a toda la población infantil con discapacidad para sus correspondientes vacunas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Villena R. Derechos Humanos de las personas con discapacidad. <https://www.defensoria.gob.bo/uploads/files/derechos-de-las-personas-con-discapacidad- cartilla.pdf>
2. Ortega P, Plancarte C. Discapacidad: factores de riesgo y prevención y profesionales relacionados. Enseñanza e Investigación en Psicología. 2017 [en línea]. 22(2):183-196 [fecha de Consulta 9 de Mayo de 2023]. ISSN: 0185-1594. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29255774005>
3. Vega Fuente Amando. La promoción de la salud ante la discapacidad. Revista Española de Salud Pública. 2008;82(3):351-352. Recuperado en 10 de mayo de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000300011&lng=es&tlng=es.
4. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Guía para la promoción de la salud en el trabajo para personas con discapacidad intelectual. <https://www.insst.es/documents/94886/538970/Gu%C3%ADa+para+la+promoci%C3%B3n+de+la+salud+en+el+trabajo+para+personas+con+discapacidad+intelectual/944d6e0f-3fdb-456b-b4281e0ef7e77c58>
5. Corsino Néstor et al. Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Redes de Servicios de Salud. Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad. Manual de Proceso y Procedimientos para la Calificación, Registro y Carnetización de Discapacidad. 2023. <https://www.minsalud.gob.bo/component/jdownloads/?task=download.send&id=792&catid=20&m=0&Itemid=646>
6. Amate EA. Prevención y rehabilitación. En E. A. Amate y A. J. Vásquez (Eds.): Discapacidad: lo que todos debemos saber. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 2006. p. 61-66.
7. Cáceres RC. Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la oms. Revista Electrónica de Audiología. 2004;2(3):74-77. Disponible en línea: http://sid.usal.es/idocs/F8/8.1-2803/experiencias_aplicacion.pdf.
8. Guevara B, González S. Las familias ante la discapacidad. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2012;15(3):1023-1050.

9. Guevara Y, Plancarte P. Retardo en el desarrollo y educación especial. Algunas aportaciones del interconductismo. En G. Mares y Y. Guevara (Eds.): *Psicología interconductual*. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2002. p. 41-74.
10. Vásquez A. De qué hablamos cuando hablamos de discapacidad. En A. Vásquez y N. Cáceres (Eds.): *El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud*. Córdoba (Argentina): Universidad de Córdoba; 2008. p. 10-19.
11. Alcon S Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Redes de Servicios de Salud. Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad. Situación de la Rehabilitación y de la Capacidad de Tecnologías de Apoyo en el Estado Plurinacional de Bolivia. /Ministerio de Salud y Deportes; 2022.
12. Hernandez M. El Concepto de Discapacidad: De la Enfermedad al Enfoque de Derechos. *Revista CES Derecho*. 2015;6(2). <http://www.scielo.org.co/pdf/cesd/v6n2/v6n2a04.pdf>
13. Basu A, Friel K, Olusanya B, Hadders-Algra M. Visibilizando la discapacidad: Mirando el otro lado. *Developmental medicine and child neurology*. 2023;65(4):34–e36. <https://doi.org/10.1111/dmcn.15514>
14. Echavarría-Ramírez LM, Tirapu-Ustárriz J. Exploración neuropsicológica en niños con discapacidad intelectual [Neuropsychological examination in children with intellectual disabilities]. *Revista de neurología*. 2021;73(2):66–76. <https://doi.org/10.33588/rn.7302.2021025>
15. Leyva-López A, Rivera-Rivera L, Márquez-Caraveo ME, Toledano-Toledano F, Saldaña-Medina C., Chavarría-Guzmán K, Delgado-Gallegos JL, Katz-Guss G, Lazcano-Ponce E. Estudio de la calidad de vida en cuidadores familiares de personas con discapacidad intelectual. *Salud publica de Mexico*. 2022;64(4, jul-ago):397–405. <https://doi.org/10.21149/13325>
16. Tamayo M, Besoain Á, Rebolledo J. Determinantes sociales de la salud y discapacidad: actualizando el modelo de determinación [Social determinants of health and disability: updating the model for determination]. *Gaceta sanitaria*. 2018;32(1):96–100. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.004>
17. Villarreal-Ríos E, Montoya-Cruz G, Vargas-Daza ER, Galicia-Rodríguez L, Escorcía-Reyes V, Flores LA. *Archivos de cardiología de Mexico*, 2020;91(2):202–207. <https://doi.org/10.24875/ACM.20000140>
18. Cukier S, Barrios N. Intervenciones farmacológicas en discapacidad intelectual y autismo [Pharmacological interventions for intellectual disability and autism]. *Vertex* (Buenos Aires, Argentina). 2019;XXX(143):52–63.
19. Monteverde M, Palloni A, Guillen M, Tomas S. Early Poverty and Future Life Expectancy with Disability among the Elderly in Argentina: Pobreza Temprana y Esperanza de Vida Futura con Discapacidad entre los Adultos Mayores de la Argentina. *Revista latinoamericana de población*. 2020;14(26):5–22. <https://doi.org/10.31406/relap2020.v14.i1.n26.1>
20. Márquez-González H, Valdez-Martínez E. *Gaceta medica de Mexico*. 2018;154(6):649–656. <https://doi.org/10.24875/GMM.18004429>
21. Pino-Morán JA, Rodríguez-Garrido P, Burrone MS. Politico-Epistemic Tensions Regarding Personal Assistance and Care for People with Disabilities: An Integrative Literature Review. *International journal of environmental research and public health*. 2023;20(2):1366. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021366>
22. Calvet X, Motos J, Villoria A. Cómo redactar un informe médico para la valoración de minusvalía o discapacidad [How to write a medical report for the assessment of disability]. *Medicina clínica*. 2014;142(1):25–28. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2013.09.019>
23. Potes Gallego MP, Ríos Herrera N, Romero López SP, García Restrepo HD, Takada Pulgarín Y, Agudelo Ramírez A. Salud bucal en la población con discapacidad visual: revisión de literatura. [Oral

health in visually impaired patients: a literature review]. *Revista de la Facultad de Ciencias Medicas (Cordoba, Argentina)*. 2022;79(3):272–276. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v79.n3.35265>

24. Ceres Ruiz R. La tecnología para la mejora de la autonomía y la participación en la discapacidad [Technology to improve autonomy and participation among disabled people]. *Rehabilitación*. 2019;53(3):143–145. <https://doi.org/10.1016/j.rh.2019.06.003>

25. Zúñiga-Fajuri A. Investigación y discapacidad intelectual en Chile [Research and intellectual disability in Chile]. *Medwave*. 2017;17(1):e6833. <https://doi.org/10.5867/medwave.2017.01.6833>

ANEXOS



Evaluación de personas con discapacidad, Comunidad de Mauri - Charaña



Evaluación de personas con discapacidad, C.S.C.I. Charaña



Taller de capacitación a autoridades del Gobierno Autónomo de Charaña, y autoridades locales



Carnetización de Servicio de SEGIP, a pacientes con discapacidad.



Carnetización de Servicio de SEGIP, a pacientes con discapacidad,
C.S.C.I. Charaña