

Barreras contextuales para la participación de las personas con discapacidad física

Contextual barriers to participation of people with physical disability

Discapacidad y barreras contextuales

Claudia Patricia Serrano Ruíz¹, Carolina Ramírez Ramírez², Jheidy Patricia Abril Miranda³, Lizeth Vivian Ramón Camargo³, Linda Yulieth Guerra Urquijo³, Nathali Clavijo González³

RESUMEN

La discapacidad es un problema de salud pública preocupante debido al incremento que ha tenido su prevalencia en los últimos años. Recientemente han ocurrido cambios en la conceptualización de la discapacidad y se han fortalecido las políticas públicas a nivel internacional y nacional que promueven la inclusión de este grupo poblacional. Sin embargo, las personas con discapacidad física continúan experimentando barreras que dificultan su inclusión y participación en la sociedad. Los principales factores limitantes de la participación son aquellos de orden físico, político, personal y social los cuales limitan la inclusión de estas personas en escenarios relacionados con la práctica de actividad física y recreación, con las actividades laborales y con el acceso a servicios de salud y de educación. *Salud UIS* 2013; 45 (1): 41-51

Palabras clave: discapacidad, accesibilidad a los servicios de salud, actividad física, recreación, educación

ABSTRACT

Disability is a worrying public health problem due to its increasing prevalence. Recently, the concept of disability has changed, with the strengthened of national and international public policy that promote the inclusion and participation of persons with disability. However, persons with physical disabilities continue to experience barriers that restrict their participation and inclusion into society. The main limiting factors for social inclusion are related to physical environment, policies, personal factors and social barriers that restrict the physical activity, recreation, occupational activity and accessibility to education and health services. *Salud UIS* 2013; 45 (1): 41-51

Keywords: *disability, health services accessibility, physical activity, recreation, education.*

1. Magister en Salud Pública Fisioterapeuta. Docente Cátedra Escuela de Fisioterapia - Universidad Industrial de Santander.
2. Magister y Doctora en Fisioterapia, Fisioterapeuta. Profesora Asistente Escuela de Fisioterapia - Universidad Industrial de Santander.
3. Estudiante de Escuela de Fisioterapia, Universidad Industrial de Santander.
Correspondencia: Claudia Patricia Serrano Ruíz. **Dirección:** Carrera 32 #29-31, Escuela de Fisioterapia, Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. **Teléfono:** 6344000 Ext 3147. **E-mail:** claseru@yahoo.es
Recibido: Diciembre 05 de 2012 **Aprobado:** Abril 02 de 2013

INTRODUCCION

La discapacidad es un problema de salud pública, se estima que a nivel mundial cerca de mil millones de personas viven en esta condición. Se prevé que en un futuro la discapacidad será motivo de preocupación aún mayor, pues las cifras de prevalencia están en aumento¹. En Colombia, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el 6.3% de la población tiene algún tipo de discapacidad².

El concepto de discapacidad ha sufrido grandes cambios, debido a la evolución en la fundamentación teórica de los modelos explicativos y conceptuales de esta condición. Inicialmente la discapacidad fue entendida como “una característica o atributo de la persona, que es causada directamente por una enfermedad, trauma o condición de salud...” (modelo médico-biológico)^{3,4}; luego, se postuló que “la discapacidad no es la consecuencia de los déficits existentes en la persona, sino la resultante de un conjunto de condiciones, actividades y relaciones interpersonales, muchas de las cuales están motivadas por factores ambientales” (modelo social)³⁻⁵. Finalmente, por medio de un proceso de integración de los modelos anteriores surgió el modelo biopsicosocial, el cual retomó los modelos anteriores y explicó la discapacidad, como “una consecuencia de las interacciones entre los distintos factores biológicos y las fuerzas sociales”^{3,6}.

La transformación del concepto de discapacidad se acompañó también del desarrollo de algunos modelos conceptuales, como el modelo propuesto por Saad Naggi (1965)³⁻⁹ y aquellos propuestos por la OMS en el año 1980 (Clasificación Internacional de la Deficiencia, la Discapacidad y la Minusvalía (CIDDM-1))¹⁰ y en el año 2002 (Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y los Estados de Salud (CIF))¹¹. Este último toma gran importancia ya que considera el ambiente o contexto como un determinante de la condición de salud de las personas.

En la actualidad, el concepto de discapacidad mas aceptado es el propuesto por la CIF, la cual considera la discapacidad como “un término genérico que engloba las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones para la participación; y que indica los aspectos negativos de la interacción entre el individuo y el contexto”¹⁰. Esta clasificación incluye un componente relacionado con los factores contextuales (ambientales y personales) y reconoce la constante interacción de estos factores con las personas con discapacidad física

(PDF), llegando a constituirse en un determinante clave que puede actuar como facilitador o barrera sobre la realización de las actividades de la vida diaria y la participación de la persona en diferentes escenarios (Figura 1). De esta manera, es clara la influencia del enfoque biopsicosocial como marco de referencia para el manejo contemporáneo de la discapacidad¹¹.

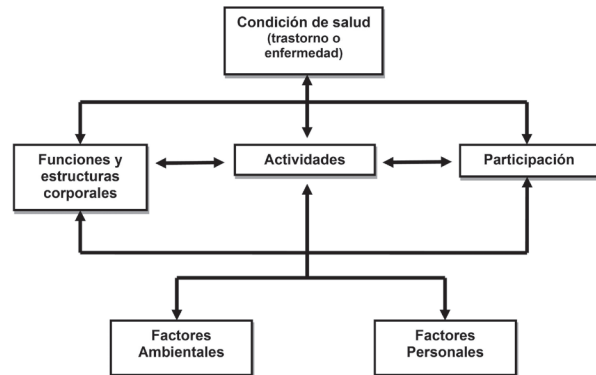


Figura 1. Modelo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la discapacidad y los Estados de salud. Tomada y adaptada de: OMS. *Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad*. Borrador Final versión completa. Ginebra. 2001:22.

Por lo anterior, la identificación de los factores contextuales que pueden constituirse como barreras para la participación de las PDF, permite el abordaje de la discapacidad (evaluación, diagnóstico e intervención) de manera integral, debido a que promueve el reconocimiento del impacto del ambiente sobre el proceso de rehabilitación de las PDF y su modificación a través de acciones particulares (según las características individuales) o colectivas (orientadas por políticas públicas)⁴. A continuación se presenta una revisión de las barreras contextuales que pueden experimentar las PDF, para su participación en diferentes escenarios (laboral, recreativo, etc.) y para el acceso a los servicios básicos de educación y salud.

Barreras contextuales que dificultan la participación de las PDF

Las barreras se consideran factores que obstaculizan la participación y el desarrollo de las personas, ya que tienen un impacto directo, tanto en el funcionamiento de los órganos y las estructuras corporales, como en la realización de las actividades de la vida diaria y en el desempeño social¹². Entre estos factores se incluyen aspectos relacionados con la accesibilidad en el entorno físico, la tecnología, las actitudes de la población frente a la discapacidad y los sistemas, servicios y políticas¹¹.

Actividad Física y Recreación

La actividad física es entendida como “*cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía*”¹³. La participación en las actividades de ocio y recreación, según la CIF, se define como “*la posibilidad de involucrarse en cualquier tipo de juego, actividad recreativa o de ocio, incluyendo los deportes, los juegos, las actividades artísticas y culturales, las manualidades, los hobbies y el turismo*”¹¹.

Rimmer y colaboradores¹⁴ en un estudio observacional de tipo corte transversal, realizado en el año 2000, en la ciudad de Chicago, Estados Unidos, examinaron cómo las mujeres afroamericanas con algún tipo de discapacidad física percibían las barreras al hacer ejercicio. Los resultados mostraron que las barreras más comunes en esta población fueron: los altos costos de los programas de ejercicio, la falta de motivación y la fatiga, las dificultades en el transporte y el desconocimiento acerca de la forma de realizar ejercicio y de los lugares establecidos para hacer ejercicio.

Un estudio cualitativo realizado posteriormente por los mismos autores¹⁵ en el año 2004, buscó identificar las barreras y facilitadores asociados con la participación en programas de acondicionamiento físico y recreación, partiendo de cuatro grupos focales: las personas con discapacidad, los planeadores, los entrenadores físicos y los administradores gubernamentales. Los hallazgos mostraron que la participación de las personas con discapacidad física, en este tipo de actividades, está influenciada por un conjunto de barreras tales como: los altos costos de los programas, la falta de vías de acceso, de políticas específicas y de apoyo de amigos y familiares, las actitudes negativas de otras personas, el miedo a lo desconocido y la falta de equipos adecuados para el manejo de las personas con discapacidad física en los centros de acondicionamiento físico.

Posteriormente, en el año 2008 Levasseur y colaboradores¹⁶ realizaron un estudio de tipo corte transversal, con el objetivo de examinar la calidad de vida, el nivel de participación y la percepción de la calidad del ambiente (facilitadores u obstáculos en el entorno físico o social) de una comunidad donde residían 156 adultos mayores que diferían en su nivel de actividad, debido a enfermedades del sistema nervioso o circulatorio, lesiones del sistema músculo esquelético y del tejido conectivo, entre otras. Los resultados mostraron que los individuos con un alto nivel de actividad reportaron una mayor calidad de vida y satisfacción en su participación y las barreras

identificadas en este grupo poblacional fueron bajos ingresos económicos, bajo estrato social, depresión y problemas arquitectónicos.

Por su parte, Buffart y colaboradores¹⁷ en el 2009, a través de un estudio cualitativo, exploraron las principales barreras y facilitadores personales y ambientales en la realización de actividad física en 16 adultos jóvenes que presentaban algún grado de discapacidad por alteraciones en su desarrollo a causa de mielomeningocele, parálisis cerebral, lesión medular adquirida y artritis reumatoidea. Los datos fueron recolectados mediante una entrevista semi-estructurada realizada en tres sesiones. Las principales barreras personales y ambientales mencionadas por algunos participantes fueron: la falta de motivación, de tiempo y de soporte profesional, el costo en el transporte, la dependencia de terceros, los equipos inapropiados según las condiciones particulares y el tener otras prioridades. Además, otra barrera mencionada fue que no consideraron la realización de actividad física como algo beneficioso para su salud, sino como un riesgo para el empeoramiento de su condición.

En el 2011 Badia y colaboradores¹⁸, mediante un estudio tipo corte transversal, analizaron la influencia de algunos factores personales y ambientales sobre la participación en actividades de ocio en 234 jóvenes y adultos en situación de discapacidad física en España. Los resultados del estudio indican que la participación en actividades de ocio está mayormente relacionada con los factores personales y las barreras ambientales, que con los factores relacionados con la discapacidad (p.ej. tipo, nivel y grado de discapacidad). Además, al considerar los diferentes tipos de actividades de ocio (en el hogar, sociales y físicas) por separado, se encontró que, la participación en actividades de ocio en el hogar se explica de igual forma por factores personales y ambientales; mientras que, en el caso de las actividades sociales y físicas, las barreras ambientales muestran un mayor impacto en el grado de participación en comparación con los factores personales.

Petursdottir y colaboradores¹⁹ en el 2010, realizaron un estudio de tipo corte transversal, con el objetivo de determinar lo que las personas con diagnóstico de osteoartritis percibían como facilitadores y barreras para la práctica de actividad física. Los resultados muestran que los participantes percibían como barreras, la falta de comprensión de la pareja, las experiencias negativas con la práctica de esta actividad, las condiciones climáticas, el acceso difícil a programas de ejercicios apropiados, los equipos inadecuados y difíciles de usar,

la presencia de escaleras, la ausencia de bancos en la calle y la dependencia económica.

En el ámbito nacional no se encontraron estudios que buscaran identificar las barreras que experimentan las PDF para la participación en actividad física y de ocio específicamente. Sin embargo, en relación con un tema similar, Neira (2011) exploró los determinantes sociales que promueven la inclusión/exclusión al deporte adaptado en el ámbito competitivo a través de un estudio de tipo cualitativo. De acuerdo con sus hallazgos, la inclusión de las PDF en el ámbito deportivo se ve afectada por factores como la ausencia de políticas deportivas con enfoque inclusivo, la ausencia de estrategias de apoyo intersectorial, el bajo nivel socioeconómico y la falta de capacitación especial de los entrenadores deportivos²⁰.

Actividad Laboral

La participación en actividades laborales hace referencia a la forma en cómo las personas pueden desempeñarse de manera activa en el trabajo o empleo de cualquier tipo. Las restricciones para la participación en este escenario generan consecuencias económicas que afectan a la PDF y a su núcleo familiar y traen consigo grandes consecuencias sociales²¹.

Villa en el año 2003,²² realizó una revisión acerca de la situación laboral de las personas con discapacidad en España, y encontró que entre los factores que dificultan la inserción laboral de las PDF se encuentran el bajo nivel educativo y de cualificación profesional, la falta de motivación para desempeñarse laboralmente, la poca información relacionada con el tema que recibe la PDF y su familia, la actitud negativa por parte de algunos empleadores, las dificultades para acceder a las fuentes de financiación para la creación de microempresas y las dificultades de accesibilidad encontradas en el transporte y en los centros de formación o desempeño laboral.

A través de esta revisión Villa identificó que otras barreras que pueden experimentar las personas con discapacidad para la inclusión en el ámbito laboral son: *“Barreras sociales (la limitación de oportunidades y la marginación social); barreras del entorno físico (que limitan o impiden el acceso, la movilidad o la comunicación); barreras psicosociales (tales como la excesiva protección familiar, las deficiencias educativas y formativas, la desmotivación, la falta de información y orientación profesional); barreras mentales (alimenta su autoexclusión del mercado de trabajo y le hace en exceso dependiente de las políticas de protección)”*²².

Según, la Guía Práctica para la elaboración de un programa de integración laboral de personas con discapacidad, publicada por Millas en el 2005²³, los principales obstáculos que impiden la integración laboral de las PDF se relacionan especialmente con las actitudes (discriminación positiva, nociva y sistemática), la infraestructura inadecuada de las empresas, la falta de enseñanza media y/o técnica o universitaria para las personas con discapacidad y las falencias en la legislación (vacíos en la ley), lo cual conlleva a la limitación de la participación de las personas con discapacidad para obtener un trabajo digno y que se ajuste a su condición.

En relación con esto, Ottomanelli y colaboradores²⁴ realizaron una revisión de tema que incluyó artículos publicados desde 1978 hasta el año 2008 en las bases de datos, PubMed, PsycINFO y MEDLINE, relacionados con las tasas de empleo, los predictores del empleo, las barreras y los beneficios laborales que cobijan a las personas con lesión de la médula espinal (LME). Los autores encontraron que existen 11 factores asociados con el nivel laboral de las personas con LME, entre los cuales el bajo nivel educativo, la falta de transporte, las deficiencias en los beneficios del seguro social, el pobre apoyo social y la actitud negativa del empleador se consideran barreras de tipo ambiental. Además, los resultados mostraron que la percepción de las barreras relacionadas con el empleo difieren entre las personas con LME que tienen un empleo y las que no.

En Colombia, los estudios realizados por Cerón y Garavito^{25,26} sugieren que las PDF enfrentan barreras tales como: actitud negativa de las personas frente a su condición, subvaloración de sus capacidades, falta de adecuación del puesto y sitio de trabajo y bajo nivel socioeconómico y educativo. Adicionalmente, Rodríguez²⁷ menciona otros factores que afectan la inclusión laboral como el desconocimiento de los empleadores sobre temas relacionados con la discapacidad, la sobreprotección familiar y la poca información que tienen las PDF y sus cuidadores acerca de los derechos que garantizan su acceso y permanencia en el escenario laboral.

Servicios de Salud

El acceso a servicios de salud se define como *“el proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga plenamente”*²⁸. Por otro lado, según la CIF, el servicio de salud se define como, *“los servicios y programas en el ámbito local,*

*comunitario, regional, estatal o nacional, destinados a proporcionar intervenciones a los individuos para su bienestar físico, psicológico y social, incluyendo a aquellas personas que proporcionan estos servicios*⁷¹.

Ephraim y colaboradores²⁹ en el año 2001, mediante un estudio observacional tipo corte transversal, examinaron la frecuencia con la que 914 adultos con algún tipo de amputación, percibieron el medio ambiente como barrera y analizaron los factores que reducen o potencializan esta barrera.

Las barreras identificadas con mayor frecuencia y magnitud en esta población fueron las del entorno natural seguidas por las políticas gubernamentales relacionadas con la discapacidad, la discriminación y las de acceso a los servicios de salud. Además, ser hombre con una edad entre 18-44 años, usar la prótesis por menos de 9 horas al día, tener bajos ingresos económicos y presentar dolor en el muñón son características que aumentan la frecuencia y magnitud de la percepción de barreras en el entorno natural y en los servicios de salud principalmente²⁹.

Estos hallazgos son similares a los encontrados por Whiteneck y colaboradores³⁰ en el 2004 en personas con lesión de médula espinal, para quienes las barreras del entorno natural, de transporte y de los servicios de salud son factores predictores de la satisfacción con la vida y del nivel de participación.

Freitag y colaboradores³¹ en el año 2004, realizaron un estudio de tipo corte transversal, con el fin de identificar las barreras arquitectónicas en las áreas internas de cuatro hospitales de la ciudad de Sobral (Ceará, Brasil) y realizar un mapeo de las condiciones arquitectónicas para el acceso de las PDF de dichos hospitales. Los resultados mostraron la presencia de barreras de tipo arquitectónicas relacionadas con la falta de rampas, pasamanos y pisos antideslizantes, así como la inadecuada altura de los bebederos, los apagadores, botones del ascensor y teléfonos.

Siqueira y colaboradores³² en el 2009, en un estudio observacional tipo corte transversal, evaluaron las estructuras físicas de las Unidades Básicas en Salud (UBS) con respecto a algunas de las barreras arquitectónicas que limitan el acceso de estos servicios a adultos mayores y personas portadoras de deficiencias físicas, en siete estados en el sur y el noreste de Brasil. Para esto aplicaron un cuestionario a 236 empleados de las UBS en 41 ciudades. Se encontró que el 59,8% de

los edificios no eran adecuados para el acceso de las personas adultas mayores y con discapacidad física, dada la falta de rampas y sillas de ruedas, y la inadecuada infraestructura de los baños y salas de espera.

Iezzoni y colaboradores³³ en el 2011, analizaron la información consignada en la Encuesta del Panel de Gastos Médicos de Estados Unidos del 2000-2006, con el objetivo de caracterizar a los adultos con discapacidad en edad laboral que carecen de seguridad social y examinar cuáles eran las barreras ambientales que experimentaban para la atención en salud. Los hallazgos mostraron que el 36% de las personas con discapacidad reportaron ser incapaces de obtener el cuidado médico necesario, comparado con el 9,5% de la población sin discapacidad. Adicionalmente, los principales factores que se encontraron como barreras para acceder a los servicios de salud fueron: tener bajo nivel educativo, tener una discapacidad cognitiva o una discapacidad física en el tronco inferior y no tener afiliación al sistema de salud.

Por su parte, Kung y colaboradores³⁴ en el año 2012, realizaron un estudio observacional tipo corte transversal, con el fin de identificar el uso y los factores que determinan la atención preventiva en salud de 785.746 adultos con una edad mayor a 40 años con discapacidad física o mental. Para esto se basaron en la información registrada en la base de datos del Ministerio del Interior de Taiwán en el año 2008 y en los archivos de los servicios preventivos de salud de la oficina de promoción de la salud (2006-2008). De acuerdo con los resultados de esta investigación algunos factores que limitan el uso de los servicios preventivos de salud en la población estudiada son: tener una edad entre 60-64 años, estar casado, no tener ningún nivel educativo y tener una discapacidad músculo esquelética.

En Colombia, el tema del acceso a los servicios de salud ha sido abordado por algunos autores³⁵⁻³⁹; sin embargo, las investigaciones se han centrado especialmente en la población en general. Específicamente en el tema de discapacidad Carrasquilla y colaboradores⁴⁰, en el 2009, manifestaron que las principales barreras relacionadas con los servicios en salud son la falta de calidad, calidez e integralidad de la atención en salud, la pobre cobertura de los servicios de salud, la creencia de que la rehabilitación es un proceso costoso para el asegurador, la falta de inclusión de las ayudas técnicas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y las barreras arquitectónicas de los centros que prestan servicios de salud.

Servicios de Educación

De acuerdo con la CIF, la educación es un aspecto importante para el desarrollo de las diferentes esferas del ser humano a lo largo del ciclo vital. La restricción para la participación en este escenario surge especialmente por *“las características del entorno físico y social de la persona, las cuales hacen difícil o incluso imposible, tener la oportunidad de aprender y autorealizarse”*¹¹.

De acuerdo con Buysse y colaboradores⁴¹, durante el proceso de inclusión en el escenario educativo, se presentan barreras relacionadas con: 1) la calidad de los programas ofertados en la niñez temprana, 2) las fuentes comunitarias, 3) la coordinación e integración de servicios y 4) las actitudes y creencias. En el primer aspecto se incluyen el gran número de estudiantes por aula, la relación entre el número de docentes y estudiantes, la deficiente capacitación docente para el manejo de niños con discapacidad y los problemas en la planificación del tiempo docente. En el segundo aspecto se incluyen las opciones limitadas para el cuidado del niño en comunidad y la calidad de éste, así como las dificultades para el transporte. En el tercero, se contemplan las limitaciones en la participación de los miembros de la familia de estos niños tanto en la planeación y coordinación de los servicios ofertados, como en su evaluación, las fallas en la identificación de las necesidades de estos niños y la disponibilidad limitada de servicios especiales, incluidos dentro de los programas generales de atención a la niñez temprana. Finalmente, en el cuarto aspecto se incluye la falta de conocimiento de docentes, padres, especialistas y administradores en relación con las políticas y prácticas inclusivas.

Esto es coherente con lo mencionado por Law y colaboradores⁴², quienes reportaron que, existen barreras para la participación en el rol escolar de los niños en situación de discapacidad, dadas especialmente por factores físicos o ambientales (geográficos y de arquitectura), institucionales (en cuanto a políticas se refiere), asistenciales (calidad de prestación de servicios) y sociales (relacionadas con las actitudes y percepciones).

Igualmente, Holt y Kam Pun^{43,44} enfatizan en los conocimientos, las creencias y las prácticas de los docentes y estudiantes como un factor que incide directamente sobre las políticas incluyentes. Adicionalmente, estos autores identificaron, otros factores que afectan el proceso de inclusión, tales como el número de estudiantes de la clase, los recursos inadecuados y la falta de preparación del profesor para el desarrollo de estas propuestas.

La actitud de otros hacia las PDF es un aspecto identificado como elemento esencial en el proceso de inclusión en el escenario educativo. En relación con la actitud hacia las PDF, Avramidis y colaboradores^{45,46} en 2000, realizaron una revisión de tema que sugiere que las actitudes hacia la inclusión son fuertemente influenciadas por la naturaleza de la discapacidad y por otros problemas de educación. Estos autores encontraron que los profesores estaban a favor de la integración de diferentes tipos de niños en las clases ordinarias, sin embargo, para ellos, los niños con discapacidades mentales y múltiples severas tenían menos posibilidades de inclusión, mientras que, los niños con limitaciones físicas fueron más fáciles de manejar.

En este sentido, Campbell y colaboradores⁴⁷ recalcan la importancia que tiene la actitud de los docentes en la implementación efectiva de las políticas públicas de inclusión, ya que consideran que actitudes positivas de los profesores resultan en mejores prácticas pedagógicas. Por otro lado, argumentan que las actitudes negativas frente a la discapacidad implican *“una disminución en las oportunidades de aprendizaje en el aula de clase”*. Así, las actitudes negativas, las cuales pueden convertirse según Roush⁴⁸ en *“barreras para la realización completa del potencial humano”*, son comunes y se expresan de diferentes formas, a través de palabras, gestos o acciones.

Por su parte, Jordan y colaboradores⁴⁹ plantean que existe una relación entre la forma en cómo los profesores interactúan con los estudiantes con y sin discapacidad y las creencias acerca de las habilidades y limitaciones y la forma de promover el aprendizaje. Así, las creencias que los profesores tengan acerca de sus responsabilidades con los estudiantes discapacitados pueden estar relacionadas con la calidad de las estrategias de enseñanza-aprendizaje. Estos hallazgos son similares a los encontrados por O'Donoghue y Chalmers en el año 2000⁵⁰. Así mismo se ha reportado que los docentes en general no son capacitados de forma adecuada para enseñar de manera efectiva a los niños con discapacidades en las aulas de educación regular^{51,52}.

Estas afirmaciones coinciden con las realizadas por Angelides y colaboradores⁵³ y por Arnaiz⁵⁴, quienes sostienen que las principales barreras para la educación inclusiva están relacionadas con aspectos curriculares y con las grandes diferencias encontradas en relación con la interpretación de la inclusión.

Romero y Lauretti en el año 2006,⁵⁵ a través de una revisión de la literatura, que incluyó artículos desde 1990 hasta el 2004, buscaron identificar el estado de integración educativa de las personas con discapacidad en Latinoamérica. Los autores identificaron como barreras para la educación: la carencia o la falta de escuelas y/o instalaciones, de docentes y personal capacitado en el tema, de material didáctico apropiado, la ausencia de apoyos institucionales, de recursos físicos y técnicos y de políticas y medidas legales que apoyen los procesos de integración.

En Colombia, Flórez y Molina, citadas por Moreno⁵⁶, reportaron que en el Distrito Capital la población en situación de discapacidad que se encuentra en edad escolar se enfrenta a barreras de tipo social, cultural, económico y profesional. Además de la formación docente insuficiente para las necesidades particulares de estos niños y adolescentes, existe un contexto familiar de pobreza, abandono y maltrato que rodea este problema de salud pública. Por otro lado, hay una desarticulación entre el sistema educativo y de salud y una ausencia de preparación a estudiantes y padres de familia para el proceso de inclusión^{17,56}. Estos aspectos dificultan no sólo el ingreso sino la permanencia en las instituciones educativas.

De igual forma, a nivel nacional Ariza y colaboradores⁵⁷, en el 2008, en un estudio mixto, estudiaron las creencias que tenían los docentes en relación con la inclusión educativa de estudiantes en situación de discapacidad. La población de estudio incluyó un grupo de 80 docentes y 75 estudiantes con algún tipo de discapacidad (auditiva, cognitiva o motora), pertenecientes a la Institución Educativa Normal Superior del Cesar. Los resultados mostraron que las creencias de los docentes tendían a ser negativas con respecto al programa de inclusión educativa y al estudiante en situación de discapacidad, ya que los docentes no cuentan con las competencias necesarias para atender en el aula de clase al estudiante con esta condición. Además, los docentes continúan pensando que la educación formal no es la mejor alternativa para estos estudiantes, situación que puede dificultar el adecuado desarrollo de una educación inclusiva en este centro educativo.

Posteriormente, Serrano y Camargo⁵⁸ en el 2010, a través de un estudio descriptivo, exploraron las barreras y los facilitadores de orden físico, social, político y asistencial, que podrían determinar la inclusión de las personas con diferentes tipos de discapacidad en el escenario educativo. En sus resultados, identificaron como principales barreras la falta de estrategias de apoyo e incentivos a las instituciones educativas, la escasa o nula asignación presupuestal institucional para la implementación de estas políticas,

los altos costos de las matrículas y pensiones, vivir lejos de la institución educativa y la actitud negativa de los estudiantes y padres de familia frente a la discapacidad.

Actividades Sociales

Noreau y colaboradores⁵⁹ en el año 2002, en un estudio de tipo corte transversal en la ciudad de Quebec (Canadá), evaluaron si la percepción de la influencia del ambiente sobre la participación de personas con lesión de médula espinal, difiere de acuerdo con las características personales e identificaron el principal facilitador y la principal barrera ambiental en la participación social en este mismo grupo de personas. La muestra incluyó 482 participantes con tetraplejía o paraplejía completa o incompleta. Más de la mitad de los participantes identificaron siete factores ambientales como obstáculos para la participación social: condiciones climáticas de invierno, disponibilidad de trabajo en el entorno, accesibilidad física a las residencias de los amigos, irregularidades en el terreno, naturaleza de la superficie del terreno, condiciones climáticas en verano y el tiempo requerido para realizar las tareas⁵⁹. Los resultados antes mencionados son similares a los resultados reportados en el año 2005 por Boschen y colaboradores⁶⁰.

Por su parte, Keysor y colaboradores en el 2006⁶¹, en un estudio observacional tipo cohorte, examinaron si las barreras y los facilitadores ambientales del hogar y la comunidad son predictores de la participación social al mes y a los seis meses. La muestra incluyó 283 personas mayores de 18 años de una región de Boston, los cuales habían sido dados de alta ó estaban recibiendo rehabilitación en un hospital, debido a alteraciones neurológicas o trauma ortopédico en los miembros inferiores con un pronóstico de supervivencia mayor de un año. Los participantes reportaron como barreras la presencia de varios escalones en la entrada de sus hogares, de escaleras en la sala principal y de aceras irregulares en las áreas de caminata, y la ausencia de lugares para sentarse o descansar en la comunidad.

Por su parte, Martín y Muñoz en el 2007⁶², con base en los datos del Foro Europeo de la Discapacidad del 2002, reportaron que las principales barreras para el acceso a eventos sociales o culturales por parte de las PDF son la falta de información relacionada con estas actividades, la escasa motivación para su asistencia, los problemas estructurales de los escenarios culturales, la falta de tiempo, los altos costos de los eventos y las actitudes negativas hacia las personas con esta condición.

En Colombia, en el año 2012 Hurtado y colaboradores⁶³, realizaron un estudio de tipo corte transversal, en el cual identificaron que las barreras ambientales que afectan la

inclusión social de las personas con discapacidad motriz de los miembros inferiores son la falta de productos de apoyo funcional tales como sillas de ruedas y caminadores, las dificultades de accesibilidad al entorno físico (edificios y transporte público), el déficit en el acceso al trabajo remunerado y la inequidad de oportunidades.

En la **Tabla 1** se presenta a manera de resumen las barreras ambientales identificadas en los diferentes escenarios de participación.

Tabla 1. Barreras experimentadas por las PFD según escenario.

ESCENARIO	BARRERAS				
Practica de actividad física y recreación	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas para el acceso a las instalaciones deportivas o de conocimientos del lugar de entretenimiento • Actitudes negativas frente a la discapacidad • Desconocimiento sobre el tema por parte de los entrenadores físicos • Dificultad de las PDF para la practica de activa física • Falta de tiempo de las PDF • Desmotivación y desinterés o miedo a lo desconocido por parte de las PDF • Falta de apoyo de amigos y familiares o sobreprotección de los familiares • Altos costos de los programas de acondicionamiento físico • Dificultades para la consecución de transporte • Falta de información sobre los programas disponibles de acondicionamiento físico • Carencia de políticas que promuevan la participación de las PDF en este escenario 				
	Actividades laborales	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para la consecución de transporte • Falta de beneficios relacionados con la seguridad social • La percepción de otras personas cerca de la capacidad de trabajo de las PDF • Bajo nivel educativo y cualificación profesional • Carencia de políticas que promuevan la participación en este escenario • Falta de información sobre el mercado laboral 			
		Acceso servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> • No tener afiliación al sistema de salud • Bajo estrato socioeconómico • Bajo nivel educativo • Bajos ingresos económicos • Alto grado de discapacidad • Problemas arquitectónicos de los centros asistenciales 		
			Acceso a la educación	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de accesibilidad de los centros educativos • Ausencia de políticas institucionales inclusivas • Actitudes negativas frente a la discapacidad y pobre soporte social • Bajo nivel socio-económico • Falta de estrategias de apoyo o incentivos a las instituciones educativas • Insuficiente dotación de recursos didácticos especializados • Escasa o limitada capacitación docente • Baja demanda en la prestación de servicio educativo para las PDF • La poca claridad de las políticas de inclusión 	
				Participación social	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones climáticas adversas • Problemas de accesibilidad física de la vivienda de los amigos • Gran tiempo requerido para realizar las actividades • Ausencia de lugares para sentarse o descansar en la comunidad

CONCLUSIONES

El concepto actual de discapacidad está basado en el modelo biopsicosocial y es el resultado de un proceso en el cual los modelos médico-biológico y social

se unen para proporcionar una visión integral de la discapacidad. Este modelo sirvió como base para el desarrollo de la CIF, uno de los modelos de discapacidad más empleados en la actualidad.

Los factores ambientales pueden influir, de manera positiva o negativa, en los diferentes escenarios de participación de las PDF; sin embargo, la mayoría de los estudios a nivel internacional han centrado su interés en la identificación de barreras ambientales en los escenarios relacionados con la actividad física y la educación, siendo los escenarios laboral y de servicios de salud, en los que menos información se encuentra al respecto. A nivel nacional los estudios sobre barreras ambientales son escasos y los hallados a nivel de servicios de salud y educación no se han realizado exclusivamente en las PDF.

Las principales barreras ambientales que experimentan las PDF y que dificultan o impiden su participación o acceso a servicios de salud, educación y a nivel laboral, se relacionan principalmente con aspectos arquitectónicos de la comunidad o el hogar (espacios inaccesibles o inadecuados), políticos (ausencia, poca efectividad o desconocimiento), factores económicos (bajos ingresos, bajo estrato socioeconómico), aspectos sociales y/o actitudinales (actitud negativa frente a la discapacidad, falta de apoyo o desconocimiento acerca del manejo de la discapacidad) y aspectos de orden asistencial (falta de afiliación a seguridad social, bajo nivel educativo).

A nivel internacional existen estudios que han identificado barreras ambientales en diferentes ámbitos. Sin embargo, en Colombia, la investigación en el tema es limitada y escasa y la información disponible, en su mayoría, ha sido obtenida de forma secundaria a partir de estudios realizados con otros fines.

Por tal motivo, son necesarios estudios a nivel local y nacional que permitan identificar las barreras que influyen en la participación de las PDF con el fin de comprender mejor su situación y a partir de allí contribuir en la generación de estrategias políticas y sociales que favorezcan la inclusión y participación de esta población.

REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO). World report disability. 2011[internet]. [consultado 2011 Sept 22]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf.

2. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo 2005. [internet]. [consultado 2011 Sept 23]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=307&Itemid=124.
3. UIPC-Immerso. Unidad 2. Evolución Histórica de los Modelos en los que se Fundamenta la Discapacidad [Internet] [consultado 2012 Mar 10]. Disponible en: https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:sOZpxwMp6Q0J:usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/PDF/unidad2.pdf+modelo+soci al+de+la+discapacidad&hl=es&gl=co&pid=bl&srcid=ADGEEShVbSycu6v8N8S0ZxGaHOrusULJ_7s2qk-IVEMUQIKO5XO0trfuq1osRnE8M3Fyp56uA-nLcxAmbM9elNVyABRw9QsXQiRErJaO70n2MHFcTc4xAfkcPxr12byfBv5yxh2ruCyL&sig=AHIEtbT6WP_LzFQW6VFJF58RvzLELJKJF-A
4. Jette A. Toward a common language for function, disability, and health. *Phys Ther.* 2006; 86:726-734.
5. Shakespeare T, Watson N. The social model of disability: an outdated ideology? *Res Soc Sci Disabil.* 2002; 2:9-28.
6. Céspedes G. La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. *Aquichan.* 2005; 5 (1):108-113.
7. Nagi S. A study in the evaluation of disability and rehabilitation: potential concepts, methods, and procedures. *Am J Public Health.* 1964; 54(9):1568-1579.
8. Bennett S, Karnes J. *Neurological Disabilities.* Washington: Lippincott Raven Publishers, 1998.
9. Jette A. Physical disablement concepts for physical therapy research and practice. *Phys Ther.* 1994; 74:380-386.
10. World Health Organization. *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease.* Geneva. 1994. [Internet][consultado 2012 Oct 16]. Disponible en: http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/search/detailmini.jsp?_nfpb=true&_ERICExtSearch_SearchValue_0=ED408723&ERICExtSearch_SearchType_0=no&accno=ED408723
11. World Health Organization. *ICF: International Classification of Functioning, disability and Health.* Geneva. WHO; 2002.
12. Noreau L, Boschen K. Intersection of participation and environmental factors: a complex interactive process. *Arch Phys Med Rehabil.* 2010;91:44-53.
13. Organización Mundial de la Salud. *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.* [internet]. [consultado 2011 Feb 21]. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/index.html>.
14. Rimmer J, Rubin S, Braddock D. Barriers to exercise in african american women with physical disabilities. *Arch Phys Med Rehabil.* 2000; 81:182-188.
15. Rimmer J, Riley B, Wang E, Rauworth A, Jurkowski J. Physical activity participation among persons with disabilities barriers and facilitators. *Am J Prev Med.* 2004; 26(5):419-425.
16. Levasseur M, Desrosiers J, Tribble D. Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity?. *Health Qual Life Outcomes.* 2008; 6(30):1-11.
17. Buffart L, Westendorp T, Stam H, Roebroeck M. Perceived barriers to and facilitators of physical activity in young adults with childhood-onset physical disabilities. *J Rehabil Med.* 2009; 41:881-885.
18. Badia M, Begoña O, Verdugo M, Ullán A, Martínez M. Personal factors and perceived barriers to participation in leisure activities for young and adults with developmental disabilities. *Res Dev Disabil.* 2011; 32:2055-2063.
19. Petursdottir U, Arnadottir S, Halldorsdottir S. Facilitators and barriers to exercising among people with osteoarthritis: a phenomenological study. *Phys Ther.* 2010; 90:1014-1025.
20. Neira N. *Determinantes sociales que promueven la inclusión/exclusión al deporte adaptado en el ámbito competitivo.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2011. [tesis]
21. Hernández J. *Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia.* *Rev Salud Pública.* 2005; 7(2):130-144.
22. Villa N. *Situación laboral de las personas con discapacidad en España.* *Rev Complut Educ.* 2003;14(2):1130-2496.
23. Millas V, Calderón B. *Integración laboral de personas con discapacidad: guía práctica para empresas.* Acción RSE. Chile. 2005 [Intenet] [consultado 2012 Oct 17]. Disponible en: http://www.deres.org.uy/home/descargas/guias/Guia_integracion_laboral_de_personas_con_discapacidad_AccionRSE.pdf
24. Ottomanelli L, Lind L. Review of critical factors related to employment after spinal cord injury: implications for research and vocational services. *J Spinal Cord Med.* 2009; 32(5):503-531.
25. Cerón P, Urriago J. *La eliminación de las barreras en el acceso al empleo para la población discapacitada; Grupo Acciones Públicas ICESI [acceso 9 de Abril de 2013].* Disponible en: http://www.icesi.edu.co/grupo_acciones_publicas_icesi/images/pdfs/

- articulo_discapitados.pdf
26. Garavito C, Rico L. “El derecho al trabajo en la práctica: las barreras que enfrentan las personas con discapacidad” *Discapacidad y derecho al trabajo*. Primera edición: noviembre. Bogotá: Ediciones Uniandes, 2009; p.46-83.
 27. Rodríguez L. Yo trabajo, tú trabajas... y ¿ellos trabajan? Factores contextuales que inciden en la inclusión laboral de adultos en situación de discapacidad en el ámbito rural. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2009. [tesis]
 28. Mejía A, Sánchez A, Tamayo J. Equidad en el acceso a los servicios de salud en Antioquia, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2007; 9:26-38.
 29. Ephraim P, McKenzie E, Wegener S, Dillingham T, Pezzin L. Environmental barriers experienced by amputees: The craig hospital inventory of environmental factors—short form. *Arch Phys Med Rehabil*. 2006; 87:328-333.
 30. Whiteneck G, Meade M, Dijkers M, Tate D, Bushnik T, Forchheimer M. Environmental factors and their rol in the participation and life satisfaction after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2004; 85:1793-1803.
 31. Freitag L, Aragão A, Almeida P. Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará. *Rev Esc Enferm*. 2007 ;41(4):581-8.
 32. Siqueira F, Facchini L, Silveira D, Piccini R, Thumé E, Tomasi E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14:39-44.
 33. Iezzoni L, Frakt A, Pizer S. Uninsured persons with disability confront substantial barriers to health care services. *Disabil Health J*. 2011; 238-244.
 34. Kung P, Tsai W, Li Y. Determining factors for utilization of preventive health services among adults with disabilities in Taiwan. *Res Dev Disabil*. 2012; 33:205-213.
 35. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en 6 ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2009; 27(2):121-130.
 36. Hernández J. Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. *Rev Salud Pública*. 2005; 7(2):130-144.
 37. Echeverri E. La salud en Colombia: abriendo el siglo... y la brecha de la inequidad. *Rev Gerenc Políticas Salud*. 2002;(3):76-94.
 38. Restrepo J. El seguro de salud en Colombia ¿cobertura universal?. *Rev Gerenc Políticas Salud*. 2002; 2:25-40.
 39. Rodríguez S. Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia. [internet]. 2010. [consultado 2011 Sept 22]. Disponible en: <http://dep-economia-aplicada.uab.cat/secretaria/trebreerca/Srodriguez.pdf>.
 40. Carrasquilla G, Martínez S, Latorre M, Garcia S, Rincon C, Olaya C, Castro R, et al. La discapacidad en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: Lineamientos, epidemiología e impacto económico. Fundación Saldarriaga Concha y Fundación Santa Fe de Bogotá. 2009. [Internet] [consultado 2013 Abr 09]. Disponible en: <http://mesadesplazamientoydiscapacidad.files.wordpress.com/2010/05/doc-fundac-2009.pdf>
 41. Buysse B, Wesley P, Keyes L. Implementing early childhood inclusion: barrier and support factors. *Early Child Res Q*. 1998; 13:169-184
 42. Law M, Petrenchik T, King G, Hurley P. Perceived environmental barriers to recreational, community, and school participation for children and youth with physical disabilities. *Arch Phys Med Rehabil*. 2007; 88(12):1636-1644.
 43. Holt L. Disabling children in primary school micro-spaces: geographies of inclusion and exclusion. *Health & Place*. 2003; 9:119-128.
 44. Kam Pun D. Do contacts make a difference: The effects of mainstreaming on student attitudes toward people with disabilities. *Res Dev Disabil*. 2008; 29:70-82.
 45. Avramidis E, Bayliss P, Burden R. A survey into mainstream teachers attitudes towards the inclusion of children with special educational needs in the ordinary school in one local education authority educational psychology. *J Educ Psychol*. 2000; 20:191-211.
 46. Avramidis E, Norwich B. Las actitudes de los profesores hacia la integración y la inclusión: revisión de la bibliografía sobre la materia. *Revista Entre Dos Mundos*. 2004; 25:25-44.
 47. Campbell J; Gilmore L; Cuskelly M. Changing student teachers attitudes towards disability and inclusion. *J Intellect Dev Disabil*. 2003; 28:369-379.
 48. Roush S. Health professionals as contributors to attitudes toward persons with disabilities. *Phys. ther*. 1986; 66:1551-1554.
 49. Jordan A, Glenn C, McGuire-Richmond D. The supporting effective teaching (SET) Project: the relationship of inclusive teaching practices to teachers beliefs about disability and ability, and about their roles as teachers. *Teaching and Teacher Education*. 2009; 1-8.
 50. O’Donogheu T, Chalmers R. How teachers manage

- their work in inclusive classrooms. *Teaching and Teacher Education*. 2000;16:889-904.
51. Padilla A. Inclusión educativa de personas con discapacidad. *Rev Colomb Psiquiat*. 2011;4:670-699.
 52. Peterson P. Inclusao nos Estados Unidos: filosofia, implementação e capacitação de profesores. *Rev Bras Ed Esp*. 2006; 12(1):3-10.
 53. Angelides P, Stylianou T, Gibss P. Preparing teachers for inclusive education in Cyprus. *Teaching and Teacher Education*. 2006; 22:513-522.
 54. Arnaiz P. La educación inclusive; dilemas y desafíos. *Educación, Desarrollo y Diversidad*. 2004; 7(2):25-40.
 55. Romero R, Lauretti P. Integración educativa de las personas con discapacidad en latinoamérica. *Educere Investigación Arbitrada*. 2006; 33:347-356.
 56. Moreno M. Políticas y concepciones en discapacidad: un binomio por explorar. Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, 2007. [tesis].
 57. Ariza R, Carrascal M, Manjares G, Plata C, Correa J. Creencias del formador de formadores de la institución educativa normal San Juan del César, hacia la inclusión educativa de estudiantes en situación de discapacidad. *Revista de Investigación y Pedagogía*. 2008; 1(2):5-45.
 58. Serrano C, Camargo D. Políticas de inclusión educativa del discapacitado. barreras y facilitadores para su implementación: Bucaramanga. 2010. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2011; 29 (3):289-298.
 59. Noreau L, Fougereyrollas P, Boschen K. Perceived influence of the environment on social participation among individuals with spinal cord injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. 2002; 7(3):56-72.
 60. Boschen K, Gargaro J, Tonack M. Community integration and quality of life comparisons among spinal cord injured, support provider and comparative samples. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. 2005;10(4):116-134.
 61. Keysor J, Jette F, Coster W, Bettger J, Haley S. Association of environmental factor with levels of home and community participation in a adult rehabilitation cohort. *Arch Phys Med Rehabil*. 2006; 87: 1566-1575.
 62. Martín C, Muñoz P. Discapacidad y acceso a los espacios culturales. Más allá de las barreras arquitectónicas: La comunicación como herramienta. Instituto Complutense de CC Musicales. Master en Gestión Cultural. 2007: 20-34.
 63. Hurtado M, Aguilar J, Mora A, Sandoval C, Peña C, León A. Identificación de las barreras del entorno que afectan la inclusión social de las personas con discapacidad motriz de miembros inferiores. *Salud Uninorte*. 2012; 28 (2): 227-237.