



## 1. Introducción

La presente cartilla nos introduce en el mundo de la Discapacidad y nos permite visualizar lo que implica esto en la vida diaria de niños, jóvenes, adultos y adultos mayores con discapacidad, así como lo que requieren para tener una calidad de vida, teniendo en cuenta su entorno, circunstancias y situaciones de la vida diaria.

Estos temas nos ayudan a comprender y a reflexionar acerca de las diferentes necesidades especializadas que necesita esta población para poder progresar en su futuro. Cada uno de los temas presentes va a tener una breve explicación de su significado, de cómo podemos enseñarles a desarrollar sus capacidades, qué actividades son las adecuadas para su desarrollo y cómo podemos contribuir a su enriquecimiento como personas.

Esta cartilla es transcrita de diversos textos especializados como una ayuda didáctica para el público en general, con el fin de aprender y conocer más de cómo es el trato hacia las personas que presentan discapacidades y, a la vez, fomentar la inclusión.

“Más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. En los años futuros, la discapacidad será un motivo de preocupación aun mayor, pues su prevalencia está aumentando. Ello se debe a que la población está envejeciendo y el riesgo de discapacidad es superior entre los adultos mayores, y también al aumento mundial de enfermedades crónicas tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los trastornos de salud mental”.

“Según estimaciones de las Naciones Unidas, el sector discapacidad ocupa hoy un porcentaje importante de la población mundial, un promedio de 15% está conformado por personas con discapacidad, es decir más de 600 millones de personas en el mundo, de los cuales 400 millones viven en los países en desarrollo. De estos 400 millones, el 82% vive por debajo de la línea de pobreza, siendo la mayoría de ellos niños y niñas. Llevando estas cifras a nuestro país, sería más de un millón de personas con discapacidad, situación que se agrava por el hecho de que el 43% de las mismas vive con menos de un dólar por día”<sup>1</sup>.

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y bienestar y, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. Tiene, asimismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de

<sup>1</sup> <http://www.globalinfancia.org.py/uploads/File/ddhhninezdiscapacidad/marco.htm>

pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes a su voluntad”<sup>2</sup>.

Esta cartilla representa un esfuerzo por informar y sensibilizar a todo el público sobre las implicaciones de las discapacidades en la vida diaria de una persona y la obligación del Estado de atender a este gran porcentaje de personas con discapacidad en Honduras, aplicando las políticas y leyes nacionales e internacionales que protegen a esta población.

Por último, vale destacar que esta cartilla no hubiese sido posible de realizar sin el valioso apoyo del equipo técnico de Programa Impactos, mostrando su compromiso con la creación de un mundo inclusivo, donde se pueda vivir con dignidad y confort mediante la instauración de mecanismos de rendición de cuentas y transparencia.

Equipo Técnico de FUHRIL  
bajo la Dirección de  
Lic. Yolanda Domínguez Enríquez

<sup>2</sup> Artículo 25. Declaración Universal de Derechos Humanos.

## 2. ¿Qué se entiende hoy por Discapacidad?<sup>3</sup>

“Actualmente la discapacidad es definida como una condición que afecta a las capacidades funcionales del individuo, haciendo de esta condición un fenómeno esencialmente social, más que un problema individual (Cita de informe BID producto 4). Una condición definida por la interacción entre las capacidades físicas, intelectuales y mentales de las personas en relación con su entorno cultural, social y físico”.

“El encuadre más reciente sobre discapacidad es concebido en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), que se encuentra operacionalizado en el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS, conocido internacionalmente por las siglas en inglés: WHO-DAS II”.

“La CIF es una clasificación de la salud y estados relacionados a ella, la cual representa un cambio fundamental de paradigma en lo que hace a la definición de la discapacidad, ya que plantea una nueva propuesta ante la tradicional, la que partía de un fuerte enfoque médico-rehabilitador”.

“La CIF define la Discapacidad de la siguiente manera: **Término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una condición de salud y sus factores contextuales**”.

“El abordaje del CIF no solamente provee una mejor manera de definir la discapacidad sino además proporciona una manera de medir cómo la sociedad ve a las personas con discapacidad. Este nuevo paradigma permite un nuevo acercamiento al concepto de discapacidad que posee características particulares, entre las cuales se destacan”:

- “Una visión de la persona desde sus capacidades, medidas desde una perspectiva continua, que no termina por que puede darse en cualquier ciclo o fase de nuestra vida”.
- “El análisis desde diversos ángulos y desde múltiples dimensiones que se dan en un continuo: la discapacidad es entendida como una problemática mucho más compleja que la simple pérdida de un órgano o función, o de simplemente afectar a un determinado sector marginal y excluido. Provee una definición desde un enfoque social antes que médico, reconociendo que las limitaciones funcionales son el resultado de la interacción de las características de la persona y su entorno familiar, social y físico”.
- “Reconoce similitudes entre diversos tipos de discapacidad que frecuentemente son vistas y consideradas por separado debido a sus orígenes diferenciados: por ejemplo la pérdida de un hígado puede estar causada por la diabetes, ser secuela de medicaciones como la talidomida, entre otros”.

Esto tiene como consecuencia importantes implicancias en las políticas de salud, educación e incluso, seguridad social y empleo.

<sup>3</sup> Extraído de <http://www.globalinfancia.org.py/uploads/File/ddhhninezdiscapacidad/marco.htm>

## 3. Ética, Discapacidad y Derechos Humanos<sup>4</sup>

“Trabajar en el tema de la discapacidad requiere necesariamente que se haga una reflexión profunda acerca de la ética y la moral, dos conceptos que muchos ven desde una mirada lejana y poco práctica pero que en realidad, es una mirada necesaria para que el quehacer profesional no se convierta en un simple asistencialismo o peor aún, que este quehacer se convierta en una utilización de las personas y sus historias en pos de fines económicos”.

“El tema de la discapacidad es un tema complejo que involucra a quien la vive, a sus familiares, su entorno social y los trabajadores de la salud, la educación, el trabajo, la seguridad social y todos los que rodean el proceso de rehabilitación e inclusión social”.

“En algunas ocasiones las personas con discapacidad son mostradas a nivel de medios de comunicación relacionadas a situaciones de minusvalía (menos valor), tristeza y en algunos casos mendicidad y pobreza, buscando despertar en el espectador un sentimiento de compasión y lástima que le conlleve a tener o realizar actos de “caridad”.

“Sin embargo es importante considerar que al relacionar la imagen de la discapacidad con la imagen de mendicidad, se menoscaba la dignidad de la persona con discapacidad, es decir nadie quiere tener a su lado a alguien que le genere lástima constante, o nadie quiere contratar un empleado al que nunca le va a poder exigir resultados por sentir compasión, además eso genera en la persona con discapacidad un sentimiento de dependencia a la sociedad, una victimización que le llevará a perpetuar su situación”.

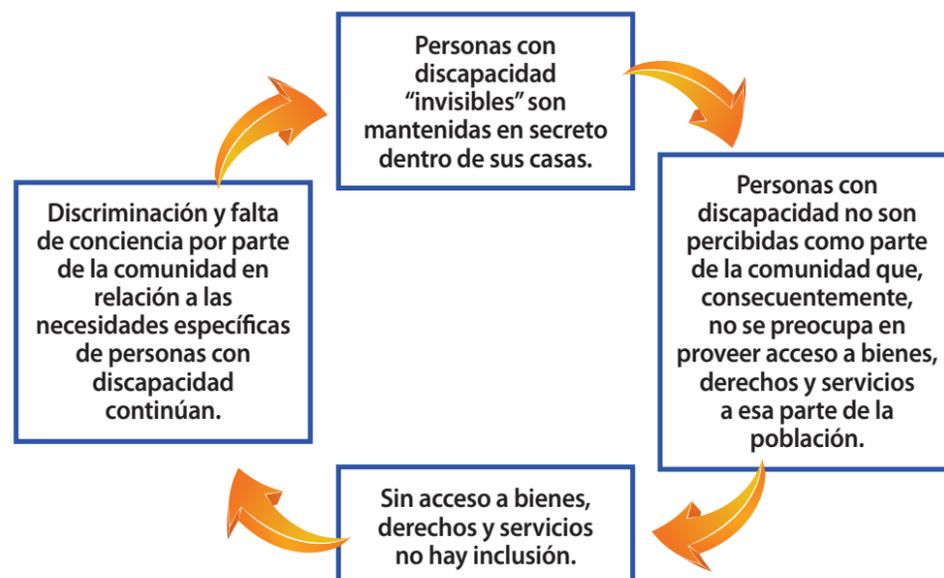


Diagrama extraído de Werneck, C. *Inclusión y Desarrollo inclusivo*. Escola de Gente, Banco Mundial, junio 2005.

“En resumen, “soy débil necesito de otros para sobrevivir, no puedo esforzarme necesito de la caridad de mi prójimo”, éste es un sentimiento que denigra su integridad como persona y lo coloca en un lugar de indefensión y dependencia”.

“Es por esto que es importante que las entidades que trabajan en pos de la salud, la rehabilitación y la inclusión de las personas con discapacidad, generen propuestas de difusión de la discapacidad en su real magnitud sin realizar spot publicitarios lastimeros y novelescos donde se le muestre como una víctima, sino como una persona con dificultades que merece ser integrado a la sociedad, de manera afectiva, productiva y social, sin menoscabar su integridad; donde se generen políticas de inclusión e igualdad, donde se abran espacios de accesibilidad no sólo física sino también social, en conclusión donde la persona con discapacidad sea el promotor de su propio bienestar y forme parte activa en su proceso de rehabilitación e inclusión.

“La ética es una construcción social y cultural que debe ser revisada constantemente, para que sus procesos conlleven a un fin último: Mejorar la calidad de vida de la persona con discapacidad y su familia y promover su independencia”.

La CIF subraya el papel que desempeña el entorno para facilitar o restringir la participación de las personas con discapacidad, aquí mencionamos los obstáculos a que se enfrentan:

- “Políticas y normas insuficientes.
- Actitudes negativas.
- Prestación insuficiente de servicios.
- Problemas con la prestación de servicios.
- Financiación insuficiente.
- Falta de accesibilidad.
- Falta de consulta y participación.
- Falta de datos”.

“Esta perspectiva es ante todo, una propuesta ética: implica la revisión del concepto de ser persona desde la diversidad, el rescate de la persona con discapacidad como un capital social a ser potenciado por la sociedad a través de la promoción de accesos y oportunidades”.

“Las situaciones de vulnerabilidad o discapacidad nos conciernen a todos, cualquiera sea la función social o laboral que desempeñemos. No es responsabilidad sólo de quienes trabajan en ese campo o en una institución o servicio para personas con discapacidad o capacidades diferentes. En cada situación que afecta a niños, jóvenes y familias, en cada institución o servicio de protección, instancia judicial, situación de abandono, violencia, legislación, plan o programa general o especial existe un importante número de personas cuyas necesidades y derechos, constituye una tipología específica que requiere un abordaje especial dentro de un enfoque integral”.

<sup>4</sup> Extraído del Informe Mundial sobre la Discapacidad y las nuevas guías de RBC de OMS, de <http://www.ladiscapacidad.com/eticaydiscapacidad/eticaydiscapacidad.php> y de <http://www.globalinfancia.org.py/uploads/File/ddhhninezdiscapacidad/marco.htm>

## 4. Leyes Nacionales e Internacionales

### Leyes en el ámbito Nacional:

- Constitución Nacional.
- Código Civil.
- Código Laboral.
- Código de la Niñez y Adolescencia.
- Ley 160/2005 del poder legislativo. Ley de Equidad y Desarrollo Integral para las Personas con Discapacidad.
- Ley General de Educación.

### Leyes en el ámbito Internacional:

- Convención sobre los DDNNA ONU 1989 ley 57/90.
- Declaración Mundial sobre Educación para Todos "Satisfacción de las necesidades básicas de aprendizaje" Jomtien, Tailandia, 5 al 9 de marzo, 1990.
- Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad.
- Declaración de Salamanca.
- Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (Guatemala), 7 de junio de 1999.
- Marco de Acción de Dakar. Educación para Todos: cumplir nuestros compromisos comunes.
- Declaración del Decenio de las Américas: Por los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad (2006-2016).
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

### Ley de Equidad y Desarrollo Integral para las Personas con Discapacidad: Ley 160/2005

#### Esta ley es un instrumento jurídico que garantiza tres aspectos:

1. La igualdad de oportunidades.
2. La plena participación social.
3. El efectivo goce de los derechos humanos.

#### Principio de la Ley

- Autodeterminación (vida independiente).
- Normalización (vida similar a habitual).
- Accesibilidad universal (equiparación de oportunidades).

### Garantizando

- Igualdad.
- Plena participación social.
- Efectivo goce de derechos y deberes.
- **Educación:** garantizar acceso en todos sus niveles, capacitando al personal y ofreciendo ayuda técnica y servicios de apoyo (Art. 17 al 25).
- **Salud:** asegurando su acceso en igualdad de condiciones y calidad, incluyendo su ingreso al IHSS (Art. 26 al 30).
- **Trabajo:** garantizando derecho al trabajo digno y adecuado, se propone una tabla del número de trabajadores obligados a contratar (art.31, 32,33).
- Otros: descuentos en transporte, medicamentos, compras, entre otros.

### Entorno Físico

- Diseño universal a construcciones nuevas, remodelaciones, parques, espacios públicos, entre otros.
- Se establecen 3 años para adecuar edificaciones existentes.
- Derecho a señalización vial adecuada.
- Asignación preferencial de proyectos de vivienda.
- Accesibilidad de transporte adecuado.

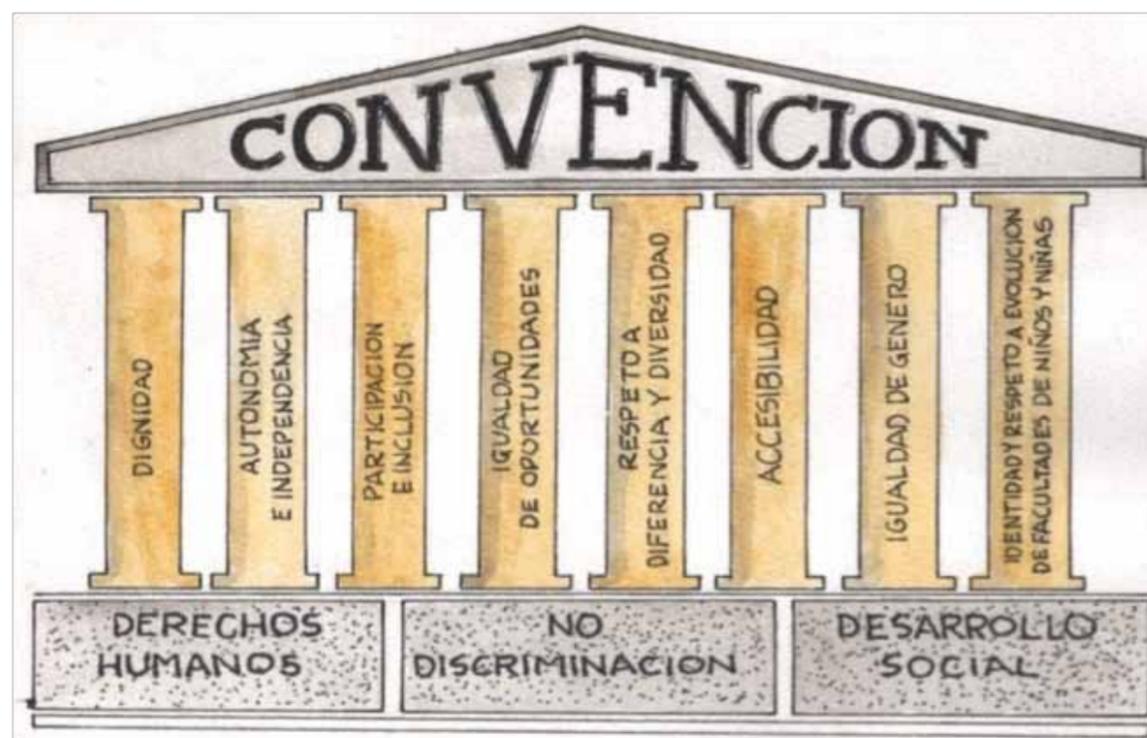
### Política Pública para el Ejercicio de los Derechos y la Inclusión Social de la Población de Honduras con Discapacidad

### Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: Decreto No. 129/2007

#### Principios en que se basa el tratado:

- Dignidad inherente, autonomía individual e independencia.
- No discriminación.
- Participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad.
- Igualdad de oportunidades.
- El respeto a la diferencia y la aceptación de la deficiencia.
- Accesibilidad.
- Igualdad de género.
- Identidad y respeto a evolución de facultades de niños/as<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Extraído de <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=618>



Rosangela Bergman. Banco Mundial. 2005

“Además de las áreas típicas de la discapacidad: físicas, sensoriales y mentales, la gente en general enfrenta condiciones discapacitantes en una sociedad que no está preparada para lidiar con la diversidad”<sup>6</sup>.

## 5. Diferentes Tipos de Discapacidad

“Existen diferentes tipos de discapacidad, entre ellas se encuentra la discapacidad física, la discapacidad sensorial y la discapacidad intelectual, también existen muchas enfermedades que producen discapacidades y que en muchos casos no son tipificadas como tal, por ejemplo la obesidad, la artritis, los problemas cardiovasculares, diabetes, VIH, el cáncer y otras”<sup>7</sup>.

### A. Discapacidad Cognitiva o Intelectual

“Caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas, en una edad de aparición anterior a los 18 años”<sup>8</sup>.

“Entre las más conocidas discapacidades cognitivas están: el Autismo, el Síndrome Down, Síndrome de Asperger y el Retraso Mental. Cuando estudiamos la discapacidad cognitiva de acuerdo con la teoría de Howard Gardner, las personas con discapacidad cognitiva tendrían dificultades principalmente en el desarrollo de la inteligencia verbal y matemática, mientras que en la mayoría de casos conserva intactas sus demás inteligencias tales como artística, musical, interpersonal e intrapersonal”<sup>9</sup>.

#### Causas de la discapacidad cognitiva o intelectual<sup>10</sup>:

- Condiciones genéticas: genes anormales, heredados de los padres.
- Problemas durante el embarazo: el bebé no se desarrolla apropiadamente, enfermedades de la madre, hábitos inadecuados (alcohol, drogas, cigarro), desnutrición.
- Problemas al nacer: problemas durante el parto, falta de oxígeno, mala praxis, accidentes.
- Problemas de salud: meningitis, varicela, altas temperaturas, malnutrición extrema, ser expuesto a venenos como mercurio o plomo”.

#### Áreas sobre las que se identifica la discapacidad intelectual:

- El razonamiento, la planificación, solución de problemas, pensamiento abstracto, comprensión de ideas complejas, aprendizaje con rapidez, aprendizaje a partir de la experiencia”<sup>11</sup>.

#### Niveles de discapacidad intelectual

- Discapacidad intelectual profunda: nula o muy baja autonomía.

<sup>6</sup> [http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1153\\_MINSA1489.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1153_MINSA1489.pdf)

<sup>7</sup> Extraído de <http://www.ladiscapacidad.com/discapacidad/discapacidad.php>

<sup>8</sup> Extraído de [http://inico.usal.es/publicaciones/pdf/AAMR\\_2002.pdf](http://inico.usal.es/publicaciones/pdf/AAMR_2002.pdf)

<sup>9</sup> Extraído de <http://www.ladiscapacidad.com/discapacidad/discapacidadcognitiva/discapacidadcognitiva.php>

<sup>10</sup> Extraído de [http://es.wikipedia.org/wiki/Discapacidad\\_mental](http://es.wikipedia.org/wiki/Discapacidad_mental)

<sup>11</sup> Extraído de <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/es/article/15/>

- Discapacidad intelectual grave: lentitud en el desarrollo motor y en la adquisición de destrezas motrices y manipulativas.
- Discapacidad intelectual moderada: alcanzan un grado variable de autonomía.
- Discapacidad intelectual leve: de forma más lenta, llegan a completar autonomía<sup>12</sup>.

“La discapacidad intelectual no puede ser definida por un elemento único. Comprende un conjunto de condiciones que la van conformando hasta expresarse en un individuo determinado. La discapacidad intelectual de un individuo va siendo modificada por el crecimiento y desarrollo biológico del individuo y por la disponibilidad y calidad de los apoyos que recibe<sup>13</sup>.”

## ¿Qué es el Síndrome de Down?

“El cuerpo humano está formado por células. Todas las células tienen un centro llamado núcleo, en el cual están agrupados los genes. Los genes tienen la información que nos hace quienes somos. Los genes son los responsables de las características que heredamos de nuestros padres, como el color de ojos y piel, tamaño y otros rasgos físicos. Los genes también pueden definir nuestra capacidad de aprendizaje y nuestras habilidades. Los genes están agrupados en grupos llamados cromosomas. Generalmente cada célula contiene 23 pares de cromosomas (46 en total). En cada par, un cromosoma es heredado del padre y el otro de la madre. Es esta razón por la que podemos tener, por ejemplo, el color de ojos de nuestro padre y la sonrisa de nuestra madre<sup>14</sup>.”

“En las personas con Síndrome de Down, sin embargo, las células contienen 47 cromosomas en lugar de 46. El cromosoma extra está ubicado en el par número 21. Esto se denomina trisomía 21 y es lo que provoca el Síndrome de Down<sup>15</sup>.”

“El Síndrome de Down se produce dentro de la población general con una frecuencia de 1 por cada 600 nacimientos. Esta frecuencia aumenta con la edad de la futura madre, llegando a 1 por cada 82 nacimientos cuando la edad de la madre está por encima de los 40 años. Todos queremos lograr que las personas con Síndrome de Down sean autónomas, responsables, capaces de ser felices y hacer felices a los demás, poseedores de los mismos deberes y derechos de todo ser humano. Para ello es indispensable que tengamos una actitud que propicie que nuestro entorno familiar, escolar y social tenga la misma visión y contribuya a lograrla. Esta actitud pasa, entre otras cosas, por el lenguaje que utilizamos<sup>16</sup>.”

<sup>12</sup> Extraído de [http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portal/com/bin/Contenidos/PSE/orientacionyatenciondiversidad/educacionespecial/ManualdeatencionalalumnadoNEAE/1278667550468\\_10.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portal/com/bin/Contenidos/PSE/orientacionyatenciondiversidad/educacionespecial/ManualdeatencionalalumnadoNEAE/1278667550468_10.pdf)

<sup>13</sup> Extraído de [http://www.down21.org/salud/neurobiologia/discapacidad\\_int.htm](http://www.down21.org/salud/neurobiologia/discapacidad_int.htm)

<sup>14</sup> Extraído de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:hQuC4kATk0gJ:www.aprendocontigo.com/descargas/Aprendiendo%2520con%2520Pipo%2520Nro10-2004.doc+%cd=6&hl=en&ct=clnk&gl=hn>

<sup>15</sup> Extraído de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:hQuC4kATk0gJ:www.aprendocontigo.com/descargas/Aprendiendo%2520con%2520Pipo%2520Nro10-2004.doc+%cd=6&hl=en&ct=clnk&gl=hn>

<sup>16</sup> Extraído de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:hQuC4kATk0gJ:www.aprendocontigo.com/descargas/Aprendiendo%2520con%2520Pipo%2520Nro10-2004.doc+%cd=6&hl=en&ct=clnk&gl=hn>

“Por esto una persona con Síndrome de Down, es como debemos referirnos siempre a todo niño, joven o adulto con trisomía 21. Evitemos decir “un Down” o “tiene Down”, jamás usemos la palabra “mongolismo” o “mongólico” porque no sólo es científicamente incorrecto, sino que, además, es un término ofensivo por las connotaciones que tiene en el lenguaje popular<sup>17</sup>.”

## Herramientas y Técnicas que ayudan en el Desarrollo Neuropsicomotor

### Estimulación Adecuada

“Algunos libros hablan de estimulación temprana o precoz, personalmente considero que se debe hablar de estimulación adecuada u oportuna, pues el término precoz da la idea de realizar la estimulación antes de lo necesario, estimular de manera oportuna es brindarle al bebé desde el vientre materno la opción de vivir sensaciones nuevas que le permitan ampliar su gama de experiencias y de esta manera según proponen muchas investigaciones el niño tendrá un desarrollo cerebral más adecuado. La estimulación adecuada no es simplemente una gran cantidad de masajes, o estimulación musical hechas al azar, es un estudio detallado del desarrollo cognitivo, emocional y físico del bebé, tampoco debe ser visto como la fórmula ideal para crear niños superdotados o atletas, el objetivo de una estimulación adecuada es brindarle al niño las herramientas necesarias para abrirse al mundo y sentirse bien consigo mismo en cada etapa de su desarrollo<sup>18</sup>.”

“Los estudios del comportamiento humano muestran que un gran porcentaje de mamás de todas las culturas tienen un contenido genético que las impulsa a saber cómo actuar para satisfacer las necesidades de sus bebés, sin embargo lo que denominamos “instinto maternal” muchas veces no es suficiente y tenemos que usar los conocimientos que la psicología y la medicina tienen al respecto<sup>19</sup>.”

“Recuerda, tu estado emocional determinará en gran medida la personalidad y estabilidad emocional de tu bebé<sup>20</sup>.”

### Estimulación Musical

Entre el 4º y 5º mes de gestación, el bebé puede escuchar tanto los latidos del corazón de su mamá como algunos ruidos en el exterior, no solamente puede escuchar sino que reacciona ante estos sonidos, así que podemos imaginar el impacto que puede tener en un bebé una mamá que permanentemente tenga discusiones. Muchas veces las mamás acuden a consulta con el pediatra o el psicólogo infantil porque su niño es bastante irritable desde su nacimiento y al preguntarse por la situación emocional de la madre en el momento de la gestación es fácil ver la causalidad entre la irritación del bebé y la situación emocional de la madre durante este periodo, de igual manera una madre que le hable a su hijo con cariño, que reciba estimulación afectiva de su entorno, va ser un bebé más tranquilo, más sano y más feliz<sup>21</sup>.

<sup>17</sup> Extraído de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:hQuC4kATk0gJ:www.aprendocontigo.com/descargas/Aprendiendo%2520con%2520Pipo%2520Nro10-2004.doc+%cd=6&hl=en&ct=clnk&gl=hn>

<sup>18</sup> Extraído de <http://www.ladiscapacidad.com/neurorehabilitacion/estimulacionadecuada/estimulacionadecuada.php>

<sup>19</sup> Extraído de <http://www.ladiscapacidad.com/neurorehabilitacion/estimulacionadecuada/estimulacionadecuada.php>

<sup>20</sup> Extraído de <http://www.ladiscapacidad.com/neurorehabilitacion/estimulacionadecuada/estimulacionadecuada.php>

<sup>21</sup> Extraído de <http://www.ladiscapacidad.com/neurorehabilitacion/estimulacionadecuada/estimulacionadecuada.php>

## Psicomotricidad

La psicomotricidad es una visión del ser integral, que vincula la parte motriz con la parte psíquica del individuo y a su vez vincula al individuo global y al mundo exterior, permitiéndole una mejor adaptación al entorno. La psicomotricidad integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensoriomotrices en la capacidad de ser y expresarse, la psicomotricidad desempeña un papel fundamental en el desarrollo armónico de la personalidad. Sus aplicaciones son preventivas, educativas, reeducativas y terapéuticas, por medio de la psicomotricidad se pretende conseguir la conciencia del propio cuerpo en todos los momentos y situaciones, el dominio del equilibrio, el control y eficacia de las diversas coordinaciones globales y segmentarias, el control de la inhibición voluntaria de la respiración, la organización del esquema corporal y la orientación en el espacio, una correcta estructuración espacio-temporal las mejores posibilidades de adaptación a los demás y al mundo exterior y crear una puerta abierta a la creatividad, a la libre expresión de las pulsiones en el ámbito imaginario y simbólico y al libre desarrollo de la comunicación.

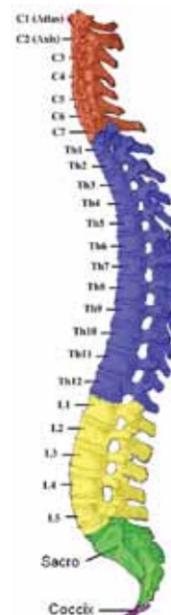
## B. Discapacidad Física

La visión que tenemos de la persona con discapacidad física ha variado con el paso de los años, anteriormente veíamos que las personas eran relegadas a su hogar, sin posibilidades de socializar y mucho menos opciones laborales, esta condición día a día va mejorando, y los gobiernos van tomando mayor conciencia de implementar políticas tendientes a que las ciudades sean lugares más amables hacia la persona que vive con una discapacidad.

Encontramos personas con discapacidad ocupando cargos importantes en la política, empresarios destacados, músicos, deportistas, artistas etc. Existen diversas causas por las cuales se presenta la discapacidad física; factores congénitos, hereditarios, cromosómicos, por accidentes o enfermedades degenerativas, neuromusculares, infecciosas o metabólicas, entre muchas.

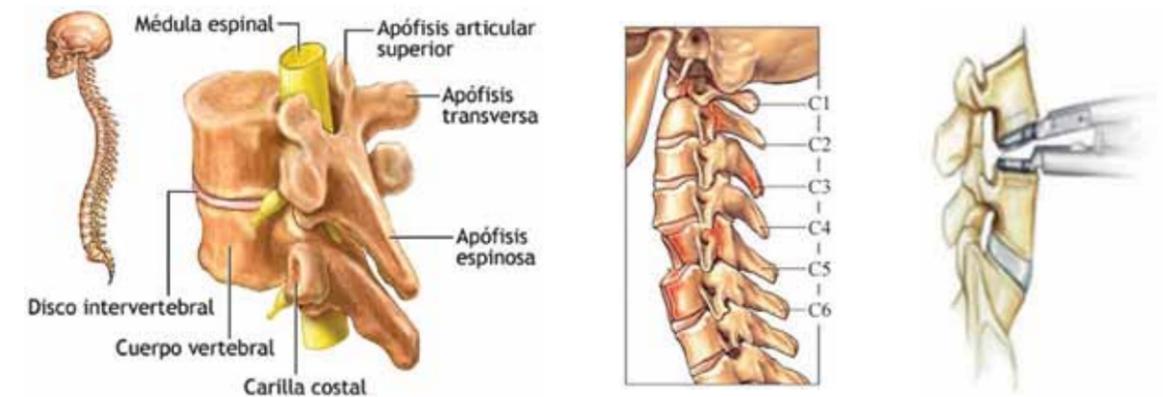
## Lesión Medular<sup>22</sup>

Es un daño que se presenta en la médula espinal, puede ser por una enfermedad o por un accidente y origina pérdida en algunas de las funciones movimientos y/o sensibilidad, estas pérdidas se presentan por debajo del lugar donde ocurrió la lesión. La médula espinal es la conexión más importante entre el cerebro y el resto del cuerpo, recoge información de los brazos, las piernas, el pecho y la espalda y la envía al cerebro lo que nos permite poder sentir y tocar, de igual manera la médula espinal recibe órdenes enviadas en el cerebro y es lo que nos ayuda a respirar, caminar y movilizarnos. Una lesión en la médula espinal ocurre cuando ésta se comprime o al obstruir su flujo sanguíneo, esto ocurre cuando se fractura una o más vértebras o cuando las vértebras se deslizan una hacia las otras apretando así la médula espinal, esto se llama subluxación. Los síntomas de una lesión medular



dependen de la ubicación y la gravedad de la lesión, es decir entre más alta sea la lesión mayor es el área de funcionamiento que se ve afectada, existe lesión medular completa o parcial, cuando la lesión es completa no existe ningún funcionamiento por debajo del lugar de la lesión y la lesión parcial indica que existe algún funcionamiento por debajo del lugar de la lesión. **Paraplejía:** Es una lesión completa en el área dorsal produce parálisis completa en las piernas pero no afecta los brazos. **Tetraplejía:** Una lesión completa entre la vértebra cervical 4 y cervical 7 produce debilidad en los brazos y parálisis completa en las piernas.

Esquema: Autocuidado de Lesionados Medulares



## Cuidado de la Piel

La piel es un órgano muy importante que debemos de cuidar muy bien. Uno de los problemas que sufre el lesionado medular con frecuencia son las úlceras por presión:

Las causas pueden ser: a) presión sobre huesos que sobresalgan en los glúteos; b) el uso inadecuado de un cojín o la falta de un cojín; c) la humedad de la orina y/o las heces contribuyen a la formación de las úlceras por presión.

Lo peligroso es que por la pérdida parcial o total del movimiento haya deficiencia en la circulación de la sangre.

La falta de movimientos más la presión tienen como consecuencia que no pase la sangre a los tejidos.

Y como no sentimos que se te adormece y duele la parte del cuerpo que está recibiendo presión (en primer lugar son las partes huesudas como las nalgas, los talones, las rodillas, caderas, etc.), no te das cuenta que una úlcera por presión se está formando.

Por eso es muy importante que revises tu piel, por lo menos una o dos veces al día. Lo puedes hacer solo o sola usando un espejo o también con el apoyo de alguien. Es preferible que la persona que ayuda sea la misma siempre para que conozca si hay cambios en tu piel.



Escaras por presión.

22 [www.lesionmedular.org](http://www.lesionmedular.org)

Al estar en la silla de ruedas, es necesario que te levantes por lo menos cada 15 a 20 minutos, para mejorar la circulación de la sangre y evitar las úlceras.

También se debe evitar tener las rodillas juntas, y cuando esté enfermo cambiar de posesión cada 2 horas y separar las rodillas con almohadas o toallitas para evitar úlceras por presión.

Cuidado, evita las quemaduras con café, cigarrillos, comidas y líquidos calientes.

## **Poliomielitis<sup>23</sup>**

**¿Qué la causa?** Un virus provoca la infección que ataca parte de la médula espinal, dañando sólo los nervios que controlan el movimiento. En áreas con poca higiene y falta de letrinas, el virus se transmite cuando el excremento de un niño enfermo llega de alguna manera a la boca de otro niño. En áreas más higiénicas, la polio generalmente se transmite a través de la tos y los estornudos.

**¿Cómo empieza la parálisis?** Comienza después que el niño haya tenido catarro y fiebre, a veces con diarrea y vomito. Primero al niño se le entiesa el cuello y le duele. Algunas partes del cuerpo se le “aguadan” y se debilitan.

**¿Qué cambios o mejoría se pueden esperar en un niño paralizado?** Muchas veces, la parálisis desaparece poco a poco, en partes o por completo. Cualquier parálisis que queda después de 7 meses, es por lo general permanente. La parálisis no empeora, pero pueden aparecer ciertos problemas secundarios.

### **Cómo reconocer la parálisis causada por el virus de la Poliomiélitis**

- La parálisis generalmente empieza en bebés, muchas veces cuando tienen alguna enfermedad, como “catarro” con fiebre o a veces con diarrea.
- La parálisis puede afectar cualquier músculo, pero es más común en las piernas.
- La parálisis es flácida o aguada (no rígida). Algunos músculos pierden sólo parte de su fuerza, y otros pueden estar completamente flojos o aguados.
- Con el tiempo, es posible que el miembro afectado se encoja; debido a las contracturas de ciertos músculos.
- Los músculos y huesos del miembro afectado se vuelven más delgados y no crecen tan rápido como los del otro miembro. Por eso el miembro afectado queda más corto.
- Generalmente, los brazos y piernas no afectadas se vuelven más fuertes porque tienen que trabajar más.
- La polio no afecta la mente ni la inteligencia.
- Tampoco afecta la sensibilidad.
- La parálisis no empeora con el tiempo. Pero pueden aparecer problemas secundarios como contracturas, dislocaciones y curvas de la espina dorsal.
- De cada 100 niños paralizados por polio: 30 se recuperan por completo, 30 tienen una parálisis leve, 30 tienen una parálisis moderada o severa; 10 mueren (a menudo por dificultad para respirar o tragar).

<sup>23</sup> David Werner: *El niño campesino deshabilitado*.

### **Preguntas más comunes en relación a la Poliomiélitis**

- ¿Llegan a paralizarse todos los niños infectados con el virus de la polio? No. Sólo a un pequeño porcentaje le da parálisis. Pero, si a un niño con un “catarro” causado por la polio se le inyecta cualquier medicina, la irritación producida por la inyección puede desencadenar la parálisis.
- ¿Es contagiosa la parálisis? No. No después de que hayan pasado dos semanas desde que se paralizó el niño.
- ¿A qué edad les da polio a los niños? De 8 a 24 meses y a veces a niños de hasta 4 a 5 años.
- ¿A quienes afecta más comúnmente? A los niños (varones) un poco más que a las niñas y a los niños no vacunados mucho más que a los niños vacunados.
- ¿Qué posibilidades hay de que el niño lleve una vida feliz y productiva? Generalmente hay muchas, si se anima al niño a hacer cosas por sí mismo, a hacer buen uso de la escuela y a desarrollar habilidades según lo permita sus limitaciones físicas.
- ¿Una persona con polio se puede casar y tener hijos sin discapacidad? Si, la polio no es hereditaria y no afecta la capacidad de tener hijos.

## **Distrofia Muscular Progresiva**

La distrofia muscular es una condición en la cual los músculos, mes tras mes y año tras año, van debilitándose más y más. Como la deshabilidad va empeorando, decimos que es “progresiva”. Las primeras señales aparecen entre los 3 y 5 años de edad: el niño puede parecer torpe, o empezar a caminar de puntas porque no puede aplanar los pies.

Corre de modo extraño. Se cae a menudo. La debilidad muscular primero afecta los pies, el frente de los muslos, la cadera, la barriga, los hombros y los codos. Después afecta los músculos de las manos, la cara y el cuello. Los músculos para respirar y los del corazón también se debilitan. Usualmente la persona muere antes de cumplir los 20 años de pulmonía o por una falla del corazón.

### **Cómo reconocer si la debilidad de un niño es por distrofia muscular:**

- La distrofia muscular generalmente afecta a niños (varones) y raras veces a las niñas.
- Muchas veces los hermanos u otros hombres de la familia tiene el mismo problema.
- Por lo general, a los 10 años de edad, el niño ya no puede caminar. Puede formársele una curva severa en la espina dorsal.
- Para levantarse del suelo, el niño escala sus muslos con las manos.
- Lo hace más que nada porque tiene débiles los músculos de los muslos.

### **Preguntas sobre la distrofia muscular:**

- ¿Qué tan común es? No es muy común.
- ¿Qué la causa? No se sabe.
- ¿Hay algún tratamiento? No. Ningún medicamento ayuda.

- ¿Qué se puede hacer? La familia juega un papel muy importante, reconociendo que debe prestar todo el apoyo y afecto para ayudar al niño a llevar una vida plena y feliz.

## Esclerosis Múltiple<sup>24</sup>

Es una enfermedad fundamentalmente inmunológica, en la cual se produce una suerte de alergia de una parte del sistema nervioso central, afectando los nervios que están recubiertos por la capa de mielina. Se llama esclerosis porque hay endurecimiento o cicatriz del tejido en las áreas dañadas y múltiple porque se afectan zonas salpicadas del sistema nervioso central, donde los síntomas pueden ser severos o leves, los cuales pueden manifestarse con una periodicidad impredecible y errática, diferente en cada paciente. Existen dos formas básicas de EM: la más corriente se manifiesta con brotes (síntomas) espaciados que pueden durar días o semanas.

Los brotes no son necesariamente acumulativos y entre uno y otro pueden pasar meses o años. La segunda es crónica, más compleja, con brotes progresivos. Además, la EM puede expresarse de otras formas mixtas.

## Parálisis Cerebral Infantil (PCI)<sup>25</sup>

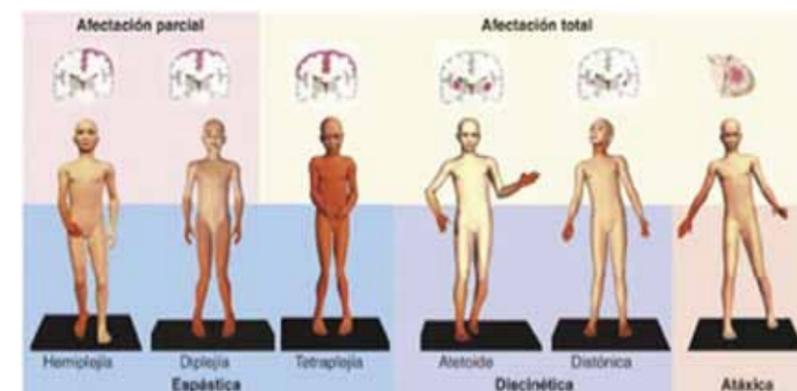
Es un conjunto de desórdenes cerebrales que afecta el movimiento y la coordinación muscular. Es causada por daño a una o más áreas específicas del cerebro, generalmente durante el desarrollo fetal, pero también puede producirse justo antes, durante o poco después del nacimiento, como también por situaciones traumáticas (accidentes).

Las causas pueden ser múltiples y en diferentes periodos de gestación:

- Periodo embrionario: rubeola, sífilis, herpes, hepatitis.
- Periodo fetal, del 4º mes en adelante: meningitis, toxoplasmosis, intoxicaciones, irradiaciones, medicamentos no controlados, abortos reiterados.
- Prenatales, 88 por 100 de los casos de PC: shock técnico, anoxia (falta de oxígeno), prematuridad, niños hiper-maduros, cesáreas.
- Postnatales, 10 de cada 100 casos de PC: meningitis, deshidrataciones, traumatismo por accidentes graves, incompatibilidad sanguínea.

La parálisis cerebral no es contagiosa y no es progresiva. Es una situación causada por una lesión del cerebro y no de los músculos. Esta lesión puede producirse antes, durante o después del nacimiento. Las causas no son hereditarias.

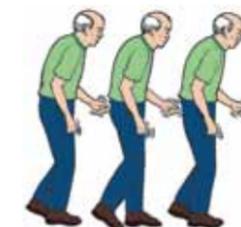
Existen diversos grados de parálisis cerebral. Tradicionalmente se distinguen cuatro tipos: **Espástica, Disquinética, Atáxica y Mixta.**



Esquema, presentación Arca de Esperanza, Parálisis Cerebral, 2011

## Mal de Parkinson<sup>26</sup>

Entre las enfermedades neurológicas, el Mal de Parkinson (MP) ocupa el cuarto lugar en incidencia. Es una de las afecciones más antiguas que conoce la humanidad y recibe su denominación del médico londinense James Parkinson, quien la padeció y la describió en 1817. De causa desconocida, es una enfermedad crónica y progresiva, que causa una lenta pérdida de la capacidad física en la época de la vida que se creía llegar a un merecido descanso.



## Espina Bífida<sup>27</sup>



Malformación congénita manifestada por falta de cierre o fusión de uno o varios arcos posteriores de la columna vertebral, con o sin exposición de la médula espinal, lo que sucede durante el primer mes de embarazo.

Existen tres tipos: **Espina bífida oculta, Meningocele y Mielomeningocele.**

Las investigaciones indican que una de sus causas es la falta de ácido fólico en el organismo de la madre.

## Distonia Muscular<sup>28</sup>

Es un síndrome que consiste en contracciones musculares sostenidas en el tiempo. La mayoría de las veces causa torsiones, movimientos repetitivos y/o posturas anómalas.

Además, presenta tics regulares o irregulares y afecta a una o varias partes del cuerpo.

<sup>24</sup> www.ladiscapacidad.com

<sup>25</sup> www.ladiscapacidad.com

<sup>26</sup> www.ladiscapacidad.com

<sup>27</sup> David Werner: El niño campesino deshabilitado

<sup>28</sup> http://cetipres.blogspot.com/2010/09/la-discapacidad-fisica.html

Estos desórdenes musculares no afectan las otras funciones del cerebro, como la personalidad, la memoria, las emociones, los sentidos, la capacidad intelectual y la actividad sexual se mantiene absolutamente normal.

Existen diversas clasificaciones de la distonía, las cuales dependen según donde estén ubicadas en el cuerpo: **Distonía primaria o idiopática; distonía secundaria; distonía generalizada; distonía focal; hemidistonía y distonía segmental.**



## Amputaciones

Una amputación es la pérdida de alguna parte del cuerpo. Puede ser causada por un accidente o por una infección en el hueso o por una enfermedad (Diabetes).

El miembro amputado debe tener un cuidado muy especial, preparándolo para la adaptación de una prótesis al futuro, se deben evitar las hinchazones en el miembro y mantener el movimiento normal de las coyunturas para mantener la fuerza en el muñón.

## ¿Cómo Ayudar a una Persona en Silla de Ruedas?<sup>29</sup>

Las personas con movilidad limitada son claramente visibles al resto de la comunidad. Como requieren de aparatos que sirven para suplir una función perdida o disminuida, como sillas de ruedas, muletas, bastones, andadores, etc. La mayoría de la gente trata de ayudarlos a salvar los obstáculos que se les presentan en el camino, sin tomar muchas veces en cuenta a la persona con discapacidad, haciendo ellos lo que creen conveniente. Sin embargo, la persona con discapacidad física debe ser consultada de la manera en que se le puede ayudar, y sobre todo, debe respetarse las adecuaciones para su movilidad y los lugares especiales para su desplazamiento.

- Si queremos prestar ayuda a una persona con discapacidad y ser eficaces, lo primero es reconocer su particular diferencia, considerarlo como un ser integral y evitar la sobreprotección. Incluso antes de ayudar a una persona con discapacidad, se le debe dar la oportunidad para que ella lo solicite.
- Si usted es una persona solidaria y quiere ofrecer ayuda, plantee dos preguntas simples a la persona con discapacidad: ¿Necesita usted ayuda? Si no sabe cómo, pregunte: ¿Me puede usted indicar cómo ayudarlo? Y en todo momento actúe naturalmente, sin sentirse incomodo.
- Las sillas de ruedas, los bastones, muletas son elementos imprescindibles para quien los usa. Procure que siempre estén al alcance de quien los emplea.

- Si la persona usa silla de ruedas y la maneja por sí misma, preste sólo la ayuda que le solicite.
- Cuando lleve a una persona en silla de ruedas, evite los movimientos bruscos y conduzca firmemente.
- Si conversa, ubíquese de tal manera que ninguna tenga que hacer esfuerzo para mirarse.
- Hay que tener presente que las ruedas pequeñas que están al frente pueden trabarse fácilmente en ranuras o huecos. Hay que evitar que esto suceda y la silla pueda caer o atorarse, tirando a la persona.
- No hay que olvidar que los descansos de una silla de ruedas sobresalen del cuerpo. Cuando se les empuja hay que tener cuidado de no golpear a las personas que van por delante.

Algunas de las situaciones más comunes en las que se requiere ayuda son para plegar y abrir la silla de ruedas, para sacarla o meterla en la maletera del automóvil, para subir o bajar una grada o un sardinel y para subir o bajar escaleras. Es cierto que muchas de estas situaciones se aliviarían si las veredas y edificios tuvieran rampas de acceso y adecuaciones que indican las disposiciones legales sobre barreras urbanísticas y arquitectónicas, pero mientras esto se cumple, he aquí algunos consejos útiles sobre la forma como manejar una silla de ruedas.

## Como plegar la silla

Primero debe quitarse el cojín del asiento (si es que lo hay), y plegar los descansos de pies, luego coger el plástico o tela del asiento al centro, por delante y por detrás y tirar hacia arriba.

No es conveniente levantar la silla por los descansos de brazos; si estos son desmontables posiblemente se saldrán.

## Como abrir la silla

Para abrir la silla, coloque las palmas de las manos sobre los costados del asiento (con los dedos hacia el centro), y empuje hacia abajo.

Tenga cuidado de no meter los dedos entre el asiento y la estructura de la silla porque quedarán aplastados.

## Para subir o bajar una grada o un acera

Este movimiento puede hacerse de frente o de espaldas. Para subir de frente, se coloca el pie en el tope posterior de la silla y agarrando de las manijas, se inclina la silla hacia atrás levantando las ruedas delanteras. Se coloca las ruedas delanteras sobre la grada y luego se impulsa las ruedas posteriores.

Para bajar de frente, se inclina la silla pisando el tope posterior de la silla y luego se baja la silla lentamente, rodándola sobre la grada, amortiguando la caída.

<sup>29</sup> Accesibilidad Física: Arquitecto Mario Viquez Araya.

Esto es posible, pues al inclinar la silla, todo el peso de la misma recae en las ruedas posteriores.

Para subir de espaldas, pisando en el tope posterior de la silla, se inclina ésta. Luego la persona que le ayuda sube la grada y una vez arriba, jala la silla por las manijas. Este método es más conveniente cuando son varios escalones los que hay que subir.

Para bajar de espaldas, la persona que ayuda baja la grada y llevando la silla de ruedas hacia atrás amortigua su deslizamiento y caída.

### Para subir y bajar escaleras

Normalmente se necesitarán como mínimo, dos personas para subir una escalera, a no ser que la persona que se lleva en la silla sea un niño o alguien liviano. Se utiliza el mismo procedimiento que para subir una grada de espaldas, repitiéndolo para cada escalón.

La segunda persona que ayuda, permanece delante para sujetar y levantar la silla al momento de subir el escalón. Debe tenerse cuidado de agarrar de la estructura y no de las partes móviles.

Para bajar una escalera, no trate de hacerlo sin contar con la ayuda adicional, a menos de que esté absolutamente seguro de que puede controlar el peso de la persona sentada.

Utilice el procedimiento para bajar de frente, y use su propio cuerpo como freno en lo alto del escalón, para controlar la caída de la silla.

La segunda persona que ayuda, se coloca delante, y frena y equilibra el descenso sujetando la silla por debajo de los brazos.

### Como pasar de la silla de ruedas al automóvil

Ya sea que usted maneje un automóvil adaptado o vaya como pasajero, el procedimiento de pase es el mismo y sólo varía el lado por el cual se hace. Las piernas pueden ubicarse adentro del automóvil antes o después del traslado de la cadera. Si el descansa brazos puede ser desmontado, se necesitará menos fuerza por parte de la persona que ayuda, debido a que la silla podrá ubicarse más cerca del auto y se requerirá levantar menos la cadera.

Si la silla no puede pegarse lo suficiente al carro o la distancia a salvar sea demasiado grande, puede usarse una tabla como puente intermedio. Este procedimiento hace el pase muy sencillo, requiere menos esfuerzo y es adecuado especialmente en el caso que la persona con discapacidad no pueda ayudar al traslado.

## C. Discapacidades Sensoriales<sup>30</sup>

Dentro de la categoría de la discapacidad sensorial, encontramos la discapacidad auditiva, la discapacidad visual y otros tipos de discapacidades relacionadas con disminución de algunos de los sentidos, por ejemplo la hipoacusia que es la disminución en la sensación del gusto.

## Discapacidad Auditiva

### Datos y cifras

- En 2004, más de 275 millones de personas en el mundo padecían defectos de audición entre moderados y profundos; el 80% de ellos vivían en países de ingresos bajos y medianos.
- Estos defectos pueden estar causados por enfermedades infecciosas como la meningitis, el sarampión, la parotiditis y las infecciones crónicas del oído. Otras causas frecuentes son la exposición al ruido excesivo, los traumatismos craneoencefálicos, el envejecimiento y el uso de medicamento ototóxicos.
- La prevención primaria puede evitar la mitad de los casos de sordera y defectos de la audición.
- Una gran parte de los casos se puede tratar si se diagnostican a tiempo y se someten al tratamiento apropiado.
- El tratamiento depende de la causa y puede ser médico, quirúrgico o mediante implantes cocleares o adaptación de audífonos.
- La fabricación de audífonos satisface menos de un 10% de las necesidades mundiales. En los países en desarrollo, llevan audífono menos de 1 de cada 40 personas que lo necesitan.

### Tipos de defectos de audición

La sordera se define como la pérdida completa de la audición en uno o ambos oídos. Por defecto de audición se entiende una pérdida completa o parcial de la capacidad de oír.

Según la parte del oído que esté afectada, se conocen dos tipos de defectos de audición:

- El defecto de audición conductivo es un problema en el oído externo o medio. A menudo es susceptible de tratamiento médico o quirúrgico. Un ejemplo común es la infección crónica del oído medio.
- El defecto de audición neurosensorial es un problema del oído interno o el nervio acústico. Casi siempre es permanente y requiere rehabilitación, por ejemplo, mediante el uso de un audífono.

### Causas de los defectos de audición y la sordera

Causas congénitas de sordera que está presente en el momento de nacer o aparece poco después:

- La pérdida de la audición puede ser hereditaria, transmitida por alguno de los padres. Si uno o los dos progenitores o un pariente es sordo, hay un riesgo mayor de que una criatura nazca sorda.
- El defecto de audición también puede ser causado por problemas durante el embarazo y el parto, tales como:
  - peso bajo al nacer: por nacimiento prematuro o porque la criatura es pequeña para la edad gestacional;
  - asfixia del parto o situaciones durante éste, que causan hipoxemia del feto;
  - rubéola, sífilis u otras infecciones que aquejan a la mujer cuando está embarazada;

<sup>30</sup> Nota descriptiva N°300 Febrero de 2012. OMS

- uso impropio de medicamentos ototóxicos (la lista reúne más de 130, como la gentamicina) en el embarazo;
- ictericia grave, que puede lesionar el nervio óptico del recién nacido.

Causas adquiridas que pueden ocasionar pérdida de la audición a cualquier edad:

- Algunas enfermedades infecciosas como la meningitis, el sarampión y la parotiditis pueden ocasionar defectos de audición, principalmente en la niñez, pero también en época posterior de la vida.
- Las infecciones crónicas del oído, que por lo común se manifiestan por supuración crónica, pueden causar pérdida de audición. En algunos casos estas infecciones pueden acarrear complicaciones graves e incluso potencialmente mortales, como absceso cerebral y meningitis.
- El oído interno puede resultar dañado por efecto de medicamentos ototóxicos a cualquier edad; destacan en esta categoría algunos antibióticos y antipalúdicos.
- Los traumatismos craneoencefálicos o de los oídos pueden causar defectos de audición.
- El ruido excesivo, por ejemplo, al trabajar con maquinaria o equipo ruidosos, oír la música a todo volumen o exponerse a ruidos muy intensos, como los disparos de arma de fuego o las explosiones, puede lesionar el oído interno y menguar la capacidad auditiva.
- Pérdida de audición relacionada con el envejecimiento (presbiacusia): a medida que las personas envejecen, puede producirse un deterioro de la capacidad auditiva.
- La obstrucción del conducto auditivo por la acumulación de cerumen o el encajamiento de cuerpos extraños puede causar pérdida de la audición a cualquier edad. Dicho trastorno suele ser leve y se puede corregir fácilmente.

### **Carga social y económica**

Los defectos de audición pueden imponer una carga social y económica onerosa en las personas, las familias, las comunidades y los países.

Los defectos auditivos que aquejan a los niños pueden retrasar el desarrollo del lenguaje y las aptitudes cognoscitivas, lo que a su vez entorpece el aprovechamiento escolar. La magnitud del retraso depende de la intensidad de la pérdida de audición. En los adultos, el defecto de la audición dificulta obtener, efectuar y conservar el empleo. Es común que los niños y adultos con defectos de audición sufran estigma y aislamiento social.

Las personas pobres sufren con mayor frecuencia los defectos de audición porque no pueden pagar las medidas preventivas o la asistencia ordinaria para evitar la pérdida auditiva. Con mucha frecuencia no tienen a su disposición servicios de atención otorrinolaringológica o de asistencia auditiva, ni pueden adquirir audífonos adecuados para superar la discapacidad. Los defectos de audición pueden también obstaculizar su salida de la pobreza porque entorpecen el aprovechamiento escolar o el avance en el lugar de trabajo y los aíslan socialmente.

La economía de los países puede resentirse por el costo de la educación especial y la pérdida de empleo por causa de los defectos de audición.

### **Prevención**

La prevención primaria puede evitar la mitad de los casos de sordera y defectos de la audición. Una gran parte de los casos se puede tratar si se diagnostican a tiempo y se someten al tratamiento apropiado.

Las soluciones frente al problema de los defectos de audición se centran en la atención primaria para promover los conceptos de prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación.

He aquí algunas estrategias de prevención sencillas:

- Vacunar a los niños contra las enfermedades propias de la infancia, en particular el sarampión, la meningitis, la rubéola y la parotiditis;
- Aplicar la vacuna contra la rubéola a las mujeres adolescentes y en edad de procrear antes de que se embaracen;
- Efectuar pruebas de detección para descartar la sífilis y otras infecciones en las embarazadas;
- Mejorar la atención prenatal y perinatal, en particular mediante la promoción de los partos sin riesgos;
- Evitar el uso de medicamentos ototóxicos a menos que sean recetados por un médico calificado y la posología sea vigilada cuidadosamente;
- Cuando sea necesario, remitir a los bebés con riesgo elevado de sufrir estos problemas (por ejemplo, los que presentan antecedentes familiares de sordera, peso bajo al nacer o han sufrido asfixia del parto, ictericia neonatal, meningitis, etcétera) para la evaluación y el tratamiento;
- Disminuir la exposición (por motivos de trabajo o personales) a los sonidos y ruidos excesivamente altos mediante la concientización, el uso de dispositivos de protección personal y la aplicación de leyes adecuadas.

Los defectos de audición conductivos se pueden prevenir mediante prácticas higiénicas para cuidar los oídos y la audición. Se los puede tratar apropiadamente mediante la detección temprana, seguida del tratamiento médico o quirúrgico que corresponda.

En los bebés y los niños pequeños, la detección temprana y el tratamiento oportuno evitan problemas con la adquisición del lenguaje y el aprovechamiento escolar.

El tratamiento depende de la causa y puede ser médico, quirúrgico o mediante implantes cocleares o audífonos. Fabricar audífonos asequibles y correctamente adaptados y procurar que los servicios de seguimiento sean accesibles, resulta beneficioso para las personas con pérdida de audición.

La fabricación de audífonos satisface menos de un 10% de las necesidades mundiales. En los países en desarrollo, llevan audífono menos de 1 de cada 40 personas que lo necesitan.

La OMS ayuda a los Estados Miembros a disminuir y finalmente eliminar los defectos de audición evitables mediante la integración de la atención primaria de los oídos y la audición en el sistema de atención primaria de salud de los países.

### Medidas que se proponen:

- Alentar y orientar a los Estados miembros para que tracen y ejecuten planes nacionales para la creación de programas de atención primaria de los oídos y la audición;
- Proporcionar recursos técnicos y orientación para capacitar al personal sanitario en la atención primaria de los oídos y la audición; preparar y divulgar directrices para combatir las principales causas evitables de los defectos de audición;
- Forjar alianzas para proporcionar audífonos y servicios asequibles a las personas que los necesitan;
- Aumentar la conciencia acerca de la magnitud, las causas y los costos de los defectos de audición y las oportunidades para prevenirlos;
- Crear una base de datos mundial sobre la sordera y los defectos de audición para demostrar la magnitud y el costo del problema.

### Aspectos Generales de la Sordera

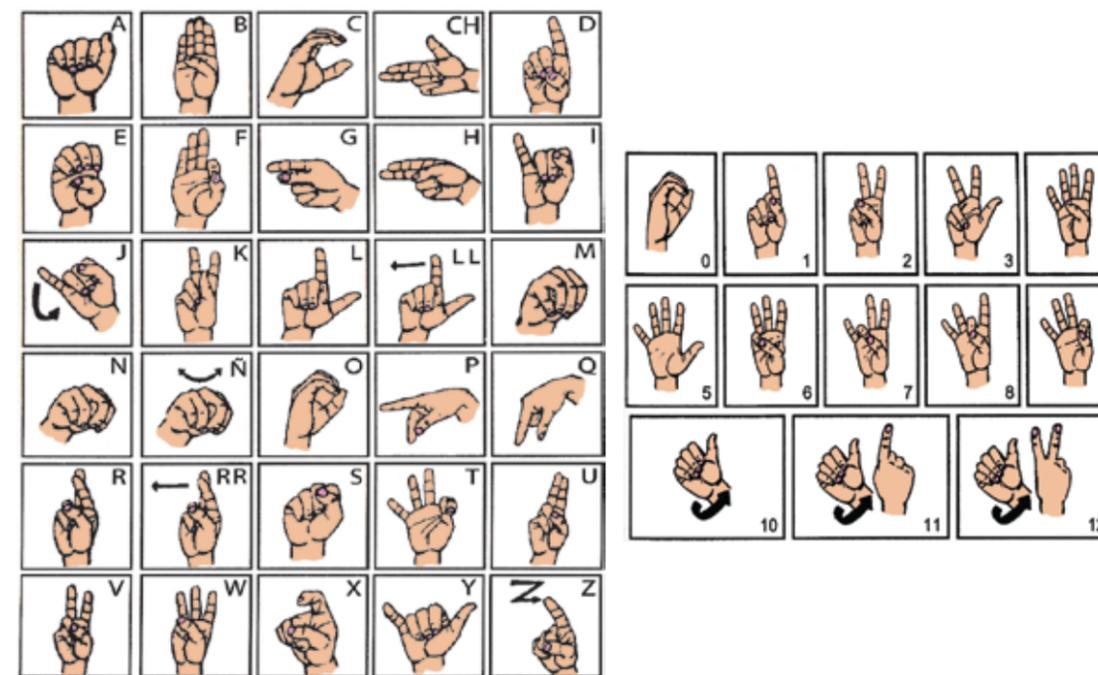
Las personas con discapacidad auditiva en la mayoría de los casos se sienten aisladas y frustradas por sus dificultades para acceder a la información. En general la ciudad, los medios de comunicación, las entidades públicas, los organismos del Estado, las universidades y colegios, no han realizado adaptaciones para que las personas sordas tengan garantías en el respeto de sus derechos fundamentales.

Las personas sordas deben recibir desde pequeños una formación en su lengua natural que en el caso de Honduras, es la lengua de señas hondureñas; al igual que con el idioma español, la lengua de señas hondureña tiene diferencias entre una y otra región.



El termino técnico para denominar de manera correcta a las personas con discapacidad auditiva, es el de personas sordas, denominarlos como sordomudos es un error pues manifestaría que son incapaces de hablar, las personas sordas con una adecuada estimulación pueden desarrollar habla, dichas personas son denominados como sordos oralizados, la educación que deben recibir los sordos es bilingüe es decir deben recibir aprendizaje en lengua de señas hondureña, pero de igual manera deben ser educados en el idioma español puesto que esto les permitirá una mayor posibilidad de ser incluidos e integrados tanto a nivel educativo como laboral.

El Alfabeto de Señas: Letras y Números



Esquemas: Accesibilidad Física: Arquitecto Mario Viquez Araya.

### Algunos Consejos para el Uso del Lenguaje de Señas<sup>31</sup>

El lenguaje de señas, utilizado para comunicarse entre personas sordas, tiene signos o combinaciones de signos para expresar las palabras y en algunos casos las frases más comunes.

El alfabeto se usa especialmente para el caso de los nombres propios, por ejemplo de ciudades, los que es necesario deletrear. Sin embargo puede ser muy útil para tratar de establecer una comunicación entre personas sordas y personas oyentes.

Se debe tener en cuenta algunos detalles tales como:

- La persona que está deletreando no debe de estar moviéndose de un lado a otro.
- La posición de la mano es a la altura del cuello, para ofrecer una mayor visión relacionada al movimiento de los labios. La mayoría de las personas sordas pueden leer los labios, así que debe vocalizarse el deletreo.
- La palma de la mano de la persona que deletrea debe estar siempre al frente de la persona que realiza la lectura.
- El movimiento sólo es de mano y muñeca.
- Es más importante la claridad antes que la velocidad, para un mejor entendimiento. Debe marcarse correctamente la seña y no deformarla.

<sup>31</sup> www.ladisapacidad.com

## Discapacidad Visual<sup>32</sup>

### Definiciones:

Con arreglo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, actualización y revisión de 2006), la función visual se subdivide en cuatro niveles:

- visión normal;
- discapacidad visual moderada;
- discapacidad visual grave;
- ceguera.

La discapacidad visual moderada y la discapacidad visual grave se reagrupan comúnmente bajo el término «baja visión»; la baja visión y la ceguera representan conjuntamente el total de casos de discapacidad visual.



### Datos y cifras

- En el mundo hay aproximadamente 285 millones de personas con discapacidad visual, de las cuales 39 millones son ciegos y 246 millones presentan baja visión.
- Aproximadamente un 90% de la carga mundial de discapacidad visual se concentra en los países en desarrollo.
- En términos mundiales, los errores de refracción no corregidos constituyen la causa más importante de discapacidad visual, pero en los países de ingresos medios y bajos las cataratas siguen siendo la principal causa de ceguera.
- El número de personas con discapacidades visuales atribuibles a enfermedades infecciosas ha disminuido considerablemente en los últimos 20 años.
- El 80% del total mundial de casos de discapacidad visual se pueden evitar o curar.

Principales causas de discapacidad visual: La distribución mundial de las principales causas de discapacidad visual es como sigue:

- errores de refracción (miopía, hipermetropía o astigmatismo) no corregidos: 43%;
- cataratas: 33%;
- glaucoma: 2%.

**Grupos de riesgo:** Aproximadamente un 90% de la carga mundial de discapacidad visual se concentra en los países en desarrollo.

**Personas de 50 años o mayores:** Alrededor de un 65% de las personas con discapacidad visual son mayores de 50 años, si bien este grupo de edad apenas representa un 20% de la población mundial. Con el creciente envejecimiento de la población en muchos países, irá aumentando también el número de personas que corren el riesgo de padecer discapacidades visuales asociadas a la edad.

**Niños menores de 15 años:** Se estima que el número de niños con discapacidad visual asciende a 19 millones, de los cuales 12 millones la padecen debido a errores de refracción, fácilmente diagnosticables y corregibles. Unos 1.4 millones de menores de 15 años sufren ceguera irreversible.

**Evolución en los últimos 20 años:** En términos generales, las tasas mundiales de discapacidad visual han disminuido desde comienzos de los años noventa, y ello pese al envejecimiento de la población en el mundo entero. Esa disminución es principalmente el reflejo de una actuación concertada de salud pública destinada a reducir las discapacidades visuales causadas por enfermedades infecciosas.

### Acción mundial en favor de la prevención de la ceguera<sup>33</sup>

En términos mundiales, el 80% de los casos de discapacidad visual son prevenibles o curables. En los últimos 20 años, se han alcanzado mejoras en esferas como las que siguen:

- implantación, por los gobiernos, de programas para la prevención y el control de la discapacidad visual;
- incorporación paulatina de los servicios de oftalmología en los sistemas de atención primaria y secundaria, con énfasis en la prestación de servicios accesibles, asequibles y de alta calidad;
- organización de campañas de sensibilización, por ejemplo en el marco de la educación escolar;
- fortalecimiento de los lazos de asociación internacionales, con la participación del sector privado y la sociedad civil.

Según se desprende de los datos correspondientes a los últimos 20 años, se han logrado en muchos países notables progresos en lo que respecta a la prevención y el tratamiento de las discapacidades visuales. Se observa asimismo una drástica reducción de la ceguera relacionada con la oncocercosis, fruto de la importante disminución de la carga de morbilidad asociada a esta enfermedad. Estos logros se han obtenido gracias a una serie de alianzas internacionales muy fructíferas.

32 [www.ladiscapacidad.com](http://www.ladiscapacidad.com)

33 Fuente: Nota descriptiva N° 282. Junio de 2012. Organización mundial de la salud. OMS.

## Tecnología y Discapacidad Visual<sup>34</sup>

### Acceso al Computador y a Internet

**Magnificadores de imagen:** Herramienta especialmente útil para las personas con baja visión, ya que le permite ver el contenido de la pantalla gracias a la amplificación de las partes seleccionadas de la imagen, es un proceso rápido y muy efectivo.

Estos programas magnificadores de pantalla, pueden agrandar el contenido lógico de la pantalla de la computadora (la que vemos en nuestro monitor) desde 2 hasta 16 unidades su tamaño original.

**Lectores de pantalla:** Es una aplicación software que permite el acceso al texto que existe en el computador, esta herramienta identifica aquello que se muestra en pantalla y lo que representa lo transmite a continuación al usuario mediante sintetizadores de texto a voz, iconos sonoros, o una salida braille. Los lectores de pantalla son una forma de tecnología asistida especialmente práctica para personas que son ciegas, o tienen problemas de visión, e incluso para personas con dificultades de aprendizaje.

**Impresoras Braille:** Estas impresoras reflejan la información mediante líneas de pines que sobresalen de una superficie, formando los diferentes signos. En el caso de la impresora Braille, los pines se insertan en una placa con orificios, dejando en medio el papel con los puntos remarcados en alto relieve, el cual, luego es sacado renglón a renglón, mediante mecanismos de tracción o empuje, de modo que al salir el papel refleja la información que ha sido enviada por el computador en el sistema de lectoescritura Braille.

**AYUDAS PARA PERMITIR LA LECTURA. Reconocimiento óptico de caracteres:** Es una herramienta muy útil para que la persona con déficit visual acceda a documentos escritos, esto se hace a través de un escáner que se une a un sistema de programas de reconocimiento óptico de caracteres y un sintetizador de voz que lee el contenido del documento. En el mercado estos reconocedores ópticos reciben el nombre de Reading Edge, el Galileo y Allreader Libros digitales. Son discos grabados por un locutor a través del Sistema Digital de Información Accesible (DAISY, por sus siglas en inglés), permite que quien lo lee ponga marcas para resaltar lo que le llama la atención, indicar el lugar donde suspendió la lectura o devolverse para repasar alguna línea. Funcionan con un reproductor especial con el que se puede modificar el tono, el volumen y la velocidad de lectura del sintetizador de voz. En el mundo hay una biblioteca de unos seis mil títulos en este formato, a la cual Colombia ha aportado unos 600, de hecho es el único país de Latinoamérica que realiza producción de libros con esta tecnología.

**TIFLOTECNOLOGÍA EN LA CIUDAD. Semáforos sonoros:** Son semáforos adaptados tecnológicamente con sonidos que permiten que la persona con limitación visual reconozca auditivamente en qué momento debe cruzar la calle y en qué momento detenerse, en Colombia sólo en algunos lugares muy escasos existen lo que complica la movilización del invidente y lo que obviamente vulnera su derecho a moverse de manera segura.

<sup>34</sup> www.ladiscapacidad.com

**Señalización en Braille:** De acuerdo al decreto 160 de 2005 todas las edificaciones de servicio al público deberían contar con señalización braille en diferentes lugares para que la persona con discapacidad visual pueda orientarse, cada día son más comunes los ascensores que cuentan con información en Braille facilitando así el uso autónomo de este servicio.

### ¿Qué es el JAWS?<sup>35</sup>

Iniciaremos por hablar de la importancia que los sistemas tienen en la vida del ser humano y del recorrido histórico que aplicaciones y aparatos relacionados a los computadores han tenido hasta llegar al tan inquietante JAWS.

A mediados de los años 50s, las computadoras eran un aparato tan grande que se requería de un cuarto entero para poder construirlos y quien la operaba debía tener la mayor destreza posible a nivel de concentración y agilidad visual, además requería de una cantidad de instrucciones que hacían más complicado su manejo de lo que ahora conocemos, a través de los años las computadoras fueron achicándose aunque continuaban siendo operadas por gente muy hábil y considerada única en su género por poder manejar tan complejo aparato.

Del mismo modo que los computadores fueron reduciendo su tamaño, también fueron ampliando su aplicabilidad en todo lo que al hombre se le pudiera ocurrir, inicialmente fueron usadas en estrategias militares, posteriormente en misiones espaciales, más adelante como apoyo en el área educativa, en el área comercial y en sí, en todo cuanto requiriera de rapidez y confiabilidad en el manejo y procesamiento de información; pero hasta el momento sólo se ha hablado de lo que era posible hacer con las computadoras y que capacidades debía tener quien las operaba, pero no se ha hablado de la forma como se empezó a trabajar en lo que ahora se conoce como accesibilidad.

Vale la pena aclarar que cuando las computadoras se inventaron, paralelamente la población con discapacidad del mundo inició un proceso de búsqueda de inclusión y de igualdad, de tal modo que lo que antes no se veía, es decir a un invidente, una persona en silla de ruedas o a alguien con pérdida de algún miembro superior, en los colegios universidades o en algunas empresas, ya estaba ocurriendo con mayor frecuencia y la necesidad de brindar las garantías para el normal desempeño de estas personas en estas áreas era imperativa. De este modo los hasta ahora desprevenidos constructores o digamos mejor fabricantes de computadoras y de aparatos complementarios empezaron a buscar herramientas tecnológicas que lograrán tal propósito y las computadoras serían entonces la base que permitiría lograrlo con éxito.

Los programas para hacer más grande las letras de la pantalla, los recursos para dictar sin usar las manos, las tarjetas de sonido externas para conectar al PC, los escáneres con lectura de voz propia, los teclados de computador con renglones en sistema Braille, los dispositivos visuales para manejar el cursor del computador con un parpadeo de ojos, los lectores de pantalla, han sido apenas unos de los tantos recursos creados para suplir las necesidades especiales de quienes como yo lo podamos requerir para hacernos más fácil el trabajo con las computadoras.

Ahora bien, trataremos de explicar únicamente en qué consisten los lectores de pantalla, ya que son los que nos llevarán a entender qué es el JAWS y que darán respuesta al interrogante

<sup>35</sup> www.ladiscapacidad.com

que plantean quienes han tratado de entender lo importante que es para mí contar con este recurso. Un revisor de pantalla es una aplicación o un Software que permite a la persona invidente o baja visión saber qué es lo que pasa en la pantalla del computador, entender cada uno de los procedimientos que se efectúan en él para lograr X o Y cosa, es un recurso auditivo que por medio de una voz sintetizada dice literalmente todo cuanto ocurra en el computador, es decir, la ubicación, por ejemplo si se está en el llamado escritorio, si se está en un menú, en un cuadro de diálogo, en una ventana, en una aplicación, etc., además está en condición de brindar información adicional para que el usuario conozca cómo puede desplazarse en cada uno de los lugares antes mencionados. También está en condiciones de leer un texto completo o de línea en línea, de frase en frase, de párrafo en párrafo, de palabra en palabra o de letra en letra, en office Word al igual que ocurre con las hojas de cálculo como las que se encuentran en office Excel o en una presentación de PowerPoint.

Otra de las herramientas que suple la necesidad de lectura para las personas con discapacidad visual es el escáner ya que gracias a la aplicación OCR, permite adquirir documentos impresos en tinta o como grafías al medio digital del computador para que luego pueda ser leído con la voz sintetizada que antes mencionábamos tiene el JAWS, del mismo modo la aplicación JAWS, permite navegar en Internet con la misma eficacia con que lo podría hacer una persona vidente por decirlo de algún modo, de tal manera que las posibilidades de comunicación, de acceso a la información, al área laboral, comercial o simplemente con fines lúdicos son totales. Por último quiero aclarar que este escrito no supone el mayor conocimiento del tema, sólo es mi idea o definición de lo que puede ser el JAWS como herramienta de trabajo en mi vida como persona con discapacidad visual, es la pretensión que las personas videntes se acerquen a descubrir como nosotros podemos acceder a los computadores como cualquier vidente, es un espacio de inquietud para el lector que busca permitirle y permitirnos seguir creando y buscando alternativas de inclusión y de igualdad para las miles y miles de personas que padecen algún tipo de discapacidad o disminución en todo el mundo.

### ¿Qué es el Daltonismo?<sup>36</sup>

El daltonismo no es una enfermedad, es una condición con la que se nace y en la que a pesar de poder distinguir colores se presenta una gran dificultad para diferenciarlos.

Es un trastorno de la visión que conlleva una dificultad para percibir colores. Se denomina así por el físico y químico británico John Dalton, que la padeció y estudió.

La mayoría de los tipos de problemas de la visión de color están presentes en el nacimiento y generalmente afectan a los dos ojos. Es curioso encontrar que una gran mayoría de los daltónicos son personas de iris claro.

### ¿Cómo percibimos los colores?

Los objetos reflejan la luz de forma distinta dependiendo de sus características físicas, como su forma o composición, y nosotros captamos esos "rebotes" con diferentes longitudes de onda, por medio de la estimulación que producen en la retina, una neuromembrana que cubre el ojo

internamente. Esta membrana contiene unos fotorreceptores que son los que, al responder a la luminosidad y a las variaciones de la longitud de onda, discriminan los colores que el cerebro interpretará como tales.

### ¿Cómo se adquiere?

A pesar de que la mayoría de discromatopsias son de origen congénito, también pueden adquirirse por una enfermedad ocular o sistémica, o incluso por un traumatismo o medicamento.

La cromatopsia, por ejemplo, consiste en percibir los objetos con un color que en realidad no existe, es decir, que se ven coloreados objetos que la población normal percibe como blancos. Verlos coloreados de rojo (eritropsia) puede ocurrir tras ser operado de cataratas, por sufrir una hemorragia dentro del globo ocular o por afecciones retinianas. También por intoxicaciones sistémicas, como las producidas por setas, monóxido de carbono o hasta por una exposición prolongada al sol. Percibir en azul (cianopsia) se ha descrito en intoxicaciones por alcohol, anticonceptivos orales o anfetaminas.

### Tipos de Daltonismos

De los daltónicos, unos pueden confundir el rojo con el verde o el azul con el amarillo, y otros, los menos, los cuatro colores entre sí; probablemente ven la naturaleza que nos rodea como si estuviera filmada en blanco y negro. Por lo demás, su visión es buena y son útiles para cualquier actividad que no exija buena visión de los colores.

Se ha observado que, además del daltonismo para el verde y el rojo, existe también una ceguera bastante rara para el azul y amarillo. Según la teoría de Youg-Helmoltz, los conos (un tipo de fotorreceptores localizados en la retina central que funcionan en condiciones de alta luminosidad) se subdividen en tres tipos, en atención a los tres pigmentos sensibles a las longitudes de onda que se corresponden con el color rojo (protoconos), los sensibles al verde (deutaconos) y los sensibles a los azules y amarillos (tritaconos). Visto esto, cualquier anomalía en el funcionamiento de los fotorreceptores o la falta de alguno de los pigmentos producirá una percepción anómala de los colores.

Dicromáticos: estas personas tienen dos tipos de conos en vez de tres. El padecimiento se clasifica en: protanopes, individuos insensibles al rojo intenso, que representa uno de cada cien hombres; deuteranopes, confunden las sombras de rojo, verde, amarillo y afecta a cinco de cada cien hombres; y los tritanopes, que son ciegos al color azul y confunden las sombras de verde y azul, así como las de naranja y rosa; tricromáticos anómalos: es el grupo más abundante de daltónicos, tienen tres tipos de conos, pero perciben los tonos de los colores alterados. Suelen tener defectos similares a los daltónicos dicromáticos, pero menos notables.

La forma más rara de daltonismo es la llamada enfermedad de conos monocromáticos. Quienes la padecen ven el mundo en tonos de blanco y negro.

El perfecto funcionamiento de los pigmentos fotosensibles de los tres tipos de conos se llama tricomasia y supone la correcta percepción cromática.

<sup>36</sup> Autor: Dr. Meyer Magarici. [www.ramonoptica.com/ct33.htm](http://www.ramonoptica.com/ct33.htm). [www.teleonce.spiderlink.net/daltonismo.htm](http://www.teleonce.spiderlink.net/daltonismo.htm)

## Cómo saber si una persona sufre daltonismo

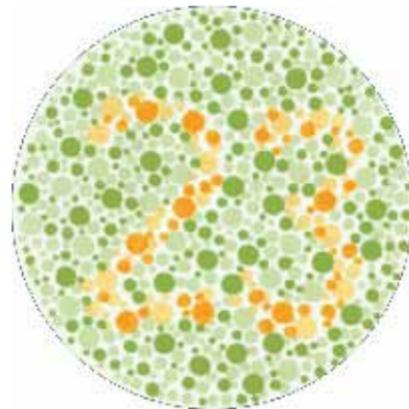
Detectarla cuando es congénita no es fácil, ya que la persona ignora que su percepción es diferente a la de las demás.

Una vez se sabe que el afectado percibe de forma diferente, existen varias pruebas para determinar cuál es exactamente el tipo de daltonismo que padece: el anomaloscopio de Nagel, un aparato que permite al paciente mezclar colores, o los más comunes test de Ishihara, unas láminas con círculos hechos a base de puntos y números también dibujados con puntos pero de color distinto al del fondo.

Existen también varios test para detectarlo, por ejemplo, el test de Farnsworth, las cartas pseudocromáticas, el anomaloscopio, etc., pero el más utilizado es el anteriormente citado, el test de Ishihara. Otro método es la colocación de cápsulas en el orden natural de los colores, lo cual permite determinar la deficiencia. O, un juego de colores hecho por instrumentos especiales adaptados para determinar este problema.

A continuación se presenta el cartel de Ishihara.

¿Quieres saber si eres daltónico?



## ¿Es grave?

El daltonismo no presenta ninguna gravedad, pero quienes están afectados por él no pueden ejercer determinadas profesiones en las que se utilizan señales rojas y verdes, como por ejemplo, ferrocarriles y navegación.

## ¿Quién puede adquirir el daltonismo?

La mayor parte de las veces que se adquiere es hereditaria. Los estudios genéticos han demostrado que en este caso su transmisión está determinada por genes recesivos situados en el cromosoma sexual X. Ya que el hombre sólo tiene uno de esos cromosomas, bastará que ese tenga la deficiencia para sufrirla; sin embargo, la mujer, con dos cromosomas X, sólo la padecerá si los dos transmiten la discromatopsia, para que la mujer sea daltónica necesita que su padre sea daltónico y su madre sea portadora o bien daltónica. Si una mujer recibe un cromosoma X con el rasgo de daltonismo, será portadora de la enfermedad, pero no la presentará porque su otro cromosoma compensa el defecto. Las mujeres portadoras tienen un 50% de probabilidades de pasar el cromosoma que contiene el gen mutante a cada uno de sus

hijos, por lo tanto, cada hija de una mujer portadora tiene 50% de probabilidades de ser portadora y cada hijo tiene un 50% de probabilidades de sufrir la enfermedad. Por esta razón esta anomalía es mucho más frecuente en el sexo masculino (entre un 2 y un 8% de la población) que en el femenino.

## ¿Se puede curar?

Por desgracia, el daltonismo es un padecimiento que no tiene cura. Sin embargo, algunos pacientes pueden beneficiarse de tratamientos con lentes que incrementan el contraste entre los colores. Para los adultos corrige, pero no cura.

## D. Problemas de Aprendizaje<sup>37</sup>

Los problemas de aprendizaje tal como su nombre lo indica es la dificultad que tiene alguna persona para aprender de la misma manera que los demás, en general se ve afectada su comprensión lectora, el uso de las reglas ortográficas, interpretar las normas escuchadas, hablar correctamente, realizar raciocinios y desarrollar problemas matemáticos, estos problemas de aprendizaje se dan de diferente manera y con diferente intensidad dependiendo de la persona, en muchas ocasiones no se realiza un diagnóstico y los niños son catalogados con retraso mental o en ocasiones simplemente se cataloga que es un niño perezoso para el estudio.

## ¿Cómo identifico si mi hijo tiene problemas de aprendizaje?

Si usted tiene a su hijo en la escuela, y de allí le reportan constantemente que su hijo no entiende las lecciones, no realiza los trabajos adecuadamente, se distrae fácilmente sin razón aparente, hay que empezar a realizar una evaluación detallada, para realizar un diagnóstico adecuado, se debe primero analizar si físicamente el niño no tiene alguna dificultad auditiva o visual, o tener alguna lesión importante que afecte el desempeño de su cerebro. Descartado esto, se debe realizar una evaluación acuciosa con un psicólogo especializado en el área educativa, para conocer qué tipo de problema de aprendizaje se está presentando y para dar un tratamiento adecuado, los tratamientos generalmente están relacionados con profesores de apoyo, el psicólogo se puede poner en contacto con los profesores del niño, para sugerir formas de evaluación más justas que midan verdaderamente los avances del niño y no lo ponga en desventaja con los demás. Además se debe realizar un trabajo con las familias, pues en muchas ocasiones cuando los niños acuden a los profesionales es porque ya tienen una larga historia de fracaso escolar, por lo que su autoestima está muy deteriorada y de igual manera la imagen que la familia tiene de él, es muy negativa.

## ¿Qué es la Dislexia?

La dislexia es un tipo de problema de aprendizaje que se caracteriza por que el niño tiene dificultades en el aprendizaje de la lectura y la escritura, descartando que se tenga algún tipo de retraso mental. Las causas son variadas desde factores hereditarios, problemas en el embarazo, dificultades emocionales, etc.

<sup>37</sup> [www.ladiscapacidad.com](http://www.ladiscapacidad.com)

## Características del niño con dislexia

Tiene una inteligencia promedio, en algunos casos arriba del promedio. Parece brillante y despierto en algunas áreas, pero en la escuela se muestra retraído y distante.

Se le etiqueta como flojo, tonto o perezoso. Tiene baja autoestima ocasionada por múltiples fracasos escolares. No está tan atrasado como para recibir ayuda extra en el colegio.

Presenta habilidades en la música, el arte, se aburre más en las clases magistrales que en las prácticas. Aprende más cuando trabaja con las manos. Se muestra hiperactivo o soñador en clase.

La dislexia es muy compleja existen diversos tipos de características, cada caso es muy distinto al otro, sin embargo en común se tiene a un niño de inteligencia normal que no rinde de la manera que se espera en el colegio. Si hablamos en términos usados por Howard Gardner, tendríamos que decir que básicamente el niño tiene menos desarrolladas su inteligencia verbal y su inteligencia lógico matemática, mientras que tiene más desarrollada su inteligencia visual espacial.

### ¿Qué es Disgrafía?

Es la dificultad que se presenta en el proceso de aprendizaje de la escritura.

### ¿Qué es Discalculia?

Dificultad que se presenta en el aprendizaje de la matemática.

## Sugerencias para los Padres

Si su hijo de forma recurrente no quiere asistir al colegio, no considere que simplemente es flojera o desinterés. Evalúe a conciencia qué es lo que está sucediendo, acérquese a sus profesores, si es necesario acuda a las aulas de clase para ver de qué manera se dan los procesos de aprendizaje en el colegio.

Acuda a un psicólogo o psicopedagogo especializado en problemas de aprendizaje.

Apoye y estimule a su hijo en cada logro que obtenga, no lo compare con los demás.

Identifique cual es la actividad que más motiva a su hijo y estimule el aprendizaje de ésta a través de cursos extra clases, esto ayudará al niño a desarrollar mayor confianza en sus habilidades y destrezas, desarrollando el tipo de inteligencia que más fuerte e importante es para él.

Lea sobre inteligencias múltiples en la educación y sobre tratamientos para los problemas de aprendizaje, Ud. es parte importante en este proceso.

Lleve los resultados del diagnóstico al colegio del niño y pídale a su terapeuta que le de sugerencias para que el profesor sea más justo en el trabajo del niño y en su evaluación.

## E. Tercera Edad<sup>38</sup>

En las culturas milenarias de Oriente las personas de la tercera edad son valoradas por su grandiosa sabiduría acumulada durante muchos años, los jóvenes recurren a ellos para pedir consejos y para aprender los valores y la clave de la felicidad, en Occidente en cambio durante muchos años las personas de la tercera edad fueron vistos como inútiles por estar fuera del sistema de productividad y por el creciente culto a la juventud y la belleza, sin embargo en la última década, el aumento del promedio de vida, gracias a la medicina, ha hecho que los sistemas económicos y sociales vuelvan su mirada hacia la tercera edad, dándole un estatus diferente e importante, a nivel mundial se han organizado sociedades para proveer bienestar, cultura y entretenimiento a las personas que pasan por sus años dorados, en las ciudades turísticas se ven repletas de excursiones organizadas por y para los grupos de la tercera edad que buscan pasar sus años de jubilación disfrutando de la naturaleza y de viajes de cultura y entretenimiento. Pero ¿qué es la vejez? La vejez es una etapa vital del desarrollo, tal como lo es la niñez o la adolescencia, basada en el reconocimiento de que al transcurrir el tiempo produce efectos en la persona, estos efectos son físicos, psicológicos y sociales, es importante resaltar que la vejez no está directamente relacionada con la enfermedad y la depresión, cada vez más personas de la tercera edad tienen vidas muy activas y llenas de eventos sociales, con alta calidad de vida consecuencia de una vida saludable, basada en el deporte y la buena alimentación, lo que les permite tener una vejez vital y feliz. Así es como aparece la Gerontología una ciencia dedicada a proveer mejores condiciones de vida a la población de la tercera edad, está relacionada a varias profesiones, psicología, terapia física, medicina, etc.



De igual manera, como ha cambiado la concepción de la tercera edad en nuestras sociedades, se requiere un cambio de actitud de las personas jóvenes con respecto a la vejez, dándole la importancia que el anciano merece dentro del núcleo familiar, escuchándolo de manera respetuosa y atenta, no considerarlo como un niño, al que hay que hacerle todo, sino incentivarlo a ser lo más independiente posible, darle responsabilidades acorde a su estado de salud, hacerlo participe de las actividades de la casa, inculcarles a los niños el respeto por ellos, lo ideal es ponerse en sus zapatos y pensar como quisiera ser tratado a su edad, de esta manera podemos tener una visión más comprensiva y exacta de su realidad. La tercera edad merece una mirada de respeto y tolerancia que dignifique sus últimos años de vida, que sea consecuencia de su esfuerzo y trabajo por edificar familia, de su lucha de años por sacar a sus hijos adelante, conocerlos y respetarlos también nos permitirá evaluar si la manera en que llevamos nuestra vida nos augura una vejez con salud y tranquilidad.

<sup>38</sup> [www.ladiscapacidad.com](http://www.ladiscapacidad.com)

## F. Enfermedades Consideradas Discapacitantes

- Diabetes
- VIH Avanzado
- Cáncer
- Enfermedades Cardiovasculares. ACV
- Enfermedades Psiquiátricas
- Alzheimer
- Epilepsia
- Artritis
- Fiebre Reumática
- Enanismo
- Obesidad

## 6. Accesibilidad Universal<sup>39</sup>



Fuente propia, FUHRIL

### ¿Qué es la Accesibilidad?

“La accesibilidad es la condición que permite, en cualquier espacio o ambiente ya sea interior o exterior, el fácil y seguro desplazamiento de la población en general y el uso, teniendo en cuenta tres aspectos principales y es que los espacios deben ser seguros, eficientes y sobre todas las cosas favorecer la autonomía”.

### ¿Existen Leyes que Favorecen la Accesibilidad en Honduras?

Día a día más países de Latinoamérica y del mundo han considerado darle más importancia a la accesibilidad para que las personas en condición de discapacidad, obesidad, tercera edad, que anteriormente no podían salir de sus hogares, tengan leyes que garanticen su derecho a la movilidad, de igual manera diversos países se han suscrito a la Convención de los Derechos Humanos de las Personas en Condición de Discapacidad, establecida por la Organización de las Naciones Unidas, aprobada el 13 de Diciembre de 2006 en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York, donde se establece que los países firmantes deben comprometerse a favorecer políticas de eliminación de barreras arquitectónicas, de servicio y de actitud.

### Accesibilidad<sup>40</sup>

Como accesibilidad al medio físico se entiende la condición de un edificio, objeto o entorno de ser utilizado y disfrutado por todas las personas, en iguales condiciones de seguridad, comodidad y autonomía. Con el fin de garantizar la accesibilidad al entorno, los diseñadores y responsables de obras deben concebir, planear y construir los itinerarios para el usuario, tomando en cuenta las diferentes condiciones biológicas, sociales, culturales y antropométricas de todas las personas.

Un sitio accesible es aquel en el que las personas pueden llegar, ingresar y utilizarlo sin incurrir en esfuerzos o riesgos exagerados.

### Diseño Universal

Es una tendencia internacional de diseño definida como: la percepción y creación de diversos productos, entornos y servicios, de manera que puedan ser utilizados por el mayor número de personas, sin necesidad de adaptaciones o de proyectos especializados.

Aplicando el concepto de diseño universal al entorno físico se obtendrán objetos arquitectónicos, urbanos o funcionales que podrán ser utilizados por “personas de todas las

<sup>39</sup> Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad

<sup>40</sup> Accesibilidad física: Arquitecto Mario Viquez Araya. Diseño gráfico: Laura Díaz / CNREE

edades y capacidades. No hace separación entre los usuarios sino que busca la adecuación para todos, en todo momento, con el mismo diseño o bien ofreciendo elecciones para diferentes necesidades. Está pensado para ofrecer el mismo nivel de confort, seguridad y apoyo a múltiples usuarios." (Según IMSERSO de España).

El diseño universal de países, ciudades, espacios urbanos, edificios, casas u objetos, tiene como objetivo eliminar la discriminación impuesta a las personas que no caben en un estándar o promedio imaginario.

## Los 7 Principios Fundamentales del Diseño Universal

Son las condiciones fundamentales e ineludibles que un objeto universalmente accesible debe cumplir.

- Uso equitativo.
- Uso simple e intuitivo.
- Flexibilidad en el uso.
- Tolerancia a los errores.
- Información perceptible.
- Bajo esfuerzo físico.
- Tamaño y espacio para aproximación y uso.

## Circulaciones y rutas peatonales horizontales

Son todas las aceras, los senderos, los andenes, los itinerarios peatonales y cualquier otro tipo de superficie de uso público, destinado al tránsito de peatones.

**Dimensiones:** ancho mínimo libre de obstáculos de 1.60 m.

**Áreas de descanso:** máximo cada 100 metros, debe haber un ensanche de 0.50 m. por 1.80 m. de longitud.

**Pendiente longitudinal:** máxima de un 2%.

**Pavimentos:** firmes, antideslizantes y sin accidentes.

**Altura de circulación:** la diferencia de nivel entre la vía y la calzada debe estar entre 0.18 m y 0.15 m. Cuando se superen los 0.18 m de altura, debe haber bordillos.

**Señales y salientes:** en calles, aceras o espacios públicos deberán estar a una altura mínima de 2.20 m.

**Postes, parquímetros e hidrantes:** deberán ubicarse de forma visible o perceptible. Se utilizará advertencias con cambios en la textura de la acera.

**Elementos urbanos:** teléfonos, basureros, bancos, maceteros y otros, se diseñarán y ubicarán de forma accesible y no serán un obstáculo para el desplazamiento de los transeúntes.

**Texturas:** como advertencia de obstáculos, desniveles o peligros en la vía, en los cruces peatonales, semáforos, rampas, escaleras y paradas de autobuses; se debe dar un cambio de textura en el pavimento de un ancho mayor a 0.60 m, colores contrastantes y buena iluminación.

**Rejillas:** las rejillas, tapas de registro, etc., deben estar rasantes con el nivel del pavimento, con aberturas de máximo 0.015 m.

**Pendiente transversal:** máxima del 2%.

En las aceras, en todas las esquinas deberá haber una rampa con gradiente adecuada para salvar el desnivel existente entre la acera y la calle. Deberá tener un ancho mínimo de 1.20 m y construidas en forma antiderrapante.



## Estacionamientos



La Ley 160-2005 estipula que los estacionamientos abiertos al público, deben tener espacios por lo menos 1 por cada 20 para personas con discapacidad. Y ubicados siempre de forma inmediata a la entrada principal.

Debidamente señalizados y con las medidas adecuadas para uso de las personas con discapacidad.

Elementos	Especificaciones
1 Largo de andén	2.4 m
2 Ancho de andén	0.9 m
3 Largo de parqueo	5 m
4 Ancho de parqueo	3.3 m
5 Símbolo internacional de acceso	blanco con fondo azul

## Los estacionamientos accesibles:

- Se ubican cerca de las entradas principales.
- Son al menos 1 por cada 20 del total de los espacios.
- Cuentan con un andén o extensión de la acera para las sillas de ruedas.
- Están demarcados con el símbolo internacional de acceso.
- Son de material antideslizante. En lo posible son cubiertos o con conexiones bajo techo.
- Cuentan con iluminación.



## Entradas y pasillos

Las entradas a los edificios deben permitir el ingreso sin dificultades a todas las personas. Los espacios exteriores e interiores, los pasillos, las rampas y los estacionamientos deben estar diseñados en función de la comodidad y seguridad de todos los usuarios.



## Rampas

Una rampa resulta muy útil para las personas adultas mayores, las personas con prótesis, en silla de ruedas, con dificultades de movimiento o para cualquier persona.

### Características mínimas de una rampa accesible:

- Ancho de 1.2 m.
- Baranda o pasamanos a 0.90 m. desde el nivel del piso terminado.
- Textura de piso antideslizante.
- Textura de advertencia en pavimento antes y después de la rampa.
- En lo posible las rampas ubicadas en exteriores serán techadas.

Longitud	Altura	Pendiente
1.00 m	0.12 m	12%
2.00 m	0.24 m	
3.00 m	0.36 m	
4.00 m	0.40 m	10%
5.00 m	0.50 m	
6.00 m	0.60 m	
7.00 m	0.70 m	
8.00 m	0.80 m	
9.00 m	0.90 m	

## Servicios sanitarios

Los usuarios de los edificios tienen el derecho de utilizar baterías sanitarias de las cuales, por lo menos una por piso, debe ser accesible a las necesidades de las personas con discapacidad.

### Características:

- Dimensiones mínimas de 2.25 m x 1.55 m libres.
- El ancho libre de la entrada tiene como mínimo 0.90 m.
- La distribución de los elementos prevé un espacio de giro de radio no menor a 0.75m.
- La puerta abre hacia fuera o es plegable.
- Textura de piso antideslizante.



## Salas de Espera

En edificios de uso público todos los espacios de espera deben contemplar la posibilidad de que algunos usuarios usen silla de ruedas u otra ayuda técnica.

Se debe evitar el exceso de muebles y sillas tipo butaca atornillados al piso.

Los espacios deberán estar demarcados y libres de obstáculos; la mejor ubicación de los espacios preferenciales es cerca del servicio que se brinda y con posibilidad de acceder las rutas de escape.



## Ascensores

Como solución alterna a rampas y escaleras existen los medios mecánicos o ascensores. Los mismos pueden servir a todas las personas, con y sin discapacidad, si reúnen algunas características mínimas sobre espacio, distribución y funcionamiento.

### Características de un ascensor accesible:

- **Puerta:** Debe ser telescópica y con una abertura libre mínima de 0.90 m.
- Separación máxima entre piso y carro del ascensor: 0.02 m.
- Diferencia máxima de nivel entre el piso y el ascensor: 0.02 m.
- **Dimensiones internas mínimas:** 1.10 m de ancho y 1.40 m de fondo.
- **Señalización:** en Braille y auditiva.
- **Botonera exterior e interior:** Los tableros de control deben ubicarse a alturas entre 90 cm (eje línea de botones inferior) y 120 cm (eje línea de botones superior) y a 50 cm de la puerta de acceso sobre el lado más largo.
- Los botones deben:
  - Tener una dimensión mínima de 19 mm.
  - Un área mínima de 360 mm<sup>2</sup>
  - Contar con señalización en relieve
  - Tener números arábigos, colores contrastantes y con señalización sonora que emita una señal para indicar el sentido de subida y dos para el de descenso.
- **Paradas de los ascensores:** en todos los pisos, mezanines y sótanos, con un área libre de 1.20 m x 1.20 m se deben disponer junto a la puerta de acceso flechas luminosas y de colores contrastantes que indiquen la dirección hacia donde va el ascensor.



- **Velocidad de cierre de las puertas:** debe permitir el ingreso y egreso sin riesgo para el usuario.
- **Marcos de las puertas:** Deben ser contrastantes, estar marcados con números del piso resaltados en relieve y su equivalente en sistema braille a una altura de 120 cm del nivel de piso terminado.
- **Pasamanos:** Se deben colocar en los lados libres de puerta a 90 cm de altura y con separación de 5 cm como mínimo de la pared.

## Mostradores de Recepción o Atención al Público



Debe existir, cuando menos, un espacio totalmente accesible por cada mostrador.

Para ser plenamente funcional se mantendrá una altura máxima de 0.90 m desde el nivel de piso terminado y hasta el borde superior del "sobre" del mueble y se reservará un espacio libre desde el piso de por lo menos 0.45 m.

Se recomiendan distancias no mayores a 0.60 m entre interlocutores, de forma que ambas partes puedan mantener contacto visual ininterrumpido. Estos espacios deben estar libres de sillas fijas o móviles.

Se recomienda identificarlos con el símbolo internacional de acceso. Se debe prescindir de vidrios u otras barreras que entorpezcan la comunicación.

Su ubicación debe permitir una rápida evacuación en caso de emergencias.

## 7. Violencia y Discapacidad<sup>41</sup>

### Las Minas Antipersonales

Las minas antipersonales son pequeños explosivos que pueden estar en cualquier parte.

A diferencia de otras armas, para cuya mayoría se precisa que alguien apunte y dispare, la mina terrestre antipersonal son accionadas por las "víctimas". Es decir, están concebidas para explotar cuando una persona tropiece con ellas o las manipule.

Muchas víctimas mueren en el lugar del accidente o antes de llegar al hospital. Las que logran sobrevivir pierden alguna parte de su cuerpo o pueden quedar sordas o ciegas. Sus cuerpos sufren quemaduras y heridas en los pulmones, en el estomago o en los genitales.

Amputación de pierna, pérdida de la visión, pérdida auditiva, falta de equilibrio, sus rostros desfigurados, esquirlas en parte de su cuerpo, son algunas de las consecuencias por entrar en un campo minado.

### Delincuencia Común

Cada vez se ve más acentuada la situación de violencia en nuestros países, lo que aumenta considerablemente el número de personas con discapacidad, el uso indiscriminado de armas, el aumento de antisociales, dejan tras de sí, consecuencias graves para la población.

<sup>41</sup> [www.ladiscapacidad.com](http://www.ladiscapacidad.com)

## 8. Papel de la Familia y la Comunidad

### Papel de los hermanos de un niño en situación de discapacidad

Desde el punto de vista sociológico, la familia se puede definir como “un grupo que tiene su fundamento en la pareja conyugal y su realización plena en la filiación derivada del mismo”. En su acepción amplia, la familia es “un conjunto de ascendentes, descendientes, colaterales y afines con un tronco común”. Análogamente, se dice “que constituye una familia un conjunto de individuos que tienen entre sí relaciones de origen o semejanza”. Se puede considerar la familia como un sistema cuyos elementos son sus miembros, quienes están en interacción, cumpliendo cada uno una función determinada dentro de él y en el cual toda modificación tiene una incidencia en el funcionamiento general del mismo.

Cuando en una familia nace un niño con una discapacidad, bien sea severa o leve, aparecen “modificaciones” en ella que pueden producir una crisis, afectando la vida de cada uno de sus miembros, una conmoción psíquica, un desequilibrio en el “sistema” que con gran probabilidad va a generar actitudes de angustia, rechazo, sobreprotección, culpabilidad, indiferencia, lástima, inseguridad, temor, vergüenza, tensión, entre otras; por parte de los padres o demás integrantes de la familia y del mismo niño. Y no es tarea fácil, asumir este desequilibrio, la angustia que conlleva el proceso de aceptación y adaptación, de aprender a vivir con el niño y su discapacidad, pues nadie está preparado para tener un hijo así, y de ahí que surjan dificultades, tanto por el desconocimiento del problema concreto, la falta de información acerca de la significación de la discapacidad, de lo que el niño podrá hacer; como de la crisis emocional al tener que enfrentar un hecho “traumático” que genera situaciones en las cuales los padres no saben qué hacer.

Y qué diremos de los hermanos. Estos en la mayoría de los casos, son testigos silenciosos de los procesos orientados por sus padres, en torno a la formación y desarrollo de su hermanito en condición de discapacidad.

Sus temores, sus angustias, sus inquietudes, prefieren guardarlas. Sienten mucho cariño por su hermanito, pero no saben qué hacer cuando les asignan cuidarlo y no pueden salir con sus amigos, cuando se enfrentan a las burlas despiadadas de éstos y a las marginaciones, pues es que tu hermano “no puede” hacer esto o aquello con nosotros.

Cuando sus padres los culpan de no haberle prestado la suficiente atención y por eso se golpeó tan fuerte, o quebró el jarrón, cuando su hermanito desea algo y ellos no encuentran cómo satisfacerlo, pues desconocen el cómo hacerlo, cuando deben cederle a su hermano eso que tanto quieren o tanto les gusta, porque “su hermanito es primero ya que él no puede hacer las cosas como ustedes”, cuando los enternece la indefensión del chico y terminan haciéndole todo, por lo cual tuvieron que sobrecargarse en sus deberes. Pero también, cuando sienten una gran felicidad al observar los avances de su hermano, cuando lo abrazan, cuando logran compartir con él sin sentirlo “diferente”, cuando sensibilizan a sus amigos en vez de enojarse, y sobre todo cuando dicen con orgullo y sin temores: Este es mi hermano, te lo presento.

Son muchas las situaciones que tienen que vivir los hermanos de un niño en situación de discapacidad y no es fácil su posición. Generalmente son los padres quienes piensan, opinan y deciden en torno a lo relacionado con él, sin tener en cuenta a sus otros hijos. Y el papel de los hermanos en el proceso de formación del niño es verdaderamente relevante.

Los lazos afectivos, el acercamiento y la interacción con éste, son diferentes a los de los padres y permiten una empatía de características especiales, que admite diferencias y deferencias en la relación, siendo ésta, una apreciación importante para tener en cuenta en el proceso.

Y lo más inquietante es que se percibe, que han vivido y están viviendo un proceso de aceptación, adaptación y socialización, a partir de la condición de discapacidad de su hermanito, que lo han tenido que llevar solos, pues no es nada fácil dialogar con los padres acerca de ello.

Los chicos solicitan que en el hogar se propicie un ambiente de diálogo que permita expresar las situaciones que los inquietan, exponer sus puntos de vista, permitirles la intervención en diferentes circunstancias pertinentes, dentro y fuera del hogar y además entre todos, adquirir herramientas para procurar la formación del niño en condición de discapacidad y la de ellos mismos, sin que el sistema se desequilibre y por el contrario, el engranaje afectivo sea tan bien logrado, que el reto de todos los elementos de este bello sistema para salir adelante, se convierta en la misión más linda.

No existen fórmulas mágicas que le ayuden a una madre a entender la ceguera de un hijo y a aceptarlo incondicionalmente, en general las familias luchan incansablemente contra la enfermedad, asistiendo a clínicas y diferentes tratamientos para recuperar la visión de su hijo, sin embargo cuando ya se han agotado todas las instancias, es más importante sentarse en familia y hablar abiertamente del tema e iniciar un proceso junto a un profesional especializado, que oriente a la familia acerca de las posibilidades de rehabilitación y la educación o estimulación necesaria que debe recibir el niño para adaptarse de una manera más funcional al mundo que lo rodea. En un principio la familia siente que sus expectativas a futuro sobre este hijo van a cambiar, especialmente por las condiciones de discriminación que aún vemos en la sociedad, sin embargo al conocer los grandes avances a nivel de rehabilitación existentes la familia retorna a la esperanza y a la lucha por fortalecer a su hijo y darle las herramientas para edificar un futuro exitoso.

Las posibilidades de independencia en un niño ciego, depende de un correcto proceso de rehabilitación y además del apoyo de la familia, algunas familias tienden a sobre proteger al niño ciego, maximizando los riesgos que pudiera correr en su barrio o en su escuela, e impidiéndole desarrollar una confianza básica en sí mismo y coartando su motivación a tener una vida autónoma, de igual manera el niño debe tener responsabilidades en su hogar, igual que cualquier otro miembro de la familia y recibir una adecuada orientación para realizar las actividades de la vida diaria, aprender a reconocer a través del tacto su ropa para poder vestirse adecuadamente, desarrollar un sentido de independencia le permitirá al niño, conocer sus limitaciones y sus habilidades, proyectarse a un futuro y relacionarse afectivamente con sus pares.

## 9. Reglas Generales para la Interacción con las Personas con Discapacidad<sup>42</sup>

Son pocas y sencillas de aprender y aplicar:

### No subestime a las personas con discapacidad

Déjeles que hagan por sí mismos todo lo que puedan. La mayoría puede bastante y les gusta hacer las cosas por sí mismos. Al mismo tiempo, les agrada que se reconozcan sus méritos y progresos, naturalmente, sin exageraciones que supongan un insulto a su inteligencia.

### No les ayude nunca sin preguntarles antes

La ayuda "impuesta" les hiere como un desprecio. Hay que preguntar con naturalidad si necesitan ayuda y de qué clase. Nadie debe ofenderse si la ayuda ofrecida no es aceptada.

### Ayude discretamente

O sea sin llamar la atención de las personas del entorno, con naturalidad, sin precipitaciones ni revuelo. No se debe presumir de ayudar, ni adoptar un rol sobreprotector. A las personas con discapacitadas les molesta mucho llamar la atención.

Hay que ser natural en los contactos personales con las personas con discapacidad.

Lo que ellos desean es que se les trate como a iguales. Procure sobre todo:

- No sentirse confundido al hablar con ellos.
- En ningún caso pronuncie frases compasivas sobre su estado. Cuando sea necesario, hable de éste con naturalidad.
- No caiga, ni en mutismo tenso, ni en una explosión verbal inadecuada.
- No les trate nunca como a niños, ni siquiera a los adultos con discapacidad intelectual. Como personas normales que son, se asombran ante este tipo de actuación y les molesta.

### No les aconseje a menos que se lo pidan

En general, saben muy bien lo que necesitan y desean y, de una u otra forma, pueden manifestarlo.

### No se dirija nunca al acompañante de la persona con discapacidad

A menos que él no pueda seguir la conversación. La marginación, aún ocasional, hiere profundamente.

### Mantenga con ellos los contactos humanos normales

Llamadas telefónicas, invitaciones, paseos, charlas o reuniones. Valoran mucho que se demuestre interés por sus trabajos profesionales y actividades de todo tipo. Es importante felicitarles por los resultados obtenidos en cualquier actividad, igual que sucede con las personas no discapacitadas.

### Demuestre comprensión y tolerancia y sobre todo, use su sentido común

Piense que hace a diario con las personas que no tienen discapacidad. Como antes dijimos, no se ofenda si rechazan su ayuda. Al contrario, hay que alegrarse de su validez para ciertos actos.

En general, póngase en su lugar y trate a las personas con discapacidad de la misma forma que quisiera que lo tratarán a usted.

<sup>42</sup> [www.ladiscapacidad.com](http://www.ladiscapacidad.com)

## 10. Los Desafíos para la Atención a las Personas con Discapacidad<sup>43</sup>

El paradigma de inclusión: surgida en inicios de la década de los noventa, considera que no existe un criterio de normalidad único y unívoco al cual ajustarse, y reconoce la importancia de la participación en la vida social y cultural como un espacio de desarrollo de la persona.

En el paradigma de la inclusión, las personas con discapacidad son en primer lugar personas y se parte del convencimiento de que cualquier persona tiene derecho a participar en la vida social y cultural humana, y es la misma comunidad la que debe hacerse cargo de generar las condiciones de acceso y permanencia para que esta participación sea posible para todos sus miembros, eliminando las diversas barreras que se hayan construido y se sigan sosteniendo en dicha sociedad.

Esta participación necesariamente pasa por la flexibilidad, la apertura, la escucha activa mutua y el convencimiento de que los aportes de las personas con discapacidad a la vida comunitaria y social son un capital social con el que se cuenta, por ende son no sólo útiles, pertinentes y válidos, sino que deben ser tenidos en cuenta en todos los ámbitos en los que les toca actuar.

Esta propuesta de atención integral se ha orientado hacia prácticas que se aproximen al paradigma de inclusión. Sin embargo, se reconoce que las otras modalidades pueden responder a diferentes necesidades y concepciones que coexisten en las prácticas cotidianas de todas y cada una de las personas.

En el paradigma de la inclusión se concibe a cada persona como un ser valioso y capaz, por lo que la mirada se centra en sus capacidades y considera sus necesidades como derechos que deben ser satisfechos para posibilitar su participación en la vida de la comunidad y así construir su identidad propia y desarrollar su proyecto de felicidad.

Con el paradigma de la inclusión se busca que las personas puedan ser consideradas como tales, que sus condiciones de vida se correspondan con su dignidad inherente y que sus posibilidades de participación sean garantizadas a través de acciones de la comunidad tendientes a equilibrar los accesos físicos y culturales a los espacios de interacción.

Para ello, deben tomarse en cuenta las condiciones de vida y las posibilidades de cada persona, grupo y sector, pero principalmente de quienes se encuentran en condiciones de desventaja frente a las actuales configuraciones urbanísticas, arquitectónicas, comunicacionales y políticas de nuestras culturas.

### Recomendaciones

Aunque muchos países han empezado a adoptar medidas para mejorar la vida de las personas con discapacidad, es mucho lo que queda por hacer.

Muchos de los obstáculos a que se enfrentan las personas con discapacidad, son evitables y pueden superarse las desventajas asociadas a la discapacidad.

Las recomendaciones que menciona el Informe sobre la Discapacidad de la OMS y el Banco Mundial, son 9 y son transversales:

- Posibilitar el acceso a todos los sistemas y servicios convencionales.
- Invertir en programas y servicios específicos para las personas con discapacidad.
- Adoptar una estrategia y un plan de acción nacionales sobre discapacidad.
- Asegurar la participación de las personas con discapacidad
- Mejorar la capacidad de recursos humanos.
- Proporcionar financiación suficiente y mejorar la asequibilidad.
- Fomentar la sensibilización pública y la comprensión de la discapacidad.
- Mejorar la recopilación de datos sobre discapacidad.
- Reforzar y apoyar la investigación sobre discapacidad.

Ponerlas en práctica requiere la implicación de diferentes sectores: (salud, educación, protección social, trabajo, transporte, vivienda) y de diferentes instancias (Gobiernos, organizaciones de la sociedad civil incluidas las organizaciones de personas con discapacidad), profesionales, el sector privado, personas con discapacidad y sus familias, el público en general y los medios de comunicación.

El conocimiento de las discapacidades presentadas en esta cartilla, quiere ser una contribución a las recomendaciones dadas por la OMS y el Banco Mundial en el Informe sobre las Discapacidades del año 2011, buscando establecer una sociedad inclusiva y favorable para el progreso de las personas con discapacidad en Honduras.

<sup>43</sup> El equipo de Discapacidad y Desarrollo Inclusivo de la Región de Latinoamérica y El Caribe del Banco Mundial es coordinado por Rosangela Berman Bieler y Catalina Devandas Aguilar y cuenta con la colaboración de miembros del personal del BM y de consultores externos. Este trabajo es el resultado de la producción colectiva de los miembros del equipo y sus colaboradores, incluyendo a los siguientes (1) Consultores externos: Sergio Meresman, Mario Siede, Luis Fernando Astorga, Marta Gil, Marcelo Medeiros; (2) Staff del BM: Ricardo Silveira, Judy Heumann y Daniel Mont.