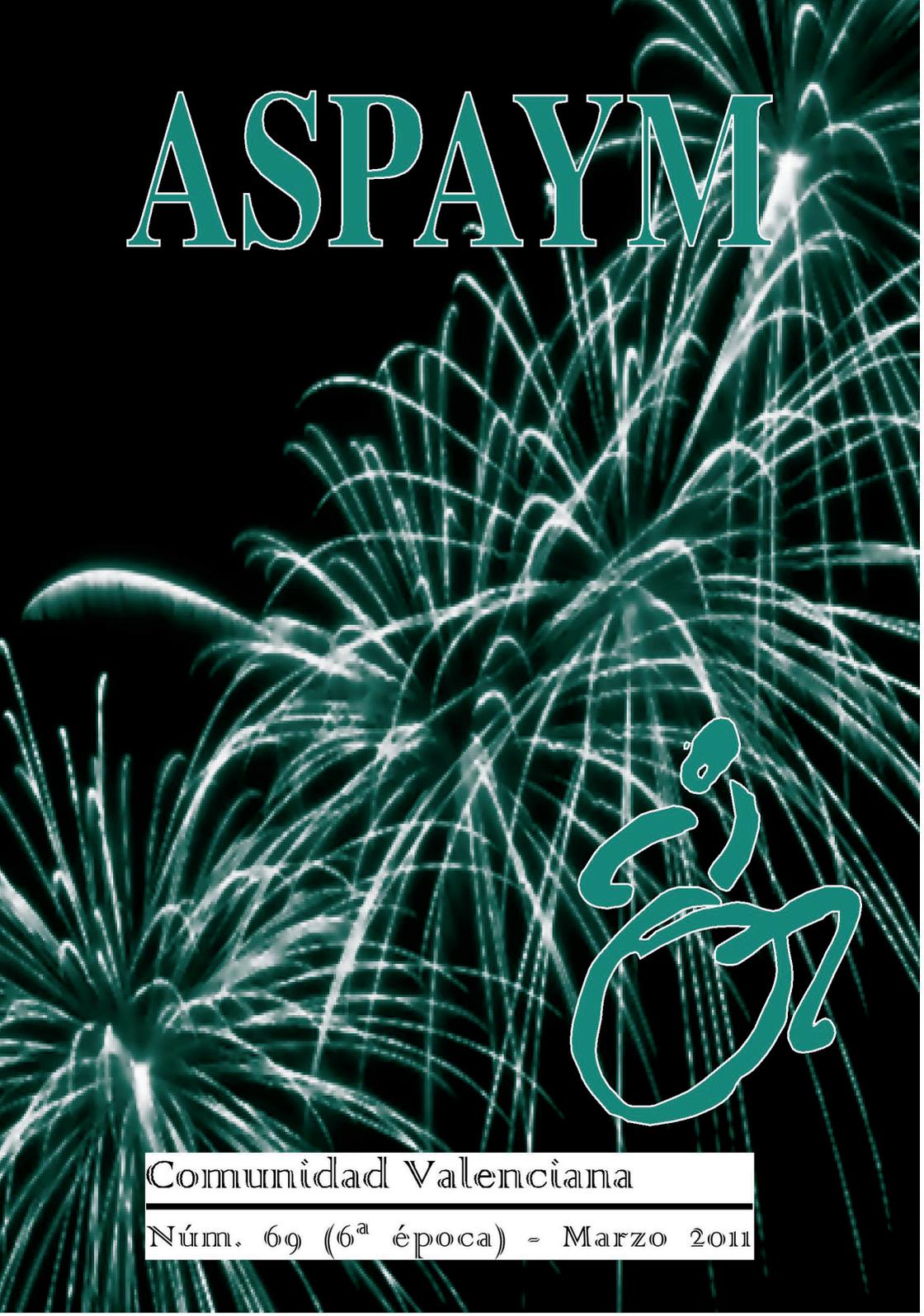


ASPAYM



Comunidad Valenciana

Núm. 69 (6^a época) - Marzo 2011

La Revista **ASPAYM** es el órgano de difusión de **ASPAYM Comunidad Valenciana**, pretende ser un vehículo de información para todos los interesados en los diferentes aspectos de las discapacidades, tanto médicos como de interés general.

Los artículos y opiniones que se publican son responsabilidad de los firmantes. Los editores, al aceptar los trabajos, regulan unas normas básicas acordes con la ética de la publicación.

Han colaborado en este número :

Isabel Alastrué
Luis Escribano
María Delgado
Manuel Giner
José Verde
Jesús Raga
CERMI

Damos las gracias a todas las personas que han hecho posible la publicación y difusión de esta Revista.

Depósito legal: V-1887-1991

Imprime: **CENTRO de IMPRESION**
Copistería Sanchis, s.l.
C/. Quart 121 - 46008 Valencia
Tel. 96 385 65 35 *

ASPAYM Comunidad Valenciana

Junta Directiva:

Presidente: José Balaguer
Vicepresidente: Carlos Sotos
Tesorera: Ana M^a Micó
Secretario: Juan M. Bertomeu
Vocales: Francisco Molina
Amparo Rubio
Yolanda Ruiz
Luis Peinado

Sede Social

Pl. Salvador Allende, 5
46019 VALENCIA
Tel. y Fax: 96.366.49.02
E-mail: info@aspaymcv.com

www.aspaymcv.com

REVISTA

Editores:

ASPAYM Comunidad Valenciana

Maquetación:

Alejandro Sáez Fernández
Carlos Sotos Portalés

Patrocina



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE BENESTAR SOCIAL

EL CERMI MUESTRA SU APOYO AL ALCALDE DE BONREPÓS

Jesús Raga es el primer alcalde tetrapléjico de España

El pasado 25 de febrero el presidente del Cermi Estatal, Luis Cayo, el del Cermi Comunidad Valenciana, Juan Planells, miembros de la ONCE, representantes de las organizaciones del CERMI CV (entre ellas Aspaym), autoridades políticas, amigos y representantes de diferentes instituciones se reunieron en el consistorio de Bonrepós y Mirambell en un acto de reconocimiento al alcalde de esta localidad, Jesús Raga, uno de los pocos alcaldes de España que tiene discapacidad y el único tetrapléjico.

El Comité de Entidades Representantes de Personas con Discapacidad de la Comunidad Valenciana (CERMI CV), ha instado a los partidos políticos de la Comunidad a que haya una mayor presencia en sus listas electorales en puestos de salida, de hombres y mujeres con discapacidad. También lo ha hecho, el CERMI Estatal.

Como ha comentado Luis Cayo, Presidente del Cermi Estatal, “la vida pública se tiene que parecer a la sociedad y en la sociedad hay personas con discapacidad, con lo cual, hay que incorporarlas”.

Por su parte Juan Planells, Presidente del Cermi Comunidad Valenciana, ha resaltado la fortaleza y lucha de Jesús Raga. “Una discapacidad no merma otras capacidades” ha dicho. Para Planells, “hay que hacer visible la discapacidad, ésta tiene que ser una constante”.

El alcalde que pretende presentarse de nuevo a la alcaldía en las próximas elecciones, ha agradecido el reconocimiento por parte del Cermi.

Junto a este acto, el CERMI Estatal organizará una jornada en Madrid el próximo lunes 28 de febrero, a la que se ha invitado a personas con discapacidad que ocupan cargos públicos, con el fin de conseguir que personas con discapacidad vayan en las listas electorales.

El Comité de Representantes de Personas con Discapacidad de la Comunidad Valenciana (CERMI CV) es la máxima plataforma de representación, defensa y acción social de las diferentes discapacidades, en total en la Comunidad Valenciana representa a más del 95% de las más de 400.000 personas con discapacidad.

ASPAYM.... ¡¡¡Bailando sobre ruedas!!!

Hola, tal vez muchos de vosotros me conoceréis pero para los que no pues me presentaré. Me llamo Isabel y estuve haciendo las prácticas de Trabajo Social en el año 2009 en Aspaym y luego me asocié.

¿Qué me lleva a contaros mi experiencia después de 1 año y 3 meses? Pues mirad, después de estar más de un año en contacto con la asociación, es tanto lo que ha cambiado mi vida que no podía callarme. Bueno, antes de continuar tengo que decir que este artículo iba a ser exclusivamente de Baile en silla de ruedas (a partir de ahora Wheelchair Dance) pero no podía dejar de lado esta introducción ya que ellos han sido los “culpables” de que me haya iniciado en la búsqueda por disfrutar de las cosas como cualquier persona.

Gracias a ellos, **en especial a mis dos chicas: Raquel y Vanessa**, vuelvo a tener ganas de vivir, de luchar y ya no pienso tanto en el pasado... (Tengo Espina Bífida aunque mi historia es algo peculiar, pero en esta ocasión no hablaré de esto) Resumiendo todo en una frase, se podría decir que me han enseñado a ver la vida desde otra perspectiva. Bueno, podría escribir un libro sobre todas las cosas que he aprendido y vivido en Aspaym pero acapararía toda la revista y no puede ser. Así que en el espacio que me queda

voy a intentar iniciaros en uno de mis descubrimientos durante este tiempo, el Wheelchair Dance.

Quizá muchos pensarán que desde una silla de no se puede bailar pero, **¡ESO NO ES CIERTO!** porque en realidad, no se necesitan más que ganas y algo de esfuerzo. Además de ser una diversión, existen múltiples beneficios derivados del baile ya que mejoran la coordinación, la movilidad, fomenta las relaciones sociales, aumenta la motivación y el sentimiento de utilidad y,



sobre todo, algo muy importante para cualquier persona y para nosotros en especial, evita el aislamiento.

Se podría hablar muchísimo del Wheelchair dance pero como mi idea

no es aburrido, sólo os daré algún dato importante para centraros un poco en esta disciplina.

Su origen lo encontramos en Suecia en 1968 (aunque algunos afirman que fue Suiza en 1957). La primera competición fue organizada en 1975 en Västerås (Suecia) pero como la fascinación de los espectadores fue tan grande en poco tiempo se realizaron por todo el mundo. En 1977 tuvo lugar



la primera competición internacional en Suecia. Después de varias competiciones regionales e internacionales, los primeros Campeonatos Mundiales fueron organizados en Japón en 1998 y el mismo año se hizo deporte del Comité Internacional Paralímpico (IPC).

En septiembre de 1999 fue admitido como deporte de invierno y en España lo tenemos desde el 2/5/2009.

Por fin, después de varios años de trabajo y mucho esfuerzo, formará parte de las paraolimpiadas en Brasil 2016.

Como he dicho antes con un poco de ganas y esfuerzo esto es posible, esto lo vemos en Francesc Ramírez quien tras una enfermedad, de muy niño, quedó en una silla de ruedas. Pero nada más porque tiene su trabajo, su familia, practica deporte y baila junto a Laura Chaparro. Ellos forman la única pareja «combi» (solo uno de los bailarines va en silla de ruedas) española de «Wheelchair Dance Latin» (baile latino en silla de ruedas).

Otra de las modalidades de baile es el «dúo» (ambos usan la silla) y por último la «asistida» (una tercera persona que empuja la silla). Francesc y Laura Llevan bailando más de año y medio y afirman que con una silla de ruedas se puede bailar cualquier ritmo. Se debe utilizar una silla ligera para poder girar rápido. Laura apunta que bailar con Francesc es «un poquito diferente, hay pasos que no se pueden hacer pero a cambio hay figuras que no podríamos hacer los dos de pie, tiene cosas muy bonitas».

El esfuerzo cuenta pero en palabras de Francesc **«es más mental que físico, pero acabas sintiéndote cómodo, en la pista no piensas si vas o no en silla de ruedas»**. Según Francesc **«Los límites están mucho más lejos de lo que te imaginas»**.

Bueno, después de contaros un poco de que va esta nueva aventura en la que pronto quisiera adentrarme, deciros que podéis seguir de cerca esta disciplina en el perfil de Facebook de Francesc Ramírez o en su blog misillayyo.blogspot.com (os aseguro que no os defraudará)

Antes de despedirme deciros que me gustaría que supieseis que existe una escuela de baile en Valencia (Centro de Baile Stylo's Mislata) coordinado por José Vicente Tirado dónde se está empezando con un proyecto al respecto

y NOS ESPERAN CON MUCHÍSIMA ILUSIÓN PORQUE RECUERDA QUE ¡NO HAY NADA QUE NO PODAMOS HACER DESDE NUESTRA SILLA DE RUEDAS! (PERO DE STYLO'S YA OS HABLARÉ EN OTRA OCASIÓN Y ADEMÁS TENGO PENDIENTE ORGANIZAR ALGO CON FRANCESC Y LAURA...)

¡¡Un abrazo!!

Isabel Alastrué

INFORMACIÓN

Os recordamos que los lunes por la tarde en horario de 5,30 a 7,30, la Dra. Amparo Rubio, mantiene consulta de Homeopatía y Medicina Natural para todos los socios de ASPAYM COMUNIDAD VALENCIANA, de forma gratuita.

Los interesados deberán llamar por teléfono en horario de oficina al 96-366-49-02 para solicitar cita previa.

* * * * *

Os comunicamos que en breve se pone en marcha, dentro del Programa de Apoyo Psicosocial de Aspaym CV, un nuevo grupo de Autoayuda, como sabéis se reúnen una vez al mes en la sede de la asociación para compartir experiencias y soluciones a sus problemas.

Os invitamos a participar, si estás interesado ponte en contacto con Vanessa Carot o Raquel Rodríguez responsables del Programa, en el 963664902 o a través de mail, Raquel: social@aspaymcv.com, Vanessa: psicologa@aspaymcv.com

REPOSO Y SUEÑO

Indicaciones médicas del reposo:

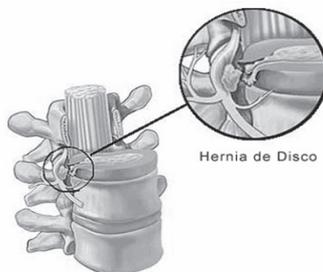
El movimiento en su aspecto negativo, es decir, la privación de movimiento tiene un efecto terapéutico en algunas circunstancias. El reposo como prescripción médica se podría entender conceptualmente como una parte de la Medicina Física.

Los médicos prescribimos reposo ante determinadas situaciones patológicas, en el aparato locomotor, por ejemplo en una lumbalgia aguda, en la primera fase de tratamiento, asociada a medicación analgésica, antiinflamatoria y relajante muscular. El reposo en decúbito supino con las piernas en ligera flexión, consigue un efecto de atenuación de la fuerza de gravedad, que actúa como factor colapsante del disco intervertebral.

Es sabido que el ser humano, que adopta la postura bípeda disminuye en altura hasta 2 cm a lo largo del día debido a la deshidratación del disco intervertebral, por la actuación de las fuerza de gravedad, esta altura se recu-



pera durante el descanso nocturno, de tal modo que el disco es capaz de volver a hidratarse. Mantener una adecuada altura discal es fundamental para conseguir un adecuado calibre a nivel de los canales radiculares por donde entran y emergen las correspondientes raíces sensitivas y motoras respectivamente.



Hernia de Disco

Además de atenuar la gravedad el reposo en estos casos consigue atenuar el espasmo muscular acompañante a la lumbalgia, en un intento de la naturaleza para inmovilizar la zona dañada. En este sentido, el reposo o la prescripción de un corsé (que consigue una inmovilización parcial), están colaborando con la naturaleza.

Otro ejemplo de indicación del reposo lo constituyen las lesiones de partes blandas, como contusiones, esguinces, requieren de una fase inicial de reposo, habitualmente con el miembro

elevado para favorecer el retorno venoso y evitar el edema. El reposo va a atenuar el dolor que desencadenan estas lesiones.

También las fracturas tratadas conservadoramente, requieren una fase más o menos prolongada de reposo para dar tiempo a que se vayan constituyendo los mecanismos fisiológicos de reparación, con formación de un callo óseo, los tiempos de reposo son muy variables, 2 semanas en una fractura de cabeza humeral o 2 meses en una fractura vertebral. Estas situaciones, en relación al aparato locomotor son las que más frecuentemente manejamos los médicos rehabilitadores.



En otras ocasiones indicamos reposo en situaciones de alteración del estado general con fiebre, por ejemplo en las infecciones víricas (gripe) en las que el organismo requiere todas las energías para combatir la infección, la

propia naturaleza invita al individuo a no fatigarse.

Otras circunstancias del reposo como indicación médica, tienen un sentido fisiopatológico concreto, como en el caso de las trombosis venosas profundas, es fundamental evitar la movilidad del miembro afecto durante las 2 primeras semanas de evolución, fase en la que no se ha organizado el trombo y podría desprenderse causando una embolia pulmonar de efectos potencialmente muy graves.

Concepto, efectos fisiológicos y fases del sueño

Independientemente de este reposo ocasional, como indicación terapéutica de algunas patologías, el ser humano requiere unos períodos de reposo diario, no solo físico si no también psíquico. El sueño como actividad fisiológica es imprescindible para un correcto funcionamiento de nuestras funciones cerebrales, cardiovasculares y endocrinas.

El sueño supone un estado de reposo, en el cual el organismo puede recuperarse del gasto de energía surgido durante las actividades de la vigilia.

El metabolismo basal, es decir, el gasto energético básico y mínimo del organismo, alcanza sus límites inferiores durante este período; el ritmo cardiaco es más lento, la presión arterial disminuye, los músculos se relajan, las inspiraciones son más prolongadas y las espiraciones más cortas.

El sueño no es uniforme a lo largo de la noche, dentro del mismo podemos distinguir una serie de fases:

- Fase 1 (Adormecimiento): es un estado de somnolencia que dura unos minutos. Es la transición entre la vigilia y el sueño. Se pueden dar alucinaciones visuales o auditivas, tanto en la entrada como en la salida de esta fase. (5% del tiempo total del sueño).

- Fase 2 (Sueño ligero): Disminuyen tanto el ritmo cardíaco como el respiratorio. Sufrimos variaciones en el tráfico cerebral, períodos de calma y súbita actividad. Es más difícil despertarse que en la fase 1, (50% del tiempo).

- Fase 3: Fase de transición hacia el sueño profundo. Pasamos unos 2 - 3 minutos aproximadamente en esta fase.

- Fase 4 (Sueño Delta) o sueño profundo: Fase de sueño lento, las ondas cerebrales en esta fase son amplias y lentas así como el ritmo respiratorio. Cuesta mucho despertarnos estando en esta fase que dura unos 20 minutos aproximadamente. No suelen produ-

cirse sueños (20% del tiempo total del sueño).

- Fase 5 (Fase REM) o de sueño paradójico característica en la cual el cerebro está muy activo, el tronco cerebral bloquea las neuronas motrices de manera que no nos podemos mover. REM proviene de los vocablos ingleses «Rapid Eye Movement» debido al característico movimiento de los globos oculares bajo los párpados. Ésta es la fase donde soñamos y captamos gran cantidad de información de nuestro entorno debido a la alta actividad cerebral que tenemos (25% del tiempo total del sueño).

A lo largo de la noche alternamos fases de sueño lento o profundo con fases de sueño paradójico.

Los bebés que poseen un cerebro en formación precisan muchas horas de sueño, hasta 16 horas diarias, posteriormente estas necesidades van disminuyendo, hasta las 6-8 horas de un adulto, que pueden verse reducidas hasta 4 horas en la senectud.

ASPAYM-COMUNIDAD VALENCIANA



- El local social de ASPAYM-C.V. se encuentra en:

VALENCIA, PI/ Salvador Allende, 5-Bj.

- Horario de Oficina:

Mañanas: de lunes a viernes, de 10 a 13 horas.

Tardes: de lunes a jueves, también de 17 a 20 horas.

- El número de **teléfono** y **fax** es el **96 366 49 02.**

El sueño, según otro grupo de teorías, está implicado en los procesos de maduración cerebral. La abundancia de sueño REM en el recién nacido se interpreta como evidencia de su relación con la maduración. En los primeros tiempos de la vida el sueño REM actuaría como un estímulo interno en sustitución de la vigilia.

Otra función que se atribuye al sueño es la servir para la consolidación de la memoria. Esto se ha formulado de diversas maneras. Por un lado, se ha sugerido que, mientras se duerme, se produce el almacenamiento de la memoria a largo plazo. Esto no significa que el ser humano aprenda durante el sueño, sino que si duerme tras haber adquirido un nuevo aprendizaje, éste no sólo se asimila mucho mejor sino que puede quedar almacenado en la corteza cerebral durante un período más prolongado de tiempo.

Realmente no sabemos con exactitud para que sirve el descanso nocturno,



pero lo que si hemos llegado a estudiar es lo que sucede cuando una persona es privada del sueño, se han efectuado trabajos con voluntarios pudiéndose observar que en estas personas aumenta considerablemente la irritabilidad ,se encuentran mucho más irascibles de lo normal.

Físicamente aparece cansancio muscular, nos encontraremos desorientados en muchas ocasiones. Se presenta una clara dificultad a la hora de concentrarnos y de mantener la atención, es decir, que si tenemos que realizar alguna acción que requiera mantener nuestra atención, esta se verá afectada.

Todas estas manifestaciones son más intensas por la mañana atenuándose a medida que va pasando el día, parece que van siendo menores.

Aparte de estas manifestaciones a corto plazo que todos hemos llegado a sufrir alguna noche, la privación del sueño a largo plazo se ha demostrado que disminuye nuestro sistema autoinmune, afecta la capacidad del cuerpo humano para metabolizar glucosa, lo cual puede resultar en diabetes mellitus tipo 2, altera los mecanismos del eje hipotálamo- hipófisis, pudiendo influir negativamente sobre la digestión, nuestro humor o sexualidad, incluso se han descrito disminución en la secreción de hormona de crecimiento, lo cual puede repercutir en el desarrollo de niños o adolescentes.

Dr. Profesor Manuel Giner Pascual

ASISTENTE PERSONAL

Qué es el asistente personal? “**Un Asistente Personal es una persona que ayuda a otra a desarrollar su vida.**”

El Asistente Personal es por tanto aquella persona que realiza o ayuda a realizar las tareas de la vida diaria a otra persona que por su situación, bien sea por una diversidad funcional o por otros motivos, no puede realizarlas por sí misma.”

El asistente Personal esta basado en el deseo y el derecho de las personas con diversidad funcional a controlar su propia vida y a vivirla con la dignidad, lo que conlleva estar en igualdad de oportunidades con el resto de los ciudadanos.

Existe un grupo cada vez más amplio de personas que tiene mermada su autonomía física, pero no por ello han perdido su capacidad de decidir cómo quieren vivir. Un caso muy característico es la persona que tiene una tetraplejia y por lo tanto no puede manejar bien sus manos, sus brazos y sus piernas (este es mi caso). Por ello necesito ayuda para vestirme, para lavarme, para comer, para beber, para tomar notas, para conducir, para desplazarme, para ir al baño, etc. Sin embargo, a pesar de no poder realizar de manera autónoma

todas estas tareas, mantengo plenamente la capacidad de tomar decisiones y por lo tanto de elegir las actividades que quiero realizar, cuándo y con quién quiere realizarlas.

La persona con diversidad funcional debería poder acudir regularmente a un trabajo, estudiar, viajar, ir al cine, ir de compras, llevar a sus hijos al colegio, etc. pero para ello necesita la compañía de otra persona que le ayude a comer, a conducir, a desplazarse, a beber, etc.



Esta segunda o tercera persona es el Asistente Personal. El Asistente Personal acompaña a la persona, tradicionalmente una persona discriminada por su diversidad funcional, para realizar las tareas que ésta le indica cuando se le

indica, convirtiéndose así en sus brazos, sus ojos, sus oídos, etc.

A diferencia de otras prestaciones y servicios (cuidador no profesional, Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)), la asistencia personal no es un mero complemento a la atención familiar, sino una alternativa sustitutoria de ese rol tradicional de las mujeres. Mientras las otras medidas se orientan a ayudar a las mujeres de la familia a mantener su papel de cuidadoras –aliviando algo su carga de trabajo o indemnizándoles mínimamente-, la asistencia personal permite recobrar por completo su libertad a las personas con diversidad funcional y a las mujeres de su entorno familiar.

Esta ayuda está regulada por ley en España, el Sistema de Promoción de la Autonomía que se estipula en la Ley de Promoción de la Autonomía de las Personas en Situación de Dependencia, y puede convertirse en la pieza clave para proporcionar a los ciudadanos los recursos que necesitan para poder disponer de asistencia personal que ellos mismos controlen.

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de la ONU forma parte de la legislación española desde el 21 de abril de 2008, fecha en la que fue publicada en el BOE y entró en vigor el día 3 de mayo de ese mismo año. Tuvo como objetivo **garantizar el ejercicio efectivo de todos los Derechos Humanos y el respeto a**

su dignidad inherente. En particular, reconoce explícitamente el **derecho a la vida independiente** y obliga a los Estados a proporcionar la asistencia personal necesaria para hacer vida en comunidad, con plena participación social y en igualdad de oportunidades con el resto de la ciudadanía

La teoría está muy bien, pero la realidad dista mucho de que podamos conseguirlo:

1) La ley no es lo que todos quisiéramos, le faltan muchas cosas, sobran otras, se queda en general mucho en la teoría, pero, también es verdad que es un primer paso, que había que dar...

2) En la comunidad Valenciana su aplicación es lamentable, somos la vergüenza en España, saliendo todos los días en los medios de comunicación y no se produce reacción de la Generalitat.

Ha habido casos de más de tres años para poder recibir la prestación y por no hablar de los fallecidos, que se quedaron esperándola (en la CV 37.000 personas tienen reconocido el derecho a percibir la prestación y siguen sin percibir nada)

3) Para más inri, en la comunidad Valenciana, después de 4 años de aprobarse la ley, sigue sin desarrollarse la figura del asistente personal, a pesar de recogerse en la ley.

Por lo tanto nadie puede percibir esta prestación. Quizás el gobierno central no debiera permitir esto.

4) En Cataluña, todas las personas con dependencia pueden tener un asistente personal, gracias a la nueva regulación de la Consellería de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat Catalana, que amplía esta figura también a los grados I —moderado— y II —severo-, aunque con algunas restricciones que yo no comparto.

5) El importe máximo que puede alcanzar la prestación económica para asistencia personal es de 831 €/mes (grado III, nivel 2). A esta cantidad máxima habrá que deducirle el copago que estipule cada Comunidad Autónoma, y las prestaciones de carácter análogo que ya se estén percibiendo (complementos de “gran invalidez”, de “3ª persona” y de “hijo a cargo”, etc.). Incluso en el caso de ser baremado en grado III-nivel 2 y no imponer copago, **la cantidad máxima de 831 €/mes sólo permite contratar 2-3 horas diarias de asistencia personal.**

Teniendo en cuenta que hablamos de personas baremadas en grado III, se hace evidente que el importe no alcanza ni para la mera supervivencia, menos aún para cumplir el objetivo de la prestación para asistencia personal de cubrir el acceso al mundo laboral y los estudios.

6) Además, en España y sobre todo en la CV, se potencia **el gasto a sistemas residenciales, alrededor del 70% del gasto va a prestaciones de residencia,** que no sólo no proporciona igualdad

de oportunidades, sino que, además generan dependencia y discriminación. El asistente personal, haciendo bien las cuentas reales es más rentable y eficiente que los servicios de las residencias.

Escribo estas notas para que hagamos una reflexión sobre el atropello que estamos recibiendo al vernos mermados en un derecho reconocido por ley, un impedimento más a los ya interpuestos por la sociedad.

El hecho de haber sido tanta noticia mi acceso a la Alcaldía de Bonrepòs i Mirambell, la importancia ofrecida por los medios de comunicación, no es buena señal porque significa que el hecho de que un tetrapléjico acceda a ser Alcalde no es nada normal, es la anormalidad, desgraciadamente, lo cual, quiere decir que nos falta mucho para que llegue el día que un hecho así pase desapercibido y como algo normal, por lo tanto nos queda mucho trabajo por hacer, a todos, en todos los sentidos, para poder estar en igualdad de oportunidades con el resto de los ciudadanos y con impedimentos como estos no nos lo ponen nada fácil...



Jesús Raga Ros

LESIÓN MEDULAR: GALAXIA PLANETARIA.

Conocer y comprender la lesión medular conlleva una visión multidimensional de la realidad de la misma. Ver a una persona en silla de ruedas manual, eléctrica o incluso con manejo mentoniano presupone por parte del observador “que no puede andar”, pero detrás de esa visión existe toda una galaxia de mundos que no siempre orbitan de manera equilibrada.

Lesión medular significa que el puzzle de la vida se rompe, que las piezas se desencajan, que algunas no van a volver a encajarse y que hay que buscar piezas nuevas.... Todo con un solo objetivo, conseguir volver a llevar las riendas de la propia vida.

El proceso de adaptación y adecuación a la lesión medular se ha explicado históricamente por el modelo de fases o etapas por las que pasaba la persona lesionada; en la actualidad, los modelos explicativos se basan en diferencias individuales como forma de adaptación a la lesión medular. Frente al modelo de las etapas, en el que existía la aseveración implícita de que la depresión era una respuesta normal y obligatoria a la vivencia de la lesión medular, el modelo de las diferencias individuales afirma que el proceso de adaptación a la lesión medular no es único y homogéneo para todas las personas, que

cada persona reorganiza sus mundos adecuándolos a su situación, valores, criterios y posibilidades.

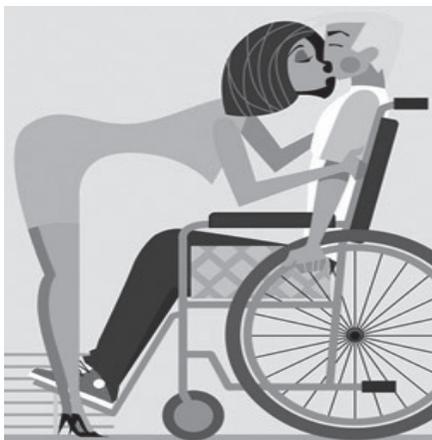
Igual que en una galaxia hay mundos más grandes que otros, más importantes que otros, la realidad es que la galaxia funciona, porque todos los mundos giran en armonía, y si no es así ha de buscarse el mayor equilibrio.

Familia, amigos y relaciones personales, ocupaciones, ocio, independencia, accesibilidad... configuran esa multidimensionalidad planetaria que gira alrededor de la persona con lesión medular.

El mundo **familiar** es importante, la familia apoya y se vuelca con la persona durante el proceso hospitalario, jugando un papel significativo en la adaptación a la nueva situación, y ocupándose de



cubrir necesidades, cuidados físicos y emocionales. Al volver a casa ha de procurarse la normalización de la dinámica familiar, intentando volver al estilo de vida previa a la lesión de los miembros que componen la unidad familiar. De no conseguirlo, puede



manifestarse, un empobrecimiento de dicho estilo de vida, el refugio en un aislamiento social del lesionado o de otros miembros de la familia, formas de vida rígidas falsamente protectoras, la implicación de un solo miembro de la familia en los cuidados que necesite el lesionado, la acusación por parte de otros miembros por sentirse abandonados, etc... siendo muy importante mantener un buen nivel de comunicación entre todos los componentes de la familia.

Las **relaciones personales**, tenerlas y mantenerlas, son importantes para el desarrollo de las personas. Aunque la aparición de la lesión medular conlleva

en muchos casos, la pérdida de amigos y relaciones personales, también es cierto que pueden afianzarse a raíz de la lesión, forjándose relaciones aún más fuertes. En cuanto a la formación de nuevas relaciones a partir de la lesión medular, los/las lesionados medulares adquieren otras relaciones y amistades, sin embargo también es cierto que existen actitudes personales y barreras físicas (como no poder acceder a ciertos lugares con la silla de ruedas) que inhiben y dificultan la formación de nuevas relaciones; también, las pérdidas físicas hace que la persona se plantee si va a volver a ser atractivo o atractiva. En cualquier caso, las personas con lesión medular y sus parejas se enamoran y continúan juntas porque se sienten a gusto juntos, se gustan, comparten pensamientos e ideas, superan dificultades, tienen objetivos comunes...y eso hace que decidan casarse, o continuar estándolo, vivir juntos, iniciar

Volver a tener **ocupaciones** (en las cuales se incluyen trabajar de forma remunerada, autoempleo, trabajos voluntarios, estudiar, y quehaceres domésticos) es básico para sentirse realizado, muchos lesionados medulares al presentarse la lesión, se encuentran en edad laboral y ocupacional; poder incorporarse a una actividad productiva, repercute en la autovaloración del propio sujeto, aunque hay elementos que dificultan el desarrollo ocupacional y laboral tras la lesión: dificultades de acceso a los edificios, dificultades

para cumplir con el horario laboral, problemas de transporte para llegar al lugar de trabajo, necesidad de tercera persona que le ayude en AVDs (ir al baño, comer...), falta de equipos y puestos adaptados, disminución de la resistencia física.... Todo lo cual hace que el porcentaje de personas que retornan o se incorporan al ámbito laboral y ocupacional no sea amplio.

La búsqueda de la **independencia** constituye un universo en sí, adaptarse a vivir en un cuerpo que ha de volver a reconocer y entender, asumiendo limitaciones supone un esfuerzo personal.



Aprender a realizar las AVDs o si va a necesitar ayuda de tercera persona para ello, en el mayor de los casos proporcionada por la familia, conlleva romper la máxima aprendida desde pequeños que es hacer “ciertas cosas” solos. Igualmente, la vivienda debe ofrecer las posibilidades suficientes para no ser una jaula sino un espacio de desarrollo personal.

Las **barreras ambientales**, constituyen obstáculos para que la persona pueda reintegrarse a su entorno, para los lesionados medulares, el transporte, necesitar ayuda en casa y acceder a los servicios tanto de salud como el resto constituyen barreras para incorporarse de forma natural a su medioambiente. Utilizando criterios de la CIF (Clasificación Internacional de Funcionalidad), las barreras físicas ambientales y el acceso a los transportes constituyen los mayores handicaps para que la persona con discapacidad física pueda incorporarse al mundo real y poder desarrollar su vida, esos obstáculos conllevan exclusión social para el colectivo de discapacitados físicos.

Los modelos de discapacidad sugieren que los factores ambientales son importantes no solo a la hora de que la persona sea independiente sino que tienen una relación directa con la participación social así como con la percepción de satisfacción, ya que van a permitir que la persona pueda acceder al mundo laboral, la educación o el ocio.

Las repercusiones en las actividades de **ocio** también van implícitas en el movimiento planetario de la lesión medular, muchas veces las actividades realizadas previamente no se ajustan a la situación física del momento, y, nuevamente, las barreras físicas impiden el pleno desarrollo de las mismas; aún así, cada persona ha de tratar de sentirse a gusto y realizarse también en esta área,

pudiendo desarrollarse a través de actividades deportivas, o de otra índole en la que se sienta realizado.

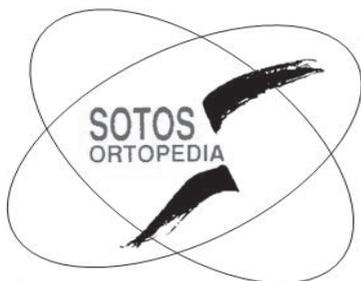
Todos estos mundos, para que orbiten de manera equilibrada, no solo necesitan de las energías de la propia persona y sus allegados, muchas veces es necesario también el apoyo de profesionales especializados que de manera objetiva pongan cada mundo en la órbita adecuada; asimismo, las asociaciones referentes de este colectivo, Aspaysm, llevan décadas consiguiendo dar apoyo y construyendo un futuro en el que cada persona pueda desarrollar su vida.

Igualmente, los que trabajamos con las personas con lesión medular, aporta-

mos nuestro labor para, conjuntamente, acercarnos o conseguir que la galaxia se mantenga lo más equi libradamente posible, para que la persona lesionada llegue a la conclusión, que la lesión medular no es algo deseado ni querido, pero que se adecua a ella y que puede continuar desarrollando su vida, no como hubiese querido, pero con satisfacción para su vida y dignidad tanto para él como para su entorno personal.

M^a José Arroyo Espinal
(Psicóloga Clínica)

Fundación Lesionado Medular



902 43 08 09
www.sotosortopedia.es

VALENCIA – CASTELLÓN – SAGUNTO – REQUENA - ELCHE

¿CONOCES EL ESQUÍ ADAPTADO?

Si no has probado nunca el esquí adaptado, ¡atrévete! y si has esquiado alguna vez, en estas líneas vas a disponer de información que te animará a seguir disfrutando de este deporte.

El esquí adaptado permite disfrutar de la sensación de libertad en contacto con la naturaleza sea cual sea tu discapacidad. En este reportaje vamos a centrarnos en el esquí para usuarios de silla de ruedas.

En cuanto a dónde ir a practicar este deporte, tenéis a vuestra disposición dos **estaciones aragonesas** próximas a



Valencia con **Escuela de Esquí Adaptado** y opción de alquiler de material especializado para iniciarse en este deporte. Estamos hablando de **Valde linares** con escuela desde hace tres años y **Javalambre** dónde han abierto una

nueva escuela de esquí adaptado con el objetivo de acercar el deporte blanco a personas con discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales, promocionar este deporte, la integración social, aumentar la independencia y ayudar a descubrir a cada persona su potencial deportivo, social y mental. Se imparten clases individuales o en grupo, tanto para adultos como para niños, con las adaptaciones técnicas necesarias para que estas personas puedan disfrutar de la nieve y con monitores con formación específica.

En lo referente al material de esquí adaptado, **en Ortoprono podemos asesorarte de cuál es tu silla más adecuada según tu nivel y la adaptamos para un correcto disfrute de este deporte.**

Entonces, si utilizas silla de ruedas, básicamente puedes utilizar dos tipos de silla-esquí, el **UNISKI (mono-ski)** y **DUALSKI (bi-ski)** destinados los dos a personas con discapacidad en las extremidades inferiores. Estas sillas permiten al usuario, después de un aprendizaje, acceder al esquí de forma autónoma.

Pero ¿qué elegir? ¿Uniski o Dualski?.

El Uniski es el más utilizado hasta ahora en el mundo de la competición,



es más simple en su diseño y más económico. El Uniski de la marca Tessier posee elementos y características de calidad que le hacen ser un producto único.

El Dualski es una silla perfecta tanto para nieve dura como para nieve virgen. Su chasis articulado permite disfrutar del deslizamiento de forma cómoda y segura. Se puede utilizar con cualquier tipo de esquí y fijaciones, pudiéndose modificar los ángulos de inclinación para cada usuario según su discapacidad y nivel de esquí.

Los dos modelos ofrecen comodidad y contacto total esquí-nieve gracias a su sistema de suspensión especialmente configurado para estas sillas. Igualmente, se fabrican en dos alturas de chasis para iniciación y perfeccionamiento. Tessier dispone de siete tallas de asientos con dos alturas diferentes de respaldo y dos modelos de amortiguadores.

Con estas sillas no tendrás problemas de acceder a las pistas de esquí, su sistema de elevación sencillo permite

coger telesillas fácilmente y gracias al sistema de doble seguridad pueden cogerse los arrastres.

Estas dos sillas permiten utilizar dos tipos de estabilos (similar a unas muletas cortas que acaban en un patín) para ayudarse en los giros.

La barra de asistencia, que puede instalarse fácilmente a cualquiera de las dos sillas, sirve para ayudar al profesor durante la fase de aprendizaje o para ser usado por un acompañante.



Te animamos a sentir la sensación de velocidad al deslizarte por la nieve.

Jose Verde

REHABILITACION Y DISCAPACIDAD

Definición y campo de acción de la Rehabilitación:

Es necesario empezar por definir el concepto de REHABILITACIÓN porque con frecuencia se identifica con el término de Fisioterapia (gimnasia) . La Rehabilitación es mucho más amplia.

La especialidad médica de Rehabilitación se rige por el esquema de la OMS de deficiencia, incapacidad y minusvalía. La deficiencia es la pérdida de funcionalidad, la incapacidad sería la dificultad para realizar determinadas tareas y la minusvalía es la dificultad social causada por la pérdida funcional. Actualmente se usa una palabra algo más correcta que engloba todos estos términos **DISCAPACIDAD**.

La especialidad tiene una filosofía propia, unos objetivos específicos, tecnologías propias, y un método de acción.

La Rehabilitación como especialidad médica realiza: el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la incapacidad encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posibles.

Tal como definió la OMS (2º. Informe del Comité de Expertos, Ginebra,

1968) , Rehabilitación es el conjunto de medidas sanitarias, sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir al paciente minusválido la mayor capacidad e independencia posibles. Este Comité coincidió en las siguientes afirmaciones:

A: La Rehabilitación incluye todas las medidas destinadas a reducir el impacto de las condiciones de incapacidad y minusvalía y hacer posible que las personas discapacitadas alcancen la integración social.

B: El objetivo de la Rehabilitación no es sólo entrenar a personas discapacitadas a adaptarse a su entorno, sino también intervenir en su entorno inmediato y en la sociedad para facilitar su integración social.

C: Las personas discapacitadas , sus familias y las comunidades en las que viven, deben participar en la planificación y puesta en marcha de servicios relacionados con la Rehabilitación.





Sistema de evacuación intestinal

Peristeen® te ayuda a recuperar el control del intestino neurógeno. Te da la confianza y la libertad para vivir la vida como tú quieres. Dos versiones: Peristeen® Standard y Peristeen® Small

Ostomy Care
 Urinary & Continence Care
 Wound & Skin Care

Coloplast es una marca registrada de Coloplast A/S.
 Holsensvej 1 - 29631 Hørsholm - DK Copenhagen Ø, Dinamarca. © 2014-02
 Todos los derechos reservados por Coloplast Productos Médicos, S.A.



Coloplast

Coloplast Productos Médicos, S.A.
 Carretera de Virosto, s/n - Pórtico
 28027 Madrid, España
 Tel: 01 014 19 00 - Fax: 01 014 14 85
www.coloplast.es

La Rehabilitación es una especialidad que tiene el papel de coordinar y asegurar la puesta en marcha y aplicación de todas las medidas encaminadas a prevenir o a reducir al mínimo las consecuencias funcionales, físicas, psíquicas, sociales y económicas de las deficiencias o de las incapacidades.

Ello comporta realizar las acciones necesarias para la consecución de estos objetivos desde el comienzo de la afección hasta la reinserción del paciente en su medio ambiente y en la sociedad.

Las actividades rehabilitadoras deben desarrollarse en un orden determinado, así como con un espíritu de cooperación mutua. Las personas y los medios deben, por tanto, estar coordinados para alcanzar un fin común.

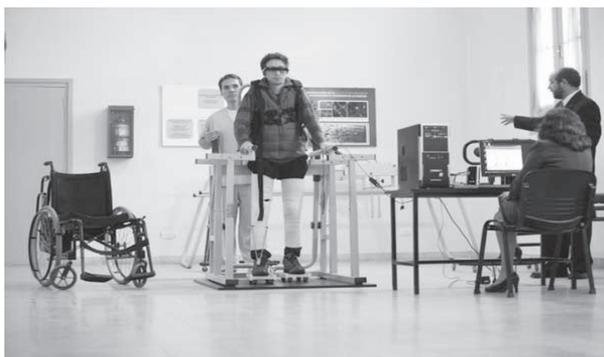
El médico especialista en Rehabilitación, trabajando en equipo, es el más indicado para ejercer de coordinador y dirigir el conjunto del proceso, con el fin de que la persona afectada de una deficiencia o una incapacidad encuentre reunidas las competencias que puedan abordar todos los problemas que le conciernen.

Es el médico especialista en Rehabilitación el que aporta una orientación global a la discapacidad: él reúne los informes, las clasificaciones, realiza el estudio del estado del paciente,

establece sus incapacidades eventuales o permanentes, organiza una discusión en equipo para llegar a conclusiones que conciernen al estado clínico, a las situaciones des-socializantes, a las capacidades subsistentes, a las perspectivas y, también, a los derechos del paciente. Analiza todos los aspectos y propone soluciones. Es decir, pone en marcha las diferentes medidas coordinadas de Rehabilitación.

El especialista en Rehabilitación debe ser el encargado de llevar a cabo los actos médicos, diagnósticos y terapéuticos propios de su especialidad. Pero también debe calificar el tipo de incapacidad e intensidad de la misma y, en consecuencia, establecer, dirigir, coordinar y controlar el programa rehabilitador correspondiente, modificándolo y adaptándolo de acuerdo con el momento evolutivo.

El proceso de Rehabilitación tiene diferentes etapas. Generalmente se inicia tras sufrir la deficiencia, con una fase de tratamiento hospitalario, luego



ambulatorio hasta agotar posibilidades, y finalmente de controles periódicos por parte del médico Rehabilitador. A lo largo de todo el proceso deben intervenir los trabajadores sociales para propiciar las ayudas necesarias.

También corresponde al Médico Rehabilitador desestimar la continuidad del tratamiento fisioterápico cuando la situación del paciente no permita abrigar esperanzas razonables de recuperación e integración. Así mismo, considerar el momento límite de las posibilidades rehabilitadoras, tanto por haberse alcanzado los objetivos previstos como por haberse estabilizado la situación del paciente.

¿QUÉ SUCEDE CUANDO EL DISCAPACITADO HA CONCLUIDO EL PROCESO DE FISIOTERAPIA?

Es muy frecuente que se siga demandando un tratamiento fisioterápico de por vida.

¿ Es necesario?

Podríamos afirmar que el ejercicio físico es bueno para todas las personas en general. Por lo tanto también es conveniente para los discapacitados, no bajo el supuesto de conseguir más recuperación sino como medida de mantenimiento.

ORTOPRONO
ORTOPEDIA TÉCNICA

ESQUÍ ADAPTADO

Descúbrelo
Vívelo
Disfrútalo



Ven a ORTOPRONO, te asesoraremos.

 **tessier**

Central:
C/ Félix Pizcueta, 10
46004-VALENCIA

www.ortoprono.es
902 30 50 70

¿Dónde se debe realizar esta actividad?

Reflexionando sobre las distintas etapas del proceso de Rehabilitación, el mantenimiento fisioterápico no debe realizarse en los centros sanitarios (hospitales o centros de Salud), que les corresponde tratar la fase inicial como decíamos. Este mantenimiento puede llevarse a cabo en locales de Asociaciones, porque además éstas son un buen punto de encuentro donde el discapacitado consigue apoyo, distracción, y puede desplazarse con más facilidad. Es aquí donde deben tener un papel protagonista otras instancias sociales para facilitar el proceso de integración.

Me estoy refiriendo a instituciones locales próximas al discapacitado, en concreto a los AYUNTAMIENTOS desde sus servicios sociales.

También es muy útil conectarse con actividades deportivas a través de la Federación de Deportes Adaptados.



¿Cómo se puede colaborar?:

Desde las instituciones, apoyando a las asociaciones de discapacitados con subvenciones,



facilitando locales, suprimiendo barreras arquitectónicas en los municipios, facilitando transporte público adaptado, creando CENTROS DE DÍA que atiendan al discapacitado durante el día y regresen a dormir a sus domicilios. En resumen estando al tanto de sus necesidades.

Como Médico Rehabilitador escribo estas reflexiones por creer firmemente, como dice la OMS, en nuestro papel de coordinadores del proceso de Rehabilitación. Espero que tengan utilidad para el colectivo de afectados.

María Delgado Calvo

Jefa de Sección

Unidad de Lesionados Medulares

Hospital La Fe - Valencia

HOMENAJE A MI AMIGO: JOSÉ RODRIGUEZ (EL RUSO)

Ayer recibí la revista PLATA FORMA nº 74 y por ella me enteré del fallecimiento de un amigo y compañero de hospital, de trabajo, de solaz y de fatigas. Ayer me enteré de la defunción de mi amigo: José Rodríguez (El Ruso); un tetrapléjico simpático, valiente y trabajador que conocí en 1.970 cuando yo tenía 21 años. Al enterarme de su muerte no pude evitar que se me inundaran los ojos de lágrimas al tiempo que recordaba cómo y dónde lo conocí y todo aquello que compartimos durante los nueve meses que convivimos en el mismo hospital.

La primera vez que vi aquel tetrapléjico fue a mediados del mes de junio de 1.970 cuando por primera vez los celadores, Tomás y Manuel que empujaban mi cama, me llevaban al gimnasio donde me subirían en un aparato que llamaban: el plano.

Yo llevaba aproximadamente tres semanas ingresado en la habitación 512 de la Residencia Virgen de la Salud de Toledo y si alguna vez había salido de mi habitación había sido cuando me llevaron a rayos X; y recuerdo que aquel día, que me llevaban al gimnasio, al cruzarnos en el pasillo con aquel tetrapléjico los celadores lo saludaron, llamándolo con el nombre Ruso, bromeándolo con cariño al igual

que el a los celadores. Recuerdo que, además del nombre, lo que más me llamó la atención de aquel tetrapléjico, moreno con el pelo negro ondulado, ojos saltones y que a pesar de ir sentado se le veía que era una persona de considerable estatura, fue que a pesar de que tenía los brazos y manos casi paralizados movía su silla con mucha voluntad y mucha más dificultad, empujándola apoyándose en los tacos que estaban atornillados en los aros de las ruedas, con el dorso de sus inertes manos. Dificultoso menester que siguió haciendo durante muchos años hasta que aparecieron las sillas eléctricas.

La estancia de los paraplégicos en aquel hospital era diferente a la de otros hospitales. Todos aquellos que podíamos movernos, ya fuera en silla o en camilla, desayunábamos juntos en el comedor donde después hacíamos unas tablas de gimnasia sueca. También allí comíamos, cenábamos, veíamos la televisión y los domingos escuchábamos misa. Así que a partir de aquella primera vez seguimos, el Ruso y yo, viéndonos todos los días, ya fuera en el gimnasio, en el desayuno, en la comida, en la cena, en terapia ocupacional, en la salita de estar, por el pasillo o en la misa de los domingos.

Como es natural al principio yo no tenía amistad con él, aunque pronto la amistad empezó, pero recuerdo que José Rodríguez (El Ruso) era como el líder de la planta. Tenía verdadera confianza con todos los parapléjicos y con todas las personas que trabajaban allí y en las plantas de abajo; ya fueran: médicos, enfermeras, celadores, auxiliares, monjas etc. Él era el que se entrevistaba con el doctor Mendoza o la supervisora, Sor Milagros, si la atención a los residentes no era la correcta; como aquella vez que los parapléjicos que estaban más tiempo ingresados hicieron una concentración en el pasillo, frente al despacho del Doctor Mendoza, para reclamar

más personal laboral y mejor atención sanitaria amenazando con hacer una huelga y llamar a la prensa si aquello que reclamaban no se conseguía. Ó aquella otra vez que los garbanzos del cocido salieron tan duros que los tirábamos contra el suelo y rebotaban hasta el techo y se formo tal alboroto sonoro en el comedor que tuvo que ser él Ruso el que hizo de portavoz ante Sor Milagros; para que esta bajara a hablar con el director del hospital para protestar por el hecho y que nos dieran mejor de comer. Y que conste que se consiguió porque a partir de entonces la comida para los parapléjicos fue mucho mejor.

PROGRAMA DE APOYO PSICOSOCIAL

La Asociación desarrolla desde el 2003 un programa de apoyo psicossocial coordinado por nuestra psicóloga Vanessa Carot. El objetivo de este programa es apoyar a los lesionados medulares en el proceso de afrontamiento de la discapacidad, en su adaptación a ella y en la resolución de la problemática psicossocial consecuente.

Todo ello, por medio de estrategias de intervención de tipo grupal que incluyen desde áreas relacionadas con la mejora del funcionamiento psicossocial (actividades de la vida diaria, rehabilitación cognitiva, habilidades sociales, autocontrol y manejo de estrés, autoestima, resolución de problemas...) pasando por el desarrollo de redes sociales (ocio y tiempo libre, integración en recursos comunitarios).

Si crees que te puede interesar y te apetece formar parte del grupo no dudes en ponerte en contacto con la asociación y estaremos encantados de informarte.

Era tanta la confianza que tenían los que mandaban en la planta con José Rodríguez (El Ruso) que un día fue llamado al despacho del Doctor Mendoza, donde se encontraban los arquitectos que se encargaban de hacer el proyecto del nuevo hospital de paraplégicos que próximamente se iba a construir en Toledo, para requerir su asesoramiento sobre la anchura y desniveles que tenían que tener las rampas; así como de las habitaciones, baños, etc.

Son muchos los buenos recuerdos que tengo de mi amigo José Rodríguez (el Ruso) pero con especial cariño me acuerdo de aquel día en el que me propuso formar parte del grupo de teatro



de la planta y durante unos tres meses estuvimos ensayando (lo que me sirvió para fortalecer mi amistad con él y con todos los componentes del grupo) la obra de teatro **EL ABUELO CURRO** la cual estrenemos con mucho éxito la

tarde de Navidad y repetimos el día de Reyes. Y también aquella juerga que el grupo de teatro: El Ruso, Llamas, El Canario Chico, Sigfredo, M^a Jesús, Padín, Ángel y algunas enfermeras y auxiliares y yo, hicimos una noche en la habitación de Gonzalo y Llamas que también formaban parte del elenco teatral.

José Rodríguez (El Ruso) y yo éramos amigos desde hacía cuarenta años y aunque nos intercambiamos nuestras respectivas direcciones y teléfonos -él me ofreció su domicilio en Madrid y su apartamento en Cullera para cuando yo quisiera ir- y no nos escribíamos ni nos llamábamos; los dos sabíamos que estábamos allí y nos alegrábamos mucho cada vez que nos veíamos en los cursos de ASPAYM; ya fuera en Valencia o en Toledo.

Durante su estancia en el hospital; mi admirado amigo: el tetrapléjico José Rodríguez (El Ruso) trabajó con tanto ahínco en el gimnasio como en terapia ocupacional, siendo uno de los primeros ejemplos de valentía y superación, para después trabajar durante el resto de su vida por y para los paraplégicos. Y ahora, que se nos ha ido, se merece estar el mejor de los sitios: en el cielo donde también se encuentran otros paraplégicos tan valientes como él. Y seguro que allí estará.

Luis Escribano Arellano



Desde 1968 :

- **Calidad**
- **Seguridad**
- **Confianza**



Transporte

Adaptaciones para los usuarios que han de ser transportados con o sin silla de ruedas.



Conducción

Adaptaciones que posibilitan la conducción de usuarios con diversas afecciones.

Sillas

Todo tipo de sillas y ayudas técnicas.



Guidosimplex del Minusválido S.L.

C/ Sant Pere, nº 5 - 08291 Ripollet (Barcelona) tel. 935942066 www.im-guidosimplex.com guidosimplex@im-guidosimplex.com

La crisis económica y las asociaciones

Cuándo parecían estar claras las características y objetivos de las asociaciones de personas con discapacidad, con un sentido mayor o menor de la reivindicación, esto es de la demanda de soluciones a las necesidades detectadas, bien ofreciendo su participación en las mismas bien exigiendo que los demás, las administraciones públicas en general, nos lo resuelvan (ofreciendo su potencial de presión como garantía), pues cuando eso estaba más o menos deslindado llego la crisis económica.

En una primera etapa parece que la “crisis inmobiliaria-financiera” no afectaba al desenvolvimiento de las asociaciones, se seguían recibiendo más o menos las mismas subvenciones de las administraciones, teniendo en cuenta que por la vía impositiva se reparte el dinero recaudado en años anteriores, aún hoy estamos esperando el reparto de los peores años en cuanto a recaudación tributaria se refiere, fundamentalmente vía IRPF.

Bien esto puede predicarse del nivel estatal, con lo cual seguiríamos en unas coordenadas parecidas. Sin embargo en el nivel autonómico y local no parece que esa sea la dirección seguida, al supuesto importante endeudamiento financiero, déficit excesivo, con Cataluña y la Comunidad Valenciana a la cabeza,

le ha seguido el aumento de garantías para refinanciarlo, ya no se puede emitir deuda sin contar con la autorización del gobierno, el Consejo de Ministros del 25 de febrero autorizo expresamente a 8 comunidades autónomas a realizar emisiones de deuda pública o concertar operaciones de crédito a largo plazo que, en principio, no debe exceder del 25 % de los ingresos corrientes de la comunidad autónoma (desbordadas además por el intento de implementar la Ley de Dependencia).

La falta de liquidez consiguiente se ha traducido ya, en algunas comunidades, en recortes de todo tipo, en concreto para las asociaciones de personas con discapacidad de hasta un 90 %.

La prestación de los servicios y programas de atención a los colectivos representados se ha puesto en peligro, el mantenimiento de los puestos de trabajo de las propias organizaciones también pelagra y la falta de recursos para el desarrollo organizativo coloca a las asociaciones, en algunos casos en riesgo de desaparición.

Como todo lo que puede empeorar empeora, otra de las fuentes de financiación de las entidades, las obras sociales de las cajas de ahorro, están en un periodo de cambio que no invita a ser

optimista, cuando menos los recursos puestos a disposición del tercer sector van a disminuir significativamente.

Asociaciones hay de todo tipo, desde las meramente reivindicativas hasta aquellas prestadoras de servicios, casi empresas de servicios, con una mayor o menor base asociativa en ambos casos. En un caso u otro la crisis se va a notar, pero lo que sí es seguro que lo pasaran mejor aquellas asociaciones que:

1. Tengan una base asociativa amplia
2. Tengan un nivel de gestión transparente y profesionalizado
3. Realicen su actividad con criterios de eficacia y productividad
4. Tengan un suficiente apalancamiento financiero y en los años buenos

hayan generado fondos suficientes para soportar esta crisis

5. Tengan plantillas de trabajadores bien dimensionadas (el retraso en el cobro de las subvenciones puede dar lugar a tensiones de tesorería y retrasos en el pago de las nominas).

Como no sabemos hasta donde va a llevarnos esta crisis, ni cuál va a ser su duración, tendremos que poner todo nuestro empeño en mejorar nuestras debilidades, afianzar nuestras fortalezas y mantenernos unidos. No es tiempo de esconder la cabeza debajo del ala, es tiempo de analizar la situación de cada uno y ver cómo podemos seguir con nuestra actividad, reivindicativa y de servicios, pero en todo caso “ofreciendo soluciones para aquellas personas que más lo necesiten”.



arco ortopedia

La calidad por norma



SGS
ACREDITADO POR ENAC

Desde 1937



Ortomóvil



96 341 44 44

www.ortomovil.com

