

E. García

La Fisioterapia en el marco de los Servicios Sociales

Physiotherapy within the Social Services area

Profesor Asociado E. U. de Ciencias de la Salud. Fisioterapeuta de Centro de Minusválidos Psíquicos (Instituto Aragonés de Servicios Sociales) del Gobierno de Aragón.

Correspondencia:
Enrique García Díez
Ramón y Cajal, 36, 1.º B
50004 Zaragoza
E-mail: egardiez@posta.unizar.es

RESUMEN

El propósito de este artículo es presentar el papel de la Fisioterapia dentro de un marco de intervención dirigido a personas con minusvalías: los Servicios Sociales. Éste es uno de los campos de acción más amplios para nuestra profesión, tanto por la variedad de patologías como por la diversidad de funciones: terapéutica, preventiva, de asesoramiento, formativa e informativa. También se conocerá la participación y funciones de los fisioterapeutas dentro de los equipos multiprofesionales que actúan en beneficio de los discapacitados.

PALABRAS CLAVE

Fisioterapia; Servicios Sociales; Discapacitados.

ABSTRACT

The purpose of this article is present the paper of the Physiotherapy inside a frame of intervention directed to people with physical handicap: the Social Services. This is one of the fields of wider action for our profession, so much for the variety of pathologies like for the diversity of functions: therapy, preventive, of advice, formative and informative. You will also know each other the participation and functions from the physical therapist inside the multi-professional teams that acts in benefit of the handicapped.

KEY WORDS

Physiotherapy; Social Services; Handicapped.

16 SERVICIOS SOCIALES

Tal vez existan como consecuencia de un sentimiento solidario del ser humano ante el infortunio de los más desfavorecidos. O por la necesidad de organizar esa ayuda desinteresada que dedicar a los demás. En cualquier caso, y sea cual fuere la causa, es característico de las sociedades actuales avanzadas la existencia de un *altruismo organizado* (1) en un sistema de interacción social encaminado a ayudar a personas con problemas físicos, psíquicos, socioeconómicos, etc.; en definitiva, a los más necesitados. Pero esto no es un invento de los gobiernos de hoy día; multitud de acciones de la Iglesia, de asociaciones sindicales, de organizaciones no gubernamentales y de asociaciones tanto de afectados como de sus familiares han sentado las bases de lo que en la actualidad denominamos *Servicios Sociales*.

A veces forman parte de programas políticos o electoralistas o son proyectos que nunca llegan a buen puerto, pero los Servicios Sociales son una realidad, pública y/o privada, encaminada a proporcionar ayuda especializada a personas con determinadas carencias psicofísicas, económicas, sociolaborales o con dificultades de integración en ese complicado entramado de relaciones que llamamos sociedad.

Los campos de actuación preferente de los Servicios Sociales son los siguientes:

- Minusvalías: físicas, psíquicas y sensoriales.
- Tercera edad.
- Estimulación precoz.
- Asistencia a menores.
- Inmigración (3).
- Otros campos: marginados, drogadictos, malos tratos, etc.

Esta lista es, evidentemente, incompleta, pero quizá refleje de manera más o menos adecuada los objetivos de la intención realizada por las entidades de servicio social y por los profesionales que las integran (entre ellos, los fisioterapeutas).

TIPOS DE CENTROS

Presentamos la tipología de centros de atención de Servicios Sociales existentes en España bajo la tutela de

las instituciones públicas y gubernamentales (Ministerio de Asuntos Sociales, IMSERSO, Comunidades Autónomas, Diputaciones Provinciales y Ayuntamientos), si bien hay que considerar que diferentes instituciones no públicas, asociaciones de afectados, entidades de voluntariado, fundaciones, etc., también gestionan centros y residencias de atención a ancianos o a discapacitados.

- *Centros base de minusválidos*. Aquí se ubican los equipos de valoración y orientación Centros de Atención a Minusválidos Psíquicos (CAMP): son residencias para personas con minusvalías psíquicas graves. También funcionan como centros de día.
- *Centros de Atención a Minusválidos Físicos* (CAMF). Son residencias para minusválidos físicos gravemente afectados. También funcionan como centros de día.
- *Residencias de tercera edad*. Tanto para personas válidas o que requieren asistencia especial y profesional por su vejez.
- *Centros ocupacionales*. Establecimientos cuya finalidad es asegurar los servicios de actividad ocupacional y de ajuste personal y social a los minusválidos físicos y psíquicos cuya acusada minusvalía temporal o permanente les impida su integración en una empresa o en un centro especial de empleo (4). Por tanto, un centro ocupacional es un medio para la integración y normalización laboral (5).
- *Centros de día*. Tanto para personas de la *tercera juventud* como para minusválidos, drogodependientes, etc., en régimen de media pensión.

DEFICIENCIA, DISCAPACIDAD Y MINUSVALÍA

Según cifras de la OMS y de UNICEF aproximadamente el 10% de la población del planeta son personas que presentan algún tipo de minusvalía o incapacidad. Por tanto, las minusvalías (físicas, psíquicas y sensoriales) constituyen un problema y una preocupación para nuestra sociedad (6).

«El estado de completo bienestar físico, mental y social, que no consiste solamente en una ausencia de enfermedad ni disminución física» es lo que conocemos por *salud*, según la definición planteada por la Organización Mundial de la Salud (7). Esta descripción nos indica que un estado «saludable» no significa únicamente que haya «ausencia de enfermedad», sino que consiste en «algo más».

A partir del Año Internacional de las Personas Discapacitadas, organizado por la OMS, se emplean los términos *deficiencia*, *discapacidad* y *minusvalía*, que fueron definidos del siguiente modo (8, 9):

- *Deficiencia*. Cualquier pérdida o anormalidad de una estructura o de una función psicológica, fisiológica o anatómica.
- *Discapacidad*. Corresponde a cualquier restricción o carencia (resultado de una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad de modo normal o dentro de unos límites considerados normales para un ser humano.
- *Minusvalía*. Una desventaja social para un determinado individuo como consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide la realización de una función que es normal (de acuerdo con la edad, sexo y factores sociales y culturales para dicho individuo).

No existe relación causa-efecto entre cada uno de estos tres niveles, puesto que más bien se trata de tres perspectivas diferentes respecto a:

- La integridad de la persona.
- Su potencial y, en consecuencia, la pérdida de ese potencial en su capacidad para realizar ciertas actividades.
- La interacción del individuo, con sus deficiencias y/o incapacidades, en su medioambiente (cultural, social, profesional, etc.).

Como se puede apreciar se opta por el término *discapacitado* en vez del más comúnmente empleado de *incapacitado* debido a que es más abierto; en efecto, el prefijo *dis* se refiere a una alteración no cuantitativa ni de todos los aspectos del individuo, mientras

que el prefijo *in* es más totalizador y de uso más peyorativo.

La discapacidad no representa sólo el hecho de sufrir un defecto físico, sino un trastorno funcional o situación especial que impide desempeñar una vida laboral, profesional, social o familiar consideradas como normales.

JUSTIFICACIÓN DE LA FISIOTERAPIA EN LOS SERVICIOS SOCIALES

Una vez revisados los conceptos de minusvalía, discapacidad y deficiencia, y como invitación para reflexionar acerca de la ubicación de la Fisioterapia en este campo de los Servicios Sociales, partiremos de la definición que la Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF) ofrece sobre el significado del término Fisioterapia: «Es el conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que, mediante la aplicación de medios físicos, curan, previenen, recuperan y adaptan a personas afectadas de disfunciones somáticas, psicósomáticas y orgánicas, o a las que se desea mantener un nivel adecuado de salud» (10).

La profesora M. Torres et al (11) nos definen: «La Fisioterapia es la ciencia de la salud que con la ayuda de otras disciplinas utiliza los medios físicos y manuales a su alcance para la aplicación de técnicas y métodos terapéuticos, evaluativos y educativos con el fin tanto de prevenir la enfermedad como de proporcionar, mantener y restaurar la salud y el bienestar, individual y colectivamente considerados».

A partir de estas definiciones observamos que nuestra profesión debe ir más allá de la única realización de unos tratamientos con agentes físicos; el fisioterapeuta es, ante todo, un profesional de la *salud*. La Fisioterapia, al igual que el resto de los sectores del campo biomédico, no puede actuar como un ente aislado, sino que desde su posición unívoca colabora dentro del equipo multidisciplinar de salud, cuya función, en definitiva, es asegurar la calidad de vida de la sociedad.

Otro aspecto importante a no olvidar es la atención que desde nuestra perspectiva debemos prestar al individuo afectado considerándolo una unidad biopsicosocial.

18 EL FISIOTERAPEUTA EN SERVICIOS SOCIALES

Se trata del profesional diplomado universitario en Fisioterapia que ejerce funciones de asistencia y tratamiento a personas beneficiarias de los Servicios Sociales de carácter público: ancianos, minusválidos psíquicos, físicos o sensoriales, niños con problemas del desarrollo, patologías crónicas, etc. Estas funciones, que se ejercen en el marco de residencias, centros asistenciales de minusválidos, centros de día o en centros ocupacionales, son las siguientes (12, 13):

- Realización de los tratamientos de Fisioterapia dentro del ámbito de su competencia.
- Participación en el equipo multiprofesional del centro para la realización de pruebas y valoraciones relacionadas con su especialidad profesional. Seguimiento y evaluación de la aplicación de los tratamientos que realice.
- Conocimiento, evaluación e información, en su caso, de la aplicación de tratamientos de su especialidad cuando se produzca mediante la realización de recursos ajenos.
- Conocimiento de los recursos propios de su especialidad en el ámbito local y provincial.
- Participación en juntas y sesiones de trabajo que se establezcan en los centros.
- Colaboración en las materias de su competencia en los programas que se realicen de formación e información a las familias afectadas e instituciones.
- Asesoramiento a los profesionales que lo precisen sobre tratamientos, pautas de movilidad, etc., en los que tengan incidencia las técnicas fisioterápicas.
- Asistencia a las sesiones clínicas que se establezcan en los centros de trabajo para la revisión, seguimiento y evaluación de tratamientos.
- En general, todas aquellas actividades asistenciales no especificadas anteriormente incluidas en el ejercicio de su profesión y preparación técnica.

Pero, ¿un fisioterapeuta debe estar especialmente formado o preparado para trabajar en este campo? Evidentemente cualquier diplomado en Fisioterapia pue-

de trabajar en Servicios Sociales puesto que posee la aptitud académica necesaria. Por tanto, no se precisa una cualificación concreta ni tener una formación postgrado específica. No obstante, entendemos que en la práctica profesional un fisioterapeuta de Servicios Sociales ha de cumplir con los objetivos actitudinales de todo profesional de la Fisioterapia (14), a saber:

- Conocer la estructura, función y comportamiento del cuerpo humano.
- Conocer las necesidades básicas del ser humano y el proceso de atención de Fisioterapia.
- Conocer la terminología profesional precisa.
- Conocer los factores y mecanismos que causan enfermedades y su evolución.
- Analizar las interrelaciones que establece el hombre y el medioambiente y su repercusión en el proceso salud-enfermedad.
- Conocer los registros y protocolos a aplicar en el cuidado al paciente.
- Conocer las técnicas de Fisioterapia requeridas para la evaluación y tratamiento del paciente.
- Identificar el papel de la Fisioterapia dentro del equipo multiprofesional.
- Conocer la dinámica de trabajo en equipo interdisciplinar.
- Conocer los métodos apropiados para analizar y describir un problema de salud.
- Conocer la acción de los diferentes agentes terapéuticos sobre los procesos patológicos que requieren tratamiento fisioterápico.
- Conocer el concepto de incapacidad y sus grados a nivel familiar, social y laboral.
- Conocer el código deontológico y la legislación vigente para una correcta actuación.

En cuanto a la programación de un área de Fisioterapia, nos basamos en las aportaciones de M. A. Yusta (2), quien considera los siguientes puntos:

- *Programas de tratamiento de Fisioterapia:*
 - De estimulación precoz.
 - De minusválidos físicos.
 - De minusválidos psíquicos.

- De minusválidos sensoriales.
 - Geriatría.
 - Programas de termalismo (hidroterapia), especialmente para ancianos (15).
 - Programas de prevención.
- *Diagnóstico fisioterápico*. Protocolos de exploración y evaluación funcional que nos darán información acerca de la pauta de tratamiento más indicada, teniendo en cuenta los medios y recursos disponibles para ello.
- *Formación continuada*. Basada en cursos de formación (patrocinados por la propia institución o no), trabajos de investigación, publicaciones, reuniones e intercambios profesionales.
- *Información y asesoramiento a familiares y/o afectados*. Tanto en cuanto a información directa (entrevistas, informes) como a través de charlas, cursos, intercambios, etc.
- *Programas de prevención*. Son estrategias generales centradas en la educación para la salud a diferentes grupos de población (colaborando con escuelas, centros sanitarios, empresas, etc.), orientadas principalmente a generar o reforzar hábitos de vida saludables y prevenir o corregir conductas nocivas (16).
- *Actividades de orientación*. En forma de tratamientos piloto, Fisioterapia de apoyo, información para la colaboración del personal auxiliar, programas posturales y de ejercicios, por ejemplo, durante las vacaciones.
- *Docencia*. En colaboración con instituciones universitarias para tutorizar las prácticas clínicas asistenciales de futuros diplomados en Fisioterapia en centros de Servicios Sociales: centros de minusválidos, centros base, geriátricos (17).

Como conclusión a este apartado decir que no se puede hablar de unas técnicas específicas de Fisioterapia en los Servicios Sociales, ni siquiera de patologías propias (compartimos con otros campos como la traumatología, la geriatría, la neuropediatría, etc.), pero sí de unas especiales funciones a desarrollar en este campo.

EL EQUIPO MULTIPROFESIONAL

19

Está compuesto por los diferentes profesionales que intervienen en la atención de los beneficiarios de los Servicios Sociales. Entre ellos destacamos profesionales sanitarios (terapeutas ocupacionales, médicos de diversas especialidades, ATS, auxiliares, técnicos ortopédicos) y no sanitarios (asistentes sociales, psicólogos, logopedas, maestros de talleres, monitores de ocio, educadores especiales, etc.), sin olvidarnos del personal de dirección o de administración. Dentro de este equipo la función de la Fisioterapia está orientada a la cooperación, mediante la utilización de los agentes físicos, en la prevención, eliminación o mejora de los estados patológicos del individuo. Es importante hacer hincapié en este último aspecto: no sólo el fisioterapeuta interviene en la curación o eliminación de determinadas patologías, sino que su participación desde el punto de vista preventivo como de asesoramiento puede ser crucial en el seno de la ya comentada intervención del equipo multiprofesional.

Las características de las patologías de las personas beneficiarias de los Servicios Sociales (minusvalías psíquicas y físicas crónicas, problemas del desarrollo psicomotor, patología geriátrica), así como sus características psicosociales justifican el trabajo «en equipo». En muchos casos la no progresión del tratamiento es evidente, pero esto no debe considerarse como fracaso. El fin último de la terapia ha de tender a una mejora *global* del paciente, desde un punto de vista psicofísico, coordinándose para ello con las diferentes áreas anteriormente citadas; esto se entiende dentro del contexto de *Servicio Social*, sin pretender rentabilizar un tratamiento ni justificar una estadística (2).

En resumen, nos referimos a un enfoque integral de *habilitación* de personas con minusvalía o de *rehabilitación* (caso de que previamente hayan estado *habilitadas*), superador de modelos de actuación parcial e inconexa, con un conjunto coherente de medidas sanitarias, educativas, psicológicas, ocupacionales, etc., con las que apoyar el desarrollo global de personas discapacitadas y que debe poseer los siguientes rasgos (18): inicio precoz, proceso dinámico, contenido integral, aplicación personalizada y actuación interdisciplinar.

20 ¿EL FUTURO?

Planteamos este interrogante en tanto y cuanto no tenemos una respuesta concreta. Pero, habida cuenta del desarrollo de los Servicios Sociales en las últimas décadas, unido a la mayor concienciación social y política al respecto, creo que podemos ser relativamente optimistas.

En lo referente a la Fisioterapia, aún somos pocos los profesionales que trabajamos en este campo en

comparación con el ámbito, por ejemplo, de la sanidad pública y privada. Será, pues, necesario que la participación de los fisioterapeutas aumente cuantitativa y cualitativamente, abundando la actuación en los campos ya reseñados y conocidos (minusvalías, geriatría, prevención), e incorporando nuevas y aún poco desarrolladas modalidades de atención fisioterapéutica, como puede ser la atención domiciliaria a personas discapacitadas (19) con dificultades para salir del hogar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sarasa Urdiola S. El servicio de lo social. Madrid: Ed. IMSERSO; 1993.
2. Yusta MA. El fisioterapeuta de Servicios Sociales. *Fisioterapia* 1984;20:26-9.
3. Pérez-Polo M. Inmigrantes, problema comunitario. *Minusval* (Ed. IMSERSO) 1993;83:73-5.
4. BOE. Ley 13/82, de Integración Social de Minusválidos (LISMI); 1982.
5. Armesto JE. Vertiente social de un centro ocupacional. *Integración social de discapacitados. Anales de Ciencias de la Salud* 1999;2:197-203.
6. Dossier Técnico IMSERSO. La prevención, reto perentorio y compartido. *MINUSVAL* (Ed. IMSERSO) 1992;80:21-4.
7. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la OMS. Ginebra: Ed. OMS; 1960.
8. Charpentier P. Minusvalía y medioambiente. *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris-France). *Kinésithérapie-Médecine Physique-Réadaptation*, 26-170-B-20, 1998, 6p.
9. Instituto Nacional de Servicios Sociales (IMSERSO). Clasificación internacional de las deficiencias, discapacidades y minusvalías. Madrid: Ed. IMSERSO; 1986.
10. Asociación Española de Fisioterapeutas. Reglamento Nacional, artículo 4.º Madrid: Ed. AEF; 1991.
11. Torres Lacomba M, et al. Fisioterapia: un concepto actual. En: Libro oficial del X Congreso Nacional de Fisioterapia. Salamanca; 1996.
12. VI Convenio Colectivo para el personal laboral que presta servicios en la Diputación General de Aragón. Gobierno de Aragón: Documentación Social, nº 6. Zaragoza; 1998.
13. IV Convenio Colectivo. IMSERSO: documentos técnicos. Madrid; 1991.
14. Tricás Moreno, JM. Proyecto docente de la asignatura «Teoría y Técnica Fisioterápica Especial I» de la Diplomatura de Fisioterapia de la Universidad de Zaragoza. Zaragoza; 1994.
15. Tejerizo J. Termalismo social y tercera edad. *Minusval* (Ed. IMSERSO) 1991;74:45-6.
16. VV. AA. La prevención, reto perentorio y compartido. *Minusval* (Ed. IMSERSO) 1992;80:21-5.
17. García Díez E, García Rivas B. Prácticas de Fisioterapia en un centro de minusválidos psíquicos: una experiencia docente. *Fisioterapia* 1999;21(4):224-9.
18. García Martín JM. El proceso de rehabilitación. *Minusval* (Ed. IMSERSO) 1992;80:26-32.
19. Franco Sierra MA, Domínguez Oliván P, et al. Una forma de tratamiento en auge: la atención domiciliaria para discapacitados. *Anales de Ciencias de la Salud* 1998;1:123-32.